

# LAUDO MÉDICO PERICIAL

## AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PARA FINS DE CONCESSÃO INTEGRALIZAÇÃO DE PROVENTOS

Nome do(a) Examinado(a):

CPF:

Órgão:

Matrícula SIAPE:

Data de Nascimento:

1) Considerando o exame pericial realizado em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, concluímos que:

2) O examinado é portador de:

( ) 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, combinado com o art. 190 da Lei nº 8.112/90 com data do diagnóstico da doença invalidante: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

3) O examinado deverá retornar para reavaliação? Sim ( ) Não ( )

**Se Sim**, data prevista para reavaliação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

4) Declaro, sob as penas da Lei, que \_\_\_\_\_

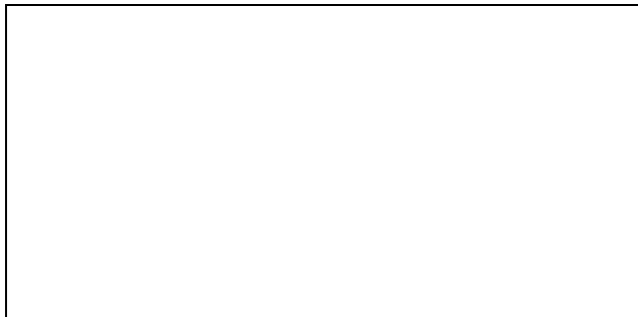
(NOME DO PACIENTE)

é portador, desde \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ até a presente data, de \_\_\_\_\_

(IDENTIFICAÇÃO NOMINAL DA MOLÉSTIA)

CID \_\_\_\_\_.

Em, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_  
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

\_\_\_\_\_  
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

\_\_\_\_\_  
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

CARIMBO E CNPJ DE IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO MÉDICO OFICIAL