COMANDO DA AERONÁUTICA
COMANDO GERAL DO PESSOAL
DIRETORIA DE ADMINISTRAÇÃO DO PESSOAL
SUBDIRETORIA DE INATIVOS E PENSIONISTAS

Imposto de Renda

O que é preciso saber?

DIRAP

SUBDIRETORIA DE INATIVOS E PENSIONISTAS
SDIP



A SDIP ou qualquer outra OM de Vinculação não envia representante ao domicílio dos inativos e pensionistas com o intuito de tratar sobre benefícios, contratação de seguros, empréstimo consignado ou qualquer outro tipo de assunto, principalmente os que envolvam o emprego de valor em dinheiro.



Nunca acredite em pessoas estranhas com propostas muito vantajosas. Em caso de dúvida entre em contato com a SDIP ou OM de Vinculação nos telefones indicados ao final do folheto.



ISENÇÃO DO PAGAMENTO DE IR

Fazem jus os militares portadores das seguintes doenças, todas especificadas em Lei: AIDS; alienação mental; cardiopatia grave; cegueira; doenças decorrentes de contaminação por radiação; doença de Parkinson; esclerose múltipla; espondiloartrose anquilosante; estado avançado do mal de Paget (osteíte deformante); fibrose cística (mucovis-cidose); hanseníase; hepatopatia grave; nefropatia grave; neoplasia maligna (câncer); paralisia irreversível e incapacitante; e tuberculose ativa.

O benefício é concedido a partir da data da preexistência da doença, **desde que seja atestado em laudo médico e julgado pela Junta Superior de Saúde.**

O cancelamento do desconto do Imposto de Renda no pagamento é providenciado pela **Seção de Finanças da OM de vinculação** após receber a mensagem da Junta de Saúde.

Os atrasados do ano corrente são devolvidos pela OM de vinculação. Os dos anos anteriores, pela Receita Federal, mediante declaração retificadora.

Doenças e situações capituladas em Lei que isentam de imposto de renda o contribuinte:

– Acidente em serviço, quando na ativa;

– AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida);

– Alienação mental;

– Cardiopatia grave;

– Cegueira;

– Contaminação por radiação;

– Doença de Page em estados avançados (Osteíte deformante);

– Doença de Parkinson;

– Esclerose múltipla;

– Espondiloartrose anquilosante;

– Fibrose Cística;

– Hanseníase;

– Nefropatia grave;

– Hepatopatia grave;

– Neoplasia maligna;

– Paralisia irreversível e incapacitante; e

– Tuberculose ativa.

Observações:

– não há limites, todo o rendimento é isento;

– nos casos de Hepatopatia Grave, somente serão isentos os rendimentos auferidos a partir de 1º de janeiro de 2001.

Documentos necessários (cópias autenticadas ou cópias mais os originais – uma cópia de cada documento):

– os militares deverão apresentar a portaria de reforma, RG do COMAER atualizado, CIC e o último contracheque;

– os militares não reformados deverão requerer primeiro a reforma por incapacidade física; e

– os civis, aposentados e pensionistas deverão apresentar o Título de pensão, RG do COMAER, CIC e o último contracheque.

Caso a solicitação seja feita por procurador/tutor/curador ou representante legal, além da cópia dos documentos pessoais do interessado, deve apresentar uma cópia de seus documentos e da documentação que comprove essa representação, atualizados.





ORIENTAÇÕES PARA ISENÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA (OF GEN)

GABAER:

- Com o laudo da JSS – Emitir Portaria;
- Enviar Portaria e Processo completo para a DIRAP.

DIRAP:

- Com o Processo e com a Portaria – Encaminhar para a SDIP;
- Na SDIP será emitido o novo TPI com as especificações do laudo e da Portaria, a qual será processada no pagamento conforme a data de inclusão no Sistema de Inatividade e SIGPES, pois a folha poderá estar fechada;
- O novo TPI será enviado para a **OM de vinculação** do Oficial General;
- A SDIP procederá à inclusão das informações no **e-pessoal** para ciência do TCU.

OM de vinculação:

- De posse do novo TPI irá enviar mensagem para a SDPP solicitando modificação da DIRF (conforme msg SIAFI nº 159/PP3/30MAIO2016);
- Se a Isenção ocorrer dentro do exercício financeiro a OM de vinculação poderá ressarcir os valores do IRRF do ano em curso para o solicitante;
- Se existirem valores de anos anteriores a OM de vinculação deverá verificar se a SDPP já realizou a modificação da DIRF junto a Receita Federal do Brasil (RFB) e então informar ao solicitante que poderá fazer reque-

rimento junto a RFB para os exercícios anteriores.

ORIENTAÇÕES PARA ISENÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA (DEMAIS MILITARES)

OM de vinculação ou OM

- Recebe requerimento do militar para fazer inspeção de saúde na letra “O” ao Chefe do GAP ou ao Comandante (se for da Ativa);

- Processo completo com a Ficha de Inspeção de Saúde da JRS, Ata da Inspeção de Saúde da JRS, Parecer e Relatórios devem ser enviados para a DIRSA (JSS).

DIRSA

- Julga o processo oriundo da OM de vinculação na Junta Superior de Saúde (JSS);

- Encaminha Parecer da JSS para a DIRAP.

DIRAP:

- Com o Processo oriundo da DIRSA emite Portaria de Reforma ou Portaria de Alteração de Reforma;

- Na SDIP será emitido o novo TPI com as especificações do laudo e da Portaria, a qual será processada no pagamento conforme a data de inclusão no Sistema de Inatividade e SIGPES, pois a folha poderá estar fechada;

- O novo TPI será enviado para a **OM de vinculação** do Militar;

- A SDIP procederá à inclusão das informações no **e-pessoal** para ciência do TCU.

OM de vinculação:

- De posse do novo TPI irá enviar mensagem para a SDPP solicitando modificação da DIRF (conforme msg SIAFI nº 159/PP3/30MAIO2016);

- Se a Isenção ocorrer dentro do exercício financeiro a OM de vinculação poderá ressarcir os valores do IRRF do ano em curso para o solicitante;

- Se existirem valores de anos anteriores a OM de vinculação deverá verificar se a SDPP já realizou a modificação da DIRF junto a Receita Federal do Brasil (RFB) e então informar ao solicitante que poderá fazer requerimento junto a RFB para os exercícios anteriores.

COMO SOLICITAR NA RECEITA FEDERAL

Primeiramente deverá acessar a página da Subsecretaria de Arrecadação e Atendimento no endereço de Internet abaixo:

http://idg.receita.fazenda.gov.br/interface/lista-de-servicos/isencao/solicitar-isencao-do-irpf-doencas-graves/servico

Ou da página inicial da página da Receita Federal do Brasil (RFB):

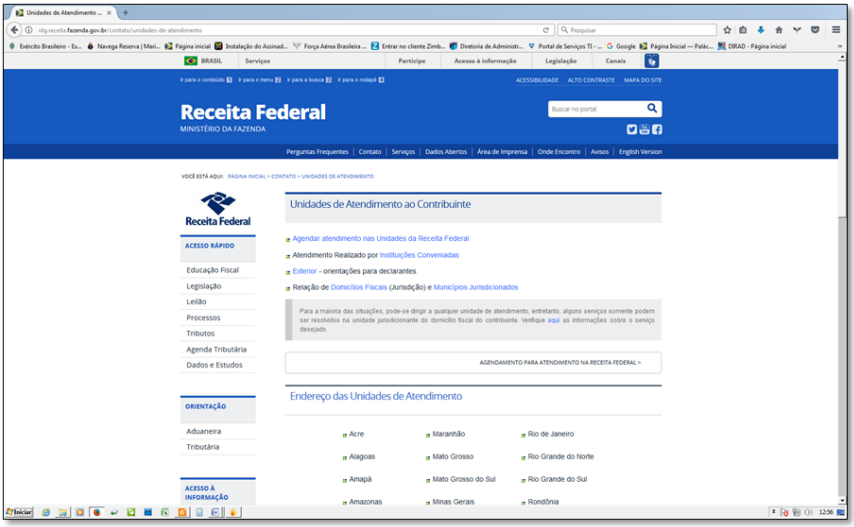
Página Inicial > Interface de Atendimento > Lista de Serviços > Isenção > Solicitar Isenção do IRPF - Doenças Graves

Seguindo os passos acima o interessado chegará na tabela abaixo:

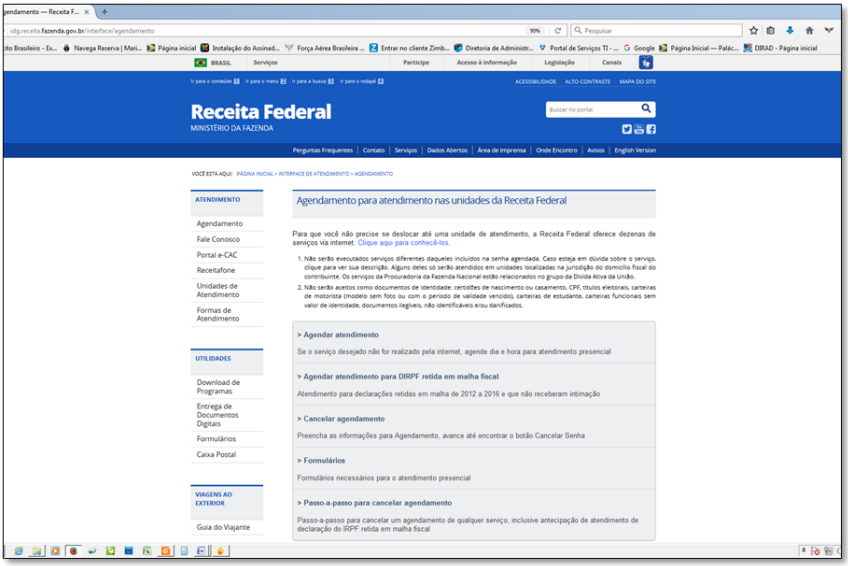
Solicitar Isenção do IRPF - Doenças Graves

Nome	Solicitar Isenção do IRPF - Doenças Graves
Nome Popular	N/A
Descrição	Obter orientações sobre condições e procedimentos para solicitar isenção do Imposto de Renda da Pessoa Física nos casos de doenças graves e, se for o caso, procedimentos para solicitar restituição.
Público alvo	Pessoa Física
Formas de atendimento	
Documentação	N/A
Formulários	N/A
Legislação	Lei nº 7.713/1988
Tempo Estimado	N/A
Mais informações	Orientações gerais sobre o serviço

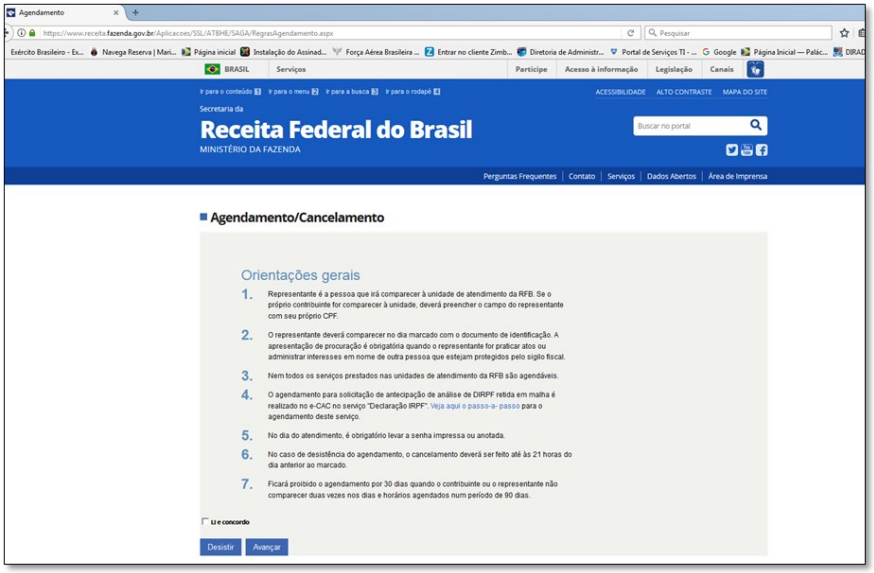
Ao se teclar em “**Atendimento Presencial**” chega-se a uma nova página onde existem uma opção para agendar o atendimento, conforme página abaixo:



A próxima página traz outras opções que o interessado poderá escolher:



Ao se clicar em “**Agendar atendimento**” é só seguir o **passo-a-passo**:



Ao se teclar em “**Mais Informações**” chega-se a uma nova página onde existem várias orientações:

Isenção do Imposto sobre a Renda da Pessoa Física para Portadores de Moléstia Grave

Procedimentos para usufruir da isenção

Caso se enquadre na situação de isenção, o contribuinte deverá procurar o serviço médico oficial da União, dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios para que seja emitido laudo pericial (Anexo E) comprovando a moléstia.

Se possível, o serviço médico deverá indicar a data em que a enfermidade foi contraída. Caso contrário, será considerada a data da emissão do laudo como a data em que a

doença foi contraída.

O serviço médico deverá indicar se a doença é passível de controle e, em caso afirmativo, o prazo de validade do laudo.

O laudo deve ser emitido, preferencialmente, pelo serviço médico oficial da fonte pagadora, pois, assim, o imposto já deixará de ser retido em fonte. Se não for possível, o contribuinte deverá entregá-lo no órgão que realiza o pagamento do benefício e verificar o cumprimento das demais condições para o gozo da isenção.

Caso o laudo pericial indique data retroativa em que a moléstia foi contraída e, após essa data, tenha havido retenção de imposto de renda na fonte e/ou pagamento de imposto de renda apurado na declaração de ajuste anual, podem ocorrer duas situações:

I - O laudo pericial indica que a doença foi contraída em mês do exercício corrente (ex.: estamos em abril do ano corrente e a fonte reconhece o direito à partir de janeiro do mesmo ano): o contribuinte poderá solicitar a restituição na Declaração de Ajuste Anual do exercício seguinte, declarando os rendimentos como isentos à partir do mês de concessão do benefício.

II - O laudo pericial indica que a doença foi contraída em data de exercícios anteriores ao corrente, então, dependendo dos casos abaixo discriminados, adotar-se-á um tipo de procedimento:

Caso 1 - Foram apresentadas declarações em que resultaram saldo de imposto a restituir ou sem saldo de imposto

Procedimentos

a) Retificar a Declaração do IRPF dos exercícios abrangidos pelo período constante no laudo pericial.

b) Para as declarações até o exercício 2014 (ano-calendário 2013): Protocolizar, na Unidade de Atendimento de sua jurisdição, o Pedido de Restituição ou de Ressarcimento (Anexo E) referente à parcela de décimo terceiro salário que foi sujeita a tributação exclusiva na fonte (na declaração retificadora, o valor recebido do décimo terceiro salário deverá ser colocado também como rendimento isento e não tributável).

Obs.: Para as declarações a partir do exercício 2015 (ano-calendário 2014), o pedido de restituição referente ao décimo terceiro salário poderá ser feito na própria Declaração do IRPF.

Procedimentos para Retificação da Declaração do Imposto de Renda Pessoa Física

1. Declarações a partir do exercício 2006 (ano-calendário 2005):

1) Baixe o programa do ano correspondente à declaração (ex: para retificar o exercício 2009/ano-calendário 2008 é preciso utilizar o programa IRPF 2009).

2) Entre no menu Declaração do programa gerador da declaração a ser retificada e abra a declaração já enviada. **Importante: caso não consiga abrir ou recuperar a declaração já enviada, preencha novamente toda a declaração.**

3) Responda "Sim" à pergunta "Esta declaração é retificadora?".

4) Após responder "Sim", o programa abre um campo para que seja informado o número do recibo da declaração imediatamente anterior (veja aqui como obter o número do recibo) .

5) Inclua ou corrija as informações desejadas.

6) Grave a declaração e transmita utilizando o Receitanet .

Observação: Caso não consiga abrir ou recuperar a declaração já enviada, preencha novamente toda a declaração e não somente as informações que deseja incluir ou corrigir.

2. Declaração original entregue em formulário, de exercícios a partir de 2006 (ano-calendário 2005):

1) Baixe o programa do ano correspondente à declaração (ex: para retificar o exercício 2009/ano-calendário 2008 é preciso utilizar o programa IRPF 2009).

2) Responda "Sim" à pergunta: Esta declaração é retificadora? Após responder "Sim", o programa abre um campo para que seja informado o número do recibo da declaração imediatamente anterior. Esse número é obrigatório (veja aqui como obter o número do recibo).

3) **Preencha novamente toda a declaração** e não somente as informações que deseja incluir ou corrigir.

4) Grave a declaração para a entrega à RFB e transmita via Receitanet (embora o programa possa apresentar aviso para o número do recibo da etiqueta dos Correios , os sistemas de recepção estão preparados para validar a entrega da declaração retificadora com esse número).

Atenção: Se o formulário original foi entregue no modelo completo o contribuinte deverá retificar na Declaração Completa, se foi entregue no modelo simplificado deverá retificar na Declaração Simplificada.

Caso 2 - Foram apresentadas declarações em que resultaram saldo de imposto a pagar

Procedimentos

a) Retificar a Declaração do IRPF dos os exercícios abrangidos pelo período constante no laudo pericial

b) Para as declarações até o exercício 2014 (ano-calendário 2013): Protocolizar, na Unidade de Atendimento de sua jurisdição, o Pedido de Restituição ou de Ressarcimento (Anexo E) referente à parcela de décimo terceiro salário que foi sujeita a tributação exclusiva na fonte (na declaração retificadora, o valor recebido do décimo terceiro salário deverá ser colocado também como rendimento isento e não tributável).

Obs.: Para as declarações a partir do exercício 2015 (ano-calendário 2014), o pedido de restituição referente ao décimo terceiro salário poderá ser feito na própria Declaração do IRPF.

c) Elaborar e transmitir o PER/DCOMP - Pedido de Restituição, Ressarcimento ou Reembolso e Declaração de Compensação (Anexo G) para pleitear a restituição/compensação dos valores pagos a maior que o devido.

Atenção!

A isenção do Imposto sobre a Renda da Pessoa Física por motivo de moléstia grave não dispensa o contribuinte de apresentar a Declaração do IRPF caso ele se enquadre em uma das condições de obrigatoriedade de entrega da declaração.

Anexo A

REQUERIMENTO DE INSPEÇÃO DE SAÚDE
MILITAR INATIVO E PENSIONISTA

_____, ____de_____ de _____.

Do: _____
Ao Exmo. Sr. Diretor do CEMAL.

Assunto: Inspeção de Saúde

Anexos: A – Cópia da identidade e do contracheque.
ATA DE INSP DE SAÚDE

1. _____ – MILITAR, vinculado (a) à Pagadoria de Inativos e Pensionistas da Aeronáutica para fins de percepção de proventos, requer a V.Exa., que seja inspecionado (a) para fins de obter os seguintes benefícios:

- ☐ Isenção do Imposto de Renda (Lei nº 7.713/1988, alterada pelas Leis nº 8.541/1992 e nº 9.250/1995.
- ☐ Auxílio Invalidez (inciso II do Art. 11 da MP nº 2.215-10, de 31.08.2001).
- ☐ Reforma com proventos de grau hierárquico superior (§1º do Art. 110 da Lei nº 6.880, de 09.12.1980, alterado pela Lei nº 7.580, de 23.12.1986).
- ☐ Melhoria da reforma com proventos de grau hierárquico superior (aplicável aos reformados por limite na RR, acometidos de doenças especificadas em lei) – Informação nº 548/COJAER/22.10.2002.
- ☐ Melhoria de pensão com proventos de grau hierárquico superior (militar falecido na ativa) §2º do Art. 32 da MP 2.215-10/2001.
- ☐ Melhoria de pensão com proventos de grau hierárquico superior (militar falecido na RR ou reformado por idade limite), condicionada À preexistência de invalidez antes do óbito.
- ☐ Habilitação à Pensão Especial – Lei nº 3.738, de 04.04.1960, combinado com Art. 10 do Decreto nº 49.096, de 10.10.1960.
- ☐ Inclusão de dependente portador de invalidez (Art. 50 da Lei nº 6.880/1980, combinado com o Aviso nº 3/GC1/20, de 16.11.2009.
- ☐ Outros: _____

Observação: _____

Para o dependente (quando for o caso de inclusão por invalidez):

_____, nascido em _____.

(nome completo, sem abreviatura) data de nascimento

2. Informo a V.Exa. que o prontuário médico encontra-se arquivado no: _____

IDENTIFICAÇÃO DO INSTITUIDOR

NOME : MATRÍCULA

3. É a primeira vez que requer.

_____
Assinatura

INFORMAÇÕES SOBRE O REQUERENTE

Residência: _____ Nº _____

Bairro: _____ Cidade: _____

UF: _____ CEP: _____ telefone: (___) - _____

e-mail: _____

Doença provável:

OBS: _____



COMANDO DA AERONÁUTICA
PAGADORIA DE INATIVOS E PENSIONISTAS DA AERONÁUTICA
DIVISÃO DE ATENDIMENTO

DECLARAÇÃO DE DEPENDÊNCIA ECONÔMICA

Eu,_____, IDENTIDADE Nº _____, CPF Nº _____
Nome Completo/Posto/Graduação

COD SARAM Nº _____,Residente na (Rua/Av)_____Nº _____,

APTº_____ , BAIRRO: _____ Complemento _____CEP: _____

TEL : (___) _____ declaro que _____
Nome Completo

Identidade nº _____ Exp: _____ é meu dependente de acordo com o Estatuto dos Militares, vive sob minha dependência econômica, sob meu teto e não tem remuneração em valor superior a um salário mínimo (Lei nº 8.112/90, Art. 198).

Responsabilizo-me pela exatidão e veracidade das informações declaradas, ciente de que,em caso de falsidade, estarei sujeito às sanções administrativas e criminais previstas na legislação civil e militar.

_____
Local e Data

_____
Assinatura

Anexo B

REQUERIMENTO DE PRÉEXISTÊNCIA DE INVALIDEZ
(De acordo com a Ordem Técnica nº 019/DIRSA/2005, DE 22 dez 2005)
PENSIONISTA DE MILITAR

_____, de _____ de ____.
(Localidade)

Do: _____
(Nome completo)
Ao Sr. Diretor da Pagadora de Inativos e Pensionistas da Aeronáutica

PROTOCOLO COMAER
/R- /

Assunto: Parecer de pré-existência de incapacidade ou invalidez para doença especificada em lei.

Anexos: A – Cópia autenticada da identidade da (o) beneficiária(o) e do(a) " de cujus ";
B – Cópia do contracheque;
C – Cópia autenticada da Certidão de Óbito; e
D – Cópia(s) do(s) exame(s) que comprove(m) a(s) patologia(s).

1. _____, Pensionista do(a)
(Nome completo sem abreviatura)
_____, falecido (a) em _____,

Vinculado à (ao) PAGADORIA DE INATIVOS E PENSIONISTAS DA AERONÁUTI para fins de percepção
(Unidade Pagadora)
de pensão, requer a V. Exa. (V.Sª.) que a documentação médico-pericial alusiva ao (a) " de cujus " seja analisada para fins de obter o seguinte benefício:

Melhoria de Pensão com proventos de grau hierárquico superior (militar falecido na RR ou reformado por idade-limite), condicionada à preexistência de invalidez antes do óbito.

2. Informo a V. Exa. (V. Sª) que o prontuário médico do (a) " de cujus " encontra-se arquivado no _____.

3. É a _____ vez que requer.

_____
Assinatura

INFORMAÇÕES SOBRE A (O) REQUERENTE
Residência: _____
Bairro: _____ Cidade: _____
UF: _____ CEP: _____ Telefone: _____
e-mail: _____
Doença provável do (a) " de cujus ":
OBS:

Anexo C

COMANDO DA AERONÁUTICA
PAGADORIA DE INATIVOS E PENSIONISTAS DA AERONÁUTICA

INSPEÇÃO DE SAÚDE PARA DEPENDENTE DE MILITAR E DE SERVIDOR CIVIL

_____, ____ de _____ de _____.

Do (a): _____

Ao :Exmº Sr. Diretor do **CEMAL**

Assunto : Inspeção de Saúde
Anexo: Identidade, Certidão que comprove o vínculo com o Instituidor e Laudo médico.

1. _____ , portador(a) da identidade _____

Org Exp _____ , nascido (a) ____ /____ /_____ , CPF ____ - ____ - ____ - ____ , filho(a) de _____, Matrícula nº _____ falecido(a) em ____/____ /____ , vem respeitosamente, por ser portador(a) de invalidez, requerer a V. Exa. Inspeção de Saúde, a fim de que seja comprovada a doença especificada em lei e reconhecida a invalidez em data anterior ao falecimento do servidor acima citado. Este pedido visa instruir processo de Habilitação à Pensão.

IDENTIFICAÇÃO DO INSTITUIDOR

NOME : MATRÍCULA

2. É a primeira vez que requer.

_____
Assinatura do (a) Requerente ou Rep Legal

Endereço: _____. Bairro: _____

Cidade : _____ – ____ Cep : _____

Telefone: (__) – _____ - _____

E-mail : _____

Doença Provável: _____

Observações

_____

_____

Anexo D – Requerimento par Inspeção de Saúde em grau de recurso

REQUERIMENTO DE INSPEÇÃO DE SAÚDE
MILITAR INATIVO E PENSIONISTA

_____, _____de_____ de _____.

Do : _____
Ao Exmo. Sr. Diretor da Diretoria de Saúde da Aeronáutica.

Assunto: Inspeção de Saúde em Grau de Recurso.
Anexos: A – Cópia autenticada da identidade (militar ou civil).
B – Cópia do contracheque
C – Cópia do (s) exame (s) complementar (es) que comprove (m) a (s) patologia (s) . (caso cabível)

1. _____, vinculado (a) à Pagadoria de
(nome completo sem abreviatura)
Inativos e Pensionistas da Aeronáutica para fins de percepção de proventos, requer a V.Exa. que seja inspecionado (a) para fins de obter o (s) seguintes benefícios:

- ☐ Isenção do Imposto de Renda (Lei nº 7.713/1988, alterada pelas Leis nº 8.541/1992 e nº 9.250/1995.
- ☐ Auxílio Invalidez (inciso II do Art. 11 da MP nº 2.215-10, de 31.08.2001).
- ☐ Reforma com proventos de grau hierárquico superior (§1º do Art. 110 da Lei nº 6.880, de 09.12.1980, alterado pela Lei nº 7.580, de 23.12.1986).
- ☐ Melhoria da reforma com proventos de grau hierárquico superior (aplicável aos reformados por limite na RR, acometidos de doenças especificadas em lei) – Informação nº 548/COJAER/22.10.2002.
- ☐ Melhoria de pensão com proventos de grau hierárquico superior (militar falecido na ativa) §2º do Art. 32 da MP 2.215-10/2001.
- ☐ Melhoria de pensão com proventos de grau hierárquico superior (militar falecido na RR ou reformado por idade limite), condicionada à preexistência de invalidez antes do óbito.
- ☐ Habilitação à Pensão Especial – Lei nº 3.738, de 04.04.1960, combinado com Art. 10 do Decreto nº 49.096, de 10.10.1960.
- ☐ Inclusão de dependente portador de invalidez (Art. 50 da Lei nº 6.880/1980, combinado com o Aviso nº 1/GC1/1, de 19.05.2001.
- ☐ Outros: _____.

2. Outrossim, informo a V.Exa (V.Sa) que a Inspeção de Saúde a que fui submetido pela JRS/_____, no dia _____de _____de _____, teve seu julgamento realizado na sessão nº _____ daquela Junta, no dia _____ de _____ de _____ . Solicita : _____.

OBS: _____
Para o dependente (quando for o caso de inclusão por invalidez):

_____, nascido em _____/_____/_____.
(nome completo, sem abreviatura)

3. É a _____ vez que requer.

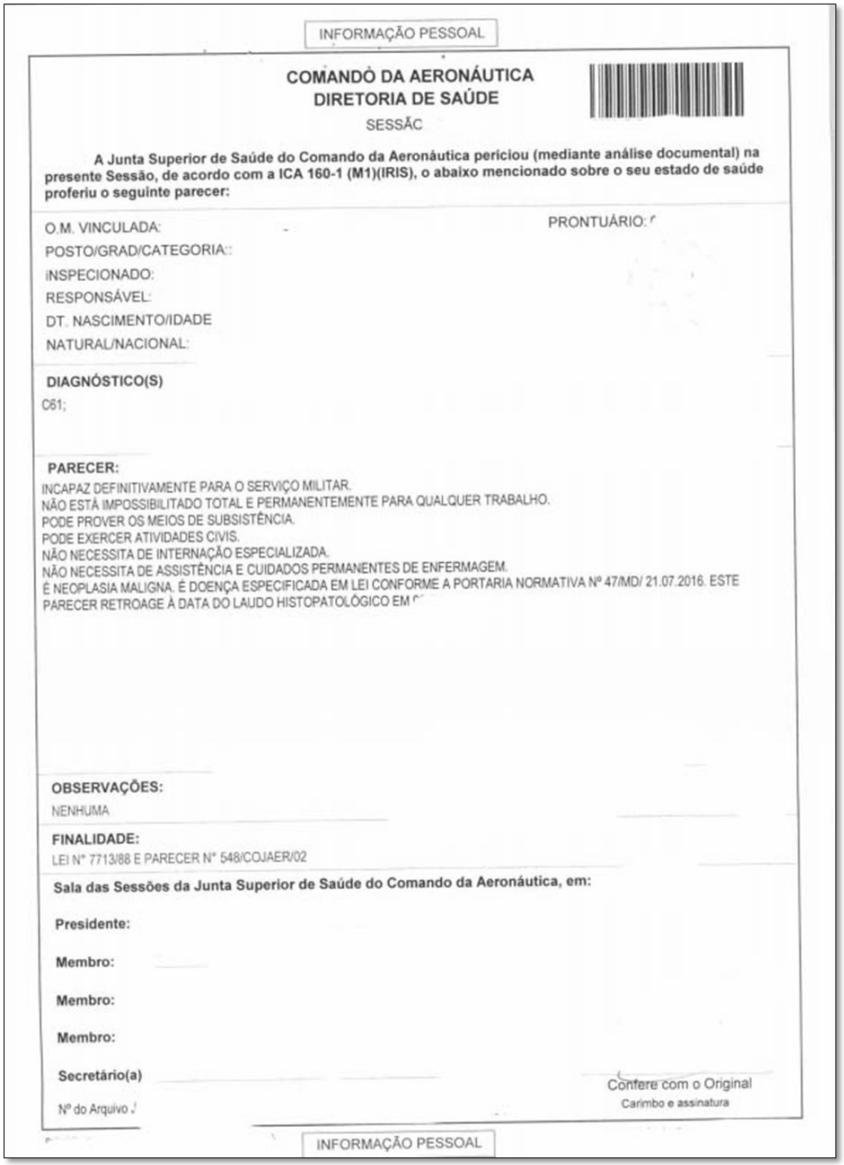
_____
Assinatura

INFORMAÇÕES SOBRE O REQUERENTE

Residência: _____ Nº _____ Bairro: _____
Cidade: _____ UF: ____ CEP: _____ telefone: ( ) - - _____
e-mail: _____
Doença provável: _____
OBS: _____

Anexo E – Exemplo de Laudo

Laudo do Pessoal Militar



INFORMAÇÃO PESSOAL

COMANDO DA AERONÁUTICA
DIRETORIA DE SAÚDE
SESSÃO

A Junta Superior de Saúde do Comando da Aeronáutica periciou (mediante análise documental) na presente Sessão, de acordo com a ICA 160-1 (M1)(IRIS), o abaixo mencionado sobre o seu estado de saúde proferiu o seguinte parecer:

O.M. VINCULADA:
PRONTUÁRIO:
POSTO/GRAD/CATEGORIA:
INSPECIONADO:
RESPONSÁVEL:
DT. NASCIMENTO/IDADE
NATURAL/NACIONAL:

DIAGNÓSTICO(S)
C61;

PARECER:
INCAPAZ DEFINITIVAMENTE PARA O SERVIÇO MILITAR.
NÃO ESTÁ IMPOSSIBILITADO TOTAL E PERMANENTEMENTE PARA QUALQUER TRABALHO.
PODE PROVER OS MEIOS DE SUBSISTÊNCIA.
PODE EXERCER ATIVIDADES CIVIS.
NÃO NECESSITA DE INTERNAÇÃO ESPECIALIZADA.
NÃO NECESSITA DE ASSISTÊNCIA E CUIDADOS PERMANENTES DE ENFERMAGEM.
É NEOPLASIA MALIGNA. É DOENÇA ESPECIFICADA EM LEI CONFORME A PORTARIA NORMATIVA Nº 47/MD/ 21.07.2016. ESTE PARECER RETROAGE À DATA DO LAUDO HISTOPATOLÓGICO EM

OBSERVAÇÕES:
NENHUMA

FINALIDADE:
LEI Nº 7713/88 E PARECER Nº 548/COJAER/02

Sala das Sessões da Junta Superior de Saúde do Comando da Aeronáutica, em:

Presidente:

Membro:

Membro:

Membro:

Secretário(a)

Nº do Arquivo

Confere com o Original
Carimbo e assinatura

INFORMAÇÃO PESSOAL

LAUDO PERICIAL

DADOS DO CONTRIBUINTE	
NOME	CPF

MÉDICO	
NOME	
CRM	ESPECIALIDADE

DECLARAÇÃO

Declaro, sob as penas da Lei, que _____ (NOME DO PACIENTE) é portador, desde _____ (MÊS/ANO) até a presente data, de _____ (IDENTIFICAÇÃO NOMINAL DA MOLÉSTIA) CID _____, moléstia referida no inciso XIV do art. 6º da Lei nº 7.713/88, ou no § 2º do art. 30 da Lei nº 9.250/95, sob a rubrica de _____ (DENOMINAÇÃO UTILIZADA PELO LEGISLADOR – ABAIXO)

Exposição das observações, estudos, exames efetuados e registros das conclusões:

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

Doença passível de controle? ☐ Sim ☐ Não. Em caso afirmativo, 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 no inciso XIV do art. 6º da Lei nº 7.713/88, e no § 2º do art. 30, da Lei nº 9.250/95:

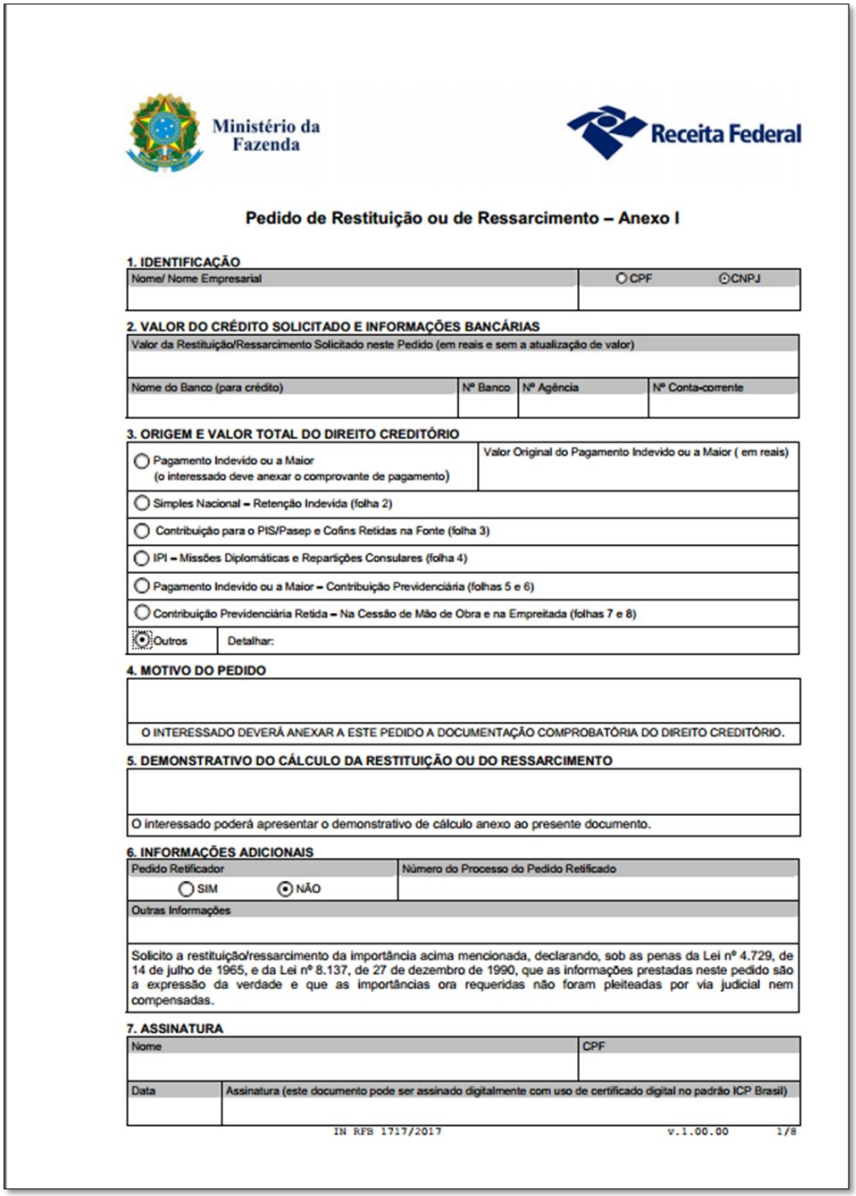
☐ Moléstia Profissional ☐ Cardiopatia Grave ☐ Tuberculose Ativa ☐ Doença de Parkinson
☐ Alienação Mental ☐ Esclerose Múltipla ☐ Nefropatia Grave ☐ Neoplasia Maligna
☐ Cegueira (inclusive monocular) ☐ Hanseníase ☐ Contaminação por Radiação ☐ Espondiloartrose Anquilosante
☐ Estados Avançados da Doença de Paget(Osteíte Deformante) ☐ Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
☐ Paralisia Irreversível e Incapacitante ☐ Fibrose Cística (mucoviscidose). ☐ Hepatopatia Grave

Em _____ / _____ / _____

_____
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

CARIMBO DE IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO MÉDICO OFICIAL

Anexo F – Pedido de Restituição ou de Ressarcimento



Ministério da Fazenda

Receita Federal

Pedido de Restituição ou de Ressarcimento – Anexo I

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome/ Nome Empresarial	○ CPF ⊙ CNPJ

2. VALOR DO CRÉDITO SOLICITADO E INFORMAÇÕES BANCÁRIAS

Valor da Restituição/Ressarcimento Solicitado neste Pedido (em reais e sem a atualização de valor)			
Nome do Banco (para crédito)	Nº Banco	Nº Agência	Nº Conta-corrente

3. ORIGEM E VALOR TOTAL DO DIREITO CREDITÓRIO

○ Pagamento Indevido ou a Maior (o interessado deve anexar o comprovante de pagamento)	Valor Original do Pagamento Indevido ou a Maior (em reais)
○ Simples Nacional – Retenção Indevida (folha 2)	
○ Contribuição para o PIS/Pasep e Cofins Retidas na Fonte (folha 3)	
○ IPI – Missões Diplomáticas e Repartições Consulares (folha 4)	
○ Pagamento Indevido ou a Maior – Contribuição Previdenciária (folhas 5 e 6)	
○ Contribuição Previdenciária Retida – Na Cessão de Mão de Obra e na Empreitada (folhas 7 e 8)	
⊙ Outros	Detalhar:

4. MOTIVO DO PEDIDO

O INTERESSADO DEVERÁ ANEXAR A ESTE PEDIDO A DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA DO DIREITO CREDITÓRIO.

5. DEMONSTRATIVO DO CÁLCULO DA RESTITUIÇÃO OU DO RESSARCIMENTO

O interessado poderá apresentar o demonstrativo de cálculo anexo ao presente documento.

6. INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Pedido Retificador	Número do Processo do Pedido Retificado
○ SIM ⊙ NÃO	

Outras Informações

Solicito a restituição/ressarcimento da importância acima mencionada, declarando, sob as penas da Lei nº 4.729, de 14 de julho de 1965, e da Lei nº 8.137, de 27 de dezembro de 1990, que as informações prestadas neste pedido são a expressão da verdade e que as importâncias ora requeridas não foram pleiteadas por via judicial nem compensadas.

7. ASSINATURA

Nome	CPF

Data	Assinatura (este documento pode ser assinado digitalmente com uso de certificado digital no padrão ICP Brasil)

IN RFB 1717/2017 v.1.00.00 1/8

Anexo G – Página de Acesso ao PER/DECOMP

http://idg.receita.fazenda.gov.br/orientacao/tributaria/restituicao-ressarcimento-reembolso-e-compensacao/perdcomp

