

LAUDO PERICIAL – JUNTA MÉDICA OFICIAL

DADOS DO CONTRIBUINTE

NOME

CPF

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 MOLESTIA)

- moléstia referida no inciso XIV do art. 6º da Lei nº 7.713/88,
- moléstia referida no § 2º do art. 30 da Lei nº 9.250/95,
- moléstia referida no §1º do art. 186 c/c art. 190 da Lei nº 8.112/90
- de acordo com o art. 190 da Lei nº 8.112/90, o paciente está inválido. Desde:

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.

Em _____ / _____ / _____

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

CARIMBO DE IDENTIFICAÇÃO DO **SERVIÇO MÉDICO OFICIAL**