



QUESTIONÁRIO MÉDICO PARA ISENÇÃO DO IMPOSTO DE RENDA

1. Informações do Paciente

- **Nome Completo:**
 - **Data de Nascimento:**
 - **CPF:**
 - **RG:**
 - **Endereço:**
 - **Telefone:**
-

2. Informações Médicas

- **CID (Classificação Internacional de Doenças):** _____
 - **Descrição da Doença:**
-
-

3. Características da Condição Médica

- **A condição médica do paciente é considerada grave?**
 - () Sim
 - () Não
 - **A condição é permanente?**
 - () Sim
 - () Não
 - **Há previsão de recuperação ou melhora significativa?**
 - () Sim, em aproximadamente ____ meses/anos
 - () Não
-

4. Necessidade de Tratamento Contínuo

- **O paciente necessita de tratamento contínuo para a condição?**
 - () Sim
 - () Não
- **Descreva o tratamento necessário e sua frequência:**



5. Efeitos da Condição Médica no Cotidiano do Paciente

- **A condição limita as atividades diárias e a autonomia do paciente?**
 - () Sim
 - () Não
 - () Parcialmente
- **Detalhe as limitações específicas no cotidiano do paciente (por exemplo, mobilidade, autocuidado, socialização):**

6. Declaração do Médico Assistente

Declaro, para os devidos fins, que as informações aqui descritas são verdadeiras e que o paciente possui uma condição de saúde enquadrada nas diretrizes que permitem a solicitação da isenção do imposto de renda de acordo com a legislação vigente.

7. Informações do Médico Assistente

- **Nome Completo:**
- **CRM:**
- **Especialidade:**
- **Telefone de Contato:**
- **Assinatura e Carimbo do Médico:**

Data de Emissão do Questionário: