

Acordo de Previdência Social entre a República Federativa do Brasil e o Japão
社会保障に関する日本国とブラジル連邦共和国との間の協定

PARECER MÉDICO/ 医師の意見書

(Anexo ao formulário de solicitação de pensão por incapacidade)
(障害年金申請用紙に添付)

Número de Expediente/ 整理番号

Brasil/ブラジル

Japão/日本

1 Organismo de Ligação / 連絡機関 ※当該項目は日本の連絡機関によって記入されます。

1.1 Denominação / 名称
1.2 Endereço / 住所

2 Dados relativos ao examinado / 受診者に関する情報

Segurado / 被保険者 dependente / 被扶養者

2.1 Nome e sobrenome/氏名		
2.2 Nome do pai / 父親の名前	Nome da mãe / 母親の名前	
2.3 Lugar de nascimento / 出生地	Data / 日付(日/月/西暦)	Sexo/ 性別
2.4 Escolaridade / 最終学歴		
2.5. Número de inscrição / 登録番号		
No Brasil/ブラジル (NIT)		No Japão/日本 (基礎年金番号)
2.6 Endereço na data da solicitação / 申請日時点の住所		
2.7 Documento de Identidade (tipo e Nº) / 身元確認資料(種類と枚数)		
Brasil/ブラジル		Japão /日本
2.8 Ocupação Laboral/ 職業 ※申請者が申請時点に就労している職業について記載してください。		

2.9 Codigo Internacional do Ocupação Laboral / 国際労働職業規定
2.10 Data do último dia trabalhado (DUT) / 最終業務従事日(日/月/西暦)

3 Antecedentes pessoais e familiares / 経歴および家族状況

3.1 Antecedente pessoais / 申請者の履歴
3.2 Antecedente familiares / 家族の状況
3.3 Antecedentes Laborais / 申請者の職務歴

4 Histórico da Doença Atual / 現病歴

4.1 Data do Início da Doença (DID) (dd/mm/aaaa) / 病状発症日(日/月/西暦)

5 Exame Físico Geral / 健康診断

5.1 Observações Objetivas / 客観的所見	
5.1.1 Estado Geral / 全身状態 ※衣服、水分補給、栄養、顔貌、態度、意識のレベル	
5.1.2 Altura / 身長	Peso / 体重
Pressao Arterial / 血圧	Pulso / 心拍数
5.1.3 Biotipo (brevilineo, normolineo, longelineo) / 体格(外胚葉型、中胚葉型、内胚葉型)	
5.1.4 Marcha / 四肢	
5.1.5 Coloração da pele e das mucosas / 肌と瞳の色	

5.2 Exame Físico / 身体検査 ※皮膚、胸部、循環器。腹部等の検査

6 Exames Complementares Apresentados / 提示された追加検査

7 Exames Complementares Solicitados / 要請された追加検査

8 Diagnóstico(s) clínico(s) fundamentado(s) / 根拠となる臨床診断

8.1 Diagnóstico principal / 主要診断 CID 10 国際疾病分類第 10 版 (ICD10)

8.2 Diagnóstico(s) secundario(s) / 二次診断 CID 10 国際疾病分類第 10 版 (ICD10)

9. Considerações sobre a incapacidade para o trabalho / 労働不能な障害についての考察

9.1 Há incapacidade para o trabalho: sim/não

労働不能な障害の有無: 有・無

9.2 Em caso afirmativo, qual a data do início da incapacidade (DII): dd/mm/aaaa

有の場合、障害を負った日 (IBD) : 日(dd) / 月(mm) / 年(yyyy)

9.3 Há incapacidade temporária: sim/não

一時的な障害の有無: 有・無

9.4 Há incapacidade permanente para a ocupação habitual: sim/não

通常の職業に対する永続的障害の有無: 有・無

- 9.5 Em caso afirmativo, há indicação de reabilitação profissional? sim/não
有の場合、社会復帰への徴候の有無: 有・無
- 9.6 Há incapacidade permanente para todas as ocupações: sim/não
あらゆる職業に対する永続的障害の有無: 有・無
- 9.7 Há incapacidade permanente para todas as ocupações com necessidade de ajuda de terceiros: sim/não
あらゆる職業に対する永続的障害に伴う他者の介助の必要性: 要・不要
- 9.8 Incapacidade decorrente de acidente do trabalho: sim/não
障害の原因は業務上の事故である。: はい / いいえ
- 9.9 Incapacidade decorrente de enfermidade/doença ocupacional: sim/não
障害の原因は疾患/職業病である。: はい / いいえ

10. Quando está previsto um novo exame pericial? /再検査予定はいつか。

--

11. Outras observações / その他のコメント

12. MÉDICO QUE EMITE O PARECER / 診断書所見医師

Nome e sobrenome/氏名
Endereço / 住所 ※診断にあたった医師自身の住所
Realizado em / 診断を行った場所 ※病院の住所
Data / 日付
Assinatura / 署名
Endereço eletrônico / E メール
Telefone / 電話番号

Data / 日付

Assinatura do examinado / 受診者の署名

ANEXO / 付属書類
Solicitação de Exame Complementar – Parecer especializado /
補足検査申請—専門家の所見

1 – Nº de Expediente/ 整理番号 Brasil/ブラジル Japão/日本
--

2. Entidade Gestora / 管理局 ※当該項目は日本の連絡機関によって記入されます。	
3. Nº de benefício / ブラジルの年金番号 ※所有していれば	
4. Tipo de Requisição / 申請者 Segurado / 被保険者 () Dependente / 被扶養者 ()	
5. Nome de Examinado / 受診者の氏名	
6. Tipo e Nº Documento de Identificação / 身元確認資料の種類と枚数	
7. Ocupação Laboral do examinado / 受診者の職業	
8. Exames complementares / 追加検査	
Descrição / 説明	
9. Observações / 備考	
10. Data / 日付	11. Médico Solicitante / 医師の署名