

# LAUDO MÉDICO PERICIAL

## AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PARA FINS DE CONCESSÃO DE ISENÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA

Nome do(a) Examinado(a):

CPF:

Órgão:

Matrícula SIAPE:

Data de Nascimento:

1) Considerando o exame pericial realizado em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, concluímos que:

2) O examinado é portador de doença especificada em Lei? **Sim** ( ) **Não** ( )

3) Se Sim, a doença está especificada no art. 1º da Lei nº 11.052/04?

**Sim** ( ) **Não** ( )

4) Declaro, sob as penas da Lei, que \_\_\_\_\_

(NOME DO PACIENTE)

é portador, desde \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ até a presente data, de \_\_\_\_\_

(IDENTIFICAÇÃO NOMINAL DA MOLÉSTIA)

CID \_\_\_\_\_.

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



\_\_\_\_\_  
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

CARIMBO E CNPJ DE IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO MÉDICO OFICIAL