
Acordo de Seguridade Social ou Segurança Social entre a República Federativa do Brasil e a República Portuguesa

PARECER MÉDICO

(Anexo ao formulário de solicitação de pensão por incapacidade)

Número de Expediente Brasil

1 Organismo de Ligação

1.1 Denominação
1.2 Endereço

2 Dados relativos ao examinado

Segurado Dependente

2.1 Nome e sobrenome		
2.2 Nome do pai	Nome da mãe	
2.3 Lugar de nascimento	Data	Sexo
2.4 Escolaridade		
2.5. Número de inscrição		
No Brasil (NIT)	Em Portugal (NISS)	
	Número de Subscritor da CGA	
2.6 Endereço na data da solicitação		
2.7 Documento de Identidade (tipo e N°)		
Brasil	Portugal	
2.8 Ocupação Laboral		
2.9 Código Internacional do Ocupação Laboral		
2.10 Data do último dia trabalhado (DUT)		

3 Antecedentes pessoais e familiares

3.1 Antecedente pessoais
3.2 Antecedente familiares
3.3 Antecedentes Laborais

4 Histórico da Doença Atual

4.1 Data do Início da Doença (DID) (dd/mm/aaaa)

5 Exame Físico Geral /

5.1 Observações Objetivas
5.1.1 Estado Geral
5.1.2 Altura Peso
Pressão Arterial Pulso
5.1.3 Biotipo (brevilíneo, normolíneo, longilíneo)
5.1.4 Marcha
5.1.5 Coloração da pele e das mucosas

5.2 Exame Físico**6 Exames Complementares Apresentados****7 Exames Complementares Solicitados****8 Diagnóstico(s) clínico(s) fundamentado(s) /****8.1 Diagnóstico principal CID 10****8.2 Diagnóstico(s) secundário(s) CID 10****9. Considerações sobre a incapacidade para o trabalho****9.1 Há incapacidade para o trabalho: sim/não****9.2 Em caso afirmativo, qual a data do início da incapacidade (DII): dd/mm/aaaa****9.3 Há incapacidade temporária: sim/não****9.4 Há incapacidade permanente para a ocupação habitual: sim/não**

9.5 Em caso afirmativo, há indicação de reabilitação profissional? sim/não

9.6 Há incapacidade permanente para todas as ocupações: sim/não

9.7 Há incapacidade permanente para todas as ocupações com necessidade de ajuda de terceiros: sim/não

9.8 Incapacidade decorrente de acidente do trabalho: sim/não

9.9 Incapacidade decorrente de enfermidade/doença ocupacional: sim/não

10. Quando está previsto um novo exame pericial?

--

11. Outras observações

12. MÉDICO QUE EMITE O PARECER

Nome e sobrenome
Endereço
Realizado em
Data
Assinatura
Endereço eletrônico
Telefone

Data

Assinatura do examinado

ANEXO
Solicitação de Exame Complementar – Parecer especializado

		1 – Nºde Expediente Brasil
2. Entidade Gestora		
3. Nº de benefício		
4. Tipo de Requisição Segurado() Dependente ()		
5. Nome de Examinado		
6. Tipo e Nº Documento de Identificação		
7. Ocupação Laboral do examinado		
8. Exames complementares		
		Descrição
9. Observações		
10. Data		11. Médico Solicitante