

**ACUERDO MULTILATERAL DE SEGURIDAD SOCIAL
DEL MERCADO COMUN DEL SUR (MERCOSUR)/
ACORDO MULTILATERAL DE SEGURIDADE SOCIAL
DO MERCADO COMUM DO SUL (MERCOSUL)**

DICTAMEN MEDICO / PARECER MÉDICO

*(Anexo al formulario de solicitud de jubilación por invalidez)
(Anexo ao formulário de solicitação de pensão por invalidez)*

Nº Exp.

1 Organismo de Enlace / Organismo de Ligação

1.1 *Denominación/ Denominação*

1.2 *Dirección./ Endereço*

2 Entidad Gestora / Entidade Gestora

2.1 *Denominación/ Denominação*

2.2 *Dirección./ Endereço*

3 Datos relativos al examinado / Dados relativos ao examinado

asegurado / asegurado

dependiente / dependente

3.1 <i>1er. apellido / 1º Sobrenome</i>	<i>2º. Apellido/ 2º Sobrenome</i>	<i>Nombre /Nome</i>
3.2 <i>Nombre del padre/ Nome do pai</i>	<i>Nombre de la madre/ Nome da mãe</i>	
3.3 <i>Lugar de nacimiento/ Lugar de nascimento</i>	<i>Fecha/Data.</i>	<i>Sexo/Sexo</i>
3.4 <i>Escolaridad/ Escolaridade:</i>		
3.5 <i>Número de afiliación/ Número de inscrição</i>		
En Argentina (CUIT)	En Brasil (NIT)	
En Paraguay (CI)	En Uruguay (CI)	
3.6 <i>Domicilio en la fecha de la solicitud/ Endereço na data da solicitação:</i>		
3.7 <i>Documento de Identidad (tipo y Nº)/ Documento de Identidade (tipo y Nº)</i>		
Argentina	Brasil	
Paraguay	Uruguay	
3.8 <i>Ocupación laboral/ Ocupação Laboral:</i>		

3.9 *Código Internacional de la Ocupación Laboral / Codigo Internacional do Ocupação Laboral:*

3.10 *Fecha del último día de trabajo/ Data do último dia trabalhado (DUT):*

4 *Antecedentes personales y familiares/ Antecedentes pessoais e familiares*

4.1 *Antecedentes Laborales / Antecedente Laboral:*

5 *Enfermedad actual / Histórico da Doença Atual*

5.1 *Fecha de inicio de la enfermedad / Data do Início da Doença (DID):*

6 *Exámen Físico General / Exame Físico Geral:*

6.1 *Observaciones Objetivas / Observações Objetivas:*

6.1.1 *Estado General / Estado Geral*

6.1.2 *Talla / Altura*

Peso / Peso:

Tensión Arterial / Pressão Arterial:

Pulso / Pulso:

6.1.3 *Aspecto general / Aspecto geral*

6.1.4 *Biotipo (brevilineo, normolineo, longelineo) Biotipo (brevilineo, normolineo, longelineo)*

6.1.5 *Marcha / Marcha*

6.1.6 *Coloración de la piel y de las mucosas / Coloração da pele e das mucosas*

6.2 *Exámen Físico / Exame Físico:*

7 *Exámenes Complementarios Presentados / Exames Complementares Apresentados:*

--

8 *Exámenes Complementarios Solicitados / Exames Complementares Solicitados:*

--

9 *Diagnóstico(s) clínico(s) fundamentado(s) / Diagnóstico(s) clínico(s) fundamentado(s)*

9.1 *Diagnostico principal/Diagnóstico principal:*

CIE/CID 10:

--

9.2 *Diagnostico(s) secundario(s)/Diagnóstico(s) secundario(s):* CIE/CID 10:

10. Consideraciones sobre la incapacidad para el trabajo / Considerações sobre a incapacidade para o trabalho.

- 10.1 *Existe incapacidad para el trabajo: si/no*
Há incapacidade para o trabalho: sim/não
- 10.2 *En caso afirmativo, fecha de inicio de la incapacidad: dd/mm/aaaa*
Em caso afirmativo, qual a data do início da incapacidade (DII): dd/mm/aaaa
- 10.3 *Existe incapacidad temporaria: si/no*
Há incapacidade temporária: sim/não
- 10.4 *Existe incapacidad permanente para la ocupación habitual: si/no*
Há incapacidade permanente para a ocupação habitual: sim/não
- 10.5 *En caso afirmativo, existe indicación de rehabilitación profesional? si/no*
Em caso afirmativo, há indicação de reabilitação profissional? sim/não
- 10.6 *Existe incapacidad permanente para todas las ocupaciones: si/no*
Há incapacidade permanente para todas as ocupações: sim/não
- 10.7 *Existe incapacidad permanente para todas las ocupaciones con necesidad de ayuda de terceros: si/no*
Há incapacidade permanente para todas as ocupações com necessidade de ajuda de terceiros: sim/não
- 10.8 *Incapacidad como consecuencia de accidente de trabajo: si/no*
Incapacidade decorrente de acidente do trabalho: sim/não
- 10.9 *Incapacidad como consecuencia de enfermedad profesional : si/no*
Incapacidade decorrente de enfermidade/doença ocupacional: sim/não

11.

¿Cuándo está previsto un nuevo reconocimiento? / Quando está previsto um novo exame pericial?

12.

Otras observaciones / Outras observações

13. MEDICO QUE EMITE EL INFORME / MÉDICO QUE EMITE O PARECER

Apellidos / Sobrenomes	Nombre / Nome
Dirección / Endereço	
Realizado en / Realizado em	
Fecha / Data	
Firma / Assinatura	
E-mail / Endereço eletrônico	
Teléfono / Telefone	

Apellidos / Sobrenomes	Nombre / Nome
Dirección / Endereço	
Realizado en / Realizado em	
Fecha / Data	
Firma / Assinatura	
E-mail / Endereço eletrônico	
Teléfono / Telefone	

Apellidos / Sobrenomes	Nombre / Nome
Dirección / Endereço.	
Realizado en / Realizado em .	
Fecha / Data.	
Firma / Assinatura.	
E-mail / Endereço eletrônico	
Teléfono / Telefone	

Fecha / Data:

Firma del examinado / Assinatura do examinado

ANEXO I

Solicitud de Exámen complementario - Opinión Especializada / Solicitação de Exame Complementar – Parecer especializado

*Art. 9 Criterios para la Aplicación del Acuerdo Multilateral de Seguridad Social del Mercosur/
Art. 9 Critérios para a aplicação do Acordo Multilateral de Seguridade Social do MERCOSUR*

1 – N° Expediente / N°
Requisição
Argentina
Brasil
Uruguay
Paraguay

2. <i>Entidad Gestora / Entidade Gestora</i>	
3. <i>N° de beneficio / NB</i>	
4. <i>Tipo de Solicitud / Tipo de Requisição</i> <i>Asegurado / Segurado ()</i> <i>Dependiente / Dependente ()</i>	
5. <i>Nombre del examinado / Nome de Examinado</i>	
6. <i>Tipo y N° de documento de Identidad / Tipo y N° Documento de Identificação</i>	
7. <i>Ocupación laboral del examinado / Ocupação Laboral do examinado</i>	
8. <i>Exámenes complementarios / Exames complementares</i> <i>Descripción / Descrição</i>	
9. <i>Observaciones / Observações</i>	
10 <i>Fecha / Data</i>	11. <i>Médico Solicitante / Médico Solicitante</i>

ANEXO – II

AUTORIZACIÓN /AUTORIZAÇÃO

Art. 8 Criterios para la Aplicación del Acuerdo Multilateral de Seguridad Social del Mercosur/
 Art. 8 Critérios para a aplicação do Acordo Multilateral de Seguridade Social do Mercosul

Yo, _____, documento de identidad n° _____ autorizo el envío, por la Entidad Gestora, como “copia fiel del original” de mis antecedentes médicos y demás exámenes que fueran necesarios para el dictámen médico pericial, al/los país/es acordante/s _____, a fines de la conclusión del pedido de beneficio requerido en conformidad con las disposiciones del Acuerdo Multilateral de Seguridad Social del Mercado Común del Sur y su Reglamento Administrativo.

Fecha:

Firma:

Eu, _____, identidade n° _____ autorizo o envio, pelo Entidade Gestora _____, cópia com o “confere com o original” dos meus antecedentes médicos e demais exames que se fizerem necessários à avaliação médico-pericial, ao(s) país(es) acordante(s) _____, para fins de conclusão do pedido do benefício requerido em conformidade com as disposições contidas no Acordo Multilateral de Seguridade Social do Mercado Comum do Sul e seu Regulamento Administrativo.

Data:

Assinatura