


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:
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO			
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 (inclusive monocular)	<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"/> Paralisia Irreversível e Incapacitante	<input type="checkbox"/> Fibrose Cística (mucoviscidose).	<input type="checkbox"/> Hepatopatia Grave	
 	Em _____ / _____ / _____		
	_____ CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO		
CARIMBO DE IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO MÉDICO OFICIAL			