



Ministério da Educação  
Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica  
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Catarinense – Reitoria

---

**ISENÇÃO/ABATIMENTO DESCONTO**

**INSS**

**Ao Magnífico Reitor**

**I – Informações pessoais:**

Nome: \_\_\_\_\_

Matrícula Siape nº: \_\_\_\_\_ Identificação única: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

Nível: \_\_\_\_\_ Classe: \_\_\_\_\_ Carga horária: \_\_\_\_\_

Campus/Lotação: \_\_\_\_\_

Fone: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

**II - Solicitação**

Conforme determinado pelos Artigos 64 e 67 da Instrução Normativa RFB Nº 971, de 13/11/2009, venho requerer, junto ao Instituto Federal Catarinense, isenção/abatimento do desconto referente à contribuição ao Regime Geral de Previdência Social, considerando que já contribuo com o valor de R\$ \_\_\_\_\_, descontado de minha remuneração mensal, conforme declaração da empresa, em anexo.

Declaro estar ciente que a isenção requerida depende de comprovação mensal junto ao IFCatarinense, mediante a apresentação de meus comprovantes de pagamento emitidos pela referida empresa e comprometendo-me a fornecer qualquer informação referente ao meu desligamento da empresa ou suspensão de meu pagamento que enseje alteração no valor da contribuição ao INSS, a fim de isentar o IFCatarinense de qualquer responsabilidade quanto possível inadimplência.

**III – Nestes termos pede deferimento:**

Local e data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(assinatura do requerente)



Ministério da Educação  
Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica  
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Catarinense – Reitoria

---

## DECLARAÇÃO

A (Empresa) \_\_\_\_\_, (CNPJ), \_\_\_\_\_, através de seu representante legal e em conformidade com o Artigo 25 da Instrução Normativa INSS/DC N.º 89, de 11/06/03, declara que (nome) \_\_\_\_\_, (CPF) \_\_\_\_\_, faz parte de seu quadro de empregados desde \_\_/\_\_/\_\_ até a presente data, tendo como contribuição para o Regime Geral de Previdência Social o valor mensal de R\$ \_\_\_\_\_, referente à remuneração mensal de R\$ \_\_\_\_\_.

A comprovação mensal da continuidade da contribuição na forma aqui declarada ficará sob responsabilidade do empregado, mediante a apresentação ao IFCatarinense dos comprovantes de pagamento emitidos por esta empresa declarante, bem como qualquer informação referente ao seu desligamento da empresa ou suspensão de seu pagamento que enseje alteração no valor da contribuição ao INSS.

\_\_\_\_\_, \_\_/\_\_/\_\_

---

Assinatura do Representante legal da Empresa

Carimbo do CNPJ: