

**AUTORIZAÇÃO PARA ENVIO DE LAUDO MÉDICO POR E-MAIL PARA FINS DE  
ISENÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA**

Eu, \_\_\_\_\_,  
portador(a) do CPF \_\_\_\_\_, residente e domiciliado(a) em  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

autorizo o envio do meu laudo médico para fins de solicitação de isenção de  
Imposto de Renda para o e-mail indicado abaixo:

E-mail                      autorizado                      para                      recebimento:  
\_\_\_\_\_

Declaro estar ciente de que o laudo médico será enviado para o endereço de e-mail  
indicado e assumo a responsabilidade pelo recebimento.

**Observação para recebimento por procurador:** Caso o recebimento do laudo  
médico seja efetuado por um procurador, deverá ser encaminhada, juntamente  
com esta autorização, uma procuração assinada digitalmente, que poderá ser  
assinada por meio da assinatura digital **gov.br**.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura: (obrigatória assinatura digital)