

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	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:		
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.

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 _____ °

Ab-/Adduktion
30-0-25°

R _____ °
L _____ °

Außen-/Innenrotation
35-0-45°

R _____ °
L _____ °

Sreckung/Beugung
5-0-150°

R _____ °
L _____ °

Sreckung/Beugung
40-0-25°

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

extensão/flexão 10-0-130°
 D _____ °
 E _____ °

abdução/adução 50-0-25°
 D _____ °
 E _____ °

rotação interna/externa 35-0-45°
 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

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: