

**ANEXO I**  
**REQUERIMENTO PARA ISENÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA E**  
**CONCESSÃO DO BENEFÍCIO ASSISTENCIAL**

Eu, \_\_\_\_\_,  
Registro \_\_\_\_\_, Vínculo \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_  
CPF \_\_\_\_\_ aposentado (a) pela SECRETARIA MUNICIPAL  
/ SUBPREFEITURA, \_\_\_\_\_ sou portador(a)  
de doença relacionada em legislação específica, conforme relatório médico em anexo e  
**REQUEIRO** a realização de **PERÍCIA MÉDICA** para fins de Isenção de Imposto de  
Renda nos termos do art. 6º, inciso XIV, da Lei Federal nº 7.713, de 22 de dezembro de  
1988 e de concessão do Benefício Assistencial instituído pelo art. 49 da Lei Municipal nº  
17.969, de 23 de junho de 2023.

Para tal finalidade AUTORIZO que a Prefeitura Municipal de São Paulo, através da  
unidade de gestão de pessoas do Órgão em que ocorreu minha aposentadoria e a  
Coordenadoria de Gestão de Saúde do Servidor, da Secretaria Municipal de Gestão,  
realize o tratamento dos meus dados pessoais, de acordo com os artigos 7º e 11 da Lei  
Federal nº 13.709, de 14 de agosto de 2018.

Estou ciente que a documentação médica será digitalizada e passará a tramitar pelo  
Sistema Eletrônico de Informação – SEI, em caráter restrito, em processo eletrônico  
aberto para esta finalidade específica, com acesso pela Coordenadoria de Gestão de  
Saúde do Servidor, da Secretaria Municipal de Gestão.

São Paulo, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
assinatura

**INFORMAÇÕES ADICIONAIS:**

Endereço: \_\_\_\_\_

Nº \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_

Telefone (1) \_\_\_\_\_ Telefone (2) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

**CONTATOS PARA RECADOS:**

Contato (1) \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Contato (2) \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_