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

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:

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

Em _____ / _____ / _____

_____
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

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