



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE

LAUDO PERICIAL PARA ISENÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA

CAMPO I - DADOS DO CONTRIBUINTE

NOME: (POR EXTERNO 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 EXTERNO 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 MOLESTIA)

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 MOLESTIA 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? | 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 (Osteite Deformante)	Nefropatia Grave	Neoplasia Maligna
Espondiloartrose Anquilosante	Tuberculose Ativa	Hepatopatia Grave
Paralisia Irreversível e Incapacitante	Doença de Parkinson	

CARIMBO E IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO MÉDICO OFICIAL (OBRIGATÓRIO)

51.885.242/0001-40

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DATA:

Av. Anchieta, 200 - 9º Andar

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO (OBRIGATÓRIO)