

**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	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 do INSS que emitiu o parecer
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? <input type="checkbox"/> Ja/Sim <input type="checkbox"/> Nein/Não <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> seit/desde: Beendigung der Erwerbstätigkeit/ Cessação do trabalho <input type="checkbox"/> am/em:

4.	Befund/ Exame clínico
4.1	Allgemeinzustand/Estado Geral: Größe/Altura:cm Gewicht/Peso: kg Ernährungszustand/ Estado de nutrição: <input type="checkbox"/> gut/normal <input type="checkbox"/> übergewichtig/excessivo <input type="checkbox"/> 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:

Vollständiger Name/ Nome completo: _____

Datum/Data: _____

4.3.2	Lymphknoten/ Gânglios linfáticos:
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 4)/ Aparelho locomotor (se necessário, utilizar o formulário <<Medição da mobilidade articular ativa>> na página 4):
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:

Vollständiger Name/ Nome completo: _____

Datum/Data: _____

4.11	Psychovegetative Symptomatik/ Perturbações neurovegetativas:
4.12	Sonstige (Allergien usw.)/ Outros (alergias etc.):

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)

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

**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

_____ 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 _____ °

Rückwärts/Vorwärts
40-0-160°

R _____ °

L _____ °

Ellbogengelenk

Sreckung/Beugung
10-0-150°

R _____ °

L _____ °

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 _____ °

Außen-/Innenrotation
35-0-45°

R _____ °

L _____ °

Kniegelenk

Sreckung/Beugung
5-0-150°

R _____ °

L _____ °

Sreckung/Beugung
40-0-25°

R _____ °

L _____ °

Ob. Sprunggelenk

Sreckung/Beugung
40-0-50°

R _____ °

L _____ °

Umfangmaße in cm:

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

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

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

Coluna vertebral

extensão/flexão 40-0-40°

rotação direita/esquerda 60-0-60°

inclinação lateral direita/esquerda 40-0-40°

distância queixo/esterno _____ cm

flexibilidade dorso-lombar 8-10-15 cm

rotação direita/esquerda 50-0-50°

inclinação lateral direita/esquerda 30-0-30°

FBA _____ cm

ombro

rotação externa/interna 50-0-95°

abdução/adução 180-0-40°

elevação anterior/posterior 40-0-160°

D _____ °

G _____ °

E _____ °

D _____ °

E _____ °

corvelo

extensão/flexão 10-0-150°

D _____ °

E _____ °

punho

supinação/pronação 85-0-85°

extensão/flexão 50-0-50°

D _____ °

E _____ °

abdução/adução 30-0-25°

D _____ °

E _____ °

anca

abdução 10°

adução 30-60°

rotação interna 30-45°

rotação externa 40-50°

extensão/flexão 10-0-130°

abdução/adução 50-0-25°

rotação interna/externa 35-0-45°

extensão/flexão 5-0-150°

extensão/flexão 40-0-25°

D _____ °

E _____ °

D _____ °

E _____ °

D _____ °

E _____ °

D _____ °

E _____ °

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: _____

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"/> Já/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"/> Já/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"/> Já/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"/> Já/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"/> Já/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

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

10.	Folgende Einsatzbeschränkungen sind zu berücksichtigen/ Devem ser tidas em conta as restrições seguintes:
10.1	<p>Verrichtet werden dürfen Tätigkeiten nur ohne/ Apenas pode trabalhar sem:</p> <p><input type="checkbox"/> Nässe/ Umidade <input type="checkbox"/> Kälte/ Frio</p> <p><input type="checkbox"/> Hitze/Calor <input type="checkbox"/> Lärm/ Ruído</p> <p><input type="checkbox"/> Rauch, Gase, Dämpfe/ Fumos, gases, vapores</p> <p><input type="checkbox"/> Wechselschicht/Turnos <input type="checkbox"/> Nachtschicht/ Trabalho noturno</p> <p><input type="checkbox"/> Häufiges Bücken, Heben, Tragen von Lasten/ Flexão repetida, levantamento e transporte de objetos</p> <p><input type="checkbox"/> Klettern oder Steigen/ Subida de rampas ou escadas <input type="checkbox"/> Absturzgefahr/Risco de queda</p>
10.2	<p>Tätigkeiten dürfen nur unter folgenden Bedingungen verrichtet werden/ Apenas pode trabalhar nas seguintes condições:</p> <p><input type="checkbox"/> im Sitzen/ Trabalho apenas em posição sentada</p> <p><input type="checkbox"/> Nur mit zusätzlichen (betriebsunüblichen) Pausen/ Trabalho apenas com pausas adicionais(para além das pausas habituais)</p> <p>Anzahl und Länge der Pausen: _____ / Número e duração dessas pausas: _____</p> <p><input type="checkbox"/> in geschlossenen Räumen/ Trabalho apenas com variação de postura</p> <p><input type="checkbox"/> mit wechselnder Körperhaltung/</p> <p><input type="checkbox"/> abwechselnd im Gehen, Stehen, Sitzen/ Trabalho que envolva esta de pé, sentado e andar</p> <p><input type="checkbox"/> ohne besonderen Zeitdruck/ Trabalho apenas sem imposição de prazos apertados</p>
10.3	<p>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</p> <p>allergisch ist gegen/ É alérgico a:</p>

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

11.	Ergänzende Fragen/ Perguntas suplementares:
11.1	Kann der Versicherte Bildschirmarbeit verrichten?/ O segurado pode trabalhar com monitor? <input type="checkbox"/> Já/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"/> Já/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"/> Já/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"/> Já/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"/> Já/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"/> Já/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):
11.7	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"/> Já/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"/> Já/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"/> Já/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: _____