



**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL  
DIRETORIA DE INATIVOS E PENSIONISTAS  
SEÇÃO DE RECEPÇÃO E ATENDIMENTO**



**REQUERIMENTO**

**1. DADOS DO(A) REQUERENTE**

Nome		Data nascimento	Posto/Graduação
Endereço			Bairro
Cidade	UF	CEP	Telefone
Matrícula SIAPE	CPF		RG
E-mail			
Representante Legal			CPF:

**2. REQUERIMENTO**

Requer a(o) Diretor(a) de Inativos e Pensionistas do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal, **conceda** isenção de Imposto de Renda por motivo de doença.

Neste termo, pede deferimento.

Brasília-DF, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) requerente

**3. OBSERVAÇÕES**

**ANEXAR:**

1 – Cópia da RG militar.