



## AVALIAÇÃO PARA ISENÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA – AGENDAMENTO

DADOS DO SERVIDOR (A) APOSENTADO (A) OU PENSIONISTA			
Nome:			
CPF:		Matrícula SIAPE:	
Órgão:	Lotação: (campus/unidade)		Cargo:
Endereço:			
E-mail (imprescindível):		Telefone para contato:	
Possui outro cargo Público Federal?			
NÃO ( )		ATIVO ( )	
SIM ( )		APOSENTADO ( )	
		PENSIONISTA ( )	
Se sim, favor preencher também os campos relativos ao 2º cargo.			
Matrícula SIAPE:	Órgão:	Lotação:(campus/unidade)	Cargo:
<b>PREENCHER DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES QUE CONSTAM NO LAUDO MÉDICO.</b>			
CID 10 ou patologia _____,			
DATA DE EMISSÃO DO LAUDO MÉDICO: ____ / ____ / ____			
NOME PROFISSIONAL: _____			
REGISTRO NO CONSELHO (CRM / CRO): _____			
<b>Desejo realizar a minha perícia médica, de acordo com a disponibilidade da Unidade, no:</b>			
<input type="checkbox"/> SIASS IFFluminense, REITORIA.			
<input type="checkbox"/> SIASS IFFluminense, polo Campus Itaperuna.			
<b>OBS<sup>1</sup>:</b> Apresentar, no momento da Perícia Médica, Laudo Médico atualizado (original e cópia).			
<b>OBS<sup>2</sup>:</b> Apresentar, no momento da Perícia Médica, Laudo da Anatomia Patológica original e cópia, quando for o caso.			
 <b>ENVIAR</b>			