

Senhor Chefe da Divisão de Registros Funcionais

Nome: Matrícula: E-mail: Telefone: Endereço:

Requer a Vossa Senhoria a isenção da contribuição previdenciária e do imposto de renda retido na fonte por ser portador de doença grave, nos termos da Lei Federal n. 7713/1988 e Lei Complementar Estadual n. 412/2008, conforme exames médicos anexos.

Florianópolis, 15 de agosto de 2018.

Assinatura

Obs: Anexar documentos médicos: atestado médico com Código Internacional de Doença (CID), receita médica (prescrição de medicamentos) e exames clínicos recentes ou, se a solicitação for retroativa, exames clínicos da época.