

## 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.

**Anexar:** Atestado Médico, com o CID (cópia autenticada ou original).

Pede deferimento.

Recife,            de    de

\_\_\_\_\_

(assinatura)

Endereço: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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