

Canada/Brazil Agreement

Applying for a Brazilian disability benefit

Here is some important information you need to consider when completing your application.

Please ensure you sign the application. If you are signing with a mark, (for example: "X") the signature of a witness is required.

Your application must be supported by documentation. Please submit the documents requested. Failure to complete the application and provide the requested documentation may result in delays in processing your application.

Where original documents are specifically requested, originals must be submitted with your application. You should keep a certified true copy of any originals you send us for your records. Some countries require original documentation which will not be returned to you.

You may submit the original or a photocopy that is certified as true for any of the documents where originals are not required. It is better to send certified copies of documents rather than originals. If you choose to send original documents, send them by registered mail. We will return the original documents to you. We can only accept a photocopy of an original document if it is legible and if it is a certified true copy of the original. Our staff at any Service Canada centre will photocopy your documents and certify them free of charge. If you cannot visit a Service Canada Centre, you can ask one of the following people to certify your photocopy:

Accountant; Chief of First Nations Band; Commissioner for Oaths; Employee of a Service Canada Centre acting in an official capacity; Funeral Director; Justice of the Peace; Lawyer, Magistrate, Notary; Manager of Financial Institution; Medical and Health Practitioners: Chiropractor, Dentist, Doctor, Naturopathic Doctor, Nurse Practitioner, Ophthalmologist, Optometrist, Pharmacist, Psychologist, Registered Nurse; Member of Parliament or their staff; Member of Provincial Legislature or their staff; Minister of Religion; Municipal Clerk; Official of a federal government department or provincial government department, or one of its agencies; Official of an Embassy, Consulate or High Commission; Officials of a country with which Canada has a reciprocal Social Security Agreement; Police Officer; Professional Engineer; Social Worker; Teacher, University Professor.

People who certify photocopies must compare the original document to the photocopy, state their official position or title, sign and print their name, give their telephone number and indicate the date they certified the document.

They must also write the following statement on the photocopy: **This photocopy is a true copy of the original document which has not been altered in any way.**

If a document has information on both sides, both sides must be copied and certified. You cannot certify photocopies of your own documents, and you cannot ask a relative to do it for you.

Return your completed application, forms and supporting documents to:

International Operations
Service Canada
P.O. Box 250
Fredericton NB E3B 4Z6
CANADA

Disclaimer:

This application form has been developed by external sources in cooperation with Employment and Social Development Canada. The content and language contained in the form respond to the legislative needs of those external sources.

CERTIDÃO APRESENTADA QUE COMPROVA O ESTADO CIVIL / DOCUMENT PROVING MARITAL STATUS					
Solteiro / Single ☐	Casado / Married ☐	União Estável / Common- law ☐	Viúvo / Widow ☐	Divorciado / Divorced ☐	Separado / Separated ☐
Documento brasileiro / Brazilian document	Cartório / Notarization Office	Livro / Book	Folha / Sheet	Data de Expedição / Date of issue (dd/mm/aaaa) / (dd/mm/yyyy) ____/____/____	Número do Documento. /Document Number
Documento document		Nome do departamento de expedição / Name of the issuing Institution		Data de expedição / Date of Issue (dd/mm/aaaa) (dd/mm/yyyy) ____/____/____	
DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO / IDENTIFICATION DOCUMENT					
☐ Número do Documento de Identificação Brasileiro / Brazilian Identification Document Number ou/or _____ ☐ Número do Documento de Identificação Canadense / Canadian Identification Document Number _____ ☐ Outro País / Other Country _____			Data de Expedição (dd/mm/aaaa) / Date of Issue (dd/mm/yyyy) ____/____/____		
Cadastro de Pessoa Física-CPF no Brasil / Brazilian Individual Taxpayer Registration:					
Número de Identificação do Trabalhador- NIT no Brasil / Brazilian Worker's Identification Number – NIT:					
Número do Seguro Social Canadense / Canadian Social Insurance Number (SIN):					
DADOS RESIDENCIAIS / HOME ADDRESS					
País / Country	Estado / Province		Cidade /City	CEP / Postal Code	
Rua / Street Bairro / Neighbourhood (if applicable) Logradouro / Sidewalk (if applicable)				Número / Number	
Apt., Villa. / Apt Number, Village:			Telefone / Telephone number		
E-mail					

**OBS.: DEVERÁ SER ANEXADO O FORMULÁRIO RELATÓRIO MÉDICO BRA-CAN 09 / MEDICAL REPORT BRA-CAN 09
MUST BE ATTACHED**

3 DECLARAÇÃO DE ATIVIDADES NO BRASIL, CANADÁ E OUTROS PAÍSES / INSURED PERSON'S WORK HISTORY IN BRAZIL, CANADA AND OTHER COUNTRIES						
Nome da Empresa onde exerce a atividade / Company or Employer's Name where the person exerts or has exercised activity	Nº Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica-CNPJ / Corporate Taxpayer Registry-CNPJ	País / Country	Atividade e o regime de Previdência a que estava coberto / Activity and the Social Security Regime that was covered	Desde / From (dd/mm/aaaa) / (dd/mm/yyyy)	Até / To (dd/mm/aaaa) / (dd/mm/yyyy)	Observações / Observations
				__/__/__	__/__/__	
				__/__/__	__/__/__	
				__/__/__	__/__/__	
				__/__/__	__/__/__	
				__/__/__	__/__/__	

4 DADOS RELATIVOS AO PROCURADOR OU REPRESENTANTE LEGAL (se for o caso) / LEGAL REPRESENTATIVE DETAIL (if applicable) / ANEXAR DOCUMENTO COMPROBATÓRIO / ATTACH SUPPORTING DOCUMENTATION EVIDENCE			
Nome e sobrenome / Name and Last name			
DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PROCURADOR/IDENTIFICATION DOCUMENT OF LEGAL REPRESENTATIVE			
☐ Número do Documento de Identificação Brasileiro / Brazilian Identification Document Number _____	Data de Expedição (dd/mm/aaaa) / Date of Issue (dd/mm/yyyy) ____/____/____		
☐ Número do Documento de Identificação Canadense / Canadian Identification Document Number _____			
☐ Outro País / Other Country _____			
Cadastro de Pessoa Física-CPF no Brasil / Brazilian Individual Taxpayer Registration: [][][] [][][] [][][][] [][][]			
Número de Identificação do Trabalhador- NIT no Brasil / Brazilian Worker's Identification Number – NIT: [][][] [][][][] [][][][] [][][]			
DADOS RESIDENCIAIS / HOME ADDRESS			
País / Country	Estado / Province	Cidade / City	CEP / Postal Code
Rua / Street Bairro / Neighbourhood (if applicable) Logradouro / Sidewalk (if applicable)			Número / Number
Apt., Villa. / Apt Number, Village:		Telefone / Telephone number	
E-mail:			

5	DADOS BANCÁRIOS / BANKING DETAILS	Brasil / Brazil ☐	Canadá / Canada ☐
Nome do titular / Holder's name			
Nome do Banco / Bank's name			
Número e nome da Agência Bancária / Branch's name and code			
Endereço do Banco / Bank's address			
Código bancário BIC/SWIFT / Bank identification Code (BIC/SWIFT)			
Número da Conta Bancária / Account Number			

6	DECLARAÇÃO DO REQUERENTE / APPLICANT STATEMENT
Eu declaro que as informações constantes nesta solicitação são verdadeiras, completas e de meu conhecimento e comprometo-me a fornecer as informações que sofrerem alterações, posteriores a este requerimento. Autorizo às instituições competentes brasileiras e canadenses a trocar todas as informações e documentos que se relacionam a este requerimento de benefício. I certify that the information contained in this application is true and complete to the best of my knowledge and I undertake to provide any information that should change, subsequent to this application. I authorize the competent social security institutions in Brazil and Canada to exchange all information and documents relating to this application for benefits. Local / Place: _____ _____/_____/_____ Data da solicitação (dd/mm/aaaa) / Date of Application (dd/mm/yyyy) _____ Assinatura do requerente / Applicant signature	

7	TERMO DE RESPONSABILIDADE / TERM OF RESPONSIBILITY
Pelo presente Termo de Responsabilidade declaro estar ciente de que a ocorrência de óbito ou emancipação de dependentes deverá ser comunicada ao INSS no prazo de 30 (trinta) dias, a contar da data em que o mesmo ocorrer, mediante apresentação da respectiva certidão. A falta do cumprimento do compromisso ora assumido ou de qualquer declaração falsa, além de obrigar a devolução de importâncias recebidas indevidamente, quando for o caso, sujeitar-se-á às penalidades previstas no art. 171 e 299 do Código Penal. I hereby sign this Disclaimer and declare to be aware that the occurrence of death or emancipation of dependents must be reported to the INSS within 30 (thirty) days, from the date on which it occurs, by means of a death certificate or supporting document. Non-compliance to this or any false statement made, in addition to forcing the return of undue payment, if applicable, will subject me to the penalties provided for in art. 171 and 299 of the Penal Code. Local / Place: _____ _____/_____/_____ Data da solicitação (dd/mm/aaaa) / Date of Application (dd/mm/yyyy) _____ Assinatura do requerente / Applicant signature	

A CARGO DA INSTITUIÇÃO COMPETENTE / TO BE COMPLETED BY THE COMPETENT INSTITUTION

8	INSTITUIÇÃO COMPETENTE / COMPETENT INSTITUTION
☐ A exatidão dos dados pessoais indicados neste formulário foi verificada. The accuracy of personal data in this form has been verified. ☐ Relatório médico BRA-CAN 09 em anexo. Medical report BRA-CAN 09 attached. ☐ Outras informações / Other information _____ _____ _____ Local e Data (dd/mm/aaaa) / Place and Date (dd/mm/yyyy): _____, ____/____/____. _____ Carimbo / Stamp _____ Assinatura / Signature	

Canada/Brazil Agreement

Documents and/or information required to support your application [BRA-CAN 06] for a Brazilian disability benefit

Complete the attached form:

- ***Medical Report*** [BRA-CAN 09]

Information to be submitted:

- Your Brazilian employee identification number (Número de Identificação do Trabalhador (NIT))

Original or certified copies to be submitted:

- Birth certificate for you and any children under age 14
- Marriage certificate (if applicable)
- Identification document, such as Brazilian identification card (Registro Geral (RG)) or Work and social security card (Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS)) for you
- Individual Taxpayer Registry (Cadastro de Pessoa Física (CPF)) or proof of application and CPF registration status for you
- Documents in support of your Brazilian insurance periods and the types of work activities you performed (e.g., Work and Social Security card (CTPS) or other)
- Temporary worker's certificate or employment agency certificate for you (if applicable)
- Medical documentation, such as medical certificates, laboratory test results, hospitalization records, outpatient treatment records, etc. for you

IMPORTANT: If you have already submitted any of the required documents when you applied for a Canada Pension Plan or Old Age Security benefit, you do not need to resubmit them.

ACORDO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL ENTRE A REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL E O CANADÁ
AGREEMENT ON SOCIAL SECURITY BETWEEN THE FEDERATIVE REPUBLIC OF BRAZIL AND CANADA
ACCORD DE SÉCURITÉ SOCIALE ENTRE LA RÉPUBLIQUE FÉDÉRATIVE DU BRÉSIL ET LE CANADA

RELATÓRIO MÉDICO DE INVALIDEZ
MEDICAL REPORT
RAPPORT MÉDICAL

Data da solicitação /
 Date of request /
 Date de la demande ____/____/____
 (dd/mm/aaaa) / (dd/mm/yyyy) (jj/mm/aaaa)

1	INSTITUIÇÃO DESTINATÁRIA / ADDRESSEE INSTITUTION / ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT
Denominação / Name / Nom Opérations internationales Service Canada Ottawa ON K1A 0L4 CANADA	

2	DADOS RELATIVOS AO SEGURADO / INSURED PERSON'S DETAILS / DÉTAILS SUR LA PERSONNE ASSURÉE										
Nome do segurado / Insured's name / Nom de l'assuré Primeiro nome / First name / Prénom	Nome do meio / Middle name / Second prénom Sobrenome / Last name / Nom de famille										
Nome da mãe / Mother's name / Nom de la mère Primeiro nome / First name / Prénom	Nome do meio / Middle name / Second prénom Sobrenome / Last name / Nom de famille										
Nome do pai / Father's name / Nom du père Primeiro nome / First name / Prénom	Nome do meio / Middle name / Second prénom Sobrenome / Last name / Nom de famille										
Cadastro de Pessoa Física-CPF no Brasil / Brazilian Individual Taxpayer Registration / Numéro d'inscription individuel du contribuable au Brésil : <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>											
Número de Identificação do Trabalhador- NIT no Brasil / Brazilian Worker's Identification Number – NIT / Numéro d'identification du travailleur au Brésil – NIT : <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>											
Número do Seguro Social Canadense / Canadian Social Insurance Number (SIN) / Numéro d'assurance sociale (NAS) au Canada: <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>											
DADOS DO NASCIMENTO / BIRTH DATA / RENSEIGNEMENTS SUR LA NAISSANCE											
Cidade de nascimento / Birthplace / Lieu de naissance	Estado / State or Province / État ou province País / Country / Pays										
Data de nascimento / Date of birth / (dd/mm/aaaa) / (dd/mm/yyyy) / Date de naissance (jj/mm/aaaa) ____/____/____	Sexo / Gender / Sexe M ☐ F ☐ Nacionalidade / Nationality / Nationalité										

Documento de Identificação (Tipo) / Identity document (Type) / Document d'identité (genre)	Número do Documento / Document Number / Numéro du document	Data de Expedição / Date of issue (dd/mm/aaaa) / (dd/mm/yyyy) / Date de délivrance (jj/mm/aaaa): ____/____/____	País de Expedição / Country of Issue / Pays émetteur:
Documento Canadense / Canadian document / Document du Canada	Nome do departamento de expedição / Name of the issuing Institution / Nom de l'établissement émetteur	Data de expedição (dd/mm/aaaa) / Date of Issue (dd/mm/yyyy) / Date de délivrance (jj/mm/aaaa) ____/____/____	
DADOS RESIDENCIAIS / HOME ADDRESS / ADRESSE RÉSIDENTIELLE			
País / Country / Pays	Estado / Province	Cidade / City / Ville	CEP / Postal Code / Code postal
Rua / Street / Rue Bairro / Neighbourhood (if applicable) / Quartier (s'il y a lieu) Logradouro / Sidewalk (if applicable) / Localité (s'il y a lieu)			Número / Number / Numéro
Apt., Villa. / Apt Number, Village / N° d'app., Village:		Telefone / Telephone number / Numéro de téléphone	
País / Country / Pays			
E-mail / Courriel			

3	ANTECEDENTES MÉDICOS / MEDICAL HISTORY / ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX
3.1. Antecedentes médicos pessoais e familiares / Personal and family medical history / Antécédents médicaux personnels et familiaux	
3.2. Antecedente Laboral / Employment History / Antécédents professionnels	

4	HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL / CURRENT DISEASE HISTORY / HISTORIQUE DE LA MALADIE ACTUELLE
4.1. Queixas atuais / Current complaints / Douleurs actuelles	
4.2. Tratamento / Treatment / Traitement	
4.2.1. Qual é a previsão do término do tratamento descrito no 4.2? / When is the expected end date of the treatment described in 4.2? / Quelle est la date de fin prévue du traitement décrit au point 4.2?	
4.2.2. Existe previsão de tratamento cirúrgico? Se sim , quando será realizado? / Is surgical treatment expected? If yes , when will it be done? / Une intervention chirurgicale est-elle prévue? Si oui , quand aura-t-elle lieu?	

4.3. Prognóstico (Recuperação) / Prognosis (Recovery) / Pronostic (rétablissement)
4.4. Qual é a Data do Último dia de Trabalho – DUT (dd/mm/aaaa)? / What is the date of the last day of work (dd/mm/yyyy)? / Date du dernier jour de travail (jj/mm/aaaa)? ____/____/____
4.5. Data do Início da Doença – DID (dd/mm/aaaa) / Date of onset of disease (dd/mm/yyyy) / Date du début de la maladie (jj/mm/aaaa) : ____/____/____
4.6. Descreva os dados considerados para a fixação da Data do Início da Doença – DID / Describe the data considered for determining the date of illness onset / Décrire les données étudiées pour déterminer la date de début de la maladie

5	EXAME FÍSICO GERAL / GENERAL PHYSICAL EXAMINATION / EXAMEN PHYSIQUE GÉNÉRAL
5.1. Estado Geral / State General / État général	
Altura / Height / Grandeur: _____ cm.	Peso / Weight / Poids: _____ kg.
<u>Estado Nutricional / Nutritional Status / État nutritionnel:</u>	
☐ bom / good / bon ☐ excesso de peso / overweight / surpoids ☐ abaixo do peso / underweight / insuffisance de poids	
Membranas mucosas / Mucous membrane / Muqueuse: _____	
Pele / Skin / Peau: _____	
Estado mental e emocional / Mental and emotional state / État mental et émotionnel: _____	
Observações / Observations: _____	
5.2. Cabeça / Head / Tête	
5.2.1. Visão / Vision: _____	
5.2.2. Audição / Hearing / Audition: _____	
5.2.3. Outros órgãos sensoriais / Other sensory organs / Autres organes des sens: _____	
5.3. Pescoço (observações externas) / Neck (external observations) / Cou (observations externes):	
5.3.1. Exame da glândula tireóide / Examination of the thyroid gland / Examen de la glande thyroïde: _____	
5.3.2. Linfonodos / Lymph nodes / Ganglions lymphatiques: _____	
5.3.3. Outras observações / Other observations / Autres observations: _____	

5.4 Aparelho respiratório / Respiratory system / Système respiratoire:
5.5 Sistema circulatório / Circulatory system / Système circulatoire:
5.5.1 Coração / Heart / Coeur:
5.5.2 Pulso / Pulse / Pouls:
5.5.3 Pressão arterial (em repouso) / Blood pressure (resting) / pression sanguine (au repos):
5.5.4 Pressão arterial (segunda medição) / Blood pressure (second measurement) / Pression sanguine (deuxième mesure):
5.5.5 Vasos periféricos / Peripheral vessels / Vaisseaux périphériques:
5.5.6 Edema / Oedème:
5.5.7 ECG (em repouso) / ECG (resting) / ECG (au repos):
5.6 Abdômen / Abdomen:
5.6.1 Aparelho digestivo e órgãos intra-abdominais / Digestive system and intra-abdominal organs / Système digestif et organes intraabdominaux:
5.6.2 Fígado / Liver / Foie:
5.6.3 Baço / Spleen / Rate:
5.6.4 Sistema endócrino / Endocrine system / Système endocrinien:
5.7 Aparelho genito-urinário / Genitourinary system / Système génito-urinaire:
5.8. Exame mental (aparência, atitude, afeto, pensamento, linguagem, consciência, orientação, memória recente e remota, neuopercepção, abstração, juízo) / Mental examination (appearance, attitude, affect, thought, language, consciousness, orientation, recent and remote memory, abstraction, judgment) / Examen mental (apparence, attitude, humeur, réflexion, langage, connaissance, orientation, mémoire ancienne et récente, abstraction, jugement)

5.9. Aparelho locomotor (em caso necessário, utilizar o método ZERO-NEUTRO, página 7 e 8)
Locomotor system (if necessary, use the NEUTRAL METHOD, page 7 and 8)
Système locomoteur (si nécessaire, utilisez la MÉTHODE NEUTRE, pages 7 et 8)

5.9.1 Coluna vertebral / Spine / Colonne vertébrale: _____

5.9.2 Membros superiores / Upper limbs / Membres supérieurs: _____

5.9.3 Membros inferiores / Lower limbs / Membres inférieurs: _____

5.9.4 Presença de gânglios linfáticos / Presence of lymph gland / Présence de nœud lymphoïde: _____

5.10 Exame Neurológico / Evidence neurological / Examen neurologique:

Movimento (força e tônus) / Movement (strength and tone) / Mouvement (force et tonus):

☐ normal / normal ☐ aumentado / fast / rapide ☐ lento / slow / lent ☐ fraco / weak / faible

Marcha / Gait / Démarche :

☐ normal / normale ☐ alterada. Tipo de alteração / altered. Kind of alteration / altérée, genre d'altération: _____

Reflexos / Reflection / Réflexe: _____

5.10.1 Sintomas neurovegetativos / Neurovegetative symptoms / Symptômes neuro-végétatifs: _____

5.11 Outras informações / Other information / Autres renseignements:

6	PROVAS FUNCIONAIS E OUTROS EXAMES COMPLEMENTARES (*) (EM CASO NECESSÁRIO) / FUNCTIONAL TESTS AND OTHER EXAMINATIONS (*) (IF NECESSARY) / TESTS FONCTIONNELS ET AUTRES EXAMENS (*) (SI NÉCESSAIRE)
6.1 Função pulmonar / Pulmonary function / Fonction pulmonaire: _____ _____ _____	
6.2 Função cardíaca / Cardiac function / Fonction cardiaque: _____ _____ _____	
6.3 Estudos de imagens (indicar data) / Studies by image (indicate date) / Examens par image (indiquer la date): _____ _____	
6.3.1 Ecografia Doppler (coração e vasos) / Doppler ultrasound (heart and vessels) / Échographie Doppler (cœur et vaisseaux): _____ _____ _____	
6.3.2 Resultados de exames radiográficos atuais / Results of radiographic examination actual / Résultats des examens radiographiques actuels: _____ _____ _____	
6.3.3 Resultados de exames radiográficos anteriores realizados em outra parte / Result from previous radiographic examination performed elsewhere / Résultat d'un examen radiographique effectué ailleurs: _____ _____ _____	
6.3.4 Ecografia (abdômen e outros) / Ultrasound (abdomen and others) / Échographie (abdomen et autres): _____ _____ _____	
6.3.5 Imagens por ressonância nuclear magnética (RNM) e investigações especiais / Magnetic resonance images for special investigations / Images par résonance magnétique pour des enquêtes spéciales: _____ _____	
6.4 Resultados de laboratório / Results of laboratory / Résultats de laboratoire: _____ _____ _____ _____	
6.5 Outros exames / Other exams / Autres examen: _____ _____ _____	

MÉTODO ZERO-NEUTRO / NEUTRAL METHOD / MÉTHODE NEUTRE

Folha de medições correspondente ao aparelho locomotor segundo o método ZERO-NEUTRO. / Measurement Sheet corresponding to the locomotor measurements according to the NEUTRAL METHOD. / Feuille d'évaluation de l'appareil locomoteur selon la MÉTHODE NEUTRE.

Registrar apenas os achados patológicos ou aqueles considerados normais, mas que sejam relevantes para a conclusão médica.
Register only the pathological findings or those considered normal, but that are relevant to the medical conclusion.
Inscrire seulement les observations pathologiques ou celles considérées comme normales, mais qui sont pertinentes à la conclusion médicale.

Coluna Vertebral / Spinal Column / Colonne vertébrale

	Extensão/Flexão / extension/flexion 45-0-45°	Rotação direita/esquerda / Rotation right/left / Rotation droite/gauche 80-0-80°		Inclinação Lateral direita/esquerda / Lateral tilt right/left / Inclinaison droite/gauche 45-0-45°
Distância queixo/esterno / Distance chin/sternum / Distance menton/sternum	D _____ ° E _____ ° _____ cm		D _____ ° E _____ °	D _____ ° E _____ °
	Prova da mobilidade lombar / Evidence of lumbar mobility / Preuve mobilité lombaire 8-10-15 cm	Rotação direita/esquerda / Rotation right/left / Rotation droite/gauche 30-0-30°		Inclinação Lateral direita/esquerda / Lateral tilt right/left / Inclinaison droite/gauche 40-0-40°
_____ cm	D _____ ° E _____ °	D _____ ° E _____ °		

Articulação do Ombro / Shoulder Joint /
Articulation de l'épaule

	Extensão/Flexão / Extension/Flexion 170-0-40°
Abdução / abduction 180-0-40°	D _____ ° E _____ °
D _____ ° E _____ °	
Rotação externa/ interna / External/internal rotation / Rotation externe/interne 50-0-95°	D _____ ° E _____ °

Articulação do Cotovelo / Elbow Joint /
Articulation du coude

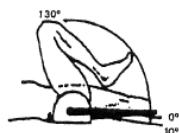
	Extensão/Flexão / Extension/Flexion 10-0-150°
D _____ ° E _____ °	D _____ ° E _____ °

Articulação do Antebraço / Forearm Joint /
Articulation de l'avant-bras

	Supinação/ Pronação / supination / pronation 80-0-90°
D _____ ° E _____ °	D _____ ° E _____ °

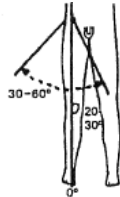
Articulação do Punho / Wrist Joint /
Articulation du poing

	Extensão/Flexão / Extension/Flexion		Abdução/ adução /
60-0-60°	D _____ ° E _____ °	Abduction/ adduction 40-0-30°	D _____ ° E _____ °

Articulação do Quadril / Hip Joint / Articulation de la hanche

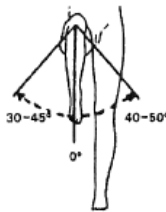
Extensão/Flexão /
Extension/Flexion
10-0-130°

D _____ °
E _____ °



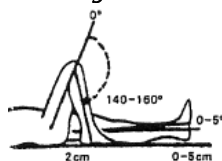
Abdução/adução /
Abduction/adduction
45-0-30°

D _____ °
E _____ °



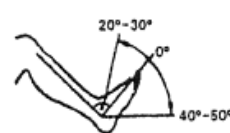
Rotação
externa/interna /
Rotation
external/internal /
Rotation
externe/interne
45-0-50°

D _____ °
E _____ °

**Articulação do Joelho /
Knee Joint / Articulation
du genou**

Extensão/Flexão /
Extension/Flexion
10-0-140°

D _____ °
E _____ °

**Articulação do Tornozelo /
Ankle Joint / Articulation de la
cheville**

Extensão/Flexão /
Extension/Flexion
45-0-25°

D _____ °
E _____ °



Medidas perimétricas em cm. / Perimeter
measures in cm / Mesures du périmètre en cm

Braço (15 cm.epic.lat.sup) /
Arm / Bras
Cotovelo / Elbow / Coude
Antebraço (10
cm.epic.lat.inf) / Forearm /
Avant-bras
Punho / Fist Joint /
Articulation du poing
Mão (sem polegar) /
Metacarpals (without
thumb) / Métacarpiens (sans
le pouce)

D	E



Medidas perimétricas em cm. / Perimeter measures in
cm / Mesures du périmètre en cm

Coxa 20 cm acima da interlinha
articular / Leg 20 cm above the
anterior junction line / Jambe
20 cm au-dessus la ligne de
jonction antérieure
Peri-rotuliano / Center of the
patella / Centre de la rotule
Perna 15 cm abaixo da interlinha
articular / Leg 15 cm below the
lower articular / Jambe 15 cm en-
dessous de l'articulation
inférieure
Perna: menor perímetro / Leg:
minimum perimeter / Jambe:
périmètre minimal
Tornozelo / Ankle / Cheville

D	E

7

DIAGNÓSTICO(S) CLÍNICO(S) FUNDAMENTADO(S) / CLINICAL DIAGNOSIS RATIONALE / JUSTIFICATION DU DIAGNOSTIC CLINIQUE

7.1. Diagnóstico principal / Principal diagnosis / Diagnostic clinique CID 10: _____

7.2. Diagnóstico(s) secundário (s) / Secondary Diagnosis / Diagnostic secondaire: CID 10: _____

8

CONCLUSÕES / CONCLUSIONS

8.1. Evolução da doença / Progression of the disease / Progression de la maladie: _____

8.2. Influência da doença no estado de saúde do interessado / Damage to health / Risque pour la santé: _____

8.3. Déficits fonctionnels / Functional deficits / Déficits fonctionnels: _____

8.4. Comparação com o relatório anterior / Comparison with the previous report (data / date) / Comparaison avec le rapport antérieur (données/date):

☐ melhorou / improved / amélioration ☐ agravou / aggravated / détérioration ☐ permaneceu estável / remained stable / stable

8.5. O segurado ainda é capaz de realizar de forma regular um trabalho / The insured person is still able to work regularly / La personne assurée est toujours en mesure de travailler régulièrement:

☐ pesado / heavy / très probable ☐ médio / medium / assez probable ☐ leve / light / peu probable

9

DESCRIÇÃO DE LIMITAÇÕES FUNCIONAIS / DESCRIPTION FUNCTIONAL LIMITATIONS / DESCRIPTION DES LIMITATIONS FONCTIONNELLES

As restrições a seguir devem ser observadas / The following restrictions should be observed / Les limitations suivantes doivent être prises en compte:

9.1. Evitar o trabalho / Avoid working / Éviter de travailler:

- | | | | |
|--|--------------------------|--|--------------------------|
| em local úmido / in a wet place / dans un milieu humide | ☐ | em local frio / in a cool place / dans un endroit frais | ☐ |
| em local com alta temperatura / In a place with high temperature / dans un endroit où il fait très chaud | ☐ | em local barulhento / in a noisy place / dans un endroit bruyant | ☐ |
| em local com fumaça, gases, vapores, poeira e aerodispersóides / In a place with smoke, gases, vapors, dust and aerosols / dans un endroit où il y a de la fumée, des gaz, des vapeurs, de la poussière, des produits en aérosol | ☐ | no turno da noite / on the night shift / quart de nuit | ☐ |
| por turnos / shifts / quarts de travail | ☐ | risco de queda / danger of falling / danger de chute | ☐ |
| tarefas que muitas vezes exijam do segurado: se inclinar, levantar, transportar objetos ou uso de rampas, escada / tasks that often require the insured to lean, lift or carry objects that require the use of ramps, ladders / tâches qui exigent que l'assuré se penche, soulève ou transporte des objets au moyen de rampes ou d'échelles fréquemment | ☐ | | |

9.2. A atividade só pode ser exercida / The activity can be performed only / L'activité peut être accomplie seulement :

- | | | | |
|---|--------------------------|--|--------------------------|
| em posição sentada / while sitting / en position assise | ☐ | com pausas adicionais (além das habituais pausas) número e duração dessas pausas / With additional breaks (other than the usual breaks) number and duration of breaks / s'il y a des pauses supplémentaires (autres que les pauses habituelles) nombre et durée des pauses : | ☐ |
| em ambientes internos / indoors / à l'intérieur | ☐ | | |
| com variação de postura / With a wide stance / debout, jambes légèrement écartées | ☐ | em trabalho que requeira andar, estar sentado e de pé / a job that requires walking, sitting and standing / un emploi dans le cadre duquel il faut marcher, s'asseoir ou se tenir debout | ☐ |
| sem imposição de prazos apertados / without imposing tight timelines / si des délais serrés ne sont pas imposés | ☐ | | |

9.3 O desempenho no trabalho é reduzido porque o segurado tem restrição dos órgãos sensoriais, mãos, etc. / The job performance is reduced because the insured has a restricted sensory organs, hands, etc. / Les tâches liées à l'emploi sont réduites parce que l'assuré a des limitations sur le plan des organes sensoriels, mains, etc.

9.4. É alérgico a / Is allergic to / Est allergique à: _____

10	OUTRAS OBSERVAÇÕES / OTHER OBSERVATIONS / AUTRES OBSERVATIONS

11	MÉDICO QUE EMITE O PARECER / PHYSICIAN PROVIDING THE MEDICAL OPINION / MÉDECIN FOURNISSANT L'OPINION MÉDICALE
Nome e Sobrenome / Name and Surname / Prénom et nom : _____ Especialista em / Expert: _____ Endereço / Address / Adresse: _____ _____ Data da realização do exame médico / Date of completion of the medical examination / Date d'achèvement de l'examen: ____ / ____ / ____ E-mail / Courriel: _____ Telefone / Telephone number / Numéro de téléphone: _____ Local/ Data / Place/Date / Lieu/date: _____, ____ / ____ / ____ _____ Assinatura / Signature	
Nome e Sobrenome / Name and Surname / Prénom et nom: _____ Especialista em / Expert: _____ Endereço / Address / Adresse: _____ _____ Data da realização do exame médico / Date of completion of the medical examination / Date d'achèvement de l'examen médical: ____ / ____ / ____ E-mail / Courriel: _____ Telefone / Telephone number / Numéro de téléphone: _____ Local/ Data / Place/Date / Lieu/date: _____, ____ / ____ / ____ _____ Assinatura / Signature	

Local / Place / Lieu : _____ Data / Date : ____ / ____ / ____

Assinatura do examinado / Signature of the examined patient / Signature du patient examiné

Nota (*): Caso apresente exames complementares estes deverão ser anexados. /
 Note (*): If present these additional tests should be attached /
 Note (*): Les examens supplémentaires, s'il y en a, doivent être joints à ce document