



LAUDO PERICIAL PARA ISENÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA

CAMPO I - DADOS DO CONTRIBUINTE

NOME: (POR EXTENSO E SEM ABREVIACÕES)		CPF: (DIGITE APENAS NÚMEROS)	
ENDEREÇO (RUA, AVENIDA, ETC):			NÚMERO:
COMPLEMENTO (APTO, SALA, ETC):		BAIRRO:	
CEP:	CIDADE / UF:		
E-MAIL (OBRIGATÓRIO):		TELEFONE: (COM DDD (OBRIGATÓRIO))	CELULAR: (COM DDD)

CAMPO II - DADOS DO MÉDICO

NOME: (POR EXTENSO SEM ABREVIACÕES)	
CRM:	ESPECIALIDADE:

CAMPO III - DECLARAÇÃO

Declaro, sob as penas de Lei, que _____, (NOME DO PACIENTE)
é portador, desde _____, (MÊS / ANO), até a presente data, de _____, (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)

CAMPO IV - EXPOSIÇÃO DAS OBSERVAÇÕES, ESTUDOS, EXAMES EFETUADOS E REGISTRO DAS CONCLUSÕES

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO		
A doença é passível de controle?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> 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	

CARIMBO E IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO MÉDICO OFICIAL (OBRIGATÓRIO)	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO (OBRIGATÓRIO)
DATA:	