LAUDO PERICIAL PARA FINS DE ISENÇÃO DO IMPOSTO DE RENDA

(Consulte as orientações de preenchimento na próxima página)

SERVIÇO MÉDICO EMITENTE:

Nome completo do Serviço Médico Oficial	CNPJ
	CNES

IDENTIFICAÇÃO DO(A) PACIENTE:

Nome completo do(a) paciente	CPF

IDENTIFICAÇÃO DA MOLÉSTIA E FUNDAMENTAÇÃO:

Nome da moléstia conforme art. 6º, XIV, da Lei nº 7.713/88 e art. 30, §2º, da Lei nº 9.250/95	
CID – Classificação Internacional de Doenças	**Data em que foi contraída ou diagnosticada**
Fundamentação Médica	

IDENTIFICAÇÃO E DECLARAÇÃO DO(A) MÉDICO(A):

Nome completo do(a) médico(a)		CPF
Matrícula (Número de Registro no Serviço Médico Oficial)	**CNS**	**CRM**

Declaro, sob as penas da Lei, que o(a) paciente identificado(a) é portador(a) da moléstia grave, ou profissional, acima especificada.

CARIMBO E ASSINATURA:

Carimbo do Serviço Médico Oficial	Carimbo e Assinatura do Médico
	Data:

Orientações de Preenchimento

Atenção: Todos os campos do laudo são de **preenchimento obrigatório**. O número de registro do CNES do serviço médico emitente é obrigatório apenas quando o laudo for emitido por estabelecimento de saúde.

Serviço Médico Emitente:

- **Nome Completo do Serviço Médico Oficial**: informar o nome completo do Serviço Médico Oficial ou da entidade de gestão pública que emite o presente laudo.
- **CNPJ**: informar o número do Cadastro Nacional das Pessoas Jurídicas (CNPJ) do Serviço Médico Oficial emitente do laudo.
- **CNES**: informe o número de registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) quando o laudo for emitido por estabelecimento de saúde.

Identificação do Paciente

- **Nome Completo do Paciente**: identificar o paciente informando seu nome, sem abreviações.
- **CPF**: informar o número do Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) do paciente.

Identificação da Moléstia e Fundamentação

- **Nome da moléstia conforme art. 6º, XIV, da Lei nº 7.713/88 e art. 30, §2º, da Lei nº 9.250/95**: descrever apenas uma das moléstias previstas em Lei:

Alienação mental	Estados avançados da doença de Paget (osteíte deformante)	Nefropatia grave
Cardiopatia grave	Espondiloartrose Anquilosante	Neoplasia Maligna
Cegueira	Fibrose Cística (Muscoviscidose)	Paralisia Irreversível e Incapacitante
Contaminação por Radiação	Hanseníase	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
Doença de Parkinson	Hepatopatia Grave	Tuberculose Ativa
Esclerose Múltipla	Moléstia Profissional ou Acidente de Trabalho	

- **CID – Classificação Internacional de Doenças**: informar a CID da doença que corresponde à moléstia grave especificada.
- **Data em que foi contraída ou diagnosticada**: informar a data em que foi confirmada a moléstia grave, com base nos exames que o médico detiver.
- **Fundamentação Médica**: neste campo deve ser relatada a fundamentação médica com breve histórico do paciente.

Identificação e Declaração do Médico:

- **Nome Completo do Médico**: Informar o nome completo do médico, sem abreviações.
- **CPF**: informar o número do Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) do médico emitente.
- **Matrícula – Número do Registro no Serviço Médico Oficial**: informar a matrícula ou o número de registro ao qual está vinculado na prestação do serviço médico oficial.
- **CNS**: informar o número do Cadastro Nacional de Saúde (CNS) do médico.
- **CRM**: informar o número de registro do médico junto ao Conselho Regional de Medicina (CRM).

Carimbo e Assinatura:

- **Carimbo do Serviço Médico Oficial**: colocar neste quadro o carimbo legível do Serviço Médico Oficial
- **Carimbo e Assinatura do Médico**: o médico deve colocar neste quadro o carimbo legível que contenha o CRM, acompanhado da sua assinatura e data de emissão do laudo