

AUSFÜHRLICHER ÄRZTLICHER BERICHT
RELATÓRIO MÉDICO PORMENORIZADO

1.1	Träger, für den der Bericht bestimmt ist/Instituição a que o relatório se destina		
1.1.1	Bezeichnung/Designação:.....		
1.1.2	Anschrift/Endereço:		
1.1.3	Geschäftszeichen/Referência:		
1.2	Untersuchte Person/Pessoa examinada		
1.2.1	Name/Nome:		
1.2.2	Vornamen/Prenomes:.....		
1.2.3	Frühere Namen/Nomes anteriores:.....		
1.2.4	Geburtsort/Naturalidade:.....		
1.2.5	Geburtsdatum/Data de Nascimento:.....		
1.2.6	Geschlecht/Sexo:.....		
1.2.7	Staatsangehörigkeit/Nacionalidade:.....		
1.2.8	Anschrift/Endereço:		
1.2.9	Zuletzt ausgeübter Beruf/Última profissão exercida:.....		
1.2.10	Versicherungsnummer/Número do seguro (NIT/Brasil):		
1.2.11	Rentennummer/Número de benefício:		
1.2.12	Aktenzeichen/Número do processo:		
1.2.13	Rentenantrag gestellt am/Data de apresentação do requerimento do benefício:		
1.2.14	Neuantrag wegen Verschlimmerung gestellt am/Data de apresentação do pedido de revisão por agravamento:		
1.3	Ärztlicher Bericht, angefertigt von Dr. med./Médico que efectuou o relatório		
1.3.1	Vollständiger Name/Nome completo:.....		
1.3.2	Anschrift/Endereço:.....		
1.3.3	Vertrauensarzt des/der/Médico inspetor de:.....		
1.4	Träger, der die Untersuchung veranlasst hat/Instituição que requereu o exame		
1.4.1	Bezeichnung/Designação:		
1.4.2	Anschrift/Endereço:.....		
1.4.3	Aktenzeichen/Número de referência do processo:.....		
1.4.4	Stempel/Carimbo	1.4.5	Datum/Data:.....
		1.4.6	Unterschrift/Assinatura:.....

Vollständiger Name/Nome completo:..... Datum/Data:

2.

- 2.1 Gutachten beruht auf eigener Untersuchung vom (Datum)/Parecer baseado no exame individual realizado em (data):
- 2.2 Gutachten beruht auf Befundberichten vom (Datum)/Parecer baseado no relatório médico de data):

3. Vorgeschichte/Anamnese

- 3.1 Medizinische Anamnese/ Anamnese médica:
- 3.2 Derzeit vorrangige Beschwerden/Queixas principais:
- 3.2.1 Behandelnder Arzt/Médico assistente atual:
- 3.3 Derzeitige Behandlung/Terapêutica em curso:
- 3.4 Arbeits- und Sozialanamnese/Antecedentes sócio-profissionais:
- 3.4.1 Ist der Versicherte derzeit erwerbstätig?/Atualmente, o segurado exerce uma atividade remunerada?
 Ja/Sim Nein/Não
 Zahl der Arbeitsstunden/ Número de horas de trabalho:
- Art der derzeitigen Erwerbstätigkeit/ Tipo de atividade:
- 3.4.2 Arbeitsunfälle/Berufskrankheiten/Acidentes de trabalho/Doenças ocupacionais:
- 3.4.3 Art der letzten Erwerbstätigkeit/Tipo da última atividade:
- 3.4.4 Erwerbsunfähig/Incapacidade para o trabalho seit/desde:
- Beendigung der Erwerbstätigkeit/Cessação do trabalho am/em:

4. Befund/ Exame clínico

- 4.1 Allgemeinzustand/Estado Geral:
Größe/Altura:cm Gewicht/Peso: kg
Ernährungszustand/ Estado de nutrição:
 gut/normal übergewichtig/excessivo untergewichtig/deficitário
Schleimhäute/Mucosas:.....
Haut/Pele:
- Seelischer Zustand/Estado mental e emocional:
- Bemerkungen/Observações:.....
- 4.2 Kopf/Cabeça:
- 4.2.1 Sehvermögen/Visão :.....
- 4.2.2 Hörvermögen/Audição:.....
- 4.2.3 Sonstige Sinnesorgane/Outros órgãos dos sentidos:
- 4.3 Hals (äußerlich)/Pescoço (exame externo):.....
- 4.3.1 Schilddrüse/Tiróide:
- 4.3.2 Lymphknoten/Gânglios linfáticos:

Vollständiger Name/Nome completo: Datum/Data:.....

4.3.3	Sonstige/Outros:
4.4	Atmungsorgane/Aparelho respiratório:
4.5	Kreislaufsystem/Aparelho circulatório:
4.5.1	Herz/Coração :
4.5.2	Puls/Frequência cardíaca :
4.5.3	Blutdruck (in Ruhe)/Pressão arterial (em repouso):
4.5.4	Blutdruck (Kontrolle)/Pressão arterial (segunda medição):
4.5.5	Peripheres Gefäßsystem/Vasos periféricos:
4.5.6	Ödeme/Edemia:
4.5.7	Ruhe-EKG/ECG (em repouso):
4.6.	Abdomen:
4.6.1	Verdauungssystem und Bauchorgane/Aparelho digestivo e órgão abdominais afins:
4.6.2	Leber/Fígado:
4.6.3	Milz/Baço:
4.6.4	Endokrines System/Sistema Endócrino:
4.7	Harn- und Geschlechtsorgane/Sistema genito urinário:
4.8	Bewegungsapparat (gegebenenfalls nach der Neutral-O-Methode auf Seite 5/6)/ Aparelho locomotor (se necessário, utilizar o formulário <<Medição da mobilidade articular ativa>> na página 5/6):
4.8.1	Wirbelsäule/Coluna vertebral:
4.8.2	Obere Gliedmaßen/Membros superiores:
4.8.3	Untere Gliedmaßen/Membros inferiores:
4.9	Nachweis von Lymphknotenschwellungen/Linfadenopatia:
4.10	Neurologischer Befund/Exame neurológico:
	Bewegungen (Kraft und Tonus)/ Movimento (força muscular e tônus):
	<input type="checkbox"/> unauffällig/sem alterações <input type="checkbox"/> steif/rigidez
	<input type="checkbox"/> verlangsamt/lentidão <input type="checkbox"/> schwach/diminuição da força motora
	Gang/ Marcha:
	<input type="checkbox"/> unauffällig/ sem alterações <input type="checkbox"/> schwerfällig/ com dificuldade
	<input type="checkbox"/> behindert rechts/afetada à direita <input type="checkbox"/> behindert links/ afetada à esquerda
	Reflexe/Reflexo:
4.11	Psychovegetative Symptomatik/ Perturbações neurovegetativas:
4.12	Sonstige (Allergien usw.)/ Outros (alergias etc.):

Vollständiger Name/Nome completo: Datum/Data:.....

**5. Funktionsprüfungen und sonstige fachmedizinische Untersuchungen (soweit erforderlich)/
Provas funcionais e outros exames (solicitar se necessário)**

5.1	Lungenfunktion/Função respiratória:
5.2	Herz-Kreislauf-Funktion/Belastungs-EKG/Função cardíaca/prova de esforço:
5.3	Ultraschall-Dopplersonographie (Herz und Gefäße)/Ecografia cardíaca e vascular:
5.4	Bildgebende Verfahren (mit Datumsangaben)/Estudos de imagens (indicar data):
5.4.1	(Heutiger) Röntgenbefund/Resultados do presente exames radiológicos:
5.4.2	Frühere Untersuchungsergebnisse bzw. Fremdbefunde/Resultados de exames radiológicos anteriores:
5.4.3	Sonographie (u. a. Abdomen)/Ecografia (abdome e outras):
5.4.4	Kernspintomographie und sonstige fachspezifische Untersuchungen/RMN e outros estudos:
5.5	Laborbefunde/Resultados laboratoriais:
5.6	Sonstige Untersuchungen/Outros exames:

**6. Einlegeblatt für weitere fachmedizinische Untersuchungen (nur auszufüllen, falls sachdienlich)/
Exames complementares (anexar folha de solicitação de exame especial).**

7. Diagnose/Diagnóstico:
(ICD-Diagnoseschlüssel verwenden)/(utilizar código CID)

**4. Messblatt für den Bewegungsapparat nach der Neutral-O-Methode/
Medição da mobilidade articular ativa**

Einzutragen sind nur pathologische Befunde oder Normalbefunde, die ausdrücklich vermerkt werden sollen/
Indicar apenas os dados patológicos ou os dados normais estritamente necessários.

Wirbelsäule

Sreckung/Beugung
40-0-40°

Kinn-Jugulum-Abstand _____ cm

Rotation re/li
60-0-60°

Seitneigung re/li
40-0-40°

Schober
8-10-15 cm

-10- _____ cm

FBA _____ cm

Rotation re/li
50-0-50°

Seitneigung re/li
30-0-30°

Schultergelenk

Rotation ausw./einw.
50-0-95°

R _____ °

L _____ °

Ab-/Adduktion
180-0-40°

R _____ °

L _____ °

Ab-/Adduktion
180-0-40°

R _____ °

L _____ °

Rückwärts/Vorwärts
40-0-160°

R _____ °

L _____ °

Ellbogengelenk

Sreckung/Beugung
10-0-150°

R _____ °

L _____ °

Supination | Pronation

Supi-/Pronation
85-0-85°

R _____ °

L _____ °

Handgelenk

Sreckung/Beugung
50-0-50°

R _____ °

L _____ °

Ab-/Adduktion
35-0-25°

R _____ °

L _____ °

Hüftgelenk

Extension/Flexion
10-0-130°

R _____ °

L _____ °

Ab-/Adduktion
30-0-25°

R _____ °

L _____ °

Innenrotation | Außenrotation

Außen-/Innenrotation
35-0-45°

R _____ °

L _____ °

Kniegelenk

Sreckung/Beugung
5-0-140-160°

R _____ °

L _____ °

Sreckung/Beugung
40-0-25°

R _____ °

L _____ °

Ob. Sprunggelenk

Sreckung/Beugung
40-0-50°

R _____ °

L _____ °

Umfangmaße in cm:

	R	L
Oberarm (15 cm ob. Epic. lat.)		
Ellenbogengelenk		
Unterarm (10 cm u. Epic. lat.)		
Handgelenk		
Mittelhand (ohne Daumen)		

	R	L
Oberschenkel 20 cm ob. inn.		
Knie-Gelenkspalt		
Kniescheibenmitte		
Unterschenkel 15 cm unterm. inn. Gelenkspalt		
Unterschenkel, kleinster Umfang		
Knöchel		

4. Medição da mobilidade articular ativa

Indicar apenas os dados patológicos ou os dados normais estritamente necessários

Coluna vertebral

extensão/flexão 40-0-40° _____ °
 distância queixo/esterno _____ cm

rotação direita/esquerda 60-0-60° _____ °

inclinação lateral direita/esquerda 40-0-40° _____ °

flexibilidade dorso-lombar 8-10-15 cm
 FBA _____ cm

rotação direita/esquerda 50-0-50° _____ °

inclinação lateral direita/esquerda 30-0-30° _____ °

ombro

rotação externa/interna 50-0-95°
 D _____ °
 G _____ °

abdução/adução 180-0-40°
 D _____ °
 E _____ °

elevação anterior/posterior 40-0-160°
 D _____ °
 E _____ °

corvelo

extensão/flexão 10-0-150°
 D _____ °
 E _____ °

supinação/pronação 85-0-85°
 D _____ °
 E _____ °

punho

extensão/flexão 50-0-50°
 D _____ °
 E _____ °

abdução/adução 30-0-25°
 D _____ °
 E _____ °

anca

abdução 10°

adução 30-60°

rotação interna 30-45°
 D _____ °
 E _____ °

rotação externa 40-50°

joelho

extensão/flexão 5-0-150°
 D _____ °
 E _____ °

tornozelo

extensão/flexão 40-0-25°
 D _____ °
 E _____ °

perímetro em cm

braço (15 cm acima do epicôndilo)

cotovelo

antebraço (10 cm abaixo do epicôndilo)

punho

metacarpo (sem o polegar)

D	E

perímetro em cm

coxa (20 cm acima da interlinha articular)

pré-rotuliano

perna (15 cm abaixo da interlinha articular)

perna (menor perímetro)

maléolos

D	E

8.	Zusammenfassende Beurteilung/Conclusões:
8-A	- Nur von INSS auszufüllen/A ser preenchido exclusivamente pelo INSS
8-A.1	Krankheitsverlauf/Evolução da doença:
8-A.2	Gesundheitsschäden/Influência no estado de saúde do interessado:
8-A.3	Funktionseinschränkungen/Perturbações funcionais:
8-A.4	Im Vergleich zur Voruntersuchung (vom) Em relação ao relatório anterior (datado de:) <input type="checkbox"/> hat sich der Zustand gebessert/melhoria. <input type="checkbox"/> verschlechtert/agravamento. <input type="checkbox"/> nicht geändert/estado estacionário.
8-B	- Nur vom deutschen Träger auszufüllen/A ser preenchido exclusivamente pelas Instituições Alemãs
8-B.1	Besteht Erwerbsminderung nach deutschen Rechtsvorschriften?/ Há incapacidade para o trabalho de acordo com a legislação alemã? <input type="checkbox"/> Ja/Sim <input type="checkbox"/> Nein/Não
8-B.2	Wenn ja, seit wann besteht Erwerbsminderung? (Tag/Monat/Jahr): Em caso afirmativo, qual a data de início da incapacidade (DII)? DD/MM/AAAA:
8-B.3	Besteht vorübergehende Erwerbsminderung?/Há incapacidade temporária? <input type="checkbox"/> Ja/Sim <input type="checkbox"/> Nein/Não
8-B.4	Besteht dauerhafte Erwerbsminderung für den gewöhnlich ausgeübten Beruf?/ Há incapacidade permanente para a ocupação habitual? <input type="checkbox"/> Ja/Sim <input type="checkbox"/> Nein/Não
8-B.5	Besteht dauerhafte Erwerbsminderung für alle Berufe?/ Há incapacidade permanente para todas as ocupações? <input type="checkbox"/> Ja/Sim <input type="checkbox"/> Nein/Não
8-B.6	Besteht Erwerbsminderung infolge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit?/ Incapacidade decorrente de acidente do trabalho ou doença ocupacional? <input type="checkbox"/> Ja/Sim <input type="checkbox"/> Nein/Não

9.	Der Versicherte kann die folgenden Arten von Arbeit noch regelmäßig verrichten/ O segurado ainda pode efetuar de forma regular os seguintes tipos de atividades:
<input type="checkbox"/> schwere/pesadas <input type="checkbox"/> mittelschwere/médias <input type="checkbox"/> leichte/leves	

10.	Folgende Einsatzbeschränkungen sind zu berücksichtigen/ Devem ser tidas em conta as restrições seguintes:
10.1	Verrichtet werden dürfen Tätigkeiten nur ohne/Apenas pode trabalhar sem: <input type="checkbox"/> Nässe/Umidade <input type="checkbox"/> Kälte/Frio <input type="checkbox"/> Hitze/Calor <input type="checkbox"/> Lärm/Ruído <input type="checkbox"/> Rauch, Gase, Dämpfe/Fumos, gases, vapores <input type="checkbox"/> Wechselschicht/Turnos <input type="checkbox"/> Nachtschicht/Trabalho noturno <input type="checkbox"/> Häufiges Bücken, Heben, Tragen von Lasten/Flexão repetida, levantamento e transporte de objetos <input type="checkbox"/> Klettern oder Steigen/Subida de rampas ou escadas <input type="checkbox"/> Absturzgefahr/Risco de queda

Vollständiger Name/Nome completo:..... Datum/Data:

10.2	Tätigkeiten dürfen nur unter folgenden Bedingungen verrichtet werden/Apenas pode trabalhar nas seguintes condições: <input type="checkbox"/> im Sitzen/Trabalho apenas em posição sentada <input type="checkbox"/> Nur mit zusätzlichen (betriebsunüblichen) Pausen/Trabalho apenas com pausas adicionais (para além das pausas habituais) Anzahl und Länge der Pausen/Número e duração dessas pausas: <input type="checkbox"/> in geschlossenen Räumen/Trabalho apenas no interior <input type="checkbox"/> mit wechselnder Körperhaltung/Trabalho apenas com variação de postura <input type="checkbox"/> abwechselnd im Gehen, Stehen, Sitzen/Trabalho que envolva esta de pé, sentado e andar <input type="checkbox"/> ohne besonderen Zeitdruck/Trabalho apenas sem imposição de prazos apertados
10.3	Die Arbeitsleistung ist herabgesetzt, weil der Versicherte in der Gebrauchsfähigkeit seiner Sinnesorgane, Hände usw. eingeschränkt ist./A capacidade de trabalho é reduzida porque o segurado sofre de restrição na utilização dos seus órgãos dos sentidos, mão etc. allergisch ist gegen/É alérgico a:

11.	Ergänzende Fragen/Perguntas suplementares:
11.1	Kann der Versicherte Bildschirmarbeit verrichten?/O segurado pode trabalhar com monitor? <input type="checkbox"/> Ja/Sim <input type="checkbox"/> Nein/Não Falls nein, Angabe der Gründe/Em caso de resposta negativa, indicar a razão:
11.2	Kann der Versicherte Arbeit am Arbeitsplatz ohne Hilfe einer anderen Person verrichten?/O segurado pode trabalhar no local de trabalho sem o apoio de outra pessoa? <input type="checkbox"/> Ja/Sim <input type="checkbox"/> Nein/Não
11.3	Kann der Versicherte Arbeit zu Hause ohne Hilfe einer anderen Person verrichten?/ O segurado pode trabalhar em casa sem o apoio de outra pessoa? <input type="checkbox"/> Ja/Sim <input type="checkbox"/> Nein/Não Falls nein, Angabe der Gründe/ Em caso de resposta negativa, indicar a razão:
11.4	Kann der Versicherte seine Tätigkeit als in Vollzeit ausüben?/O segurado pode exercer a tempo integral a sua última atividade, a de ? <input type="checkbox"/> Ja/Sim <input type="checkbox"/> Nein/ Não Falls nein, Angabe der höchstzulässigen Arbeitszeit (in Stunden oder als Prozentsatz eines Arbeitstages)/Em caso de resposta negativa, indicar o tempo máximo de trabalho (em horas ou em percentual de um dia de trabalho):
11.5	Kann an einem angepassten Arbeitsplatz eine Arbeit verrichtet werden?/Pode trabalhar em um posto de trabalho adaptado? <input type="checkbox"/> Ja/Sim <input type="checkbox"/> Nein/Não
11.6	Kann angepasste Arbeit in Vollzeit verrichtet werden?/Pode realizar um trabalho em um posto de trabalho adaptado a tempo integral? <input type="checkbox"/> Ja/Sim <input type="checkbox"/> Nein/Não Falls nein, Angabe der höchstzulässigen Arbeitszeit (in Stunden oder als Prozentsatz eines Arbeitstages)/Em caso de resposta negativa, indicar o tempo máximo de trabalho (em horas ou em percentual de um dia de trabalho):

Vollständiger Name/Nome completo:..... Datum/Data:

11.7	Die festgestellten Einsatzbeschränkungen bestehen/As restrições referidas: <input type="checkbox"/> auf Dauer seit/São permanentes desde: <input type="checkbox"/> auf Zeit von/São temporárias, de bis/a.....
11.8	Kann eine Verbesserung des derzeitigen Gesundheitszustandes erzielt werden?/É possível melhorar o atual estado de saúde? <input type="checkbox"/> Ja/Sim <input type="checkbox"/> Nein/Não <input type="checkbox"/> Keine Antwort möglich/Impossível responder Falls „Ja“, durch welche Maßnahmen?/Na afirmativa indicar as medidas:
11.9	Kann eine Besserung der Leistungsfähigkeit bewirkt werden durch/É possível melhorar a capacidade para o trabalho através de: <input type="checkbox"/> medizinische Rehabilitation/Reabilitação física? <input type="checkbox"/> berufliche Rehabilitation?/Reabilitação profissional? <input type="checkbox"/> Ja/Sim <input type="checkbox"/> Nein/Não <input type="checkbox"/> Keine Antwort möglich/Impossível responder

12.	Ist eine Nachuntersuchung erforderlich?/O interessado deve ser examinado novamente?
<input type="checkbox"/> Ja/Sim <input type="checkbox"/> Nein/Não Falls „Ja“, wann?/ Na afirmativa, indicar a data prevista para o novo exame:	
Stempel/Carimbo	Datum/Data: Unterschrift des Arztes/Assinatura do médico: