



Ministério da Educação
Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Catarinense – Reitoria

REQUERIMENTO DE PERÍCIA MÉDICA PARA ISENÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA- exclusiva aos proventos de aposentadoria, reforma ou pensão

À CSST – Coord. de Saúde, Bem Estar e Segurança do Trabalho– DGP/IFC:

Solicito avaliação médica pericial para isenção do imposto de renda, conforme legislações pertinentes (Lei nº 7.713/1988, Lei nº 8.541/1992, Lei nº 9.520/1995, Decreto nº 3.000/1999, Lei 11.052/2004, Ato Declaratório Interpretativo/SRF/2006 e Instrução Normativa RFB nº 1.500/2014):

Nome: _____

Matrícula SIAPE nº: _____ Identificação única: _____

Cargo: _____

Nível: _____ Classe: _____ Carga horária: _____

Telefone Residencial: () _____ Celular: () _____

Campus/Lotação: _____

Motivo: _____

Os exames que comprovam a doença deverão ser anexados a este requerimento, (cópia) e levados os originais no dia da Perícia Médica, para a respectiva avaliação em perícia externa.

Declaro, ainda, estar ciente que a falsidade das informações prestadas é punível nos termos da lei.

_____/_____/_____
Data

Assinatura do Requerente

Preenchimento de responsabilidade do(s) médico(s) perito(s):

Considerando o exame pericial realizado em ____/____/____ concluimos que o Requerente é portador da seguinte moléstia:

<input type="checkbox"/>	Acidente em serviço
<input type="checkbox"/>	Moléstia profissional
<input type="checkbox"/>	Tuberculose ativa
<input type="checkbox"/>	Alienação mental
<input type="checkbox"/>	Esclerose múltipla
<input type="checkbox"/>	Neoplasia maligna
<input type="checkbox"/>	Cegueira
<input type="checkbox"/>	Hanseníase
<input type="checkbox"/>	Paralisia irreversível e incapacitante
<input type="checkbox"/>	Cardiopatia grave

<input type="checkbox"/>	Doença de Parkinson
<input type="checkbox"/>	Espondiloartrose anquilosante
<input type="checkbox"/>	Nefropatia grave
<input type="checkbox"/>	Hepatopatia grave
<input type="checkbox"/>	Estados avançados da doença de Paget (osteíte deformante)
<input type="checkbox"/>	Contaminação por radiação
<input type="checkbox"/>	Síndrome da imunodeficiência adquirida
<input type="checkbox"/>	Fibrose cística (mucoviscidose)

O examinado não está vinculado a qualquer situação descrita acima.

Obs. No caso de pensionista, exclui-se o acidente em serviço e moléstia profissional.

Caso o paciente identificado seja portador de uma das moléstias do quadro acima, por



Ministério da Educação
Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Catarinense – Reitoria

favor, indique o(s) código(s) CID, da(s) respectiva (s) moléstia(s):

Data em que a enfermidade foi comprovada por relatório, exames e/ou cirurgia:

A moléstia da qual o paciente é portador é passível de controle e/ou recuperação? Em caso positivo, indicar prazo de validade deste laudo.

- Sim Prazo de Validade _____
 Não

(OBS: Não será aceito prazo indeterminado como resposta)

Declaro que o presente laudo foi elaborado tendo por base documentos e exames comprobatórios, tendo ciência das sanções legais em caso de inveracidade das informações.

Local/Data

Identificação do Médico responsável:

Nome do Médico: _____ CRM nº _____

Matrícula SIAPE nº: _____ Especialidade(s): _____

Assinatura: _____

Nome do Médico: _____ CRM nº _____

Matrícula SIAPE nº: _____ Especialidade(s): _____

Assinatura: _____

Nome do Médico: _____ CRM nº _____

Matrícula SIAPE nº: _____ Especialidade(s): _____

Assinatura: _____