

**CONVENIO MULTILATERAL IBEROAMERICANO DE SEGURIDAD SOCIAL**  
**CONVENÇÃO MULTILATERAL IBERO-AMERICANA DE SEGURANÇA SOCIAL**

IBERO - 8

**INFORME MÉDICO DE DISCAPACIDAD**  
**RELATORIO MÉDICO DE INCAPACIDADE**

(Artículo 20.1 del Acuerdo de Aplicación / n.º 1 do artigo 20.º do Acordo de Aplicação)

**I Organismo de Enlace o Institución Competente que tramita el procedimiento**  
**Organismo de ligação ou instituição competente que efetua a tramitação da solicitação**

Nombre del Organismo/Nome do organismo _____
Dirección/Endereço _____
Localidad/Localidade _____ País _____
Nº de teléfono/ N.º de telefone: _____ Correo electrónico / E-mail: _____
Prestación/Prestação: _____
Fecha de recepción de la solicitud/Data da solicitação __ / __ / ____
Nº de expediente ou referencia/N.º de expediente ou referência: _____

**II Organismos de Enlace o Instituciones Competentes destinatarias**  
**Organismos de ligação ou instituições competentes destinatárias**

Nombre del Organismo /Nome do organismo	Dirección / Endereço	País	Nº de teléfono / N.º de telefone (incluir códigos de áreas)	Correo electrónico/ E-mail	Nº de expediente ou referencia

**III Datos del examinado/Dados do examinado:**

Apellido (s)/Sobrenome(s) (1)		Apellido de soltera/Sobrenome de solteira (2)		Nombre(s)/Nome(s) próprio(s)	
Nombre(s) del padre/Nome(s) do pai			Nombre(s) de la madre/Nome(s) da mãe		
Fecha de nacimiento/Data de nascimento ____ / ____ / ____		Sexo : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Lugar de nacimiento/Local de nascimento		
Estado/Provincia/Departamento/Región/Região		País		Nacionalidad/Nacionalidade	
Documento de identificación/ Documento de identificação:	Tipo	Número	Fecha de expedición/Data de emissão	País de expedición/País de emissão	
Nº de afiliación/Inscrição Nº de Seguridad Social/N.º de Segurança Social/N.º de inscrição do trabalhador (3)		Última Profesión o actividad/ Última Profissão ou atividade		Estado civil (4)	
Dirección en el País de Origen/Endereço no país de origem:					
Calle/Rua _____ nº _____ Piso/Depto/Andar: _____					
Localidad/Localidade: _____ C.P./CEP: _____					
Provincia/Estado/ Departamento /Región/Região _____					
País _____					
Nº de teléfono/N.º de telefone: _____ Correo electrónico/E-mail: _____					
Otras informaciones/Outras informações (5):					

#### IV Antecedentes médicos

<b>IV.1 Antecedentes personales y familiares/Antecedentes pessoais e familiares</b>
<b>IV.2 Antecedentes Laborales / Antecedentes laborais:</b>

IV.3 La causa de la discapacidad es un accidente de trabajo (Sí/No)/ A causa da incapacidade é um acidente de trabalho (Sim/Não):

V Enfermedad actual/Histórico da doença atual

V.1 Diagnóstico/s (indicar fecha/s)


V.2 Tratamiento/Tratamento (recibidos o actuales/recebido ou atual)


V.3 Evolución clínica y plazo de recuperación previsto/ Evolução clínica y prazo de recuperação previsto


V.4 Fecha de inicio de la enfermedad/Data do Início da Doença (DID):

dd/mm/aaaa \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

V.5 Fecha de inicio de la incapacidad/Data do Início da Invalidez (DID):

dd/mm/aaaa \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

V.6 Ejerce actividad al momento de la incapacidad?/ Você está ativo no momento da incapacidade?

SI: Desde cuando/desde quando: dd/mm/aaaa \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

NO: Desde cuando/ desde quando: dd/mm/aaaa \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**VI Examen Físico General (se requiere exhaustividad)/Exame físico geral (a integralidade é necessária):**
**VI.1 Estado General/Estado geral**

Talla/Altura \_\_\_\_\_ Cm.                      Peso \_\_\_\_\_ Kg.

Estado de nutrición/Estado de nutrição:

 bueno/bom                       exceso de peso/excesso de peso                       falta de peso

Membranas mucosas \_\_\_\_\_

Piel/Pele \_\_\_\_\_

Estado mental y emocional/Estado mental e emocional \_\_\_\_\_

Comentarios/Observações: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**VI.2 Cabeza/Cabeça**

VI.2.1 Visión/Visão \_\_\_\_\_

VI.2.2 Oído/Audição \_\_\_\_\_

VI.2.3 Otros Órganos sensoriales/Outros órgãos sensoriais \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**VI.3 Cuello (observaciones externas)/PESCOÇO (observações externas) \_\_\_\_\_**

 VI.3.1 Examen de la glándula tiroide/tiroides/Exame da glândula  
tiróide \_\_\_\_\_

VI.3.2 Ganglios linfáticos \_\_\_\_\_

VI.3.3 Otros/Outros \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**VI.4 Aparato respiratorio/Aparelho respiratório: \_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**VI.5 Sistema circulatorio/Sistema circulatório:**

VI.5.1 Corazón/Coração \_\_\_\_\_

VI.5.2 Pulso/Frequência cardíaca \_\_\_\_\_

VI.5.3 Tensión arterial (en reposo)/Pressão arterial (em repouso) \_\_\_\_\_

VI.5.4 Tensión arterial (segunda medición)/Pressão arterial (segunda medição) \_\_\_\_\_  
VI.5.5 Vasos periféricos \_\_\_\_\_  
VI.5.6 Edema \_\_\_\_\_  
VI.5.7 ECG (en reposo)/ECG (em repouso) \_\_\_\_\_

**VI.6 Abdomen/Abdómen:**

VI.6.1 Aparato digestivo y órganos intraabdominales /Aparelho digestivo e órgãos intra-abdominais \_\_\_\_\_  
VI.6.2 Hígado/Fígado \_\_\_\_\_  
VI.6.3 Bazo/Baço \_\_\_\_\_  
VI.6.4 Sistema endocrino/Sistema endócrino \_\_\_\_\_

**VI.7 Aparato génito-urinario /Aparelho geniturinário:** \_\_\_\_\_

**VI.8 Examen mental (aparência, aptitud, afecto, pensamiento, lenguaje, conciencia, orientación, memoria reciente y remota, neuropercepción, abstracción, psicomotricidad, juicio)/Exame mental (aparência, atitute, afeto, pensamento, linguagem, consciência, orientação, memória recente e remota, neuropercepção, abstração, psicomotricidade, julgamento)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**VI.9 Aparato locomotor (en caso necesario, usar el método neutral O, página 8)/Aparelho locomotor (se necessário, usar o método zero-neutro, página 8)**VI.9.1 Columna vertebral/Coluna vertebral (7): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_VI.9.2 Extremidades superiores/Membros superiores \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_VI.9.3 Extremidades inferiores/ Membros inferiores: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_VI.9.4 Presencia de ganglios linfáticos/Presença de gânglios linfáticos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**VI.10 Comprobaciones neurológicas/Comprovações neurológicas:** \_\_\_\_\_**Movimiento (potencia y tono)/Movimento (força muscular e tônus):**  normal  rápido  lento  débil**Marcha:**  normal  deficiencia/derecha/deficiência/direita  deficiencia/izquierdo/deficiência/esquerda  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**Reflejos/Reflexos:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**VI.11 Síntomas neurovegetativos:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**VI.12 Otros (alergias, etc.)/Outros (alergias, etc.):** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**VI.13 Pruebas funcionales (en caso necesario)/Provas funcionais (se necessário)**VI.13.1 Función pulmonar/Função pulmonar **(8)**: \_\_\_\_\_

---



---



---

VI.13.2 Función cardíaca/ECG de esfuerzo/Função cardíaca/ECG de esforço **(9)**: \_\_\_\_\_

---



---



---

VI.13.3 Ecografía Doppler (corazón y vasos)/Ecografia Doppler (coração e vasos): \_\_\_\_\_

---



---



---

VI.13.4 Estudios por formación de imágenes (indicar fecha)/Estudo de imagens (indicar a data)-----

VI.13.4.1 Resultados del examen radiográfico por rayos x de hoy/Resultados de exames radiográficos atuais:

---



---



---



---



---

VI.13.4.2 Resultados de anteriores exámenes radiográficos por rayos x realizados en otra parte/Resultados de exames radiográficos anteriores realizados noutra parte: \_\_\_\_\_

---



---



---

VI.13.4.3 Ecografía (abdomen y otros)/Ecografia (abdómen e outros): \_\_\_\_\_

---



---



---

VI.13.4.4 Imágenes por resonancia magnética (RNM) e investigaciones especiales/Imagens por ressonância nuclear magnética (RNM) e investigações específicas: \_\_\_\_\_

---



---



---

VI.13.5 Resultados de laboratorio/ Resultados laboratoriais: \_\_\_\_\_

---



---



---

VI.13.6 Otras pruebas/Outras provas:

---



---



---

Página adicional para el método neutral O/Página adicional para o método zero-neutro

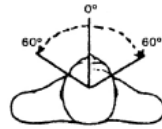
**Hoja de medición correspondiente al aparato locomotor según el método neutral O /Folha de medição do aparelho locomotor segundo o método zero-neutro**

A registrar solamente aquellos hallazgos patológicos o normales que se deben indicar expresamente/ Registrar somente os factos patológicos o normais que sejam relevantes para a conclusão médica.

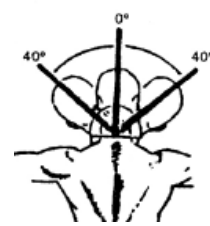
**Columna vertebral/Coluna vertebral**

Distancia mentón-fosa supraest /Distância queixo/esterno

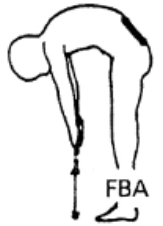
Extensión/Flexión/  
Extensão/Flexão  
40-0-40°  
\_\_\_\_\_ °  
\_\_\_\_\_ cm



Rotación der/izq.  
/Rotação dir/esq.  
60-0-60°  
\_\_\_\_\_ °



Inclinación lateral  
der/izq /Inclinação lateral dir/esq.  
40-0-40°  
\_\_\_\_\_ °



Prueba de movilidad dorso lumbar/Prova de mobilidade dorso-lombar  
8-10-15 cm  
-10- \_\_\_\_\_ cm  
\_\_\_\_\_ cm

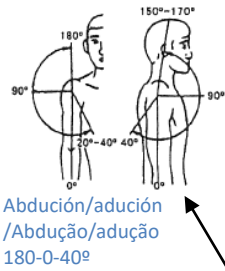


Rotación der/izq.  
/Rotação dir/esq.  
60-0-60°  
\_\_\_\_\_ °



Inclinación lateral  
der/izq./Inclinação lateral dir/esq.  
\_\_\_\_\_ °

**Articulación escapulohumeral/Articulação do ombro**



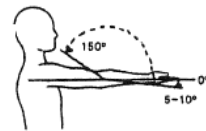
Abducción/aducción /Abdução/adução  
180-0-40°  
D \_\_\_\_\_ °  
I \_\_\_\_\_ °

Rotación hacia fuera/dentro/Rotação externa/interna  
50-0-95°  
R \_\_\_\_\_ °  
L \_\_\_\_\_ °

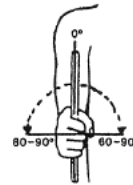
40°-60°  
95°

D \_\_\_\_\_ °  
I \_\_\_\_\_ °

**Articulación radiocubital/Articulação do cotovelo e do antebraço**

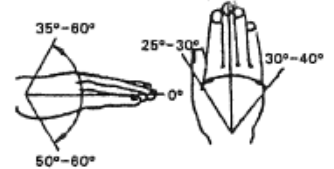


Extensión/Flexión/  
Extensão/Flexão  
10-0-150°  
D \_\_\_\_\_ °  
I \_\_\_\_\_ °



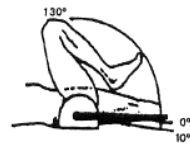
Supinación/  
Pronación/Supinação  
/Pronação  
85-0-85°  
D \_\_\_\_\_ °  
I \_\_\_\_\_ °

**Articulación radiocarpiana/Articulação do punho**

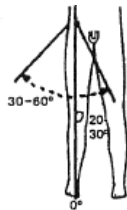


Extensión/Flexión/ Extensão/Flexão  
50-0-50°  
D \_\_\_\_\_ °  
I \_\_\_\_\_ °  
Abducción/aducción/Abdução/adução  
30-0-25°  
D \_\_\_\_\_ °  
I \_\_\_\_\_ °

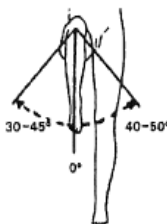
**Articulación radiocubital/Articulação do quadril/ da anca**



Extensión/Flexión/  
Extensão/Flexão  
10-0-130°  
D \_\_\_\_\_ °  
I \_\_\_\_\_ °

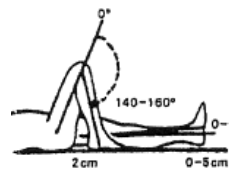


Abducción/aducción  
Abdução/adução  
50-0-25°  
D \_\_\_\_\_ °  
I \_\_\_\_\_ °



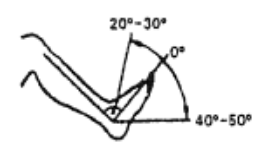
Rotación externa  
/interna/Rotação externa/interna  
35-0-45°  
D \_\_\_\_\_ °  
I \_\_\_\_\_ °

**Articulación de la rodilla /Articulação do joelho**



Extensión/Flexión/  
Extensão/Flexão  
5-0-150°  
D \_\_\_\_\_ °  
I \_\_\_\_\_ °

**Articulación tibioperoneotarsiana /Articulação do tornozelo**



Extensión/Flexión/ Extensão/Flexão  
40-0-25°  
D \_\_\_\_\_ °  
I \_\_\_\_\_ °



Medidas perimétricas en/em cm.

Brazo/Braço (15cm.epic.lat.sup)  
Articulación radiocubital/  
Articulação do cotovelo  
Antebrazo/Antebraço  
(10 cm. epic.lat.inf)  
Articulación radiocarpiana /  
Articulação do punho  
Metacarpo (sin dedo pulgar) /  
Metacarpo (mão sem polegar)

D	I



Medidas perimétricas en/ em cm

Muslo 20 cm. encima de la línea articular anterior/Coxa 20 cm acima da linha articular anterior  
Centro de la/Centro da rótula  
Pierna 15 cm. debajo de la línea articular inferior/ Perna 15 cm abaixo da linha articular inferior  
Pierna/Perna: perímetro mínimo  
Tobillo/Tornozelo

D	I



## VII Diagnóstico(s) clínico(s) fundamentado(s)

VII.1 Diagnóstico principal: CIE/CID 10: \_\_\_\_\_

---



---



---

VII.2 Diagnóstico(s) secundario(s) / Diagnóstico(s) secundário(s): CIE/CID 10: \_\_\_\_\_

---



---



---



---

## VIII Resumen/Conclusão

VIII.1 Evolución de la enfermedad/Evolução da doença: \_\_\_\_\_

---



---

VIII.2 Perjuicio para la salud/Prejuízo para a saúde: \_\_\_\_\_

---



---

VIII.3 Déficits funcionales/Deficits/Défices funcionais:

---



---



---

VIII.4 Comparación con el informe anterior/Comparaçã com o relatório anterior (fecha/data) \_\_\_\_\_)

mejora/melhou  empeoramiento/agravou  sin cambios/permaneceu estável

VIII.5 El asegurado sigue siendo capaz de realizar de forma regular un trabajo/O segurado ainda é capaz de realizar de forma regular um trabalho:

pesado  medio/médio  ligero/leve  ningún tipo de trabajo/nenhum tipo de trabalho

## IX Descripción de limitaciones funcionales/Descrição de limitações funcionais

**Deberán tenerse en cuenta las siguientes restricciones/Devem ser observadas as seguintes restrições:**

IX.1 Se evitará el trabajo/Evitar-se-à o trabalho:

- |  |                          |                                     |                          |
|--|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| en lugar húmedo/em lugar úmido/em lugar húmido   | <input type="checkbox"/> | en lugar frío/em lugar frío         | <input type="checkbox"/> |
| en lugar a alta temperatura/em lugar com alta temperatura  | <input type="checkbox"/> | en lugar ruidoso/em lugar ruidoso   | <input type="checkbox"/> |
| en lugar con humo, gases, vapores/em lugar com fumaça/fumo, gases, vapores   | <input type="checkbox"/> | en turno de noche/no turno da noite | <input type="checkbox"/> |
| por turnos   | <input type="checkbox"/> | peligro de caída/perigo de queda    | <input type="checkbox"/> |
| en tareas que obligan frecuentemente al asegurado a encorvarse, elevar o transportar objetos que requiere el uso de rampas, escaleras, escalerillas/em tarefas que obriguem frecuentemente, o asegurado a curvar-se, levantar ou transportar objetos, que requeiram o uso de rampas, escadas | <input type="checkbox"/> |                                     |                          |

IX.2 La actividad deberá desarrollarse únicamente/A atividade deverá desenvolver-se unicamente:

- |  |                          |   |                          |
|--|--------------------------|---|--------------------------|
| sentado  | <input type="checkbox"/> | con pausas adicionales/com pausas adicionais  | <input type="checkbox"/> |
| en sitios cerrados/em ambientes internos                           | <input type="checkbox"/> | (además de las pausas habituales) número y duración de las pautas/(além das pausas habituais) número e duração das pausas | _____                    |
| con una postura variada/com variação de postura                    | <input type="checkbox"/> | un trabajo que requiera andar, estar sentado y de pie/um trabalho que requeira andar, estar sentado e de pé               | <input type="checkbox"/> |
| sin presión especial por límites de tiempo/sem imposição de prazos | <input type="checkbox"/> |   |                          |

IX.3 El rendimiento en el trabajo se ve reducido porque el asegurado tiene un uso restringido de sus órganos sensoriales, manos, etc./O rendimento no trabalho é reduzido porque o asegurado tem uso restrito dos seus órgãos sensoriais, mãos, etc.

es alérgico a/é alérgico a \_\_\_\_\_

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

## XI Nivel de escolaridad / Nível escolaridade (6):

- |   |     |
|---|-----|
| Primaria incompleta / primário incompleto     | [ ] |
| Primaria completa / primário completo         | [ ] |
| Secundaria incompleta / Secundário incompleto | [ ] |
| Secundaria completa / Secundário completo     | [ ] |
| Terciaria incompleta / terciário incompleto   | [ ] |
| Terciaria completa / terciário completo       | [ ] |

XII Otras observaciones /Outras observações



XIII. Medico que emite el informe médico / Médico que emite o parecer

<p>Apellidos y nombre/Sobrenome e nome: _____</p> <p>Nro. de inscripción o matricula/Nro. de inscrição: _____</p> <p>Dirección/Endereço: _____</p> <p>_____</p> <p>Realizado en / Realizado em: _____</p> <p>E-mail: _____</p> <p>Nº de teléfono/N.º de telefone: _____</p> <p>Fecha/Data: ____ / ____ / _____</p> <p style="text-align: center;">Firma/Assinatura</p>
<p>Apellidos y nombre/Sobrenome e nome: _____</p> <p>Nro. de inscripción o matricula/Nro. de inscrição: _____</p> <p>Dirección/Endereço: _____</p> <p>_____</p> <p>Realizado en/ Realizado em: _____</p> <p>E-mail: _____</p> <p>Nº de teléfono/N.º de telefone: _____</p> <p>Fecha/Data : ____ / ____ / _____</p> <p style="text-align: center;">Firma/Assinatura</p>
<p>Apellidos y nombre/Sobrenome e nome: _____</p> <p>Nro. de inscripción o matricula/Nro. de inscrição: _____</p> <p>Dirección/Endereço: _____</p> <p>_____</p> <p>Realizado en/Realizado em: _____</p> <p>E-mail: _____</p> <p>Nº de teléfono/N.º de telefone: _____</p> <p>Fecha/Data : ____ / ____ / _____</p> <p style="text-align: center;">Firma/Assinatura</p>

Fecha/Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Instrucciones / Instruções:

- (4) Soltero. Casado. Viudo. Divorciado. Separado de hecho. Unión de hecho. Concubinato / Solteiro. Casado. Viúvo. Divorciado. Separado. União estável/União de facto.

Instrucciones particulares/Instruções específicas:

- (1) Para Bolivia apellido de casada cuando corresponda/  
Para a Bolívia, indicar o sobrenome de casada, se aplicável
- (2) Para Bolivia, apellido paterno y materno /  
Para a Bolívia, indicar os sobrenomes do pai e da mãe
- (3) Para Chile y Uruguay, no procede completar /  
Para o Chile e o Uruguai, não preencher
- (5) Para Brasil, en el apartado “otras informaciones” se debe informar el número de registro de Personas Físicas – CPF /  
Para o Brasil, em “outras informações” indicar também o número do Cadastro de Pessoas Físicas – CPF
- (6) Obligatorio para Uruguay / Obrigatório para o Uruguai
- (7) Imprescindible en caso de enfermedades de columna / Essencial em caso de doenças da coluna vertebral
- (8) Imprescindible en caso de enfermedades respiratorias / Essencial em caso de doenças respiratórias
- (9) Imprescindible en caso de enfermedades cardíacas / Essencial em caso de doença cardíaca

Para Bolivia: Se deberán adjuntar los informes paraclínicos y certificados médicos que respaldan los diagnósticos realizados/ Os laudos paraclínicos e atestados médicos que comprovem os diagnósticos realizados devem ser anexados.

En caso de intervención quirúrgica, el presente informe deberá realizarse luego de pasados 180 días a fin de poder evaluar el estado del solicitante/ Em caso de intervenção cirúrgica, este relatório deve ser feito após decorridos 180 dias para poder avaliar o estado do requerente.