|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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