

**AUSFÜHRLICHER ÄRZTLICHER BERICHT  
RELATÓRIO MÉDICO PORMENORIZADO**

<b>1.1</b>	<b>Träger, für den der Bericht bestimmt ist/Instituição a que o relatório se destina</b>		
1.1.1	Bezeichnung/Designação:.....		
1.1.2	Anschrift/Endereço: .....		
1.1.3	Geschäftszeichen/Referência: .....		
<b>1.2</b>	<b>Untersuchte Person/Pessoa examinada</b>		
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	Rentenummer/Número de benefício: .....		
1.2.12	Aktenzeichen/Número do processo: .....		
1.2.13	Rentantrag 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: .....		
<b>1.3</b>	<b>Ärztlicher Bericht, angefertigt von Dr. med./Médico que efectuou o relatório</b>		
1.3.1	Vollständiger Name/Nome completo:.....		
1.3.2	Anschrift/Endereço:.....		
1.3.3	Vertrauensarzt des/der/Médico inspetor de:.....		
<b>1.4</b>	<b>Träger, der die Untersuchung veranlasst hat/Instituição que requereu o exame</b>		
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:.....

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

Sreckung/Beugung  
40-0-40°

Kinn-Jugulum-Abstand \_\_\_\_\_ cm

Wirbelsäule  
Rotation re/li  
60-0-60°

\_\_\_\_\_ °

Seitneigung re/li  
40-0-40°

\_\_\_\_\_ °

Schultergelenk

Ab-/Adduktion  
180-0-40°

R \_\_\_\_\_ °  
L \_\_\_\_\_ °

Ellbogengelenk

Sreckung/Beugung  
10-0-150°

R \_\_\_\_\_ °  
L \_\_\_\_\_ °

Handgelenk

Sreckung/Beugung  
50-0-50°

R \_\_\_\_\_ °  
L \_\_\_\_\_ °

Hüftgelenk

Extension/Flexion  
10-0-130°

R \_\_\_\_\_ °  
L \_\_\_\_\_ °

Kniegelenk

Sreckung/Beugung  
5-0-150°

R \_\_\_\_\_ °  
L \_\_\_\_\_ °

Ob. Sprunggelenk

Sreckung/Beugung  
40-0-25°

R \_\_\_\_\_ °  
L \_\_\_\_\_ °

Rotation ausw./einw.  
50-0-95°

R \_\_\_\_\_ °  
L \_\_\_\_\_ °

Ab-/Adduktion  
35-0-25°

R \_\_\_\_\_ °  
L \_\_\_\_\_ °

Außen-/Innenrotation  
35-0-45°

R \_\_\_\_\_ °  
L \_\_\_\_\_ °

Supi-/Pronation  
85-0-85°

R \_\_\_\_\_ °  
L \_\_\_\_\_ °

Ab-/Adduktion  
30-0-25°

R \_\_\_\_\_ °  
L \_\_\_\_\_ °

Innenrotation 0° Außenrotation 40-50°

R \_\_\_\_\_ °  
L \_\_\_\_\_ °

20°-30°

R \_\_\_\_\_ °  
L \_\_\_\_\_ °

Umfangmaße in cm:

Oberarm (15 cm ob. Epic. lat.)

Ellenbogengelenk

Unterarm (10 cm u. Epic. lat.)

Handgelenk

Mittelhand (ohne Daumen)

	R	L

Umfangmaße in cm:

Oberschenkel 20 cm ob. inn.

Knie-Gelenkspalt

Kniescheibenmitte

Unterschenkel 15 cm unterm. inn. Gelenkspalt

Unterschenkel, kleinster Umfang

Knöchel

	R	L

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/adução 50-0-25°  
 D \_\_\_\_\_ °  
 E \_\_\_\_\_ °

rotação interna/externa 35-0-45°  
 D \_\_\_\_\_ °  
 E \_\_\_\_\_ °

extensão/flexão 10-0-130°  
 D \_\_\_\_\_ °  
 E \_\_\_\_\_ °

**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



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

<b>8.</b>	<b>Zusammenfassende Beurteilung/Conclusões:</b>
<b>8-A</b>	<b>- Nur von INSS auszufüllen/A ser preenchido exclusivamente pelo INSS</b>
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.
<b>8-B</b>	<b>- Nur vom deutschen Träger auszufüllen/A ser preenchido exclusivamente pelas Instituições Alemãs</b>
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

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

<b>10.</b>	<b>Folgende Einsatzbeschränkungen sind zu berücksichtigen/ Devem ser tidas em conta as restrições seguintes:</b>
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: ..... .....

<b>11.</b>	<b>Ergänzende Fragen/Perguntas suplementares:</b>
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

<b>12.</b>	<b>Ist eine Nachuntersuchung erforderlich?/O interessado deve ser examinado novamente?</b>
<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: .....