

EXAME MÉDICO-PERICIAL

RELATÓRIO MÉDICO PORMENORIZADO

Nº do Processo

Posto Clínico N°
(_____)
Visto
Emitido, em ____ / ____ / ____
O médico chefe

Direcção Clinica da A.R.S.

ELEMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

Nome _____

Filho de _____

e de _____

Data de nascimento ____ / ____ / ____ . Estado _____

Residência _____

Beneficiário Nº _____ Centro de inscrição _____

I - INDICAÇÕES GERAIS

- 1 - Data da apresentação do pedido de pensão ____/____/____ A proteção social foi solicitada pelo beneficiário? Sim Não
 Foi determinada por imposição legal? Sim Não
 Profissão principal exercida durante a vida activa: _____
 Última profissão exercida: _____

2 - É médico assistente do beneficiário - ? Sim Não Desde quando? _____
 O beneficiário tem sido assistido nos S.M.S.? _____ Desde quando? _____
 Há quanto tempo não trabalha? _____ Quanto tempo esteve com baixa? _____
 Razões invocadas pelo beneficiário como causas da invalidez: _____
 Confirmo a inspeção efectuada em ____/____/____ os elementos de identificação acima mencionados e a infonnação do número 1.
 _____ em ____/____/____

Localidade _____

(Assinatura do inspecionado) _____

II - HISTÓRIA PREGRESSA, ANTECEDENTES PESSOAIS E FAMILIARES

- ## 1. HISTÓRIA PREGRESSA

- ## 2 ANTECEDENTES PESSOAIS

- ### 3. ANTECEDENTES FAMILIARES

EXAME MÉDICO-PERICIAL
RELATÓRIO MÉDICO PORMENORIZADO

III - EXAME CLÍNICO

1. ESTADO GERAL (1)

- a) Aspecto geral: Saudável, ainda robusto, doentio alquebrado, senil, calmo,agitado _____
b) Altura: _____ e Peso: _____ Kgs Temperatura observada às _____ horas.
c) constituição: Forte, média, débil_____
d) Atitude comportamento: Normal, dócil, agressivo tonicidade _____
e) Marcha: Fácil, rígida, desajeitada, lenta, coxeando - à direita - à esquerda _____
f) Movimentos: Naturais, vivos, lentos, desajeitados, sem vigor _____
g) Musculatura: Normal, muito desenvolvida, pouco desenvolvida, com atrofias musculares da _____
h) Porte: Aprumado, rígido, frouxo, curvado _____
i) Estado de nutrição: Bom, obeso, médio, seco, emagrecido _____
j) Faces- Saudável, avermelhado, pálido, cianótico, amarelado cianosadas _____
l) Coloração das mucosas: Saudáveis, avermelhadas, pálidas, cianosadas _____
m) Estado da pele: * Saudável, enrugada, seca, húmida, sem tonicidade, escamosa _____
n) Palma da mão: Com calosidades (antigas, recentes), áspera, macia, húmida, seca _____
o) Estado da boca e dentes:
Boca: Língua: Húmida, seca, saburrosa _____
Mucosa: Corada, descorada _____
Dentes: São, cariado, com algumas faltas por extração, com próteses totais / parciais _____

2. ÓRGÃOS DOS SENTIDOS: (1)

- a) Ouvido - Aspecto exterior: normal, com alterações _____
Capacidade auditiva: normal, surdez-leve, acentuada _____
b) Olhos-Acuidade visual: Sem correção : O.D. _____ com correção: O. D. _____
Sem correção: O.E. _____ com correção : O.E. _____
Conjutivas : Coradas, descoradas, ictéricas, subictéricas _____
c) Nariz Olfacto: Normal, diminuído, ausente _____
respiração nasal: Livre, obstruída _____

3. APARELHO HEMOLINFÁTICO: (1)

- a) Gânglios: Cadeias laterais do pescoço, axila, virilhas palpáveis, móveis, aderentes, de consistência dura, moles, pequenos, médios, grandes _____
b) Baço: Palpável, não palpável, limites e características _____

4. APARELHO RESPIRATÓRIO: (1)

- a) Sintomas apresentados : Dispneia, sem dispneia, dores (localização) _____
ausência de dores : tosse com expectoração (mucosa, purulenta, muco-purulenta, hemoptoica), sem expectoração: temperaturas febris, sub-febris, normais, hemoptises; _____
b) Observação - Tórax: Perímetro torácico _____ cm. Ciclos respiratórios: _____ / minuto.
Inspecção, palpação, percussão e auscultação:

c) Exames complementares relativos a este aparelho e datas:

5. APARELHO CÁRDIO-CIRCULATORIO: (1)

- a) Sintomas apresentados: Cansaço fácil; dispneia de esforço: dispneia noturna: precardialgias - em repouso, de esforço, com irradiação para _____ edemas; nictúria; claudicação intermitente; sem qualquer sintomatologia atribuível a este aparelho _____
b) Observação - Pulso: Regular, rítmico, arrítmico; tenso, fraco; com _____ Puls. / minuto. Tensão arterial: Braço direito : Tx _____ Tn _____ Braço esquerdo: Tx _____ Tn _____
Estado dos vasos: Estado das veias: (2) (Tipo, local e extensão das lesões apreciadas enfiêncio da idade, etc) _____
Estado _____ das _____ artérias:
(idem) _____
Edemas: _____ Localização: _____ Outras manifestações: _____

EXAME MÉDICO-PERICIAL
RELATÓRIO MÉDICO PORMENORIZADO

III - EXAME CLÍNICO (Continuação)

Coração: Inspeção, palpação, percussão e auscultação:

- c) Exames complementares relativos a este aparelho e datas:

6. APARELHO DIGESTIVO:

a) Sintomas apresentados e suas características: (2) (azia, dores, vômitos, hemaremoses, náuseas, obstipação, diarreia, melenas, etc)

b) Observação: (2) (parede abdominal, cicatrizes, hérnias, palpação do abdômen : Zonas: gástrica, duodenal, vesicular esplénica e colonscaracterísticas de figado, baço, etc.)

- c) Exames complementares relativos a este aparelho e datas:

7. APARELHOS GENITO-URINÁRIO

a) Sintomas apresentados e suas características: (2) (polaciúria, disúria, piúria, hematúria, dores metrorragias, etc)

b) Observação: (2) (Observação dos órgãos genitais externos, exame ginecológico, palpação das regiões, renal, vesical, etc.)

- c) Exames complementares relativos a este aparelho e datas

8. APARELHO LOCOMOTOR E DE APOIO

a) Sintomas apresentados e suas características: (2) (dores espontâneas, com movimentos ativos e passivos, limitação da amplitude dos movimentos, etc, coluna e extremidades).

b) Observação: da coluna e membros: (2) (inspeção e palpação das articulações -edema, temperatura, rubor, tonalidade, dor, tumefação, deformação, limitação da mobilidade, etc.)

- c) Exames complementares relativos a este sistema e datas:

EXAME MÉDICO-PERICIAL
RELATÓRIO MÉDICO PORMENORIZADO

III - EXAME CLÍNICO (Continuação)

9. SISTEMA NERVOSO - ESTADO PSÍQUICO:

a) Sintomas apresentados

b) Observação: (2) (reflexos pupilar e periféricos: parésias, paralissias: perturbações de sensibilidade mais importantes: constatação % sobre o estado psíquico, etc)

c) Exames complementares relativos a este aparelho e datas:

IV - INSPEÇÕES TÉCNICAS, EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO, PARECERES MÉDICOS PARCIAIS

1. INSPEÇÕES TÉCNICAS: (3)

Prova da função cardio-respiratória	Tensão arterial	Pulso por min.	Ciclos respiratórios por min.	Outras observações após o esforço (5)
Em repouso	Tn: Tx:			DISPNEIA: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Se existe, ao fim de quanto tempo ?
Esfoco apóis 20 flexões das pernas em 60 segundos				
Imediatamente	Tn: Tx:			CIANOSE LABIAL: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> EXTRASSISTOLIA: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>
Após 2 minutos	Tn- Tx:			
Após 4 minutos	Tn: Tx:			NO CASO DE HAVER EXTRASSIS TOLIA EM REPOUSO: Tornam-se mais frequentes ?
Após 6 minutos	Tn: Tx:			Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Mais raras ? Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Desaparecem totalmente ? Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>
Observações				

2. ANÁLISES EFECTUADAS:

a) Análises de rotina (4)

- De sangue (fórmula e contagem de glóbulos, hemoglobina e valor globular, contagem de plaquetas e velocidade de sedimentação)

Glób. Vermelhos (minc)	Hemog.%	Vai. glob.	Glob. Brancos mme	

Eos.%	Bas.%	NEUTRÔFILOS %		Linf.%	Segment.	Jovens	Mon.%	Mielo %	Plaq. mmc
		segment.	Jovens						

Velocidade de sedimentação: 1ª hora

2ª hora

1 Katz

- De urina

Dens.: Albumina: Albumina %:

Açúcar: Açúcar % Urobil finog:

Urobil: Sedimen:

EXAME MÉDICO-PERICIAL
RELATÓRIO MÉDICO PORMENORIZADO

IV - INSPEÇÕES TÉCNICAS, EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO, PARECERES MÉDICOS PARCIAIS (Cont)

b) Outras análises efetuadas

3. OUTROS EXAMES COMPLEMENTARES EFETUADOS (RX, ECG, etc):

4. REGISTROS DE PARECERES MÉDICOS PARCIAIS EM ANEXO:

V - OUTRAS INDICAÇÕES

VI - DIAGNÓSTICO

a) Perturbações principais:

b) Perturbações secundárias:

c) Resumo e apreciação Final:

VII - ASPECTOS COMPLEMENTARES

OBSERVAÇÕES ACERCA DO RESULTADO DO EXAME DIAGNÓSTICO

Sim Não

- a) Foram considerados, além dos mencionados, outros documentos ? _____
Em caso afirmativo, quais ? _____
b) O inspecionado é considerado capaz de cuidar de si próprio ? _____
c) Existe suspeita de exagero ou simulação ? _____
d) Suspeita-se que o inspecionado tenha provocado intencionalmente a enfermidade ou cometido algum crime ? _____
e) O inspecionado sofre de ferimento ou doença abrangida pela legislação de acidentes de trabalho e doenças profissionais, ou assistência às vítimas de guerra ? _____
Em caso afirmativo, qual a natureza de ferimento ou doença e a percentagem de incapacidade atribuída ? _____

EXAME MÉDICO-PERICIAL
RELATÓRIO MÉDICO PORMENORIZADO

VII - ASPECTOS COMPLEMENTARES (continuação)

2. APRECIACÃO DAS CAPACIDADES AINDA EXISTENTES melhorar

E DA APTIDAO PARA O TRABALHO

- a) Data da cessação do trabalho _____ / _____ / _____
 b) Data da invalidez actual _____ / _____ / _____
 c) Data da consolidação das lesões, tratando-se de acidente. _____ / _____ / _____

d) Quais as actividades que podem ainda ser exigidas ao inspecionado ? (1)
 pesadas, meio pesadas, leves; permanecendo de pé, sentado; ao ar livre, em compartimentos fechados; continuadas, com intervalos de trabalho mais frequentes do que o normal; nem sempre.

e) Quais as actividades que ainda podem ser propostas ao inspecionado e podem por ele ser executadas ? Durante quanto tempo diariamente? (5).

Na prof. principal (prof. aprendida)	Na prof. exercida até agora
---	--------------------------------

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| - Período completo (8 horas diárias ou mais) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - De meio período a período incompleto (cerca de 4-8 horas diárias) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - De 2 horas a meio período incompleto (cerca de 2-4 horas diárias) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Menos de 2 horas diárias | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Se necessário, dar outras indicações a este respeito, no referente a restrições de outra índole fora de ambientes quentes, húmidos, com poeiras, com poluição sonora, etc (l) _____

- f) Há quanto tempo se apresenta o estado actual ? _____
 g) O estado do inspecionado encontra-se estabilizado ? (5)
 Sim Não

h) Qual o tratamento indicado? _____

O interessado está de acordo com o tratamento indicado? (5)

Sim Não

i) A continuação dos cuidados médicos é susceptível de o estado do inspecionado e, eventualmente a recuperação da capacidade de ganho ? (5)

Sim Não

No caso afirmativo, em que medida e para que trabalhos ?

É susceptível de permitir uma cura (5) Sim Não

j) Taxa de invalidez actual em relação à última actividade exercida:

_____ %

k) Taxa de invalidez actual em relação às actividades mineiras: (6):

No sub-solo _____ % À superfície _____ %

l) Descrição, tão completa quanto possível, da natureza do trabalho desempenhado e parecer sobre se o interessado se encontra na necessidade absoluta de interromper a sua carreira na mina ou mudar de emprego. (6) Temp^a Def^a

m) A redução determinada da capacidade de ganho ou da capacidade é: (5)

No caso de incapacidade temporária, qual a data previsível em que termina?

_____ %

n) O interessado está apto para o exercício de outra actividade (5) ?

Sim Não

o) Crê-se que a aprendizagem de outra profissão-readaptação daria bom resultado? (5)

Sim Não

Que se propõe ? _____

p) A invalidez do interessado torna-o incapaz do exercício de qualquer profissão (5)?

Sim Não

q) Taxa de invalidez em relação a qualquer outro trabalho compatível com as aptidões do interessado:

_____ %

r) O inspecionado está impossibilitado de se deslocar ? (5)

Sim Não

Em que medida? _____

s) É necessário ajuda de uma terceira pessoa para satisfazer as necessidades da vida diária (5)

Sim Não

t) Data proposta para novo exame médico:

VIII - CONCLUSÕES

Tendo em vista o que fica mencionado nos capítulos anteriores e o que se encontra determinado na legislação sobre o assunto é minha opinião que o beneficiário está:

- APTO PARA O EXERCÍCIO DA SUA PROFISSÃO _____
- INCAPAZ DEFINITIVAMENTE PARA A SUA PROFISSÃO _____
- INCAPAZ DEFINITIVAMENTE PARA TODA E QUALQUER PROFISSÃO _____
- INCAPAZ DEFINITIVAMENTE PARA TODO E QUALQUER TRABALHO, NECESSITANDO DE AJUDA CONSTANTE DE TERCEIRA PESSOA PARA SATISFAZER AS NECESSIDADES DA VIDA DIÁRIA _____
- À DOENÇA É IRRECUPERÁVEL NO PRAZO DE 3 ANOS? _____ Sim Não
- INCAPAZ TEMPORARILMENTE DEVENDO SER OBSERVADO DENTRO DE _____ MESES

O exame foi solicitado em _____ / _____ / _____ e realizado em _____ / _____ / _____

O relatório foi elaborado por: _____

Residente em _____

(Assinatura do médico)

Pareceres médicos parciais
RX
ECG
Análises

Médico de clínica geral Médico do seguro Médico especializado
de _____ de _____ de _____ Médico do Hospital

Carimbo da Unidade Clínica

Notas: (1) Sublinhar somente a(s) resposta(s) adequadas, acrescentando

o que considerar necessário.

(2) As palavras em itálico apenas servem para lembrar sintomas ou regiões a observar, não sendo de sublinhar.

(3) A preencher somente em casos especiais de interesse.

(4) As análises de rotina são de requisição obrigatória.

(5) Assinalar com um X o quadro que interessar.

(6) A preencher, somente se o interessado for trabalhador mineiro.