



Documento de Identificação (Tipo) / Identity document (Type) / Document d'identité (genre)	Número do Documento / Document Number / Numéro du document	Data de Expedição / Date of issue (dd/mm/aaaa) / (dd/mm/yyyy) / Date de délivrance (jj/mm/aaaa):  ____ / ____ / ____	País de Expedição / Country of Issue / Pays émetteur:
Documento Canadense / Canadian document / Document du Canada	Nome do departamento de expedição / Name of the issuing Institution / Nom de l'établissement émetteur	Data de expedição (dd/mm/aaaa) / Date of Issue (dd/mm/yyyy) / Date de délivrance (jj/mm/aaaa)  ____ / ____ / ____	
<b>DADOS RESIDENCIAIS / HOME ADDRESS / ADRESSE RÉSIDENTIELLE</b>			
País / Country / Pays	Estado / Province	Cidade / City / Ville	CEP / Postal Code / Code postal
Rua / Street / Rue Bairro / Neighbourhood (if applicable) / Quartier (s'il y a lieu) Logradouro / Sidewalk (if applicable) / Localité (s'il y a lieu)			Número / Number / Numéro
Apt., Villa. / Apt Number, Village / N° d'app., Village:		Telefone / Telephone number / Numéro de téléphone	
País / Country / Pays			
E-mail / Courriel			

<b>3</b>	<b>ANTECEDENTES MÉDICOS / MEDICAL HISTORY / ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX</b>
3.1. Antecedentes médicos pessoais e familiares / Personal and family medical history / Antécédents médicaux personnels et familiaux	
3.2. Antecedente Laboral / Employment History / Antécédents professionnels	

<b>4</b>	<b>HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL / CURRENT DISEASE HISTORY / HISTORIQUE DE LA MALADIE ACTUELLE</b>
4.1. Queixas atuais / Current complaints / Douleurs actuelles	
4.2. Tratamento / Treatment / Traitement	
4.2.1. Qual é a previsão do término do tratamento descrito no 4.2? / When is the expected end date of the treatment described in 4.2? / Quelle est la date de fin prévue du traitement décrit au point 4.2?	
4.2.2. Existe previsão de tratamento cirúrgico? Se <b>sim</b> , quando será realizado? / Is surgical treatment expected? If <b>yes</b> , when will it be done? / Une intervention chirurgicale est-elle prévue? Si <b>oui</b> , quand aura-t-elle lieu?	

4.3. Prognóstico (Recuperação) / Prognosis (Recovery) / Pronostic (rétablissement)
4.4. Qual é a Data do Último dia de Trabalho – DUT (dd/mm/aaaa)? / What is the date of the last day of work (dd/mm/yyyy)? / Date du dernier jour de travail (jj/mm/aaaa)? _____ / _____ / _____
4.5. Data do Início da Doença – DID (dd/mm/aaaa) / Date of onset of disease (dd/mm/yyyy) / Date du début de la maladie (jj/mm/aaaa) : _____ / _____ / _____
4.6. Descreva os dados considerados para a fixação da Data do Início da Doença – DID / Describe the data considered for determining the date of illness onset / Décrire les données étudiées pour déterminer la date de début de la maladie

<b>5</b>	<b>EXAME FÍSICO GERAL / GENERAL PHYSICAL EXAMINATION / EXAMEN PHYSIQUE GÉNÉRAL</b>
----------	--

**5.1. Estado Geral / State General / État général**

Altura / Height / Grandeur: \_\_\_\_\_ cm.

Peso / Weight / Poids: \_\_\_\_\_ kg.

**Estado Nutricional / Nutritional Status / État nutritionnel:**
 bom / good / bon    
 excesso de peso / overweight / surpoids    
 abaixo do peso / underweight / insuffisance de poids

Membranas mucosas / Mucous membrane / Muqueuse: \_\_\_\_\_

Pele / Skin / Peau: \_\_\_\_\_

Estado mental e emocional / Mental and emotional state / État mental et émotionnel: \_\_\_\_\_

Observações / Observations: \_\_\_\_\_

**5.2. Cabeça / Head / Tête**

5.2.1. Visão / Vision: \_\_\_\_\_

5.2.2. Audição / Hearing / Audition: \_\_\_\_\_

5.2.3. Outros órgãos sensoriais / Other sensory organs / Autres organes des sens: \_\_\_\_\_

**5.3. Pescoço (observações externas) / Neck (external observations) / Cou (observations externes):**

5.3.1. Exame da glândula tireóide / Examination of the thyroid gland / Examen de la glande thyroïde: \_\_\_\_\_

5.3.2. Linfonodos / Lymph nodes / Ganglions lymphatiques: \_\_\_\_\_

5.3.3. Outras observações / Other observations / Autres observations: \_\_\_\_\_

<hr/> <hr/>
<b>5.4 Aparelho respiratório / Respiratory system / Système respiratoire:</b> <hr/> <hr/>
<b>5.5 Sistema circulatório / Circulatory system / Système circulatoire:</b>
5.5.1 Coração / Heart / Coeur: _____ <hr/>
5.5.2 Pulso / Pulse / Pouls: _____ <hr/>
5.5.3 Pressão arterial (em repouso) / Blood pressure (resting) / pression sanguine (au repos): _____ <hr/>
5.5.4 Pressão arterial (segunda medição) / Blood pressure (second measurement) / Pression sanguine (deuxième mesure): _____ <hr/>
5.5.5 Vasos periféricos / Peripheral vessels / Vaisseaux périphériques: _____ <hr/>
5.5.6 Edema / Oedème: _____ <hr/>
5.5.7 ECG (em repouso) / ECG (resting) / ECG (au repos): _____ <hr/>
<b>5.6 Abdômen / Abdomen:</b>
5.6.1 Aparelho digestivo e órgãos intra-abdominais / Digestive system and intra-abdominal organs / Système digestif et organes intraabdominaux: <hr/> <hr/>
5.6.2 Fígado / Liver / Foie: _____ <hr/>
5.6.3 Baço / Spleen / Rate: _____ <hr/>
5.6.4 Sistema endócrino / Endocrine system / Système endocrinien: _____ <hr/>
<b>5.7 Aparelho genito-urinário / Genitourinary system / Système génito-urinaire:</b> <hr/> <hr/>
<b>5.8. Exame mental (aparência, atitude, afeto, pensamento, linguagem, consciência, orientação, memória recente e remota, neuropercepção, abstração, juízo) / Mental examination (appearance, attitude, affect, thought, language, consciousness, orientation, recent and remote memory, abstraction, judgment) / Examen mental (apparence, attitude, humeur, réflexion, langage, connaissance, orientation, mémoire ancienne et récente, abstraction, jugement)</b> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

**5.9. Aparelho locomotor (em caso necessário, utilizar o método ZERO-NEUTRO, pagina 7 e 8)**  
**Locomotor system (if necessary, use the NEUTRAL METHOD, page 7 and 8)**  
**Système locomoteur (si nécessaire, utilisez la MÉTHODE NEUTRE, pages 7 et 8)**

5.9.1 Coluna vertebral / Spine / Colonne vertébrale: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5.9.2 Membros superiores / Upper limbs / Membres supérieurs: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5.9.3 Membros inferiores / Lower limbs / Membres inférieurs: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5.9.4 Presença de gânglios linfáticos / Presence of lymph gland / Présence de nœud lymphoïde: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**5.10 Exame Neurológico / Evidence neurological / Examen neurologique:**

**Movimento (força e tônus) / Movement (strength and tone) / Mouvement (force et tonus):**

normal / normal     aumentado / fast / rapide     lento / slow / lent     fraco / weak / faible

**Marcha / Gait / Démarche :**

normal / normale                       alterada. Tipo de alteração / altered. Kind of alteration / altérée, genre d'altération: \_\_\_\_\_

**Reflexos / Reflection / Réflexe:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5.10.1 Sintomas neurovegetativos / Neurovegetative symptoms / Symptômes neuro-végétatifs: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**5.11 Outras informações / Other information / Autres renseignements:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

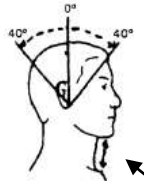
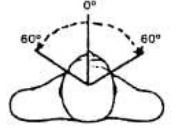
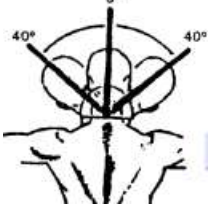
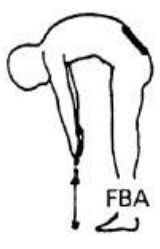


6	PROVAS FUNCIONAIS E OUTROS EXAMES COMPLEMENTARES (*) (EM CASO NECESSÁRIO) / FUNCTIONAL TESTS AND OTHER EXAMINATIONS (*) (IF NECESSARY) / TESTS FONCTIONNELS ET AUTRES EXAMENS (*) (SI NÉCESSAIRE)
6.1	Função pulmonar / Pulmonary function / Fonction pulmonaire: _____ _____ _____
6.2	Função cardíaca / Cardiac function / Fonction cardiaque: _____ _____ _____
6.3	Estudos de imagens (indicar data) / Studies by image (indicate date) / Examens par image (indiquer la date): _____ _____
6.3.1	Ecografia Doppler (coração e vasos) / Doppler ultrasound (heart and vessels) / Échographie Doppler (cœur et vaisseaux): _____ _____ _____
6.3.2	Resultados de exames radiográficos atuais / Results of radiographic examination actual / Résultats des examens radiographiques actuels: _____ _____ _____
6.3.3	Resultados de exames radiográficos anteriores realizados em outra parte / Result from previous radiographic examination performed elsewhere / Résultat d'un examen radiographique effectué ailleurs: _____ _____ _____
6.3.4	Ecografia (abdômen e outros) / Ultrasound (abdomen and others) / Échographie ( abdomen et autres): _____ _____ _____
6.3.5	Imagens por ressonância nuclear magnética (RNM) e investigações especiais / Magnetic resonance images for special investigations / Images par résonance magnétique pour des enquêtes spéciales: _____ _____ _____
6.4	Resultados de laboratório / Results of laboratory / Résultats de laboratoire: _____ _____ _____
6.5	Outros exames / Other exams / Autres examen: _____ _____ _____

**MÉTODO ZERO-NEUTRO / NEUTRAL METHOD / MÉTHODE NEUTRE**

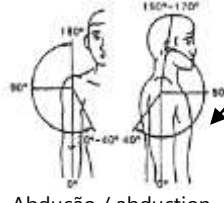
Folha de medições correspondente ao aparelho locomotor segundo o método ZERO-NEUTRO. / Measurement Sheet corresponding to the locomotor measurements according to the NEUTRAL METHOD. / Feuille d'évaluation de l'appareil locomoteur selon la MÉTHODE NEUTRE.

Registrar apenas os achados patológicos ou aqueles considerados normais, mas que sejam relevantes para a conclusão médica.  
 Register only the pathological findings or those considered normal, but that are relevant to the medical conclusion.  
 Inscire seulement les observations pathologiques ou celles considérées comme normales, mais qui sont pertinentes à la conclusion médicale.

**Coluna Vertebral / Spinal Column / Colonne vertébrale**

 <p>Extensão/Flexão / extension/flexion 45-0-45°</p> <p>D _____ ° E _____ °</p> <p>Distância queixo/esterno / Distance chin/sternum / Distance menton/sternum _____ cm</p>	<p>Rotação direita/esquerda / Rotation right/left / Rotation droite/gauche 80-0-80°</p>  <p>D _____ ° E _____ °</p>	<p>Inclinação Lateral direita/esquerda / Lateral tilt right/left / Inclinaison droite/gauche 45-0-45°</p>  <p>D _____ ° E _____ °</p>
 <p>Prova da mobilidade lombar / Evidence of lumbar mobility / Preuve mobilité lombaire 8-10-15 cm _____ cm</p>	<p>Rotação direita/esquerda / Rotation right/left / Rotation droite/gauche 30-0-30°</p>  <p>D _____ ° E _____ °</p>	<p>Inclinação Lateral direita/esquerda / Lateral tilt right/left / Inclinaison droite/gauche 40-0-40°</p>  <p>D _____ ° E _____ °</p>

**Articulação do Ombro / Shoulder Joint /  
Articulation de l'épaule**

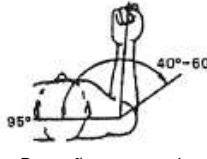


Extensão/Flexão /  
Extension/Flexion  
170-0-40°

D \_\_\_\_\_ °  
E \_\_\_\_\_ °

Abdução / abduction  
180-0-40°

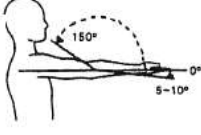
D \_\_\_\_\_ °  
E \_\_\_\_\_ °



Rotação externa/  
interna /  
External/internal  
rotation / Rotation  
externe/interne  
50-0-95°

D \_\_\_\_\_ °  
E \_\_\_\_\_ °

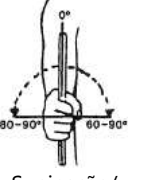
**Articulação do Cotovelo / Elbow  
Joint /  
Articulation du  
coude**



Extensão/Flexão /  
Extension/Flexion  
10-0-150°

D \_\_\_\_\_ °  
E \_\_\_\_\_ °

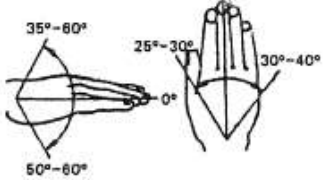
**Articulação do Antebraço /  
Forearm Joint /  
Articulation de  
l'avant-bras**



Supinação/  
Pronação /  
supination /  
pronation  
80-0-90°

D \_\_\_\_\_ °  
E \_\_\_\_\_ °

**Articulação do Punho /  
Fist Joint / Articulation du poing**



Extensão/Flexão /  
Extension/Flexion  
60-0-60°

D \_\_\_\_\_ °  
E \_\_\_\_\_ °

Abdução/  
adução /  
Abduction/  
adduction  
40-0-30°

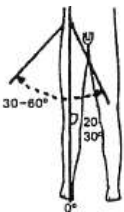
D \_\_\_\_\_ °  
E \_\_\_\_\_ °

**Articulação do Quadril / Hip Joint / Articulation de la hanche**



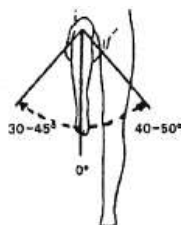
Extensão/Flexão /  
Extension/Flexion  
10-0-130°

D \_\_\_\_\_ °  
E \_\_\_\_\_ °



Abdução/adição /  
Abduction/adduction  
45-0-30°

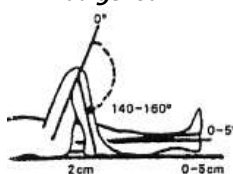
D \_\_\_\_\_ °  
E \_\_\_\_\_ °



Rotação  
externa/interna /  
Rotation  
external/internal /  
Rotation  
externe/interne  
45-0-50°

D \_\_\_\_\_ °  
E \_\_\_\_\_ °

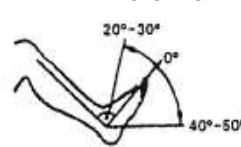
**Articulação do Joelho /  
Knee Joint / Articulation  
du genou**



Extensão/Flexão /  
Extension/Flexion  
10-0-140°

D \_\_\_\_\_ °  
E \_\_\_\_\_ °

**Articulação do Tornozelo /  
Ankle Joint / Articulation de la  
cheville**



Extensão/Flexão /  
Extension/Flexion  
45-0-25°

D \_\_\_\_\_ °  
E \_\_\_\_\_ °



Medidas perimétricas em cm. / Perimeter  
measures in cm / Mesures du périmètre en cm

Braço (15 cm.epic.lat.sup) /  
Arm / Bras  
Cotovelo / Elbow / Coude  
Antebraço (10  
cm.epic.lat.inf) / Forearm /  
Avant-bras  
Punho / Fist Joint /  
Articulation du poing  
Mão (sem polegar) /  
Metacarpals (without  
thumb) / Métacarpiens (sans  
le pouce)

D	E



Medidas perimétricas em cm. / Perimeter measures in  
cm / Mesures du périmètre en cm

Coxa 20 cm acima da interlinha  
articular / Leg 20 cm above the  
anterior junction line / Jambe  
20 cm au-dessus la ligne de  
jonction antérieure  
Peri-rotuliano / Center of the  
patella / Centre de la rotule  
Perna 15 cm abaixo da interlinha  
articular / Leg 15 cm below the  
lower articular / Jambe 15 cm en-  
dessous de l'articulation  
inférieure  
Perna: menor perímetro / Leg:  
minimum perimeter / Jambe:  
périmètre minimal  
Tornozelo / Ankle / Cheville

D	E

<b>7</b>	<b>DIAGNÓSTICO(S) CLÍNICO(S) FUNDAMENTADO(S) / CLINICAL DIAGNOSIS RATIONALE / JUSTIFICATION DU DIAGNOSTIC CLINIQUE</b>
7.1. Diagnóstico principal / Principal diagnosis / Diagnostic clinique CID 10: _____	
_____	
_____	
7.2. Diagnóstico(s) secundário (s) / Secondary Diagnosis / Diagnostic secondaire: CID 10: _____	
_____	
_____	

8	CONCLUSÕES / CONCLUSIONS
8.1. Evolução da doença / Progression of the disease / Progression de la maladie: _____ _____	
8.2. Influência da doença no estado de saúde do interessado / Damage to health / Risque pour la santé: _____	
8.3. Déficits funcionais / Functional deficits / Déficits fonctionnels: _____ _____	
8.4. Comparação com o relatório anterior / Comparison with the previous report (data / date) / Comparaison avec le rapport antérieur (données/date):	
<input type="checkbox"/> melhorou / improved / amélioration <input type="checkbox"/> agravou / aggravated / détérioration <input type="checkbox"/> permaneceu estável / remained stable / stable	
8.5. O segurado ainda é capaz de realizar de forma regular um trabalho / The insured person is still able to work regularly / La personne assurée est toujours en mesure de travailler régulièrement:	
<input type="checkbox"/> pesado / heavy / très probable <input type="checkbox"/> médio / medium / assez probable <input type="checkbox"/> leve / light / peu probable	

9	DESCRIÇÃO DE LIMITAÇÕES FUNCIONAIS / DESCRIPTION FUNCTIONAL LIMITATIONS / DESCRIPTION DES LIMITATIONS FONCTIONNELLES
<b><u>As restrições a seguir devem ser observadas / The following restrictions should be observed / Les limitations suivantes doivent être prises en compte:</u></b>	
9.1. Evitar o trabalho / Avoid working / Éviter de travailler:	
em local úmido / in a wet place / dans un milieu humide	<input type="checkbox"/> em local frio / in a cool place / dans un endroit frais <input type="checkbox"/>
em local com alta temperatura / In a place with high temperature / dans un endroit où il fait très chaud	<input type="checkbox"/> em local barulhento / in a noisy place / dans un endroit bruyant <input type="checkbox"/>
em local com fumaça, gases, vapores, poeira e aerodispersóides / In a place with smoke, gases, vapors, dust and aerosols / dans un endroit où il y a de la fumée, des gaz, des vapeurs, de la poussière, des produits en aérosol	<input type="checkbox"/> no turno da noite / on the night shift / quart de nuit <input type="checkbox"/>
por turnos / shifts / quarts de travail	<input type="checkbox"/> risco de queda / danger of falling / danger de chute <input type="checkbox"/>
tarefas que muitas vezes exijam do segurado: se inclinar, levantar, transportar objetos ou uso de rampas, escada / tasks that often require the insured to lean, lift or carry objects that require the use of ramps, ladders / tâches qui exigent que l'assuré se penche, soulève ou transporte des objets au moyen de rampes ou d'échelles fréquemment	<input type="checkbox"/>
9.2. A atividade só pode ser exercida / The activity can be performed only / L'activité peut être accomplie seulement :	
em posição sentada / while sitting / en position assise	<input type="checkbox"/> com pausas adicionais (além das habituais pausas) número e duração dessas pausas / With additional breaks (other than the usual breaks) number and duration of breaks / <input type="checkbox"/>
em ambientes internos / indoors / à l'intérieur	<input type="checkbox"/> s'il y a des pauses supplémentaires (autres que les pauses habituelles) nombre et durée des pauses : _____
com variação de postura / With a wide stance / debout, jambes légèrement écartées	<input type="checkbox"/> em trabalho que requeira andar, estar sentado e de pé / a job that requires walking, sitting and standing / un emploi dans le cadre duquel il faut marcher, s'asseoir ou se tenir debout <input type="checkbox"/>
sem imposição de prazos apertados / without imposing tight timelines / si des délais serrés ne sont	<input type="checkbox"/>

pas imposés

9.3 O desempenho no trabalho é reduzido porque o segurado tem restrição dos órgãos sensoriais, mãos, etc. / The job performance is reduced because the insured has a restricted sensory organs, hands, etc. / Les tâches liées à l'emploi sont réduites parce que l'assuré a des limitations sur le plan des organes sensoriels, mains, etc.

9.4. É alérgico a / Is allergic to / Est allergique à: \_\_\_\_\_

<b>10</b>	<b>OUTRAS OBSERVAÇÕES / OTHER OBSERVATIONS / AUTRES OBSERVATIONS</b>
-----------	--

<b>11</b>	<b>MÉDICO QUE EMITE O PARECER / PHYSICIAN PROVIDING THE MEDICAL OPINION / MÉDECIN FOURNISSANT L'OPINION MÉDICALE</b>
-----------	--

Nome e Sobrenome / Name and Surname / Prénom et nom : \_\_\_\_\_

Especialista em / Expert: \_\_\_\_\_

Endereço / Address / Adresse: \_\_\_\_\_

Data da realização do exame médico / Date of completion of the medical examination / Date d'achèvement de l'examen: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

E-mail / Courriel: \_\_\_\_\_

Telefone / Telephone number / Numéro de téléphone: \_\_\_\_\_

Local/ Data / Place/Date / Lieu/date: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura / Signature

Nome e Sobrenome / Name and Surname / Prénom et nom: \_\_\_\_\_

Especialista em / Expert: \_\_\_\_\_

Endereço / Address / Adresse: \_\_\_\_\_

Data da realização do exame médico / Date of completion of the medical examination / Date d'achèvement de l'examen médical: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

E-mail / Courriel: \_\_\_\_\_

Telefone / Telephone number / Numéro de téléphone: \_\_\_\_\_

Local/ Data / Place/Date / Lieu/date: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura / Signature

---

Local / Place / Lieu : \_\_\_\_\_ Data / Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do examinado / Signature of the examined patient / Signature du patient examiné

**Nota (\*): Caso apresente exames complementares estes deverão ser anexados. /**

**Note (\*): If present these additional tests should be attached /**

**Note (\*): Les examens supplémentaires, s'il y en a, doivent être joints à ce document**