



**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**

NOME:		MASP:	
CARGO/ ÓRGÃO:		CPF:	
SITUAÇÃO FUNCIONAL: <input type="checkbox"/> Aposentado por Tempo de Serviço <input type="checkbox"/> Aposentado por Invalidez <input type="checkbox"/> Pensionista			
ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:		Nº:	COMPLEMENTO:
BAIRRO:	CIDADE:		UF:
CEP:	TELEFONE: (    ) TELEFONE OPCIONAL: (    )		
E-MAIL:			
CHECKLIST DA DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA: <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 <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) <input type="checkbox"/> Outros: _____			
LOCAL:	DATA:	ASSINATURA DO REQUERENTE:	