

**CONVENIO GENERAL SOBRE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE ESPAÑA Y BRASIL  
ACORDO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL ENTRE ESPANHA E BRASIL**

ARTº 13 DEL CONVENIO  
ARTº 6 DEL ACUARDO ADMINISTRATIVO

1	ORG LOCAL	Nº BENEFÍCIO	ESP.	ORD.	DME
NOME DO EXAMINADO NOMBRE DEL EXAMINADO		SEXO M <input type="checkbox"/> 1 F <input type="checkbox"/> 2	DATA NASCIM.	DIB / DER	
NOME DO SEGURADO (EM CASO DE EXAME DE DEPENDENTE) NOMBRE DEL ASEGURADO (EN EL CASO DEL EXAMEN DEL DEPENDIENTE)		COD. PROFIS.	DO	DAT	LIMITE ANTER.
ENDEREÇO DO EXAMINADO DIRECCIÓN DEL EXAMINADO		DOC. IDENTIDADE			CONVÊNIO
		Nº	SÉRIE	ÓRGÃO	

**MPC**

É DOENÇA QUE ISENTA DE PERÍODO DE CARÊNCIA? SIM <input type="checkbox"/> 1 NÃO <input type="checkbox"/> 2	DATA INÍCIO DOENÇA	DATA INÍCIO INCAPACIDADE	CONCLUSÃO	FASE	DATA NOVO LIMITE	DIAGNÓSTICO

**ADMINISTRATIVO PERÍCIA**

LOCAL DO EXAME	REQUISITADOS	MPL. CÓDIGO	MPC. CÓDIGO	DRE	DATA NOVO EXAME
C   D   E					

2

**QUESITO A CARGO DO MÉDICO PERITO LOCAL**

<p>QUESITOS A CARGO DO MÉDICO PERITO LOCAL</p> <p>1 - ESTÁ O EXAMINADO INCAPACITADO PARA O TRABALHO? SIM <input type="checkbox"/> 1 NÃO <input type="checkbox"/> 2</p> <p>2 - EM CASO DE RESPSTA AFIRMATIVA AO QUESITO 1: 2.1 - É SUSCETÍVEL DE RECUPERAÇÃO PARA O SEU PRÓPRIO TRABALHO? SIM <input type="checkbox"/> 1 NÃO <input type="checkbox"/> 2</p> <p>2.2 - É SUSCETÍVEL DE REABILITAÇÃO PARA OUTRA ATIVIDADE? SIM <input type="checkbox"/> 1 NÃO <input type="checkbox"/> 2</p> <p>3 - EM CASO DE RESPOSTA NEGATIVA AO QUESITO 1: (SÓ RESPONDA EM CASO DE CESSAÇÃO DE APOSENTADORIA) 3.1 - A REAQUISICÃO DA CAPACIDADE PARA O TRABALHO É: SIM <input type="checkbox"/> 1 NÃO <input type="checkbox"/> 2</p> <p>3.2 - ESTÁ O SEGURADO APTO PARA EXERCÍCIO DE TRABALHO DIVERSO DO QUE HABITUALMENTE EXERCIO? SIM <input type="checkbox"/> 1 NÃO <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>4 - QUAL A DATA PROVÁVEL DA CESSAÇÃO DA INCAPACIDADE? DIA MÊS ANO</p> <p>4.1 - HAVERÁ NECESSIDADE DE NOVO EXAME NESSA DATA? SIM <input type="checkbox"/> 1 NÃO <input type="checkbox"/> 2</p> <p>5 - TRATA-SE DE GRAVÍDEZ NORMAL? 5.1 - MÊS SIM <input type="checkbox"/> 1 NÃO <input type="checkbox"/> 2</p> <p>6 - A INCAPACIDADE DECORRE DE ACIDENTE DE TRABALHO? SIM <input type="checkbox"/> 1 NÃO <input type="checkbox"/> 2</p> <p>7 - EM CASO DE EXAME PARA CONSTATAÇÃO DE INVALIDEZ: 7.1 - NÁ INVALIDEZ? SIM <input type="checkbox"/> 1 NÃO <input type="checkbox"/> 2</p> <p>7.2 - DESDE QUANDO? DIA MÊS ANO</p>
---	---

MPL	MPC	REVISÃO
DATA	DATA	CONFIRMADO SIM <input type="checkbox"/> 1 ALTERADO NÃO <input type="checkbox"/> 2
ASSINATURA E CARIMBO	ASSINATURA E CARIMBO	ASSINATURA E CARIMBO
OBS: (SETOR BENEFÍCIOS)	JUSTIFICATIVA DO PARECER:	
OBS.: (SETOR PERÍCIAS)		

## CONVENIO GENERAL SOBRE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE ESPAÑA Y BRASIL ACORDO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL ENTRE ESPANHA E BRASIL

### INFORME MÉDICO DETALLADO / RELATÓRIO DE EXAME MÉDICO-PERICIAL

NOMBRE DEL EXAMINADO NOME DO EXAMINADO		FECHA DE NACIMIENTO DATADO NASCIMENTO	EDAD IDADE	EST. CIVIL EST. CIVIL	SEXO SEXO	COLOR COR	
NATURALEZA - NACIONALIDAD NATURALIDADE - NACIONALIDADE		IDENTIFICACIÓN IDENTIFICAÇÃO		FECHA DE BAJA EN EL TRABAJO DATA AFAST. TRABALHO			
PROFESION (DESCRIBIENDO EL TIPO DE TRABAJO) PROFISSÃO (CARACTERIZANDO O TIPO DE TRABALHO)		TIEMPO EN LA PROFESIÓN TEMPO NA PROFISSÃO	EMPLEADO EMPREGADO	<input type="text"/>	LUGAR DEL EXAMEN		
			DESEMPLEADO DESEMPREGADO	<input type="text"/>	CONSULTOR. RESIDENCIA		
CAUSA DE LA BAJA EN EL TRABAJO CAUSA DO AFASTAMENTO DO TRABALHO			COMIENZO DE LA ENFERMEDAD INÍCIO DA DOENÇA				
HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL							
ANTECEDENTES PERSONALES ANTECEDENTES PESSOAIS							
EXAME GENERAL / EXAMA GERAL	COLOR FACIAL FÁCIAS		APTITUD ATITUDE		ESTADO DE NUTRICION Y ASPECTO GENERAL ESTADO DE NUTRIÇÃO E ASPECTO GERAL		
	MUCOSOS MUCOSOS VISÍVEIS						
	TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO - PIEL Y TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO - PELE E FÔNEROS						
	BIOTIPO BIOTIPO	ALTUA ALTURA	PESO PESO	TEMPERATURA TEMPERATURA	PULSO RADIAL PULSO RADIAL	PRESION ARTERIAL PRESSÃO ARTERIAL	
					.....C'AS.....HS	MX.	MN.
EXAMEN DEL APARATO CIRCULATORIO - DATOS OBJETIVOS - CAPACIDAD FUNCIONAL EXAME DO APRELHO CIRCULATÓRIO - DADOS OBJETIVOS - CAPACIDADE FUNCIONAL							
DATOS SUBJETIVOS DADOS SUBJETIVOS							

**CONVENIO GENERAL SOBRE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE ESPAÑA Y BRASIL  
ACORDO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL ENTRE ESPANHA E BRASIL**

EXAMEN DEL APARATO RESPIRATORIO - DATOS OBJETIVOS - CAPACIDAD FUNCIONAL EXAME DO APARELHO RESPIRATÓRIO - DADOS OBJETIVOS - CAPACIDADE FUNCIONAL
DATOS SUBJETIVOS DADOS SUBJETIVOS
EXAMEN DEL APARATO DIGESTIVO - DATOS OBJETIVOS EXAME DO APARELHO DIGESTIVO - DADOS OBJETIVOS
DATOS SUBJETIVOS DADOS SUBJETIVOS
EXAMEN DEL APARATO LINFOHEMOTOPOYÉTICO EXAME DO APARELHO HEMOLINFOPOIÉTICO - GÂNGLIOS E BOÇO
EXAMEN DEL APARATO GENITO - URINÁRIO - DATOS OBJETIVOS EXAME DO APARELHO GENITO - URINÁRIO - DADOS OBJETIVOS
DATOS SUBJETIVOS DADOS SUBJETIVOS
EXAMEN DEL APARATO OSEO-ARTICULAR - LIGAMENTOSO - EXAMEN DE LA COLUMNA Y DE LOS MIEMBROS (ESTÁTICO Y DINAMICO) EXAME DO APARELHO ÓSTEO-ARTICULAR - LIGAMENTOSO - EXAME DA COLUNA E DOS MEMBROS (ESTÁTICO E DINÂMICO)
EXAMEN DEL APARATO ENDOCRINO EXAME DO APARELHO ENDÓCRINO
EXAMEN DEL SISTEMA NERVIOSO - DATOS OBJETIVOS EXAME DO SISTEMA NERVOSO - DADOS OBJETIVOS
DATOS SUBJETIVOS DADOS SUBJETIVOS
EXAMEN DE LOS ORGANOS DE LOS SENTIDOS - DATOS OBJETIVOS Y SUBJETIVOS EXAME DOS ÓRGÃO DOS SENTIDOS - DADOS OBJETIVOS E SUBJETIVOS
EXAMEN MENTAL EXAME MENTAL
REQUISITOS INDISPENSABLES REQUISIÇÕES INDISPENSÁVEIS
DIAGNÓSTICO PROBABLE DIAGNÓSTICO PROVÁVEL
CONSIDERACIONES SOBRE LA CAPACIDAD LABORAL EN BASE AL EXAMEN MÉDICO PERICIAL (A CARGO EXCLUSIVO DEL MÉDICO FACULTATIVO RESPONSABLE DE LA CONCLUSIÓN) / CONSIDERAÇÕES SOBRE A CAPACIDADE LABORATIVA COM BASE NO EXAME MÉDICO PERICIAL (A CARGO EXCLUSIVO DO MÉDICO-PERITO RESPONSÁVEL PELA CONCLUSÃO).

**CONVENIO GENERAL SOBRE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE ESPAÑA Y BRASIL  
ACORDO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL ENTRE ESPANHA E BRASIL**

LA INVALIDEZ ES PROVISIONAL O DEFINITVO?

CUAL ES LA INCAPACIDAD PARA CUALQUIER ATRO TRABAJO QUE CORRESPONDO A LAS APTITUDES DEL INTERESADO?

LA INVALIDEZ POR LA QUE ESTÁ AFECTADO SE PUEDE CONSIDERAR COMO PERMANENTE PARCIAL? (SE ENTIENDE POR TAL AL QUE PRODUCE AL TRABAJADOR UNA DIMINUCIÓN AL MENOS DEL 33% DE SU CAPACIDAD DE GANACIA EN SU PROFESIÓN HABITUAL),

LA INVALIDEZ POR LA QUE ESTÁ AFECTADO? PUEDE CONSIDERARSE COMO PERMANENTE TOTAL? (ES LA QUE INHABILITA AL TRABAJADOR PARA LA REALIZACIÓN DE TODOS O DE LOS FUNDAMENTALES TAREAS DE SU PROFESIÓN HABITUAL, AUNQUE PUEDE DEDICARSE A OTRA PROFESIÓN).

LA INVALIDEZ POR LA QUE ESTÁ AFECTADO? SE PUEDE CONSIDERAR COMO PERMANENTE ABSOLUTA? (INHABILITA POR COMPLETO AL TRABAJADOR PARA LA REALIZACIÓN DE TODO PROFESIÓN O OFICIO).

LA INVALIDEZ POR LA QUE ESTÁ AFECTADO? SE PUEDE CONSIDERAR COMO GRAN INVALIDEZ? (SITUACIÓN DEL TRABAJADOR AFECTADO DE INCAPACIDAD PERMANENTE ABSOLUTA QUE, POR CONSECUENCIAS DE PÉRDIDAS ANATÓMICAS O FUNCIONALES, NECESITA LA ASISTENCIA DE OTRA PERSONA PARA REALIZAR LOS ACTOS MÁS ESENCIALES DE LA VIDA).

.....  
FECHA

.....  
FIRMA Y NUMERO DEL COLEGIADO