



MINISTERIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS
DIRETORIA DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SERVIDOR

PARECER ESPECIALIZADO PARA ISENÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA NA FONTE
(Conforme Resolução CFM nº 1.851/2008- Publicado no D.O.U. DE 18/08/2008)

Solicitado ao Dr: _____

Nome do Servidor: _____

Questionário a ser respondido

1. Histórico da doença:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

1.a) Início da doença:

2. Qual o seu diagnóstico principal?

1ª Resposta:

.....

..... Diagnóstico – CID:

2ª Resposta:

.....

3. Quais os exames complementares realizados que justificam o diagnóstico?

a)

b)

c)

d)

4. SINAIS VITAIS: PA PULSO TEMP

5. É a afecção referida clínica ou cirurgicamente curável?

.....

.....

6. Tratamento efetuado

.....

.....

.....

7. Evolução Clínica

.....
.....
.....

8. Conclui ela incapacidade definitiva do (a) Funcionário (a) para o serviço público?

.....
.....
.....

9. É doença grave, contagiosa ou incurável, tais como: Tuberculose ativa, alienação mental, esclerose múltipla, neoplasia maligna, cegueira posteriores ao ingresso público, hanseníase, cardiopatia grave, doença de Parkinson, paralisia irreversível e incapacitante, espondiloartrose anquilosante, nefropatia, estados avançados do mal de Paget (artrite, deformante), síndrome da imunodeficiência adquirida / AIDS e outras que a lei indicar. Com base na medicina especializa?

.....
.....
.....
.....

_____/_____/_____/_____
Local e data

(Assinatura e carimbo do médico assistente + CRM)

OBS: O presente questionário deverá ser preenchido em caráter sigiloso e devolvido à Equipe Médica do SIASS/DASS/UFG em envelope lacrado.