

## 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)	

[illegible]

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO	
Doença passível de controle? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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"/> Alienação Mental	<input type="checkbox"/> Esclerose Múltipla
<input type="checkbox"/> Cegueira	<input type="checkbox"/> Hanseníase
<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"/> Tuberculose Ativa
	<input type="checkbox"/> Nefropatia Grave
	<input type="checkbox"/> Contaminação por Radiação
	<input type="checkbox"/> Doença de Parkinson
	<input type="checkbox"/> Neoplasia Maligna
	<input type="checkbox"/> Espondiloartrose Anquilosante
	<input type="checkbox"/> Hepatopatia Grave
<div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div>	Em ____ / ____ / ____
	_____ CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO
CARIMBO DE IDENTIFICAÇÃO DO <b>SERVIÇO</b> MÉDICO <b>OFICIAL</b>	