

# 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.

( ) Moléstia Profissional

( ) Cardiopatia Grave

( ) Fibrose Cística (mucoviscidose)

( ) Alienação Mental

( ) Esclerose Múltipla

( ) Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

( ) Cegueira

( ) Hanseníase

( ) Contaminação por Radiação

( ) Estados Avançados da Doença de Paget (Osteíte Deformante)

( ) Nefropatia Grave

( ) Neoplasia Maligna

( ) Espondiloartrose Anquilosante

( ) Tuberculose Ativa

( ) Hepatopatia Grave

( ) Paralisia Irreversível e Incapacitante

( ) Doença de Parkinson

Em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

CARIMBO E IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO MÉDICO OFICIAL  
(OBRIGATÓRIO)

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO  
(OBRIGATÓRIO)