

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)

doença referida em lei (Art. 186, § 1º, da Lei nº 8.112/1990) e/ou legislação específica.

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**