LAUDO PERICIAL

DADOS DO CONTRIBUINTE	
NOME	CPF

MÉDICO	
NOME	
CRM	ESPECIALIDADE

DECLARACÃO

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

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:

- ☐ Moléstia Profissional
- ☐ Alienação Mental
- ☐ Cegueira (inclusive monocular)
- ☐ Estados Avançados da Doença de Paget(Osteíte Deformante)
- ☐ Paralisia Irreversível e Incapacitante
- ☐ Cardiopatia Grave
- ☐ Esclerose Múltipla
- ☐ Hanseníase
- ☐ Tuberculose Ativa
- ☐ Nefropatia Grave
- ☐ Contaminação por Radiação
- ☐ Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
- ☐ Fibrose Cística (mucoviscidose).
- ☐ Doença de Parkinson
- ☐ Neoplasia Malígna
- ☐ Espondiloartrose Anquilosante
- ☐ Hepatopatia Grave

Em _____ / _____ / _____

_____
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

CARIMBO DE IDENTIFICAÇÃO DO **SERVIÇO** MÉDICO **OFICIAL**