LAUDO PERICIAL EMITIDO POR SERVIÇO MÉDICO OFICIAL

IDENTIFICAÇÃO DO(A) PACIENTE

Nome completo	CPF

IDENTIFICAÇÃO DO(A) MÉDICO(A)

Nome completo	CRM

Matrícula / Registro no Órgão Público	Especialidade

IDENTIFICAÇÃO DA MOLÉSTIA

*A **data de validade do laudo** deve ser preenchida somente se a moléstia for passível de controle. Os demais campos são obrigatórios.*

Identificação nominal da moléstia	CID	Data em que foi contraída

Moléstia conforme art. 6º, XIV, da Lei nº 7.713/88 e art. 30, §2º, da Lei nº 9.250/95	Passível de controle?		Data de validade do laudo
	◯ Não	◯ Sim	

FUNDAMENTAÇÃO

Este laudo deverá ser fundamentado e emitido por SERVIÇO MÉDICO OFICIAL da União, dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios.

Observações, estudos, exames e registros das conclusões

DECLARAÇÃO

Declaro, sob as penas da Lei, que o paciente acima identificado é portador(a), até a presente data, de moléstia grave prevista no inciso XIV do art. 6º da Lei nº 7.713/88 e § 2º do art. 30 da Lei nº 9.250/95, de acordo com informações acima especificadas.

CARIMBOS E ASSINATURA

Nome completo do médico	Data de emissão do laudo

Carimbo do serviço médico oficial	**Carimbo, matrícula e assinatura do médico**