

**ACORDO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL ENTRE A REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL E OS ESTADOS
UNIDOS DA AMÉRICA**
**AGREEMENT ON SOCIAL SECURITY BETWEEN THE FEDERATIVE REPUBLIC OF BRAZIL AND UNITED
STATES OF AMERICA**

RELATÓRIO MÉDICO DE INVALIDEZ
MEDICAL REPORT

Data da solicitação / Date of request / ____/____/_____ (dd/mm/aaaa) / (dd/mm/yyyy)
--

1	INSTITUIÇÃO COMPETENTE OU ORGANISMO DE LIGAÇÃO DESTINATÁRIO / COMPETENT INSTITUTION OR RECIPIENT LIAISON AGENCIES
1.1	Denominação / Name :
1.2	Endereço/ Address :
1.3	Telefone / Telephone :
1.4	E-mail:

2	DADOS RELATIVOS AO SEGURADO / INSURED PERSON'S DETAILS											
Nome do segurado / Insured's name Primeiro nome / First name	Nome do meio / Middle name	Sobrenome / Last name										
Nome da mãe / Mother's Primeiro nome / First name	Nome do meio / Middle name	Sobrenome / Last name										
Cadastro de Pessoa Física-CPF no Brasil / Brazilian Individual Taxpayer Registration :												
<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>												
Número de Identificação do Trabalhador- NIT no Brasil / Brazilian Worker's Identification Number – NIT :												
<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>												
Número do Seguro Social Estadunidense / United States Social Insurance Number :												
<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>												
DADOS DO NASCIMENTO / BIRTH DATA												
Cidade de nascimento / Birthplace	Estado / State or Province	País / Country										
Data de nascimento / Date of birth (dd/mm/aaaa) / (dd/mm/yyyy) ____/____/____	Sexo / Gender M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Nacionalidade / Nationality										
Documento de Identificação (Tipo) / Identity document (Type)	Número do Documento / Document Number	Data de Expedição / Date of issue (dd/mm/aaaa) / (dd/mm/yyyy) ____/____/____	País de Expedição / Country of Issue									

Documento Estadunidense / United States document	Nome do departamento de expedição / Name of the issuing Institution	Data de expedição (dd/mm/aaaa) / Date of Issue (dd/mm/yyyy) ____/____/____	
DADOS RESIDENCIAIS / HOME ADDRESS			
País / Country	Estado / Provin01ce	Cidade / City	CEP / Postal Code
Rua / Street / Bairro / Neighbourhood (if applicable) / Logradouro / Sidewalk (if applicable)			Número / Number
Apt., Villa. / Apt Number, Village:		Telefone / Telephone number	
País / Country			
E-mail			

3	ANTECEDENTES MÉDICOS / MEDICAL HISTORY
3.1. Antecedentes médicos pessoais e familiares / Personal and family medical history	
3.2. Antecedente Laboral / Employment History	

4	HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL / CURRENT DISEASE HISTORY
4.1. Queixas atuais / Current complaints	
4.2. Tratamento / Treatment	
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?	
4.2.2. Existe previsão de tratamento cirúrgico? Se sim , quando será realizado? / Is surgical treatment expected? If yes , when will it be done?	
4.3. Prognóstico (Recuperação) / Prognosis (Recovery)	
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)? ____/____/____	

4.5 Data do Início da Incapacidade – DII (dd/mm/aaaa) /Date of onset of Inability (dd/mm/yyyy) : ____/____/____

4.6. Data do Início da Doença – DID (dd/mm/aaaa) / Date of onset of disease (dd/mm/yyyy) : ____/____/____

4.7. 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

5 EXAME FÍSICO GERAL / GENERAL PHYSICAL EXAMINATION

5.1. Estado Geral / State General

Altura / Height: _____ cm.

Peso / Weight: _____ kg.

Estado Nutricional / Nutritional Status:

bom / good excesso de peso / overweight abaixo do peso / underweight

Membranas mucosas / Mucous membrane : _____

Pele / Skin /: _____

Estado mental e emocional / Mental and emotional state: _____

Observações / Observations: _____

5.2. Cabeça / Head

5.2.1. Visão / Vision: _____

5.2.2. Audição / Hearing: _____

5.2.3. Outros órgãos sensoriais / Other sensory organs: _____

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

5.3.1. Exame da glândula tireóide / Examination of the thyroid gland: _____

5.3.2. Linfonodos / Lymph nodes: _____

5.3.3. Outras observações / Other observations: _____

5.4 Aparelho respiratório / Respiratory system:

5.5 Sistema circulatório / Circulatory system:

5.5.1 Coração / Heart: _____

5.5.2 Pulso / Pulse: _____

5.5.3 Pressão arterial (em repouso) / Blood pressure (resting): _____

5.5.4 Pressão arterial (segunda medição) / Blood pressure (second measurement): ____

5.5.5 Vasos periféricos / Peripheral vessels: _____

5.5.6 Edema / Oedème: _____

5.5.7 ECG (em repouso) / ECG (resting): _____

5.6 Abdômen / Abdomen:

5.6.1 Aparelho digestivo e órgãos intra-abdominais / Digestive system and intra-abdominal organs :

5.6.2 Fígado / Liver: _____

5.6.3 Baço / Spleen: _____

5.6.4 Sistema endócrino / Endocrine system: _____

5.7 Aparelho genito-urinário / Genitourinary system:

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)

**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)**

5.9.1 Coluna vertebral / Spine : _____

5.9.2 Membros superiores / Upper limbs: _____

5.9.3 Membros inferiores / Lower limbs : _____

5.9.4 Presença de gânglios linfáticos / Presence of lymph gland: _____

5.10 Exame Neurológico / Evidence neurological:

Movimento (força e tônus) / Movement (strength and tone):

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

Marcha / Gait :

- normal / normale alterada. Tipo de alteração / altered. Kind of alteration:

Reflexos / Reflection: _____

5.10.1 Sintomas neurovegetativos / Neurovegetative symptoms: _____

5.11 Outras informações / Other information:

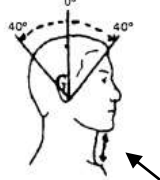
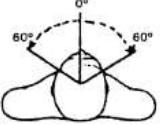
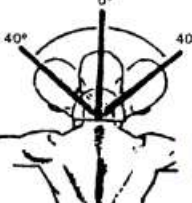
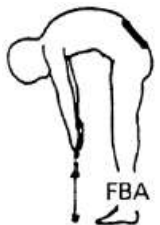


6	PROVAS FUNCIONAIS E OUTROS EXAMES COMPLEMENTARES (*) (EM CASO NECESSÁRIO) / FUNCTIONAL TESTS AND OTHER EXAMINATIONS (*) (IF NECESSARY)
	6.1 Função pulmonar / Pulmonary function: _____ _____ _____
	6.2 Função cardíaca / Cardiac function: _____ _____ _____
	6.3 Estudos de imagens (indicar data) / Studies by image (indicate date) : _____ _____
	6.3.1 Ecografia Doppler (coração e vasos) / Doppler ultrasound (heart and vessels) : _____ _____ _____
	6.3.2 Resultados de exames radiográficos atuais / Results of radiographic examination actual: _____ _____ _____
	6.3.3 Resultados de exames radiográficos anteriores realizados em outra parte / Result from previous radiographic examination performed elsewhere : _____ _____ _____
	6.3.4 Ecografia (abdômen e outros) / Ultrasound (abdomen and others) : _____ _____ _____
	6.3.5 Imagens por ressonância nuclear magnética (RNM) e investigações especiais / Magnetic resonance images for special investigations: _____ _____
	6.4 Resultados de laboratório / Results of laboratory: _____ _____ _____
	6.5 Outros exames / Other exams: _____ _____ _____

MÉTODO ZERO-NEUTRO / NEUTRAL METHOD / MÉTHODE NEUTRE

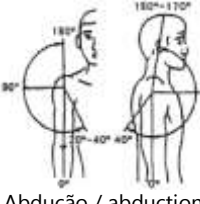
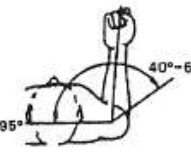
Folha de medições correspondente ao aparelho locomotor segundo o método ZERO-NEUTRO. / Measurement Sheet corresponding to the locomotor measurements according to the NEUTRAL METHOD.

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.

Coluna Vertebral / Spinal Column

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

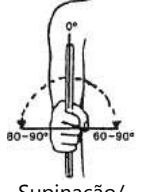
Articulação do Ombro / Shoulder Joint

 <p>Abdução / abduction 180-0-40°</p>	<p>Extensão/Flexão / Extension/Flexion 170-0-40°</p> <p>D _____ °</p> <p>E _____ °</p>		<p>Rotação externa/interna / External/internal rotation / Rotation externe/interne 50-0-95°</p> <p>D _____ °</p> <p>E _____ °</p>
---	--	---	---

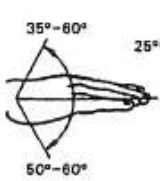
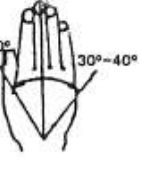
Articulação do Cotovelo / Elbow Joint

 <p>Extensão/Flexão / Extension/Flexion 10-0-150°</p> <p>D _____ °</p> <p>E _____ °</p>
--

Articulação do Antebraço / Forearm Joint

 <p>Supinação/Pronação / supination / pronation 80-0-90°</p> <p>D _____ °</p> <p>E _____ °</p>

Articulação do Punho / Fist Joint

 <p>Extensão/Flexão / Extension/Flexion 60-0-60°</p> <p>D _____ °</p> <p>E _____ °</p>	 <p>Abdução/ adução / Abduction/ adduction 40-0-30°</p> <p>D _____ °</p> <p>E _____ °</p>
--	--

Articulação do Quadril / Hip Joint

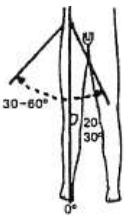
Articulação do Joelho / Knee Joint

Articulação do Tornozelo / Ankle Joint



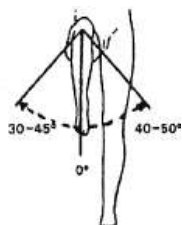
Extensão/Flexão /
Extension/Flexion
10-0-130°

D _____ °
E _____ °



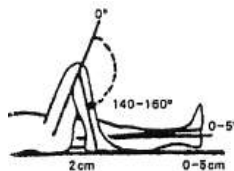
Abdução/adução /
Abduction/adduction
45-0-30°

D _____ °
E _____ °



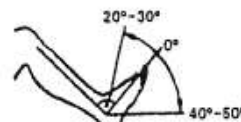
Rotação
externa/interna /
Rotation
external/internal /
Rotation
externe/interne
45-0-50°

D _____ °
E _____ °



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

D _____ °
E _____ °



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

D _____ °
E _____ °



Medidas perimétricas em cm. / Perimeter
measures in cm

Braço (15 cm.epic.lat.sup) /
Arm
Cotovelo / Elbow
Antebraço (10
cm.epic.lat.inf) / Forearm
Punho / Fist Joint
Mão (sem polegar) /
Metacarpals (without
thumb)

D	E



Medidas perimétricas em cm. / Perimeter measures in
cm

Coxa 20 cm acima da interlinha
articular / Leg 20 cm above the
anterior junction line
Peri-rotuliano / Center of the
patella
Perna 15 cm abaixo da interlinha
articular / Leg 15 cm below the
lower articular
Perna: menor perímetro / Leg:
minimum perimeter
Tornozelo / Ankle

D	E

7	DIAGNÓSTICO(S) CLÍNICO(S) FUNDAMENTADO(S) / CLINICAL DIAGNOSIS RATIONALE
7.1. Diagnóstico principal / Principal diagnosis; _____ _____ _____	
7.2. Diagnóstico(s) secundário (s) / Secondary Diagnosis : _____ _____ _____	

8	CONCLUSÕES / CONCLUSIONS
8.1. Evolução da doença / Progression of the disease : _____ _____ _____	
8.2. Influência da doença no estado de saúde do interessado / Damage to health : _____ _____	
8.3. Déficits funcionais / Functional deficits : _____ _____ _____	
8.4. Comparação com o relatório anterior / Comparison with the previous report (data / date) : _____	

- melhorou / improved / amélioration
 agravou / aggravated / détérioration
 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
 pesado / heavy
 médio / medium
 leve / light

9 DESCRIÇÃO DE LIMITAÇÕES FUNCIONAIS / DESCRIPTION FUNCTIONAL LIMITATIONS

As restrições a seguir devem ser observadas / The following restrictions should be:

9.1. Evitar o trabalho / Avoid working :

- | | | | |
|--|--------------------------|--|--------------------------|
| em local úmido / in a wet place | <input type="checkbox"/> | em local frio / in a cool place | <input type="checkbox"/> |
| em local com alta temperatura / In a place with high temperature | <input type="checkbox"/> | em local barulhento / in a noisy place | <input type="checkbox"/> |
| em local com fumaça, gases, vapores, poeira e aerodispersóides / In a place with smoke, gases, vapors, dust and aerosols | <input type="checkbox"/> | no turno da noite / on the night shift | <input type="checkbox"/> |
| por turnos / shifts | <input type="checkbox"/> | risco de queda / danger of falling | <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

9.2. A atividade só pode ser exercida / The activity can be performed only :

- | | | | |
|--|--------------------------|--|--------------------------|
| em posição sentada / while sitting | <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 | <input type="checkbox"/> | _____ | |
| com variação de postura / With a wide stance | <input type="checkbox"/> | em trabalho que requeira andar, estar sentado e de pé / a job that requires walking, sitting and standing | <input type="checkbox"/> |
| sem imposição de prazos apertados / without imposing tight timelines | <input type="checkbox"/> | | |

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.

9.4. É alérgico a / Is allergic to: _____

10 OUTRAS OBSERVAÇÕES / OTHER OBSERVATIONS

11	MÉDICO QUE EMITE O PARECER / PHYSICIAN PROVIDING THE MEDICAL OPINION
----	---

Nome e Sobrenome / Name and Surname: _____

Especialista em / Expert: _____

Endereço / Address: _____

Data da realização do exame médico / Date of completion of the medical examination: ____ / ____ / ____

E-mail : _____

Telefone / Telephone number: _____

Local/ Data / Place/Date: _____, ____ / ____ / ____

Assinatura / Signature

Nome e Sobrenome / Name and Surname: _____

Especialista em / Expert: _____

Endereço / Address: _____

Data da realização do exame médico / Date of completion of the medical examination: ____ / ____ / ____

E-mail / Courriel: _____

Telefone / Telephone number: _____

Local/ Data / Place/Date: _____, ____ / ____ / ____

Assinatura / Signature

Local / Place: _____ Data / Date : ____ / ____ / ____

Assinatura do examinado / Signature of the examined patient

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

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