

LAUDO PERICIAL

DADOS DO CONTRIBUINTE	
NOME	CPF
MÉDICO	
NOME	
CRM	ESPECIALIDADE

DECLARAÇÃO

Declaro, sob as penas da Lei, que _____ é portador, desde
(NOME DO PACIENTE)

_____ até a presente data, de _____ CID _____,
(MÊS/ANO) (IDENTIFICAÇÃO NOMINAL DA MOLÉSTIA)

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 a rubrica de _____
(DENOMINAÇÃO UTILIZADA PELO LEGISLADOR – ABAIXO)

Exposição das observações. estudos. exames efetuados e registros das conclusões:

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

Doença passível de controle? Sim Não. Em caso afirmativo, 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, e no § 2º do art. 30, da Lei nº 9.250/95:

<input type="checkbox"/> Moléstia Profissional	<input type="checkbox"/> Cardiopatia Grave	<input type="checkbox"/> Tuberculose Ativa	<input type="checkbox"/> Doença de Parkinson
<input type="checkbox"/> Alienação Mental	<input type="checkbox"/> Esclerose Múltipla	<input type="checkbox"/> Nefropatia Grave	<input type="checkbox"/> Neoplasia Maligna
<input type="checkbox"/> Cegueira	<input type="checkbox"/> Hanseníase	<input type="checkbox"/> Contaminação por Radiação	<input type="checkbox"/> Espondiloartrose Anquilosante
<input type="checkbox"/> Estados Avançados da Doença de Paget(Osteíte Deformante)	<input type="checkbox"/> Síndrome de Imunodeficiência Adquirida	<input type="checkbox"/> Fibrose Cística (mucoviscidose).	<input type="checkbox"/> Hepatopatia Grave
<input type="checkbox"/> Paralisia Irreversível e Incapacitante			

Em _____ / _____ / _____

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

CARIMBO DE IDENTIFICAÇÃO DO **SERVIÇO MÉDICO OFICIAL**