



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO  
SECRETARIA DA FAZENDA  
SÃO PAULO PREVIDÊNCIA  
DIRETORIA DE BENEFÍCIOS MILITARES  
Rua Bela Cintra , 657 - São Paulo - SP - CEP 01415-003  
Teleatendimento: 0800 777 7738 – Fax: 3214.9486

SENHOR DIRETOR DE BENEFÍCIOS MILITARES DA SÃO PAULO PREVIDÊNCIA - SPPREV

Eu _____,
Posto ou Graduação _____ PM, RE _____ - _____
inscrito no CPF n. _____ - _____, Filiação
Pai _____
Mãe _____
Última Unidade do serviço ativo _____
inativado em ____/____/____ Residente na Rua _____
_____, n. _____,
Complemento _____, Bairro _____,
Cidade _____ Estado _____ CEP _____ - _____,
Telefone(s):(____) _____, (____) _____,
e-mail: _____.

Venho através deste requerer a V.Sa. que seja concedida isenção de Imposto de Renda nos termos do inciso XIV do Art. 6º da Lei Federal nº 7.713/88, com redação dada pela Lei Federal nº 11.052/04 e Instrução Normativa SRF nº 15 de 6 de fevereiro de 2001, por ser portador da \_\_\_\_\_,

(Indicar a doença, o CID correspondente, e se é temporário ou permanente)

conforme atesta laudo médico anexo.

É a \_\_\_\_ª vez que venho requerer.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

local e data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do requerente Posto e RE