|  |
| --- |
| REQUERIMENTO DE ISENÇÃO DE IMPOSTO DE RENDAMOLÉSTIA GRAVE**PLANO DE PREVIDÊNCIA COMPLEMENTAR SÃO BERNARDO** |
| **1. REQUERIMENTO** |
| Sendo portador de uma das doenças constantes no inciso XIV do art. 6º da Lei nº 7.713/88, ou no § 2º do art. 30 da Lei nº 9.250/95, venho requerer à administração da São Bernardo Previdência Privada a imediata cessação do desconto do Imposto de Renda no pagamento de meus benefícios mensais de Aposentadoria ou Resgate. |
| **2. DADOS DO PARTICIPANTE** |
| NOME      |
| RG      | CPF      |
| ENDEREÇO      |
| BAIRRO      | CIDADE      | ESTADO      |
| CEP      | TELEFONE      | E-MAIL PESSOAL      |
| **3. DADOS DO MÉDICO** |
| NOME      |
| CRM      | ESPECIALIDADE      |
| **3. INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA** |
| IDENTIFICAÇÃO NOMINAL DA DOENÇA      |
| CID      | PORTADOR DA DOENÇA DESDE (MÊS/ANO) / |
| RUBRICA (XIV do art. 6º da Lei nº 7.713/88, ou no § 2º do art. 30 da Lei nº 9.250/95)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| [ ]  | 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 |

 |
| **4. PROCEDIMENTOS** |
| 1. Procurar o serviço médico oficial da União, dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios para que seja emitido laudo pericial comprovando a moléstia;
2. Se possível, o serviço médico deverá indicar a data em que a enfermidade foi contraída. Caso contrário, será considerada a data da emissão do laudo como a data em que a doença foi contraída;
3. O laudo deverá ser fundamentado com exposição das observações, estudos, exames efetuados e registros das conclusões;
4. Enviar para a São Bernardo o laudo pericial e este formulário preenchido e assinado.
 |
|      ,       de  de      .\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura do Participante |

 Versão: Junho/2022