

EXAME MÉDICO-PERICIAL
RELATÓRIO MÉDICO PORMENORIZADO

Nº do Processo

Posto Clínico Nº
(_____)
Visto
Emitido, em ____/____/____
O médico chefe

Direção Clínica da A.R.S.
de _____
Visto
Emitido em ____/____/____
O director clínico

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 atrofia muscular 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, saburosa _____ Mucosa: Corada, descorada _____ Dentes: Sãos, 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. _____ Conjuntivas : 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. Inspeção, 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: precordialgias - em repouso, de esforço, com irradiação para _____ edemas; nictúria; claudicação intermitente; sem qualquer sintomatologia atribuível a este aparelho _____ b) Observação -Pulso: Regular, rítmico, arritmico; 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 enifienção da idade, etc) _____ Estado _____ das _____ artérias: _____ Edemas: _____ Localização: _____ Outras manifestações: _____	

EXAME MÉDICO-PERICIAL
RELATÓRIO MÉDICO PORMENORIZADO

III - EXAME CLÍNICO (Continuação)
<p>Coração: Inspeção, palpação, percussão e auscultação:</p> <p>c) Exames complementares relativos a este aparelho e datas:</p>
6. APARELHO DIGESTIVO: <p>a) Sintomas apresentados e suas características: (2) (azia, dores, vômitos, hemaremoses, náuseas, obstipação, diarreia, melenas, etc)</p> <p>b) Observação: (2) (parede abdominal, cicatrizes, hérnias, palpação do abdômen : Zonas: gástrica, duodenal, vesicular esplênica e colonscaracterísticas de fígado, baço, etc.)</p> <p>c) Exames complementares relativos a este aparelho e datas:</p>
7. APARELHOS GENITO-URINÁRIO <p>a) Sintomas apresentados e suas características: (2) (polaciúria, disúria, piúria, hematúria, dores metrorragias, etc)</p> <p>b) Observação: (2) (Observação dos órgãos genitais externos, exame ginecológico, palpação das regiões, renal, vesical, etc.)</p> <p>c) Exames complementares relativos a este aparelho e datas</p>
8. APARELHO LOCOMOTOR E DE APOIO <p>a) Sintomas apresentados e suas características: (2) (dores espontâneas, com movimentos ativos e passivos, limitação da amplitude dos movimentos, etc, coluna e extremidades).</p> <p>b) Observação: da coluna e membros: (2) (inspeção e palpação das articulações -edema, temperatura, rubor, tonalidade, dor, tumefação, deformação, limitação da mobilidade, etc.)</p> <p>c) Exames complementares relativos a este sistema e datas:</p>

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, paralisias: 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 type="checkbox"/>
Esforço após 20 flexões das pernas em 60 segundos				Se existe, ao fim de quanto tempo ?
Imediatamente	Tn: Tx:			CIAOSE LABIAL: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Após 2 minutos	Tn: Tx:			EXTRASSISTOLIA: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Após 4 minutos	Tn: Tx:			NO CASO DE HAVER EXTRASSISTOLIA EM REPOUSO: Tornam-se mais frequentes ? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Após 6 minutos	Tn: Tx:			Mais raras ? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Observações				Desaparecem totalmente ? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

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 (mínc)	Hemog. %	Vai. glob.	Glob. Brancos mme	

Eos. %	Bas. %	NEUTRÓFILOS %		Límf. %	Segment.	Jovens	Mon. %	Mielo %	Plaq. mmc
		segment.	Jovens						

Velocidade de sedimentação: 1ª hora _____ 2ª hora _____ 1 Katz _____

- De urina

Dens.: Albumina: Albumina %:

Açúcar: Açúcar % Urobí 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 COMPLEMENTAM 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 ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em caso afirmativo, quais ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) O inspeccionado é considerado capaz de cuidar de si próprio ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Existe suspeita de exagero ou simulação ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Suspeita-se que o inspeccionado tenha provocado intencionalmente a enfermidade ou cometido algum crime ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) O inspeccionado sofre de ferimento ou doença abrangida pela legislação de acidentes de trabalho e doenças profissionais, ou assistência às vítimas de guerra ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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. APERCEIÇÃO DAS CAPACIDADES AINDA EXISTENTES melhorar

E DA APTIDÃO 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 inspeccionado ? (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; nenhuma.

e) Quais as actividades que ainda podem ser propostas ao inspeccionado 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 inspeccionado 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 inspeccionado 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 atividade 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 inspeccionado 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 TEMPORARIAMENTE DEVENDO SER OBSERVADO DENTRO DE _____ MESES

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

O relatório foi elaborado por: _____

Residente em _____

(Assinatura do médico)

Médico de clínica geral Médico do seguro Médico especializado
 de _____ Médico do Hospital
 (indic. categoria, hospital e seção)

_____ Pareceres médicos parciais
_____ RX
_____ ECG
_____ Análises

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.