

LAUDO MÉDICO PERICIAL

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

IDENTIFICAÇÃO DO(A) EXAMINADO(A):

NOME COMPLETO		
CPF	MATRÍCULA SIAPE	DATA DE NASCIMENTO

1) Considerando o exame pericial realizado em ____/____/_____, concluímos que:

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

b) Se sim, a doença está especificada no art. 1º da Lei nº 11.052/04? **Sim** () **Não** ()

c) **DECLARO**, sob as penas da Lei, que _____

[nome do(a) examinado(a)]

é portador(a), desde ____/____/_____ até a presente data, de:

(identificação nominal da moléstia)

_____, CID: _____.



CARIMBO E CNPJ DE IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO MÉDICO OFICIAL

Em, ____/____/_____

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO