

Rapport médical Relatório médico

Article 21 de l'Accord, article 13 de l'accord d'application
Artigo 21 do Acordo, artigo 13 do Acordo de aplicação

Date de la demande
Data da solicitação : _____
(jj/mm/aaaa) / (dd/mm/aaaa)

**LA DATE DE LA DEMANDE ET LE CADRE 1 DOIVENT ÊTRE REMPLIS PAR L'INSTITUTION COMPÉTENTE
A DATA DA SOLICITAÇÃO E A SEÇÃO 1 DEVEM SER PREENCHIDAS PELA INSTITUIÇÃO COMPETENTE**

1 INSTITUTION DESTINATAIRE / INSTITUIÇÃO DESTINATÁRIA

- 1.1. Dénomination / Denominação : _____
- 1.2. N° d'identification / N° de identificação : _____
- 1.3. Adresse / Endereço : _____
- 1.4. Téléphone / Telefone : _____
- 1.5. Courriel / Correio eletrônico : _____

2 DONNÉES DU DOSSIER / DADOS DO PROCESSO

- 2.1. Numéro de pension / Número do benefício : _____
- 2.2. Numéro de dossier / Número de processo : _____
- 2.3. Date d'introduction de la demande de pension (jj/mm/aaaa)
Data da apresentação do requerimento de aposentadoria : _____ (dd/mm/aaaa)
- 2.4. Date d'introduction de la demande de révision en raison d'une aggravation de l'invalidité (jj/mm/aaaa)
Data da apresentação do requerimento de revisão devido ao agravamento da invalidez : _____ (dd/mm/aaaa)

Sexe / Sexo : Masculin / Masculino Féminin / Feminino

Nationalité / Nacionalidade : _____

3.8. Renseignements concernant l'adresse / Dados Residenciais :

Pays / País : _____ État ou Province / Estado : _____

Commune / Cidade : _____ Quartier (le cas échéant) / Bairro (se for o caso) : _____

Trottoir/Rue / Logradouro/Rua : _____

Numéro / Número : _____ Complément d'adresse / Complemento : _____

Code Postal / CEP : _____

3.9. Téléphone / Telefone : _____

3.15. Courriel / Correio eletrônico : _____

**LES CADRES 4 À 11 DOIVENT ÊTRE REMPLIS PAR LE MÉDECIN
AS SEÇÕES DE 4 A 11 DEVEM SER PREENCHIDAS PELO MÉDICO**

4 ANTÉCÉDENTS PERSONNELS / ANTECEDENTES PESSOAIS

4.1. Antécédents médicaux personnels et familiaux / Antecedentes médicos pessoais e familiares

4.2. Antécédents professionnels / Antecedentes profissionais

4.2.1. Activité actuelle / Atividade atual :

L'assuré exerce-t-il actuellement une activité professionnelle rémunérée?
Atualmente, o segurado exerce uma atividade remunerada?

Oui
Sim

Non
Não

Nombre d'heures / Número de horas de trabalho : _____

Nature de l'activité / Tipo de atividade : _____

Inapte au travail depuis le
Inapto para o trabalho desde : _____

A cessé le travail le
Data do último dia de trabalho é : _____

5 ANAMNESE / HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL

5.1. Symptômes actuels / *Queixas atuais*

5.2. Traitement actuel / *Tratamento atual*

5.2.1. Quelle est date de fin du traitement décrit au point 5.2? (Indiquer la date - jj/mm/aaaa) *Qual é o término do tratamento descrito no item 5.2? (Informar a data - dd/mm/aaaa)*

5.2.2. Existe-t-il un traitement chirurgical? Si **oui**, à quelle date est-il prévu? *Existe previsão de tratamento cirúrgico? Se **sim**, quando será realizado?*

5.3. Pronostic (Récupération) / *Prognóstico (Recuperação)*

5.4. Date de début de la maladie (jj/mm/aaaa) / *Data do Início da Doença – DID (dd/mm/aaaa)* : _____

5.5. Indiquer quelles sont les données prises en compte pour fixer la date de début de la maladie *Descreva os dados considerados para a fixação da Data do Início da Doença – DID :*

6 EXAMEN PHYSIQUE GÉNÉRAL / EXAME FÍSICO GERAL

6.1. Aspect Général/ *Estado Geral*

Taille / *Altura* : _____ cm

Poids / *Peso* : _____ kg

6.1.1. État Nutritionnel / *Estado Nutricional* :

Bon
Bom

Embonpoint
Excesso de Peso

Insuffisance pondérale
Abaixo do peso

6.1.2. Membranes muqueuses / *Membranas mucosas* : _____

6.1.3. Peau / *Pele* : _____

6.1.4. État mental, humeur / *Estado mental e emocional* : _____

6.1.5. Observations / *Observações* :

6.2. Tête / *Cabeça*

6.3.1. Vision / *Visão* : _____

6.2.2. Audition / *Audição* : _____

6.2.3. Autres organes sensoriels / *Outros órgãos sensoriais*: _____

6.3. Cou (observation externe) / *Pescoço (observações externas)*

6.3.1. Inspection de la glande thyroïde / *Exame da glândula tireóide*: _____

6.3.2. Ganglions lymphatiques / *Linfonodos*: _____

6.3.3. Autres observations / *Outras observações* : _____

6.4. Appareil respiratoire / *Aparelho respiratório* : _____

6.5. Appareil cardiovasculaire / *Sistema circulatório*

6.5.1. Coeur / *Coração*: _____

6.5.2. Pouls / *Frequência cardíaca*: _____

6.5.3. Tension artérielle (au repos) / *Pressão arterial (em repouso)* : _____

6.5.4. Tension artérielle (mesure de contrôle) / *Pressão arterial (segunda medição)*: _____

6.5.5. Vascolarisation périphérique / *Vasos periféricos* : _____

6.5.6. Oedème / *Edema* : _____

6.5.7. Électrocardiogramme (au repos) / *ECG (em repouso)* : _____

6.6. Abdomen / *Abdômen*

6.6.1 Appareil digestif et organes intra-abdominaux / *Aparelho digestivo e órgãos intra-abdominais*: _____

6.6.2 Foie / *Fígado* : _____

6.6.3 Rate / *Baço* : _____

6.6.4 Système endocrinien / *Sistema endócrino*: _____

6.7. Appareil génito-urinaire / *Aparelho genito-urinário* : _____

6.8. Examen mental (apparence, attitude, humeur, pensée, langue, conscience, orientation, mémoire récente et ancienne, neuroperception, abstraction, jugement)

Exame mental (aparência, atitude, afeto, pensamento, linguagem, consciência, orientação, memória recente e remota, neuropercepção, abstração, julgamento)

6.9. Appareil locomoteur (si nécessaire utiliser la Méthode Zero-Neutre page 10)

Aparelho locomotor (em caso necessário, utilizar o Método Zero-Neutro, página 10)

6.9.1. Rachis / *Coluna vertebral* : _____

6.9.2. Membres supérieurs / *Membros superiores* : _____

6.9.3. Membres inférieurs / *Membros inferiores* : _____

6.9.4. Présence de ganglions lymphatiques / *Presença de gânglios linfáticos* : _____

6.10. Examen neurologique / *Comprovações neurológicas*

6.10.1. Motricité (force et tonus musculaire) / *Movimento (força muscular e tônus)* :

- Normale Augmentée Ralentie Faible
Normal *Aumentado* *Lento* *Fraco*

6.10.2. Marche / *Marcha* :

Normale
Normal Déviée. Type de déviation
Alterada. Tipo de alteração : _____

6.10.3. Réflexes / *Reflexos* : _____

6.11. Symptomatologie neurovégétative / *Sintomas neurovegetativos* : _____

6. 12. Autres renseignements / *Outras informações* : _____

7 EXPLORATION FONCTIONNELLE ET AUTRES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES* (SI NÉCESSAIRE) PROVAS FUNCIONAIS E OUTROS EXAMES COMPLEMENTARES* (EM CASO NECESSÁRIO)

7.1. Fonction pulmonaire / *Função pulmonar* : _____

7.2. Fonction cardiaque/épreuve d'effort / *Função cardíaca/prova de esforço* : _____

7.3. Imagerie (indiquer la date - jj/mm/aaaa) / *Estudos de imagens (indicar data - dd/mm/aaaa)* :

7.3.1. Échographie Doppler (cœur et vascularisation) / *Ecografia Doppler (coração e vasos)* :

7.3.2. Résultats des examens radiologiques pratiqués ce jour / *Resultados de exames radiográficos atuais* :

7.3.3. Résultats des examens radiologiques antérieurs ou effectués
Resultados de exames radiográficos anteriores realizados em outra parte :

7.3.4. Échographies (abdominales et autres) / *Ecografia (abdômen e outros)* :

7.3.5. IRM et examens spécifiques / *Imagens por ressonância nuclear magnética (RNM) e investigações especiais* :

7.4. Résultats des examens de laboratoire / *Resultados de laboratório* :

7.5. Autres examens / *Outros exames* :

Méthode Zero-Neutre / Método Zero-Neutro :

Feuille des mesures de locomotion selon la méthode Zero-Neutre.
 Folha de medições correspondente ao aparelho locomotor segundo o método Zero-Neutro.

Ne sont à noter que les valeurs pathologiques ou les valeurs normales strictement indispensables à la synthèse médicale.
 Registrar apenas os achados patológicos ou aqueles considerados normais, mas que sejam relevantes para a conclusão médica.

Rachis / Coluna Vertebral

Extension/Flexion
 Extensão/Flexão
 45-0-45°
 D _____ °
 G _____ °

Rotation droite/gauche
 Rotação
 direita/esquerda
 80-0-80°
 D _____ °
 G _____ °

Inclinaison latérale droite/gauche
 Inclinação Lateral direita/esquerda
 45-0-45°
 D _____ °
 G _____ °

Distance menton/sternum
 Distância queixo/esterno _____ cm

Test de la mobilité lombaire
 Prova da mobilidade lombar
 8-10-15 cm
 FBA _____ cm

Rotation droite/gauche
 Rotação direita/esquerda
 30-0-30°
 D _____ °
 G _____ °

Inclinaison latérale droite/gauche
 Inclinação Lateral direita/esquerda
 40-0-40°
 D _____ °
 G _____ °

**Articulation de l'épaule
 Articulação do Ombro**

Extension/Flexion
 extensão/flexion
 170-0-40°
 D _____ °
 G _____ °

Abduction/Adduction
 Abdução/Adução
 180-0-40°
 D _____ °
 G _____ °

Rotation externe / interne / Rotação externa/interna
 50-0-95°
 D _____ °
 G _____ °

**Articulation Coude
 Articulação do Cotovelo**

Extension/Flexion
 Extensão/Flexão
 10-0-150°
 D _____ °
 G _____ °

**Articulation avant bras
 Articulação do antebraço**

supination/pronation
 Supinação/Pronação
 80-0-90°
 D _____ °
 G _____ °

**Articulation poignet
 Articulação do Punho**

Extension/Flexion
 Extensão/Flexão
 60-0-60°
 D _____ °
 G _____ °

abduction/adduction
 Abdução/Adução
 40-0-30°
 D _____ °
 G _____ °

Articulação do Quadril / Articulation hanche

Extension/Flexion
 Extensão/Flexão
 10-0-130°
 D _____ °
 G _____ °

Abduction/adduction
 Abdução/adução
 45-0-30°
 D _____ °
 G _____ °

Rotation externe/interne
 Rotação externa/interna
 45-0-50°
 D _____ °
 G _____ °

**Articulação do Joelho
 Articulation genou**

Extension/Flexion
 Extensão/Flexão
 10-0-140°
 D _____ °
 G _____ °

**Articulação do Tornozelo
 Articulation cheville**

Extension/Flexion
 Extensão/Flexão
 45-0-25°
 D _____ °
 G _____ °

Mesures de périmètre en cm
 Medidas perimétricas em cm

	D	G
bras		
Brço (15 cm.epic.lat.sup)		
Coude / Cotovelo		
Avant bras / Antebraço (10 cm.epic. lat.inf)		
Poignet/ Punho		
mains (sans le pouce)		
Mãos (sem polegar)		

Mesures de périmètre en cm
 Medidas perimétricas em cm

	D	G
Cuisse 20cm au-dessus de l'interligne articulaire		
Coxa 20 cm. acima da interlinha articular		
Peri-patellaire / Centre de la rotule		
Peri-rotuliano / centro da rótula		
Jambe 15 cm en dessous de l'interligne articulaire		
Perna 15 cm. abaixo da interlinha articular		
Jambe : périmètre minimum		
Perna : menor perímetro		
Cheville / Tornozelo		

8 DIAGNOSTIC CLINIQUE MOTIVÉ / DIAGNÓSTICO(S) CLÍNICO(S) FUNDAMENTADO(S) :

8.1. Diagnostic principal - CIM / *Diagnóstico principal – CID 10* :

8.2. Diagnostic(s) secondaire (s) - CIM / *Diagnóstico(s) secundário (s) – CID 10* :

9 SYNTHÈSE / CONCLUSÕES

9.1. Évolution de la pathologie / *Evolução da doença* :

9.2. Conséquences sur l'état de santé de l'intéressé / *Influência da doença no estado de saúde do interessado* :

9.3. Déficits fonctionnels / *Déficits funcionais* :

9.4. Par rapport à l'examen précédent (pratiqué le) (jj/mm/aaaa)
Comparação com o relatório anterior (datado de) : _____ (dd/mm/aaaa)

- la situation s'est améliorée *melhorou* s'est détériorée *agravou* est restée stationnaire *permaneceu estável*

9.5. Il y a une incapacité temporaire? / *Há incapacidade temporária?*

- Oui / *Sim* Non / *Não*

9.6. Il y a une incapacité permanente du travail habituel? / *Há incapacidade permanente para a ocupação habitual?*

- Oui / *Sim* Non / *Não*

9.7. Il y a une incapacité permanente pour toutes les activités? / *Há incapacidade permanente para todas as ocupações?*

- Oui / *Sim* Non / *Não*

Justifier / *Justifique* : _____

9.8. Invalidité résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle?
Incapacidade decorrente de acidente de trabalho ou doença ocupacional?

- Oui / *Sim* Non / *Não*

9.9. L'assuré est encore en mesure d'effectuer régulièrement les types de travaux suivants :
O segurado ainda é capaz de realizar de forma regular um trabalho

- lourds / *pesado* mi-lourds / *médio* légers / *leve*

10 DESCRIPTION DES LIMITATIONS FONCTIONNELLES / DESCRIÇÃO DE LIMITAÇÕES FUNCIONAIS

Les restrictions suivantes doivent être respectées / As restrições a seguir devem ser observadas :

10.1. Éviter les travaux / Evitar o trabalho :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dans un endroit humide
<i>Em local úmido</i> | <input type="checkbox"/> Dans un endroit froid
<i>Em local frio</i> |
| <input type="checkbox"/> Dans un endroit à haute température
<i>Em local com alta temperatura</i> | <input type="checkbox"/> Dans un endroit bruyant
<i>Em local barulhento</i> |
| <input type="checkbox"/> Dans un endroit exposé à la fumée, aux gaz, vapeurs et émanations
<i>Em local com fumaça, gases, vapores, poeira e aerodispersóides</i> | <input type="checkbox"/> Travail de nuit
<i>No turno da noite</i> |
| <input type="checkbox"/> Posté / Por turnos | <input type="checkbox"/> Risques de chute
<i>Risco de Queda</i> |
| <input type="checkbox"/> Comportant des tâches qui exigent souvent de l'assuré de se pencher, se soulever, transporter des objets ou d'utiliser des rampes, des escaliers
<i>Tarefas que muitas vezes exigam do segurado : se inclinar, levantar, transportar objetos ou uso de rampas, escada</i> | |

10.2. L'activité ne peut être exercée que / A atividade só pode ser exercida :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Assis
<i>Em posição sentada</i> | <input type="checkbox"/> En excluant les contraintes de délais particuliers
<i>Sem imposição de prazos apertados</i> |
| <input type="checkbox"/> à l'intérieur
<i>Em ambientes internos</i> | <input type="checkbox"/> Moyennant des pauses supplémentaires, nombre et durée de ces pauses:
<i>Com pausas adicionais (além das habituais pausas), número e duração dessas pausas :</i> |
| <input type="checkbox"/> En alternant les postures de travail
<i>Com variação de postura</i> | _____ |
| <input type="checkbox"/> En faisant alterner marche, stations assise et debout
<i>Em trabalho que requeira andar, estar sentado e de pé</i> | |

10.3. La capacité de travail est réduite car l'assuré a un usage limité de ses organes sensoriels, des mains, etc.
O desempenho no trabalho é reduzido porque o segurado tem restrição dos órgãos sensoriais, mãos, etc. :

10.4. Est allergique à / É alérgico a : _____

11 QUESTIONS COMPLÉMENTAIRES / PERGUNTAS COMPLEMENTARES

11.1. L'assuré peut-il travailler sur écran ? / O segurado pode trabalhar com monitor?

Oui / Sim Non / Não

Dans la négative, en préciser la raison / No caso de resposta negativa, indicar a razão : _____

11.2. L'assuré est-il autonome, c'est-à-dire non tributaire de l'aide d'un tiers sur son lieu de travail?

O segurado pode trabalhar no seu local de trabalho sem o apoio de outra pessoa?

Oui / Sim Non / Não

Dans la négative, en préciser la raison / No caso de resposta negativa, indicar a razão : _____

11.3. L'assuré est-il autonome, c'est-à-dire non tributaire de l'aide d'un tiers dans son travail à domicile?

O segurado pode trabalhar em casa sem o apoio de outra pessoa?

Oui / Sim Non / Não

Dans la négative, en préciser la raison / No caso de resposta negativa, indicar a razão : _____

11.4. L'assuré peut-il exercer à temps plein la dernière activité exercée, à savoir

O segurado pode exercer em tempo integral a sua última atividade de :

Oui / Sim Non / Não

Dans la négative, prière de préciser la durée maximale du travail
(en heures ou en pourcentage de la durée journalière normale)

No caso de resposta negativa, indicar o tempo máximo de trabalho
(em horas ou em percentagem de um dia de trabalho normal) : _____

11.5. Un travail adapté est-il possible? / Pode realizar um trabalho adaptado?

Oui / Sim Non / Não

Dans l'affirmative, en citer quelques exemples / Em caso afirmativo, dar alguns exemplos de trabalho adaptado:

11.6. Un travail adapté peut-il être exercé à temps plein ? / Pode realizar um trabalho adaptado em tempo integral?

Oui / Sim Non / Não

Dans la négative, prière de préciser la durée maximale du travail
(en heures ou en pourcentage de la durée journalière normale)

No caso de resposta negativa, indicar o tempo máximo de trabalho
(em horas ou em percentagem de um dia de trabalho normal): _____

11.7. En vertu de la législation du pays de résidence, l'invalidité, pour l'activité exercée en dernier lieu, est :
Nos termos da legislação do país de residência, a incapacidade para a última atividade exercida é:

- totale
total partielle
parcial

11.8. Les restrictions énumérées sont / *As restrições referidas são :*

- permanentes depuis le : _____ (jj/mm/aaaa)
permanentes desde : _____ (dd/mm/aaaa)
- temporaires et ne valent que du : _____ au _____ (jj/mm/aaaa)
temporárias e devem ser apenas consideradas no período de : _____ a _____ (dd/mm/aaaa)

11.9. Une amélioration de l'état de santé actuel de l'assuré est-elle possible? / *É possível melhorar o atual estado de saúde?*

- Oui
Sim Non
Não Impossible de répondre
Impossível responder

Dans l'affirmative, préciser la façon d'y parvenir / *Na afirmativa, indicar as medidas necessárias:*

11.10. L'amélioration de la capacité de travail passe-t-elle par / *É possível melhorar a capacidade para o trabalho através de :*

- une rééducation médicale ? / *reabilitação física?*
 une réadaptation professionnelle ? / *reabilitação profissional ?*
- Impossible de répondre
Impossível responder

11.11. Un nouvel examen de l'assuré est-il nécessaire / *Sugere-se um novo exame do segurado??*

- Oui / *Sim* Non / *Não*

Dans l'affirmative, en préciser la date : _____ (jj/mm/aaaa)
Em caso afirmativo, indicar a data prevista para o novo exame : _____ (dd/mm/aaaa)

12 AUTRES COMMENTAIRES / OUTRAS OBSERVAÇÕES

13 MÉDECIN(S) QUI ÉTABLI(SSENT) LE RAPPORT / MÉDICOS QUE EMITEM O PARECER

Nom de famille et prénom / *Sobrenome e nome* : _____

Spécialité médicale / *Especialista em* : _____

Adresse / *Endereço* : _____

Lieu de l'examen / *Realizado em* : _____

Téléphone / *Telefone* : _____

Courriel / *Correio eletrônico* : _____

Lieu
Local : _____

Date (jj/mm/aaaa)
Data (dd/mm/aaaa) : _____

Signature et cachet / *Assinatura e carimbo*

Nom de famille et prénom / *Sobrenome e nome* : _____

Spécialité médicale / *Especialista em* : _____

Adresse / *Endereço* : _____

Lieu de l'examen / *Realizado em* : _____

Téléphone / *Telefone* : _____

Courriel / *Correio eletrônico* : _____

Lieu
Local : _____

Date (jj/mm/aaaa)
Data (dd/mm/aaaa) : _____

Signature et cachet / *Assinatura e carimbo*

14 SIGNATURE DE LA PERSONNE EXAMINÉE / ASSINATURA DO EXAMINADO

Lieu
Local : _____

Date (jj/mm/aaaa)
Data (dd/mm/aaaa) : _____

Signature de la personne examinée
Assinatura do examinado

Note / Nota

(*)En cas d'examens supplémentaires, ils doivent être joints en annexe.
Caso apresente exames complementares estes deverão ser anexados

INSTRUCTIONS / INSTRUÇÕES

Le formulaire doit être rempli en majuscules ou en caractères d'imprimerie. Il se compose de 15 pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée même si elle ne contient aucune mention.

*O presente formulário deve ser preenchido com letras maiúsculas ou de forma.
É composto de 15 páginas e nenhuma delas pode ser suprimida, mesmo que não contenha qualquer informação útil.*