

ANEXO V
INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 77 /PRES/INSS, DE 21 DE JANEIRO DE 2015

PARECER MÉDICO / **MEDICAL REPORT**

1. Dados relativos ao examinado / **Information regarding the examined**

☐ Segurado / **Insured** ☐ dependente / **dependent**

Nome e sobrenome / Name and Surname:		
Nome do pai / Father's name:	Data / Date:	Sexo / Sex:
Escolaridade / Education :		
Número de inscrição no Brasil (NIT) / Registration number in Brazil (NIT):		
Endereço na data da solicitação / Address on the date of the request:		
Documento de Identidade (tipo e número) Brasil / Document of Identity (type and number):		
Ocupação Laboral (descrever) / Labor Occupation (describe):		

Código Internacional da Ocupação Laboral / International Code of Labor Occupation:
Data do último dia trabalhado (DUT) / Date of last day worked:

2. Antecedentes pessoais e familiares / **Personal an family history**



3. Antecedentes Laborais / **Employment Background**

4. Histórico da Doença Atual / **Current Disease history**

Data do Início da Doença (DID) (dd/mm/aaaa) / Date of Onset of Disease (mm/dd/yyyy):

5. Exame Físico Geral / **General Physical Examination**

Observações Objetivas / **Objective Observations:**

Estado Geral / **General Condition:**

Altura / **Height:**

Peso / **weight:**

Pressão Arterial / **Blood Pressure:**

Pulso / **Pulse:**

Aspecto geral / **General Prospect:**

Biotipo (brevilineo, normolineo, longelineo) / **Body Type (slim, average, elongated):**

Marcha / **March:**

Coloração da pele e das mucosas / **Staining of the skin and mucous:**



Exame Físico / **Physical Examination:**

6. Exames Complementares Apresentados / Complementary Tests Presented

7. Exames Complementares Solicitados / Complementary Tests Requested

8. Diagnóstico(s) clínico(s) fundamentado(s) / Clinical Diagnosis Based

Diagnóstico principal / **Main Diagnosis:**

CID 10:

Diagnóstico(s) secundário(s) / **Secondary Diagnosis:**

CID 10:

9. Considerações sobre a incapacidade para o trabalho / Considerations about incapacity for work

Há incapacidade para o trabalho: sim/não / **There is incapacity for work: yes/no**

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

If so, what is the date of onset of disability: mm/dd/yyyy



Há incapacidade temporária: sim/não / **There is temporary disability: yes/no**

Há incapacidade permanente para a ocupação habitual: sim/não
There is permanent disability for the usual occupation: yes/no

Em caso afirmativo, há indicação de reabilitação profissional? sim/não
If so, is there indication of professional rehabilitation?: yes/no

Há incapacidade permanente para todas as ocupações: sim/não
There is permanent disability for all occupations: yes/no

Há incapacidade permanente para todas as ocupações com necessidade de ajuda de terceiros: sim/não
There is permanent disability for all occupations and need help from others: yes/no

Incapacidade decorrente de acidente do trabalho: sim/não
Disability due to accident at work: yes/no

Incapacidade decorrente de enfermidade/doença ocupacional: sim/não
Disability due to illness/occupational disease: yes/no

10.

Há necessidade de uma nova avaliação clínica? Em caso positivo, qual a data sugerida?
There is need for further clinical evaluation? If so, what is the suggested date?

11.

Outras observações / **Other observations**



12. MÉDICO QUE EMITE O PARECER / PHYSICIAN THAT ISSUES THE REPORT

Nome e sobrenome / Name and surname
Endereço / Address
Realizado em / Accomplished in
Data / Date
Assinatura / Signature
Endereço eletrônico / E-mail address
Telefone / Phone Number

Data / **Date** :

Assinatura do examinado
Signature of the examined

