

## À DIRETORIA DO DEPARTAMENTO DE GESTÃO DE PESSOAS

\_\_\_\_\_  
(nome do servidor)

\_\_\_\_\_  
(cargo)

aposentado, Matrícula SIAPE nº \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_, solicita a V. Sa. **Cancelamento do Desconto do Imposto de Renda**, de acordo com o artigo 6º, inciso XIV, da Lei nº 7.713/88 e Artigo 5º, inciso XII, da IN/SRF nº 15/2001.

Levar no dia da Perícia Atestado Médico Original com o CID.

Pede deferimento.

Recife,            de            de

\_\_\_\_\_  
(assinatura)

Endereço: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

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