

LAUDO PERICIAL PARA ISENÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA

DADOS DO CONTRIBUINTE

NOME:

CPF:

ENDEREÇO:

TELEFONE:

DADOS DO MÉDICO

NOME:

CRM:

ESPECIALIDADE:

DECLARAÇÃO

Declaro, sob as penas de Lei, que _____ é
(NOME DO PACIENTE)

portador, desde _____ até a presente data, de _____
(MÊS/ANO) (IDENTIFICAÇÃO NOMINAL DA MOLÉSTIA)

CID _____, moléstia referida no art. 6º, inciso XIV, da Lei nº 7.713/88, conforme nova redação dada pelo art. 1º da Lei nº 11.052/2004, sob a rubrica de _____.
(DENOMINAÇÃO DA MOLÉSTIA UTILIZADA PELO LEGISLADOR – CONFORME ITEM 2 DO PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO ABAIXO)

EXPOSIÇÃO DAS OBSERVAÇÕES, ESTUDOS, EXAMES EFETUADOS E REGISTRO DAS CONCLUSÕES

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

A DOENÇA É PASSÍVEL DE CONTROLE? (____)SIM (____)NÃO.

SOMENTE em caso afirmativo (SIM), determinar o PRAZO DE VALIDADE DO LAUDO: ____ / ____ / ____

1- O laudo deverá ser fundamentado com exposição das observações, estudos, exames efetuados, registros das conclusões e emitido por **SERVIÇO MÉDICO OFICIAL da União, dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios.**

2- Moléstias relacionadas pelo inciso XIV do art. 6º, da Lei nº 7.713/88, com nova redação dada pelo art. 47, da Lei nº 8.541/92, pelo art. 30, da Lei nº 9.250/95 e pelo art. 1º da Lei nº 11.052/2004.

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Moléstia Profissional | <input type="checkbox"/> Cardiopatia Grave | <input type="checkbox"/> Fibrose Cística (mucoviscidose) |
| <input type="checkbox"/> Alienação Mental | <input type="checkbox"/> Esclerose Múltipla | <input type="checkbox"/> Síndrome da Imunodeficiência Adquirida |
| <input type="checkbox"/> Cegueira | <input type="checkbox"/> Hanseníase | <input type="checkbox"/> Contaminação por Radiação |
| <input type="checkbox"/> Estados Avançados da Doença de Paget (Osteíte Deformante) | <input type="checkbox"/> Nefropatia Grave | <input type="checkbox"/> Neoplasia Maligna |
| <input type="checkbox"/> Espondiloartrose Anquilosante | <input type="checkbox"/> Tuberculose Ativa | <input type="checkbox"/> Hepatopatia Grave |
| <input type="checkbox"/> Paralisia Irreversível e Incapacitante | <input type="checkbox"/> Doença de Parkinson | |

Em ____ / ____ / ____

CARIMBO E IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO MÉDICO OFICIAL
(OBRIGATÓRIO)

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO
(OBRIGATÓRIO)