



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



REQUERIMENTO ISENÇÃO DE I.R. E AUX. INVALIDEZ

1. DADOS DO(A) REQUERENTE

Nome	Data nascimento		Posto/Graduação/outros
Endereço			Bairro/
Cidade	UF	CEP	Telefone
Matrícula SIAPE	CPF		RG
E-mail			
Representado e assistido(a) por:		CPF:	

2. REQUERIMENTO

Requer ao(à) Diretor(a) de Inativos e Pensionistas do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal, a concessão de isenção de imposto de renda e do benefício do auxílio invalidez por motivo de doença.

Neste termo, pede deferimento.

Braília-DF, _____ de _____ de _____

Assinatura do(a) requerente/representante legal/procurador(a)

3. OBSERVAÇÕES

PARA REQUERENTES DE OUTROS ESTADOS

1 - Cópia do RG do Militar ou Pensionista