

ATENÇÃO TRABALHADORES(AS) DA ATIVA E APOSENTADOS

ISENÇÃO DO IMPOSTO DE RENDA PARA PORTADORES DE MOLÉSTIA GRAVE

CONDIÇÕES PARA USUFRUIR DA ISENÇÃO:

As pessoas portadoras de doenças graves são isentas do Imposto sobre a Renda da Pessoa Física (IRPF) desde que se enquadrem cumulativamente nas seguintes situações (Lei nº 7.713/88):

1) Os rendimentos sejam relativos a aposentadoria, pensão ou reserva/reforma (militares); e

2) Possuam alguma das seguintes doenças:

- a) AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)
- b) Alienação Mental
- c) Cardiopatia Grave
- d) Cegueira (inclusive monocular)
- e) Contaminação por Radiação
- f) Doença de Paget em estados avançados (Osteíte Deformante)
- g) Doença de Parkinson
- h) Esclerose Múltipla
- i) Espondiloartrose Anquilosante
- j) Fibrose Cística (Mucoviscidose)
- k) Hanseníase
- l) Nefropatia Grave
- m) Hepatopatia Grave
- n) Neoplasia Maligna
- o) Paralisia Irreversível e Incapacitante
- p) Tuberculose Ativa

ATENÇÃO!

A complementação de aposentadoria, reforma ou pensão, recebida de entidade de previdência complementar, Fundo de Aposentadoria Programada Individual (Fapi) ou Programa Gerador de Benefício Livre (PGBL) e os valores recebidos a título de pensão em cumprimento de acordo ou decisão judicial, ou ainda por escritura pública, inclusive a prestação de alimentos provisionais recebidos por portadores de moléstia grave são considerados rendimentos isentos.

Também são isentos os proventos de aposentadoria ou reforma motivada por acidente em serviço e os percebidos pelos portadores de moléstia profissional.

SITUAÇÕES QUE NÃO GERAM ISENÇÃO

I - Não gozam de isenção os rendimentos decorrentes de atividade empregatícia ou de atividade autônoma, isto é, se o contribuinte for portador de uma moléstia, mas ainda não se aposentou;

II - Não gozam de isenção os rendimentos decorrentes de atividade empregatícia ou de atividade autônoma, recebidos concomitantemente com os de aposentadoria, reforma ou pensão.

ATENDIMENTO NO SINTTEL-RS

Lembramos que maiores esclarecimentos e encaminhamentos em relação a este assunto podem ser tratados no Sindicato, com o Dr. Neto, às segundas e quintas-feira, das 9h às 12h.

NÃO FIQUE NA DÚVIDA. PROCURE O SINDICATO!



FICHA DE FILIAÇÃO

DADOS PESSOAIS

Nome:	Sexo: Masculino () Feminino () Gênero: Outro () Qual:		
RG:	CPF:		
Data Nascimento:	Estado Civil:	Naturalidade:	
Endereço:			
Cidade/CEP:		Telefone:	
E-mail:			
Nome do Pai:		Nome da Mãe:	

DADOS PROFISSIONAIS

Empresa:	Cargo/Função:	Matrícula:	
Endereço Profissional:			
() Ativo () Fundação () Aposentado/a INSS () Pensionista			
Dependente	CPF	Data de Nascimento	Parentesco

Modalidade de desconto

Autorizo, conforme modalidade escolhida abaixo, para desconto no meu salário, o pagamento das mensalidades e/ou parcelas devidas ao SINTTEL-RS

() Desconto em folha de pagamento da empresa e/ou pela Fundação Atlântico.

() Débito em Conta | Banco: Agência: Conta Corrente:

() Boleto Bancário

Orientação para entrega da Ficha

Entregue a ficha ao seu Representante Sindical ou encaminhe para o email sinttelrs@sinttelrs.org.br ou via WhatsApp para Secretaria, através do número (51) 99726.8883 em arquivo PDF, JPG ou outro arquivo disponível | Pelo Site do SINTTEL-RS: Na Aba sindicalize-se imprima a ficha e proceda como acima orientado ou responda o questionário e envie on-line. Na sequência, o trabalhador(a), receberá a ficha preenchida conforme questionário para assinatura eletrônica.

Autorização

Com base na Lei 13.709/18, que regula a Proteção de Dados Pessoais, autorizo o SINTTEL/RS, por tempo indeterminado, a utilizar os meus dados pessoais, inclusive, os sensíveis, bem como os dados dos meus dependentes e companheiro (a), para informar ao meu empregador e/ou qualquer outra pessoa jurídica e/ou física sobre: a minha filiação a esta entidade sindical e/ou implementar/formalizar/exercer adesão a convênio de lazer, convênios de consumo, plano de saúde, cursos, desde que tenham sido requeridos por mim.

Por conta da filiação a esta entidade sindical, desde já, autorizo o SINTTELRS a promover minha adesão/participação ao Convênio com a Masterclin Serviços Administrativos Ltda - CNPJ: 14.712.948/0001-84, que assegura descontos na prestação de serviços de empresas/restaurantes, entre outros, desde que credenciados à Masterclin.

Autorizo o SINTTEL/RS, a utilizar minha imagem nos jornais, fotos, revistas, site, redes sociais e em qualquer outro meio de comunicação, inclusive, os telemáticos para matérias/publicidade/informativo/panfletos/boletins relacionados: ao trabalho, as relações coletivas de trabalho e de qualquer outro conteúdo de interesse da categoria telefônica, não servindo esta autorização para questões político-partidárias.

Declaro, para todos os fins e sob as penas da lei, que estou regularmente autorizado a fornecer os dados pessoais e sensíveis dos meus dependentes e de meu (minha) companheiro (a).

_____, _____ de _____ de _____.
(Local)

(Assinatura do Titular)

(Presidente)