



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO  
SUPERINTENDÊNCIA CENTRAL DE PERÍCIA MÉDICA E  
SAÚDE OCUPACIONAL

REQUERIMENTO DE PERÍCIA PARA  
ISENÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA  
E/OU IMUNIDADE TRIBUTÁRIA DA  
CONTRIBUIÇÃO PREVIDENCIÁRIA

NOME:		MASP:	
CARGO/ ORGAO:		CPF:	
SITUAÇÃO FUNCIONAL:  <input type="checkbox"/> Aposentado por Tempo de Serviço <input type="checkbox"/> Aposentado por Invalidez <input type="checkbox"/> Pensionista			
REQUERIMENTO PARA:  <input type="checkbox"/> ISENÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA <input type="checkbox"/> IMUNIDADE TRIBUTÁRIA DA CONTRIBUIÇÃO PREVIDENCIÁRIA			
ENDEREÇO PARA CORRESPONDENCIA:		Nº:	COMPLEMENTO:
BAIRRO/CEP:	CIDADE:		UF:
DATA DE NASCIMENTO:	TELEFONE: ( )		
E-MAIL:			
CHECKLIST DA DOCUMENTAÇÃO NECESSARIA:  <input type="checkbox"/> Cópia de laudos, exames e relatórios médicos recentes que comprovem a patologia alegada;  <input type="checkbox"/> Cópia de laudos, exames e relatórios médicos que indiquem o início da patologia alegada. Em caso de exame comprobatório da patologia, exemplo: anátomo patológico, anexar o laudo original, datado, assinado e carimbado pelo médico responsável;  <input type="checkbox"/> Cópia recente do contracheque; <input type="checkbox"/> Cópia de documento de identificação com foto; <input type="checkbox"/> Cópia do Cadastro de Pessoa Física – CPF (caso não conste no documento de identificação);  Outros: _____			
Obs.: O periciando deverá comparecer à unidade pericial no dia e horário informados por e-mail ou contato telefônico, com toda a documentação original, para a realização de perícia médica.			
LOCAL:	DATA:	ASSINATURA DO REQUERENTE:	