



UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL

**REQUERIMENTO DE ISENÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA PARA APOSENTADO
PORTADOR DE DOENÇA ESPECIFICADA EM LEI**

Eu, _____,
SIAPE _____, CPF _____, aposentado no cargo de
_____, residente na
_____, cidade
_____, CEP: _____,
Telefone: (____) _____, venho solicitar a isenção de Imposto de Renda Retido na Fonte, por
ser portador de doença especificada em lei.

Niterói, _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) servidor(a)

Documentos necessários:

Exames médicos que comprovem a doença