



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO
INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO - RBPREV

**REQUISIÇÃO EXAME OCASIONAL DE SANIDADE E CAPACIDADE FÍSICA
PARA ISENÇÃO DO IMPOSTO DE RENDA**

01 – Nome do(a) Requerente:	02 – CPF:
03 – Situação: <input type="checkbox"/> Aposentado(a) <input type="checkbox"/> Pensionista	04 – Matrícula nº
05 – Endereço: _____ Nº: _____ Bairro: _____ Município: _____ Telefone: () _____ Celular: () _____	
06 – Órgão Requisitante: Instituto de Previdência do Município de Rio Branco - RBPREV	
07 – Informações Complementares: _____ _____ _____ _____ Assinatura do(a) servidor(a) responsável	
08 – Senhor(a): Presidente da Junta Médica, Solicito de Vossa Senhoria providência no sentido de emitir o necessário parecer sobre o estado de sanidade e capacidade física do(a) requerente acima mencionado(a) para comprovação de invalidez na forma prevista na Lei nº 1.793, de 23 de Dezembro de 2009, art. 20, I, e 21, para fins de isenção do imposto de renda e contribuição previdenciária, art. 51, inciso II, § 1º, da Lei Municipal nº 1.793/2009. Rio Branco, Acre, _____ de _____ de _____.	
_____ Assinatura do Chefe Imediato	



**PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO
INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO - RBPREV**

09 – PARECER DA JUNTA MÉDICA

Senhor(a) **Diretor(a) do Instituto de Previdência do Município de Rio Branco,**

Comunicamos que, em função da análise da documentação apresentada, esta Junta Médica se posiciona de acordo com o item abaixo marcado:

- a) O(a) requerente possui doença incapacitante especificada no art. 21, Lei 1.793/2009
- b) O(a) requerente possui doença incapacitante especificada em outro dispositivo legal.
- c) O(a) requerente não possui doença incapacitante permanente.
- d) O(a) requerente deve ser reavaliado(a) em ____/____/____.

e) Observações Complementares:

Rio Branco, Acre, ____/____/____.

Assinatura dos membros da Junta Médica