

LAUDO PERICIAL EMITIDO POR SERVIÇO MÉDICO OFICIAL

IDENTIFICAÇÃO DO(A) PACIENTE

Nome completo	CPF
1	2

IDENTIFICAÇÃO DO(A) MÉDICO(A)

Nome completo	CRM
3	4
Matrícula / Registro no Órgão Público	Especialidade
5	6

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
7	8	9
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
10	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim 11	12

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
13

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
14	15
16	17
Carimbo do serviço médico oficial	Carimbo, matrícula e assinatura do médico

- 1 – NOME COMPLETO: Neste campo deve ser preenchido o nome completo, legível do paciente que está requerendo a isenção.
- 2 – CPF: Preencher o CPF completo, legível do paciente.
- 3 – NOME COMPLETO: Preencher o nome do responsável pela emissão do laudo pericial, de forma legível.
- 4 – CRM: Preencher o número de CRM (Conselho Regional de Medicina) do responsável pela emissão do laudo pericial, de forma legível.
- 5 – MATRÍCULA / REGISTRO NO ÓRGÃO PÚBLICO: Preencher o nº de matrícula do responsável pela emissão do laudo pericial junto ao serviço médico oficial.
- 6 – ESPECIALIDADE: Preencher a especialidade do responsável pela emissão do laudo pericial.
- 7 – IDENTIFICAÇÃO NOMINAL DA MOLÉSTIA: Preencher o nome da moléstia conforme classificada no CID (Cadastro Internacional de Doenças).
- 8 – CID: Preencher o nº identificador da moléstia conforme classificada no CID (Cadastro Internacional de Doenças).
- 9 - DATA EM QUE FOI CONTRAÍDA: Preencher a data em que o portador contraiu a doença.
- 10 – MOLÉSTIA CONFORME...: Preencher a nomenclatura da moléstia utilizada pelo legislador conforme art. 6º, XIV, da Lei nº 7.713/88 e art. 30, §2º, da Lei nº 9.250/95.
- 11 – PASSÍVEL DE CONTROLE: Marcar no formulário se a doença é passível de controle ou não, conforme diagnóstico do responsável pela emissão do laudo pericial.
- 12 – DATA DE VALIDADE: **Se a doença for passível de controle**, deverá ser indicada a data de validade do laudo.
Se a doença NÃO for passível de controle, não será de preenchimento obrigatório.
- 13 – FUNDAMENTAÇÃO: O responsável pela emissão do laudo pericial deverá preencher este campo com os estudos, embasamentos, conclusões que justificam a emissão do laudo.
- 14 - NOME COMPLETO DO MÉDICO: Preencher o nome do responsável pela emissão do laudo pericial, de forma legível.
- 15 – DATA DE EMISSÃO DO LAUDO: Preencher a data de emissão do laudo.
- 16 – CARIMBO DO SERVIÇO MÉDICO OFICIAL: Inserir o carimbo do serviço médico oficial que está emitindo o laudo. Exemplo: carimbo do INSS, carimbo da Unidade Básica de Saúde, carimbo da Secretaria de Saúde.
- 17 – CARIMBO, **MATRÍCULA** E ASSINATURA DO MÉDICO: Inserir o Carimbo do Médico, a Matrícula e Assinatura do médico responsável pela emissão do laudo pericial.

OBSERVAÇÕES:

Se a **matrícula** do médico responsável pela emissão do laudo pericial não estiver no carimbo, poderá ser inserida à caneta.