



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 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? | | 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 | | | |

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

Centro - CEP 13.015-904

CAMPINAS - SP

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO (OBRIGATÓRIO)