

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**