

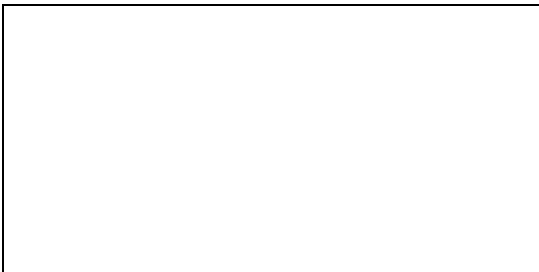
# LAUDO PERICIAL

DADOS DO CONTRIBUINTE	
NOME	CPF

MÉDICO	
NOME	
CRM	ESPECIALIDADE

DECLARAÇÃO	
<p style="text-align: center;">Declaro, sob as penas da Lei, que _____ é portador, desde  <small>(NOME DO PACIENTE)</small></p> <p>_____ até a presente data, de _____ CID _____,  <small>(MÊS/ANO) (IDENTIFICAÇÃO NOMINAL DA MOLÉSTIA)</small></p> <p>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 _____  <small>(DENOMINAÇÃO UTILIZADA PELO LEGISLADOR – ABAIXO)</small></p>	

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/>

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO																				
<p>Doença passível de controle? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Em caso afirmativo, determinar o prazo de validade do laudo: ___/___/___</p> <p>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.</p> <p>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:</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Moléstia Profissional</td> <td><input type="checkbox"/> Cardiopatia Grave</td> <td><input type="checkbox"/> Tuberculose Ativa</td> <td><input type="checkbox"/> Doença de Parkinson</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Alienação Mental</td> <td><input type="checkbox"/> Esclerose Múltipla</td> <td><input type="checkbox"/> Nefropatia Grave</td> <td><input type="checkbox"/> Neoplasia Maligna</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cegueira</td> <td><input type="checkbox"/> Hanseníase</td> <td><input type="checkbox"/> Contaminação por Radiação</td> <td><input type="checkbox"/> Espondiloartrose Anquilosante</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Estados Avançados da Doença de Paget(Osteíte Deformante)</td> <td><input type="checkbox"/> Síndrome de Imunodeficiência Adquirida</td> <td><input type="checkbox"/> Fibrose Cística (mucoviscidose).</td> <td><input type="checkbox"/> Hepatopatia Grave</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Paralisia Irreversível e Incapacitante</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 30%;">  </div> <div style="width: 40%;"> <p style="text-align: right; font-size: 1.2em;">Em _____ / _____ / _____</p> <p style="text-align: center; font-weight: bold;">_____ CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO</p> </div> </div>	<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			
<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																				

CARIMBO DE IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO MÉDICO OFICIAL