

LAUDO MÉDICO PERICIAL
para fins de isenção do Imposto de Renda

1. NOME DO PACIENTE	
1.1. CPF	
1.2. CARGO/FUNÇÃO	
1.3. MATRÍCULA FUNCIONAL	
1.4. MUNICÍPIO	

2. QUADRO CLÍNICO:

[illegible]

2.1.CID - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde:

3. SITUAÇÃO ATUAL DO PACIENTE: ☐ BOA ☐ REGULAR ☐ RUIM

3.1. EXISTE ALGUMA SEQUELA? ☐ SIM ☐ NÃO

3.2. QUAL É A SEQUELA?

3.3. A SEQUELA É PERMANENTE? ☐ SIM ☐ NÃO

3.4. OBSERVAÇÃO:

4. DO QUADRO CLÍNICO RESULTOU PARA O PACIENTE:

SIM	NÃO	/
		Debilidade permanente de membro, sentido ou função.
		Incapacidade permanente para o trabalho.
		Enfermidade incurável.
		Perda ou inutilização de membro, sentido ou função.
		Deformidade permanente.

A Perícia Médica Oficial do Município, composta pelo(s) médico(s) subscritor(es), no uso de suas competências e atribuições legais, após avaliar o quadro clínico e o estado de saúde do(a) servidor(a) qualificado(a) supra, diante da situação em que se apresenta, DECLARA sob as penas da Lei, que o servidor(a) acima qualificado(a) é portador de:

(IDENTIFICAÇÃO NOMINAL DA MOLÉSTIA)

Lista de moléstias referida no inciso XIV do art. 6º da Lei nº 7.713/88, ou no § 2º do art. 30 da Lei nº 9.250/95.					
	Tuberculose Ativa		Hanseníase		Alienação Mental
	Neoplasia Maligna		Cegueira (inclusive monocular)		Cardiopatia Grave
	Doença de Paget em estados avançados (Osteíte Deformante)		Deficiência imunológica adquirida AIDS		Paralisia Irreversível e Incapacitante
	Doença de Parkinson		Contaminação por radiação		Nefropatia Grave
	Espondilioartrose Anquilosante		Esclerose Múltipla		Moléstia Profissional
	Fibrose Cística (mucoviscidose)		Hepatopatia Grave		Acidente em Serviço

DID – Data Inicial da Doença: ____/____/____ - (MÊS/ANO)

OBSERVAÇÕES:

Recomendamos à Administração Municipal as providências complementares comportáveis à espécie.

Data: ____/____/2019.

Médicos-Peritos Oficiais do Município:

_____(nome)____ - CRM/____ nº ____ - Assinatura: _____
Carimbo:

_____(nome)____ - CRM/____ nº ____ - Assinatura: _____
Carimbo:

_____(nome)____ - CRM/____ nº ____ - Assinatura: _____
Carimbo: