

À PARANAPREVIDÊNCIA

Eu, _____,

RG: _____, CPF: _____.

 Pensionista Aposentado Reformado Reserva
* não aplicável para servidores ativos

Com base no parágrafo 8º do art. 15 da Lei Estadual nº 17.435/12 com as alterações da Lei Estadual nº 18.370/14, venho requerer a **Isenção de Contribuição Previdenciária**, para o que:

 Apresento o Laudo Médico Oficial Solicito perícia pela PARANAPREVIDÊNCIA, para comprovação da(s) seguinte(s) doença/situação(s), que vai devidamente configurada no atestado médico que anexo:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alienação Mental | <input type="checkbox"/> Cardiopatia Grave | <input type="checkbox"/> Cegueira |
| <input type="checkbox"/> Contaminação por Radiação | <input type="checkbox"/> Doença de Parkinson | <input type="checkbox"/> Esclerose Múltipla |
| <input type="checkbox"/> Espondiloartrose Anquilosante | <input type="checkbox"/> Estados Avançados da Doença de Paget (osteíte deformante) | <input type="checkbox"/> Hanseníase |
| <input type="checkbox"/> Hepatopatia Grave | <input type="checkbox"/> Moléstia Profissional | <input type="checkbox"/> Nefropatia Grave |
| <input type="checkbox"/> Neoplasia Maligna | <input type="checkbox"/> Paralisia Irreversível e Incapacitante | <input type="checkbox"/> Tuberculose Ativa |
| <input type="checkbox"/> Síndrome da Imunodeficiência Adquirida | | |

ENDEREÇO DO REQUERENTE (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)

Rua: _____ Nº: _____

Complemento: _____ Bairro: _____

CEP: _____ Cidade: _____ UF: _____

Telefone: () _____ Celular () _____ Recado () _____

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

- Laudo Pericial de Serviço Médico Oficial, se houver - (original).
- Atestado médico declaratório com especificação literal da doença/situação e data de início da mesma - (original).
- Fotocópia da Carteira de Identidade - RG;
- Fotocópia do último comprovante de pagamento

Declaro estar ciente da legislação relativa à isenção de Contribuição Previdenciária, bem como das normas para a realização da Perícia Médica pela PARANAPREVIDÊNCIA, às quais concordo em me submeter.

Autorizo a manifestação explícita da doença no Laudo Pericial.

_____, ____ de _____ de _____

Assinatura requerente ou representante legal**LEGISLAÇÃO:**

Lei 17435, de 21 de Dezembro de 2012 : Art. 15, § 8º. A contribuição prevista no § 6º, não incidirá sobre as parcelas de proventos de aposentadoria e de pensão quando o beneficiário, na forma da lei, for portador de moléstia profissional, tuberculose ativa, alienação mental, esclerose múltipla, neoplasia maligna, cegueira, hanseníase, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, doença de Parkinson, espondiloartrose, anquilosante, nefropatia grave, hepatopatia grave, estados avançados da doença de Paget (osteíte deformante), contaminação por radiação, síndrome da imunodeficiência adquirida, com base em conclusão da medicina especializada, mesmo que a doença tenha sido contraída depois da aposentadoria ou reforma. (Incluído pela Lei 18370 de 15/12/2014).