

Anexo II do Decreto nº 1633/2023  
**LAUDO PERICIAL PARA ISENÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA**

**DADOS DO CONTRIBUINTE**

NOME: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

TELEFONE: \_\_\_\_\_

**DADOS DO MÉDICO**

NOME: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_ ESPECIALIDADE: \_\_\_\_\_

**DECLARAÇÃO**

Declaro, sob as penas da Lei, que \_\_\_\_\_ é portador, desde \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ até a presente data, de \_\_\_\_\_, CID \_\_\_\_\_, moléstia 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, sob rubrica de (denominação da moléstia utilizada pelo legislador - conforme item 2 do preenchimento obrigatório abaixo)

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 no 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 de 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)**

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

**CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO (OBRIGATÓRIO)**