



Estado do Rio de Janeiro
Município de Paty do Alferes
**FUNDO DE APOSENTADORIAS E PENSÕES DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO
MUNICÍPIO DE PATY DO ALFERES – PATY PREVI**

ATO DIRETIVO nº 014, de 20 de agosto de 2024.

Estabelece rotina e documentação necessária à análise de concessão de isenção de imposto de renda de pessoa física para aposentados e pensionistas.

Art. 1º - A análise e reconhecimento de isenção de Imposto de Renda de Pessoa Física- IRPF se processará em processo administrativo perante o Paty Previ.

Art. 2º - O beneficiário requerente deverá preencher o modelo de requerimento e o Laudo Médico nos moldes disponibilizados no site www.patyprevi.rj.gov.br conforme anexo, onde conste o CID (Código Internacional de Doenças) da moléstia, devidamente homologado pelo médico da rede pública de saúde, tendo obrigatoriamente seu carimbo e assinatura, bem como carimbo da unidade de saúde competente, com identificação e assinatura de seu responsável.

Art. 3º - Após análise da equipe técnica do Paty Previ a concessão será publicada em Diário Oficial, devendo iniciar sua aplicação na elaboração dos proventos a partir do mês seguinte à publicação.

Art. 4º- Acompanha este Ato Diretivo os seguintes anexos:

Anexo I – Modelo de “REQUERIMENTO ISENÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA” e

Anexo II – modelo de “LAUDO PERICIAL PARA ISENÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA”.

JAQUELINE DA SILVA LUSTOSA
Diretora Presidente
Paty Previ



REQUERIMENTO ISENÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA

1. Documentos necessários

- a) Formulário de requerimento;
- b) Documentos de identificação do titular da isenção;
- c) Procuração, curatela ou tutela, quando for o caso;
- d) Documentos de identificação do representante legal, quando for o caso;
- e) Laudo emitido pela perícia oficial em saúde.
- f) Demais documentos que comprovem o direito à isenção.

2. Identificação do (a) Requerente

Nome:			
Matrícula:	CPF:	Órgão de Vinculação:	
Endereço Residencial:			
Cidade:	UF:	CEP:	Telefones:
Vínculo: <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Pensionista			
Em se tratando de aposentado (a), informar o cargo efetivo em que se deu a aposentadoria:		Classe:	Padrão:
Ato legal concessório da aposentadoria:		Data de publicação:	
Em se tratando de pensionista, informar o ato legal concessório da pensão:		Data de publicação:	

3. Requerimento (anexar documentos comprobatórios)

Eu, acima identificado (a) venho requerer Fundo de Previdência, isenção de imposto de renda, em razão de ser portador de doença especificada em lei para tanto, anexo, laudo emitido pela perícia oficial em saúde.

4. Declarações

a) Veracidade das informações:

As informações ora prestadas são verdadeiras, sob pena de responsabilidade administrativa, civil e penal, conforme Art. 299 do Código Penal Brasileiro (falsidade ideológica).



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE PATY DO ALFERES
FUNDO MUNICIPAL DE APOSENTADORIAS E PENSÕES DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO
MUNICÍPIO DE PATY DO ALFERES - PATY PREVI

5. Observações:

- a) A isenção de que trata a Lei nº 7.713 de 1988, art. 6º, inciso XIV, diz respeito apenas a proventos de aposentadoria e pensão.
- b) Para efeito de reconhecimento de isenção do IR, a doença deve ser comprovada mediante laudo pericial emitido por perícia oficial em saúde.
- c) Fundamentos Legais: Lei 7.713, de 1988, art 6º, inciso XIV; Lei nº 9.250, de 1995, art. 30; Decreto nº 3.000, de 1999; art. 39, Instrução Normativa SRF nº 15, de 2001, art. 5º, §§ 1º e 2º.

LOCAL:

DATA:

ASSINATURA DO SERVIDOR APOSENTADO/PENSIONISTA

LAUDO PERICIAL PARA ISENÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA

DADOS DO CONTRIBUINTE

NOME:

CPF:

ENDEREÇO:

TELEFONE:

DADOS DO MÉDICO

NOME:

CRM:

ESPECIALIDADE:

DECLARAÇÃO

Declaro, sob as penas de Lei, que _____ é
(NOME DO PACIENTE)

portador, desde _____ até a presente data, de _____
(MÊS/ANO) (IDENTIFICAÇÃO NOMINAL DA MOLÉSTIA)

CID _____, moléstia referida no art. 6º, inciso XIV, da Lei nº 7.713/88, conforme nova redação dada pelo art. 1º da Lei nº 11.052/2004, sob a rubrica de _____.
(DENOMINAÇÃO DA MOLÉSTIA UTILIZADA PELO LEGISLADOR – CONFORME ITEM 2 DO PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO ABAIXO)

EXPOSIÇÃO DAS OBSERVAÇÕES, ESTUDOS, EXAMES EFETUADOS E REGISTRO DAS CONCLUSÕES

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

A DOENÇA É PASSÍVEL DE CONTROLE? (____)SIM (____)NÃO.

SOMENTE em caso afirmativo (SIM), determinar o PRAZO DE VALIDADE DO LAUDO: ____ / ____ / ____

1- O laudo deverá ser fundamentado com exposição das observações, estudos, exames efetuados, registros das conclusões e emitido por **SERVIÇO MÉDICO OFICIAL da União, dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios.**

2- Moléstias relacionadas pelo inciso XIV do art. 6º, da Lei nº 7.713/88, com nova redação dada pelo art. 47, da Lei nº 8.541/92, pelo art. 30, da Lei nº 9.250/95 e pelo art. 1º da Lei nº 11.052/2004.

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Moléstia Profissional | <input type="checkbox"/> Cardiopatia Grave | <input type="checkbox"/> Fibrose Cística (mucoviscidose) |
| <input type="checkbox"/> Alienação Mental | <input type="checkbox"/> Esclerose Múltipla | <input type="checkbox"/> Síndrome da Imunodeficiência Adquirida |
| <input type="checkbox"/> Cegueira | <input type="checkbox"/> Hanseníase | <input type="checkbox"/> Contaminação por Radiação |
| <input type="checkbox"/> Estados Avançados da Doença de Paget (Osteíte Deformante) | <input type="checkbox"/> Nefropatia Grave | <input type="checkbox"/> Neoplasia Maligna |
| <input type="checkbox"/> Espondiloartrose Anquilosante | <input type="checkbox"/> Tuberculose Ativa | <input type="checkbox"/> Hepatopatia Grave |
| <input type="checkbox"/> Paralisia Irreversível e Incapacitante | <input type="checkbox"/> Doença de Parkinson | |

Em ____ / ____ / ____

CARIMBO E IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO MÉDICO OFICIAL
(OBRIGATÓRIO)

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO
(OBRIGATÓRIO)