



**INSTITUTO FEDERAL**

Mato Grosso

Reitoria

**Pró-reitoria de Gestão de Pessoas**

**REQUERIMENTO DE ISENÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA PARA PORTADORES DE  
MOLÉSTIA GRAVE**

Eu, \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_

matrícula nº \_\_\_\_\_, venho requerer o reconhecimento de ISENÇÃO DE  
IMPOSTO DE RENDA RETIDO NA FONTE sobre os valores por mim recebidos a  
título de Aposentadoria / Pensão, nos termos das Leis 7.713/1988 e 9.250/1995,  
conforme LAUDO MÉDICO PERICIAL anexo.

Declaro ainda, estar ciente que a falsidade das informações prestadas é punível nos  
termos da lei.

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Data

Assinatura do Beneficiário

Solicitamos o preenchimento dos dados abaixo para contato referente ao agendamento  
da junta médica oficial:

Telefone: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_