

Excelentíssimo Senhor Governador do Estado do Rio de Janeiro

Nome: _____
CPF: _____ RG: _____ Órgão _____
Matrícula: _____ Id Funcional: _____
Endereço: _____ CEP _____
Bairro: _____ Cidade: _____ UF _____
Tipo de Aposentadoria: _____ D.O.nº _____
Data ____ / ____ / ____ Proc. Aposentadoria nº: _____

requer a concessão do benefício de **ISENÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA** conforme preceito legal (Lei Federal nº 7.713/88 alterada pela Lei nº 11.052/2004).

Nestes Termos, pede deferimento.

Rio de Janeiro, _____.

CONTATOS:

Telefone residencial: (____) _____

Telefone celular: (____) _____

Whatsapp: (____) _____

E-mail: _____

Outros: _____

ATENÇÃO: Todos os campos devem ser preenchidos. Juntar obrigatoriamente: documento de identificação, cópia D.O. de aposentadoria, último contracheque, comprovante de residência, laudos médicos e exames atualizados (máx. 6 meses) sob pena de devolução pela Perícia Médica (exigências).

SIPEN 02