



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

Eu, \_\_\_\_\_,  
CPF nº \_\_\_\_\_ matrícula \_\_\_\_\_, venho requerer o reconhecimento pela Sabesprev de ISENÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA RETIDO NA FONTE sobre os valores por mim recebidos a título de Suplementação de Aposentadoria / Pensão, nos termos das Leis 7.713/1988 e 9.250/1995.<sup>1</sup>

Para tanto, apresento o LAUDO MÉDICO PERICIAL em anexo, estando ciente que para o reconhecimento da isenção todos os campos deverão ser devidamente preenchidos e ser assinado por médico especializado do serviço médico oficial da União, dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios, em conformidade com a legislação em vigor.

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

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Data Assinatura do Beneficiário

### <sup>1</sup> Legislação pertinente:

#### **Lei nº 7.713, de 22 de dezembro de 1988**

(...)

Art. 6º Ficam isentos do imposto de renda os seguintes rendimentos percebidos por pessoas físicas:

(...)

XIV - os proventos de aposentadoria ou reforma motivada por acidente em serviço e os percebidos pelos portadores de moléstia profissional, tuberculose ativa, alienação mental, esclerose múltipla, neoplasia maligna, cegueira, hanseníase, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, doença de Parkinson, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, hepatopatia grave, estados avançados da doença de Paget (osteíte deformante), contaminação por radiação, síndrome da imunodeficiência adquirida, com base em conclusão da medicina especializada, mesmo que a doença tenha sido contraída depois da aposentadoria ou reforma; (Inciso alterado pela Lei nº 11.052, de 29/12/2004 - DOU de 30/12/2004)

#### **Lei nº 9.250, de 26 de dezembro de 1995**

Art. 30º A partir de 1º de janeiro de 1996, para efeito do reconhecimento de novas isenções de que tratam os incisos XIV e XXI do art. 6º da Lei nº 7.713, de 22 de dezembro de 1988, com a redação dada pelo art. 47 da Lei nº 8.541, de 23 de dezembro de 1992, a moléstia deverá ser comprovada mediante laudo pericial emitido por serviço médico oficial, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

§ 1º O serviço médico oficial fixará o prazo de validade do laudo pericial, no caso de moléstias passíveis de controle.

§ 2º Na relação das moléstias a que se refere o inciso XIV do art. 6º da Lei nº 7.713, de 22 de dezembro de 1988, com a redação dada pelo art. 47, da Lei nº 8.541, de 23 de dezembro de 1992, fica incluída a fibrose cística (mucoviscidose).

#### **Decreto nº 3.000, de 26 de março de 1999**

Art. 39. Não entrarão no cômputo do rendimento bruto:

##### **Proventos de Aposentadoria por Doença Grave**

XXXIII - os proventos de aposentadoria ou reforma, desde que motivadas por acidente em serviço e os percebidos pelos portadores de moléstia profissional, tuberculose ativa, alienação mental, esclerose múltipla, neoplasia maligna, cegueira, hanseníase, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, doença de Parkinson, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, estados avançados da doença de Paget (osteíte deformante), contaminação por radiação, síndrome de imunodeficiência adquirida, e fibrose cística (mucoviscidose), com base em conclusão da medicina especializada, mesmo que a doença tenha sido contraída depois da aposentadoria ou reforma (Lei nº 7.713, de 1988, art. 6º, inciso XIV, Lei nº 8.541, de 1992, art. 47, e Lei nº 9.250, de 1995, art. 30, § 2º);

§ 4º Para o reconhecimento de novas isenções de que tratam os incisos XXXI e XXXIII, a partir de 1º de janeiro de 1996, a moléstia deverá ser comprovada mediante laudo pericial emitido por serviço médico oficial da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, devendo ser fixado o prazo de validade do laudo pericial, no caso de moléstias passíveis de controle (Lei nº 9.250, de 1995, art. 30 e § 1º).

§ 5º As isenções a que se referem os incisos XXXI e XXXIII aplicam-se aos rendimentos recebidos a partir:

I - do mês da concessão da aposentadoria, reforma ou pensão;

II - do mês da emissão do laudo ou parecer que reconhecer a moléstia, se esta for contraída após a aposentadoria, reforma ou pensão;

III - da data em que a doença foi contraída, quando identificada no laudo pericial.

§ 6º As isenções de que tratam os incisos XXXI e XXXIII também se aplicam à complementação de aposentadoria, reforma ou pensão.

# LAUDO MÉDICO PERICIAL

para fins de reconhecimento de isenção de IRRF

Este formulário deve ser preenchido e assinado por médico especializado, lotado em órgão do serviço médico oficial.

Identificação do Paciente:

Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Indique com "X" no quadro abaixo, de qual(is) moléstia(s) o paciente é portador:

<input type="checkbox"/>	Moléstias profissionais e acidentárias
<input type="checkbox"/>	Tuberculose ativa
<input type="checkbox"/>	Alienação mental
<input type="checkbox"/>	Esclerose múltipla
<input type="checkbox"/>	Neoplasia maligna
<input type="checkbox"/>	Cegueira
<input type="checkbox"/>	Hanseníase
<input type="checkbox"/>	Paralisia irreversível e incapacitante
<input type="checkbox"/>	Cardiopatias graves

<input type="checkbox"/>	Doença de Parkinson
<input type="checkbox"/>	Espondiloartrose anquilosante
<input type="checkbox"/>	Nefropatia grave
<input type="checkbox"/>	Hepatopatia grave
<input type="checkbox"/>	Estados avançados da doença de Paget (osteíte deformante)
<input type="checkbox"/>	Contaminação por radiação
<input type="checkbox"/>	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS)
<input type="checkbox"/>	Fibrose cística (mucoviscidose)

Indique o(s) código(s) CID, da(s) moléstia(s) indicadas no quadro acima.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Descreva pormenorizadamente o quadro clínico atual do paciente.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Indique qual o grau de gravidade da(s) doença(s).

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

A moléstia da qual o paciente é portador é passível de controle? Em caso positivo, indicar prazo de validade deste laudo. (OBS: Não será aceito prazo indeterminado como resposta.)

SIM Prazo de Validade: \_\_\_\_\_

NÃO

Declaro que o presente laudo foi elaborado tendo por base documentos e exames comprobatórios, tendo ciência das sanções legais em caso de inveracidade das informações.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Local Data Assinatura do Médico

Identificação do médico responsável:

Nome do Médico: \_\_\_\_\_ CRM nº: \_\_\_\_\_

Especialidade(s): \_\_\_\_\_

Carimbo do Serviço Médico Oficial: \_\_\_\_\_