



SECRETARIA DE ESTADO DA  
FAZENDA DE MINAS GERAIS

**REQUERIMENTO / TERMO DE  
COMPROMISSO**

PTA Nº

DIRETORIA REGIONAL DE SAÚDE

NOME DO INTERESSADO

CNPJ

ENDEREÇO (RUA, AV. PRAÇA)

Nº

COMPLEMENTO

BARRO

MUNICÍPIO

UF

CEP

FONE/FAX

E-MAIL

( )

SENHOR (A) CHEFE,

O INTERESSADO ACIMA QUALIFICADO, COM FUNDAMENTO NO ITEM 122 DA PARTE 1 DO ANEXO I DO REGULAMENTO DO ICMS, APROVADO PELO DECRETO Nº 43.080, DE 13 DE DEZEMBRO DE 2002, E NA RESOLUÇÃO CONJUNTA Nº \_\_\_\_\_, DE \_\_\_\_\_ VEM REQUERER O RECONHECIMENTO DE ISENÇÃO DO ICMS, INCIDENTE NA IMPORTAÇÃO DOS SEGUINTE EQUIPAMENTOS :

INDICA QUE ESTARÁ APTO A PRESTAR OS SEGUINTE PROCEDIMENTOS COM O EQUIPAMENTO IMPORTADO :

DECLARA QUE O VALOR ESTIMADO DO ICMS OBJETO DA ISENÇÃO CORRESPONDE A :

( )

E FIRMA O COMPROMISSO DE COMPENSAR O IMPOSTO DISPENSADO COM PRESTAÇÃO DE PROCEDIMENTOS PROGRAMADOS PELA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, NO PRAZO DE ATÉ 02 (DOIS) ANOS, CONTADOS DA DATA DO DEFERIMENTO DESTA REQUERIMENTO.

LOCAL

DATA

ASSINATURA DO INTERESSADO

DESPACHO

LOCAL

DATA

CHEFE DA ADMINISTRAÇÃO FAZENDÁRIA