

**Acordo de Previdência Social entre a República Federativa do Brasil e o Grão-Ducado de Luxemburgo**  
**Conventillo de sécurité sociale entre le Grand-Duché de Luxembourg et la République Fédérative du Brésil**

PARECER MEDICO / *RAPPORT MÉDICAL*

Artigo 21, parágrafos 3 y 4 do Acordo / *Article 21, paragraphes 3 et 4, de la Convention*  
 Artigo 10 do Ajuste Administrativo / *Article 10 de l'Arrangement Administratif*

**1. INSTITUIÇÃO DESTINATÁRIA / INSTITUTION DESTINATAIRE**

1.1 Denominação / *Dénomination*

.....

1.2 Endereço / *Adresse*

.....

.....

1.3 Correio eletrônico / *Adresse électronique*.....

**2. PESSOA EXAMINADA / PERSONNE EXAMINÉE**

2.1 Sobrenome / *Nom* *Sobrenome de solteira / Nom de naissance*

.....

2.2 Nome / *Prénom*

.....

2.3 Data de nascimento / *Date de naissance* .....

2.4 Sexo / *Sexe*     M     F

2.5 N° de identificação em Luxemburgo / *N° d'identification au Luxembourg*.....

Cadastro de Pessoa Física / *Registre national des personnes physiques-CPF au Brésil*.....

2.6 Endereço / *Adresse*.....

Correio eletrônico / *Adresse électronique* .....

2.7 Último emprego / *Dernière activité exercée*.....

2.8 Data do requerimento do benefício:

*Date d'introduction de la demande de pension* .....

2.9 Data da apresentação do pedido de revisão por agravamento da invalidez / *Date d'introduction de la demande de révision en raison d'une aggravation de l'invalidité*.....

**3. MÉDICO QUE EMITIU O PARECER / MÉDECIN AYANT ÉTABLI LE RAPPORT**

 3.1 Sobrenome / *Nom*

.....

 3.2 Nome / *Prénom*

.....

 3.3 Endereço / *Adresse*

.....

.....

 3.4 Médico especialista em / *Médecin examinateur de*.....

**4. INSTITUIÇÃO QUE SOLICITOU A PERÍCIA / INSTITUTION AYANT REQUIS L'EXAMEN**

 4.1 Denominação / *Dénomination*

.....

 4.2 Endereço / *Adresse*

.....

.....

 4.3 Correio Eletrônico / *Adresse électronique*.....

 4.4 Carimbo / *Cachet*

 4.5 Data / *Date*

.....

 4.6 Assinatura / *Signature*

.....

## PARECER MEDICO/RAPPORT MEDICAL

Sobrenome(s), nome / *Nom et prénoms* : ..... Data / *Date*: .....

<b>5.</b>	
5.1	Opinião baseada em exame de (data) / <i>Avis fondé sur l'examen pratiqué le (date)</i> : .....
5.2	Opinião baseada em parecer médico de (data) / <i>Avis fondé sur le rapport médical du (date)</i> : .....

<b>6.</b>	<b>Antecedentes pessoais/ <i>Antécédents personnels</i></b>
6.1	Antecedentes médicos / <i>Antécédents médicaux</i> : .....
6.2	Sintomas atuais/ <i>Symptômes actuels</i> : .....
6.2.1	Médico responsável pelo tratamento atual/ <i>Médecin traitant actuel</i> : .....
6.3	Tratamento atual / <i>Traitement actuel</i> : .....
6.4	Antecedentes familiares e laborais / <i>Antécédents socioprofessionnels</i> : .....
6.4.1	O segurado exerce atualmente uma atividade remunerada? <i>L'assuré exerce-t-il actuellement une activité professionnelle rémunérée?</i> <input type="checkbox"/> Sim / <i>Oui</i> <input type="checkbox"/> Não / <i>Non</i> <input type="checkbox"/> Número de horas de trabalho / <i>Nombre d'heures</i> : .....
	Natureza da atividade atual / <i>Nature de l'activité</i> : .....
6.4.2	Acidentes de Trabalho/Enfermidades profissionais / <i>Accidents du travail/Maladies professionnelles</i> : .....
6.4.3	Características do último emprego / <i>Nature de l'activité exercée en dernier lieu</i> : .....
6.4.4	<input type="checkbox"/> Início da Incapacidade laboral / <i>Inapte au travail</i> desde / depuis le .....
	<input type="checkbox"/> Data do último dia de trabalho / <i>A cessé le travail</i> em / le .....

<b>7.</b>	<b>Resultados do exame médico / <i>Résultats de l'examen médical</i></b>
7.1	Estado geral / <i>Aspect général</i> Altura / <i>Taille</i> : ..... cm                      Peso / <i>Poids</i> : ..... kg Estado nutricional / <i>État nutritionnel</i> : <input type="checkbox"/> bom / <i>bon</i> <input type="checkbox"/> excesso de peso / <i>surcharge pondérale</i> <input type="checkbox"/> abaixo do peso / <i>insuffisance pondérale</i> Membranas mucosas / <i>Muqueuses</i> : .....
	Pele / <i>Fonction tégumentaire</i> : .....
	Estado mental e emocional / <i>État mental, humeur</i> : .....
	Observações / <i>Observations</i> : .....
7.2	Cabeça / <i>Tête</i> : .....
7.2.1	Visão / <i>Acuité visuelle</i> : .....
7.2.2	Audição / <i>Acuité auditive</i> : .....
7.2.3	Outros órgãos sensoriais / <i>Autres organes sensoriels</i> : .....
7.3	Pescoço (observações externas) / <i>Cou (observation externe)</i> : .....
7.3.1	Exame da glândula tiroide / <i>Inspection de la glande thyroïde</i> : .....
7.3.2	Linfonodos / <i>Ganglions lymphatiques</i> : .....
7.3.3	Outras observações / <i>Autres observations</i> : .....
7.4	Aparelho respiratório / <i>Appareil respiratoire</i> : .....
7.5	Sistema circulatório / <i>Appareil cardiovasculaire</i> : .....
7.5.1	Coração / <i>Coeur</i> : .....
7.5.2	Pulso / <i>Pouls</i> : .....
7.5.3	Pressão arterial (em repouso) / <i>Tension artérielle (au repos)</i> : .....
7.5.4	Pressão arterial (segunda medição) / <i>Tension artérielle (mesure de contrôle)</i> : .....
7.5.5	Vasos periféricos / <i>Vascularisation périphérique</i> : .....
7.5.6	Edema / <i>Oedèmes</i> : .....

7.5.7 ECG (em repouso) / *Électrocardiogramme (au repos)* : .....

Sobrenome(s), nome / *Nom et prénoms* : ..... Fecha / *Date* : .....

7.6	Abdômen / <i>Abdomen</i> : .....
7.6.1	Aparato digestivo e órgãos intra-abdominais / <i>Appareil digestif et organes intra-abdominaux</i> : .....
7.6.2	Fígado / <i>Foie</i> : .....
7.6.3	Baço / <i>Rate</i> : .....
7.6.4	Sistema endócrino / <i>Système endocrinien</i> : .....
7.7	Aparato genito-urinário / <i>Système génito-urinaire</i> : .....
7.8	Aparelho locomotor (caso necessário, utilizar o modelo "zero-neutro" em anexo) / <i>Appareil locomoteur (si nécessaire, utiliser le formulaire « bilan articulaire » figurant en annexe)</i> : .....
7.8.1	Coluna vertebral / <i>Rachis</i> : .....
7.8.2	Membros superiores / <i>Membres supérieurs</i> : .....
7.8.3	Membros inferiores / <i>Membres inférieurs</i> : .....
7.9	Presença de gânglios linfáticos / <i>Présence de ganglions lymphatiques</i> : .....
7.10	Exame Neurológico / <i>Examen neurologique</i> Movimento (força e tônus) / <i>Motricité (force et tonus musculaire)</i> : <input type="checkbox"/> normal / <i>normale</i> <input type="checkbox"/> rígido / <i>raideurs</i> <input type="checkbox"/> lento / <i>ralentie</i> <input type="checkbox"/> débil / <i>faible</i> Marche/ <i>Marcha</i> : <input type="checkbox"/> normal / <i>normal</i> <input type="checkbox"/> trabajosa / <i>pesante</i> <input type="checkbox"/> deficiência à direita / <i>déviée à droite</i> <input type="checkbox"/> deficiência à esquerda / <i>déviée à gauche</i> Reflexos / <i>Réflexes</i> : .....
7.11	Sintomas neurovegetativos ou sintomas físicos de origem psicológica / <i>Symptomatologie neurovégétative et psychosomatique</i> : .....
7.12	Outros (alergias, etc.) / <i>Divers (allergies, etc.)</i> : .....

**8. Provas funcionais e outros exames complementares (em caso necessário)**  
***Exploration fonctionnelle et examens complémentaires (si nécessaire)***

8.1	Função pulmonar / <i>Exploration fonctionnelle respiratoire</i> : .....
8.2	Função cardíaca/ ECG de esforço / <i>Fonction cardiaque/épreuve d'effort</i> : .....
8.3	Ecografia Doppler (coração e vasos) / <i>Échographie Doppler (cardiovasculaire)</i> : .....
8.4	Estudos de imagens (indicar data) / <i>Imagerie (en préciser la date)</i> : .....
8.4.1	Resultados de exames radiográficos de hoje <i>Résultats de l'examen radiologique pratiqué ce jour</i> : .....
8.4.2	Resultados de exames radiográficos anteriores realizados em outra parte <i>Résultats des examens radiologiques antérieurs ou effectués ailleurs</i> : .....
8.4.3	Ecografia (abdômen y outros) / <i>Échographies (abdominales, etc.)</i> : .....
8.4.4	Imagem por ressonância nuclear magnética (RNM) e investigações especiais <i>IRM et investigations particulières</i> : .....
8.5	Resultados de laboratório / <i>Résultats des examens de laboratoire</i> : .....
8.6	Outros exames / <i>Autres examens</i> : .....

Sobrenome(s), nome / Nom et prénoms : ..... Data / Date: .....  
 .....

<b>9.</b>	Folha complementar que deve ser completada, se necessário, para registrar os resultados de outros exames especializados. <i>Page supplémentaire à remplir, le cas échéant, pour consigner les résultats d'examens complémentaires spécialisés.</i>
-----------	---

<b>10.</b>	Diagnóstico / <i>Diagnostic</i> : ..... (uso do código CID recomendado / <i>utilisation du code CIM recommandé</i> )				
	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....

Sobrenome(s), nome / Nom et prénoms: ..... Data / Date : .....

**11. Resumo / Synthèse**

Evolução da enfermidade / *Évolution de la pathologie*: .....

Influência no estado de saúde / *Retentissement sur l'état de santé*: .....

Déficits funcionais / *Déficits fonctionnels*: .....

Comparação com o relatório anterior / *Par rapport à l'examen précédent* (data / date):..... ),

Melhorou / *la situation s'est améliorée*       Agravou / *s'est détériorée*

Permaneceu estável / *est restée stationnaire*

**12. O segurado ainda é capaz de realizar de forma regular um trabalho:  
L'assuré demeure capable d'exercer de façon régulière les types d'activité suivants :**

pesado / *travaux lourds*

médio / *travaux mi-lourds*

leve / *travaux légers*

**13. As restrições seguintes devem ser observadas / Restrictions à prendre en compte**

13.1 Evitar o trabalho / *Proscrire*

em local úmido / *l'exposition à l'humidité*

em lugar frio / *l'exposition au froid*

em lugar com alta temperatura / *l'exposition à la chaleur*

em lugar barulhento / *l'exposition au bruit*

em lugar com fumaça, gases, vapores, e aerodispersóides  
*l'exposition à la fumée, aux gaz, vapeurs et émanations*

por turnos / *le travail posté*

em turno da noite / *le travail de nuit*

em tarefas que muitas vezes exijam do segurado a se  
inclinarem, levantar, transportar objetos  
*la flexion, le levage et le port de charges fréquents*

em tarefas que muitas vezes exijam do segurado o uso de  
rampas ou escadas  
*la montée d'escaliers, d'échelles ou de plans inclinés*

com risco de queda / *les risques de chute*

13.2 La só pode ser exercida / *Le travail n'est possible :*

em posição sentada / *qu'en position assise*

com pausas adicionais (além das habituais pausas) número e  
duração dessas pausas / *que moyennant des pauses  
supplémentaires (outre les pauses habituelles) nombre et durée de  
ces pauses :* .....

em ambientes interiores / *qu'à l'intérieur*

com variação de postura  
*qu'en faisant alterner les postures de travail*

em trabalho que requeira andar, estar sentado e de pé  
*qu'en faisant alterner marche, stations debout et assise*

sem imposição de prazos apertados / *qu'en excluant les contraintes de délais particuliers*

13.3 O desempenho no trabalho é reduzido porque o segurado tem restrição dos órgãos sensoriais, mãos, etc.  
*Il y a diminution de la capacité de travail du fait que l'assuré n'a pas l'usage intégral de ses fonctions sensorielles, de ses mains, etc.*

.....  
É alérgico a / *est allergique à/au* .....

Sobrenome(s), nome / *Nom et prénoms*: ..... Data / *Date*: .....

.....

14.	<b>Perguntas complementares / Questions complémentaires</b>
14.1	<p>O segurado pode realizar um trabalho em tela de vídeo? / <i>L'assuré peut-il travailler sur écran?</i></p> <p><input type="checkbox"/> Sim / <i>Oui</i> <input type="checkbox"/> Não / <i>Non</i></p> <p>Em caso negativo, especificar a causa / <i>Dans la négative, en préciser la raison</i> : .....</p> <p>.....</p>
14.2	<p>O segurado pode realizar um trabalho sem a ajuda de outra pessoa no local de trabalho? <i>L'assuré est-il autonome, c'est-à-dire non tributaire de l'aide d'un tiers, sur son lieu de travail ?</i></p> <p><input type="checkbox"/> Sim / <i>Oui</i> <input type="checkbox"/> Não / <i>Non</i></p> <p>Em caso negativo, especificar a causa / <i>Dans la négative, en préciser la raison</i> : .....</p> <p>.....</p>
14.3	<p>O segurado pode realizar um trabalho no domicílio sem a ajuda de outra pessoa? <i>L'assuré est-il autonome, c'est-à-dire non tributaire de l'aide d'un tiers, dans son travail à domicile ?</i></p> <p><input type="checkbox"/> Sim / <i>Oui</i> <input type="checkbox"/> Não / <i>Non</i></p> <p>Em caso negativo, especificar a causa / <i>Dans la négative, en préciser la raison</i> : .....</p> <p>.....</p>
14.4	<p>O segurado pode trabalhar em período integral em seu último posto / <i>L'assuré peut-il exercer à temps plein la dernière activité exercée, à savoir</i>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Sim / <i>Oui</i> <input type="checkbox"/> Não / <i>Non</i></p> <p>Em caso negativo, especificar o tempo máximo de trabalho (em horas ou porcentagens de jornada laboral) / <i>Dans la négative, prière de préciser la durée maximale du travail (en heures ou en pourcentage de la durée journalière normale)</i> .....</p>
14.5	<p>O segurado pode realizar trabalho adaptado? / <i>Un travail adapté est-il possible?</i></p> <p><input type="checkbox"/> Sim / <i>Oui</i> <input type="checkbox"/> Não / <i>Non</i></p> <p>Em caso afirmativo, citar alguns exemplos de trabalho / <i>Dans l'affirmative, en citer quelques exemples</i> :.....</p> <p>.....</p>
14.6	<p>O segurado pode realizar trabalho adaptado em tempo integral? / <i>Un travail adapté peut-il être exercé à temps plein?</i></p> <p><input type="checkbox"/> Sim / <i>Oui</i> <input type="checkbox"/> Não / <i>Non</i></p> <p>Em caso negativo, especificar o tempo máximo de trabalho (em horas ou porcentagens de jornada laboral) <i>Dans la négative, prière de préciser la durée maximale du travail (en heures ou en pourcentage de la durée journalière normale)</i> :</p> <p>.....</p>
14.7	<p>A invalidez para o último posto é, em virtude da legislação do país de residência, <i>En vertu de la législation du pays de résidence, l'invalidité, pour activité exercée en dernier lieu, est,</i></p> <p><input type="checkbox"/> total / <i>totale</i> <input type="checkbox"/> parcial / <i>partielle</i></p> <p>Em caso de ser parcial, indicar o grau / <i>En cas d'invalidité partielle, en préciser le taux</i>: .....</p>
14.8	<p>Grau de invalidez, nos termos da lei do país de residência, para qualquer outra atividade correspondente às aptidões da pessoa em questão / <i>Taux d'invalidité, en vertu de la législation du pays de résidence, pour toute autre activité correspondant aux aptitudes de l'intéressé</i> : .....</p>
14.9	<p>Categoria de invalidez nos termos da lei do país de residência / <i>Catégorie d'invalidité en vertu de la législation du pays de résidence</i> : .....</p> <p>(para ser especificado apenas se o exame médico for o pré-requisito para uma decisão sobre incapacidade ou o exame de um pedido de um benefício de invalidez) / <i>à ne préciser que si l'examen médical a été le préalable à une décision en matière d'incapacité ou à l'instruction d'une demande de pension ou de rente d'invalidité)</i></p>
14.10	<p>As restrições estabelecidas / <i>Les restrictions énumérées sont</i></p> <p><input type="checkbox"/> são permanentes desde / <i>permanentes depuis le</i> .....</p> <p><input type="checkbox"/> são temporárias, a partir de / <i>temporaires et ne valent que du</i> ..... até / <i>au</i> .....</p>
14.11	<p>É possível melhorar o estado de saúde atual? / <i>Une amélioration de l'état de santé actuel de l'assuré est-elle possible?</i></p> <p><input type="checkbox"/> Sim / <i>Oui</i> <input type="checkbox"/> Não / <i>Non</i> <input type="checkbox"/> Não é possível responder / <i>impossible de répondre</i></p> <p>Em caso afirmativo, indicar as medidas / <i>Dans l'affirmative, préciser la façon d'y parvenir</i> : .....</p> <p>.....</p>

Sobrenome(s), nome / Nom et prénoms: .....

Data / Date : .....

14.12 Pode ser melhorada a capacidade de trabalho mediante / *L'amélioration de la capacité de travail passe-t-elle par :* reabilitação médica? / *une rééducation médicale ?* reabilitação profissional? / *une réadaptation professionnelle ?* Sim / *Oui*     Não / *Non*     Não é possível responder / *Impossible de répondre***15. Será necessário realizar uma nova perícia no futuro?  
*Un réexamen ultérieur de l'assuré est-il nécessaire ?*** Sim / *Oui* Não / *Non*Em caso afirmativo, indicar a data / *Dans l'affirmative, en préciser la date* .....**16. MÉDICO QUE EXPEDIU O RELATÓRIO / MÉDECIN AYANT ÉTABLI LE RAPPORT**Carimbo / *Cachet*Data / *Date*Assinatura do médico / *Signature du médecin*