



Dados Básicos

Serviço Formulário - Perícia Médica Inicial de Reabilitação Profissional para Fins de Concessão de OPM	Status Concluída	Prioridade Normal
Unidade 01400 - SUBSECRETARIA DE PERÍCIA MÉDICA FEDERAL	Data de entrada do requerimento 24/08/2022 10:07	Canal de atendimento Aplicações Parceiras

Endereço para atendimento:

A tarefa não possui endereço para atendimento externo.

Campos adicionais:

Campo	Valor
ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM (a cargo do INSS)	
Origem do encaminhamento:	Perícia Médica
O requerente é segurado do INSS?	Sim
Situação Funcional/Forma de Filiação:	Empregado
Empresa:	Top Jet Car Wash LTDA
Está em gozo de Benefício por Incapacidade/Auxílio-Accidente?	Não
Grau de instrução/escolaridade:	Ensino médio incompleto
Atividades profissionais em exercício (função, atividades, aspectos ergonômicos):	Segurado vinculado na função de polidor de carro; atividade braçal em empresa prestadora de serviço
CNH:	Não
Cursos e capacitações profissionais realizados anteriores ao PRP:	Sem histórico de cursos; conhecimentos de informática de nível básico (digitação, anexar arquivos)
Experiências profissionais anteriores ao PRP:	Porteiro e experiência informal como servente de obras
Já foi reabilitado anteriormente com certificado de conclusão do PRP? Caso afirmativo, informe Data de desligamento do PRP, Função/atividade para a qual foi reabilitado e Restrições Laborais:	Não
Situação do requerente:	Em Programa de Reabilitação Profissional
Para segurado em PRP, descreva a evolução. Informe sobre readaptação na empresa de vínculo, cursos/treinamentos profissionais, função proposta e outros dados pertinentes:	Apesar da elegibilidade ao Programa com o perfil considerado favorável ao cumprimento da Reabilitação Profissional, do ponto de vista socioprofissional, o segurado ainda não iniciou o Programa pois aguarda a licitação de empresa para a protetização; também aguarda troca de lateralidade
Para segurado em PRP, transcreva as Restrições Laborais definidas pela PMF:	"não deverá desempenhar atividades que demandem destreza de ambos os membros superiores, escrita frequente, manipulação de peso, direção, operação de máquinas, porte de arma de fogo"
Registre e justifique o prognóstico de cumprimento do programa de reabilitação profissional (Favorável/Desfavorável):	Perfil favorável ao PRP
Contexto Socioeconômico	
Informações referentes a: acessibilidade à residência e na comunidade, acesso a transporte público, acesso a reabilitação física e outras informações pertinentes.	Conforme informações coletadas da avaliação inicial de RP realizada com o próprio em 2017: reside com a companheira, a mãe e o enteado em casa da mãe
Outras informações:	Segurado refere interesse em área administrativa
AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM	
Anamnese	
Altura:	1,80m
Peso:	71,3 kg
Dominância:	destro
Características da lesão/amputação:	
Etiologia:	Traumática
Traumática por:	Acidente de motocicleta
Membro(s) acometido(s):	membro superior direito
Data da amputação/lesão/diagnóstico:	09/04/2016
Tempo de evolução:	Informa que sofreu acidente de moto em 9/4/2016 sendo atendido no HEPII com necessidade de amputação do braço direito. Apresentou também fratura do fêmur e tibia direitos, submetidos à osteossíntese e TCE leve. Faz uso de anticonvulsivante desde o acidente (Depakene e Carbamazepina).
Queixas relatadas:	Nega queixas algíca. Informa sensação de membro fantasma. Refere que voltou a ter convulsões.
Histórico de protetização, ortetização e uso de outros recursos assistivos	

Campo	Valor
Quantos, quando, quem forneceu, tipo, tempo de uso, incompatibilidades anteriores, outras informações relacionadas:	Nunca recebeu prótese.
Outras solicitações de recursos assistivos	
Há processo de concessão em andamento através do Sistema Único de Saúde - SUS, outras instituições ou por outros meios?	Não
Reabilitação física	
Fez fisioterapia e/ou terapia ocupacional para adaptação e uso da prótese ou outros recursos assistivos (duração, intercorrências):	Não
Uso de prótese na atividade laboral:	
Necessidades específicas, dificuldades e outras informações relacionadas:	Relata que nunca fez fisioterapia para as lesões ortopédicas apresentadas.
História clínica	
Queixas atuais, hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo), lesões de órgãos alvos, em caso de ICC classificação de NYHA, tratamentos em curso, outras:	Ex etilista e ex tabagista. Só faz uso de anticonvulsivantes. Nega HAS, DM, alergias.
Condições de acessibilidade	
Na habitação, no trabalho, nos trajetos:	Informa que deambula cerca de 15 min até chegar em casa, parte do terreno asfaltado.
Meio(s) de deslocamento(s) habitual(is):	Se desloca para o trabalho com dois ônibus. Mantém deslocamento de ônibus. Depois do acidente passou a usar mais o trem.
Descrição de barreiras arquitetônicas e outras, se houver:	Escada somente na estação de trem.
Atividades da Vida Diária (higiene, alimentação, vestuário, lazer, mobilidade, outras)	
Assinale:	Independente
Exame Físico	
Geral:	Lucido e orientado. Responde sem dificuldade às solicitações.
Neurológico:	Nada digno de nota.
Cardiopulmonar:	Nada digno de nota.
Locomotor:	Marcha atípica. Amputação do braço direito.
Outros (alterações cognitivas, visuais, auditivas, nutricionais, abdominais, digestivas, urinárias e outras):	Escoriações tronco e abdome. Cicatriz de laparotomia exploradora infraumbilical.
Nível de amputação - MMSS	03. Amputação Transumeral - 1/3 proximal
Nível de amputação - MMII	Não se aplica
Lateralidade da lesão:	Membro superior direito.
Condições do coto (pele/fâneros, circulação, trofismo/força/tônus muscular, rigidez articular, sensibilidade, membro/dor fantasma, espículas, neuromas, úlceras, aderência, sinais flogísticos, outros):	Coto muito curto Amplitude de movimento de abdução/flexão anterior de 60° Força grau 5 abdução/adução/flexão anterior ombro direito 25 cm diâmetro; 12 cm coto a partir da borda do acromio
Medição do coto:	Cicatriz na extremidade distal do coto de amputação.
Membro contralateral	
Cicatrizes, desvios angulares e rotacionais, instabilidade e alterações degenerativas articulares, circulatórias, trofismo e força muscular, outros:	Sem limitação. ADM joelho direito 0-120°, ADM joelho esquerdo 0-130°
Membro(s) não acometido(s)	
Amplitude de movimento, alterações tróficas, força muscular, alterações degenerativas articulares, instabilidades ligamentares, outros:	Não se aplica.
Trauma Raqui Medular	
Nível, espasticidade, força muscular, controle de tronco, escaras, áreas de hiperpressão, outros:	Nenhum.
Outros Aspectos	
Prótese/outro recurso assistivo atual (Tipo, modelo, estado de conservação, adéquabilidade, outros):	Espera ganhar mais independencia para suas atividades.
Expectativa em relação à nova prótese/recurso de Tecnologia Assistiva:	Não
Deseja manter:	Nada digno de nota.
Locomoção/ Marcha - Características (cadeira de rodas, andador, bengala, muleta axilar/canadense, prótese, caminha sem apoio, padrão da marcha, caminha com ou sem auxílio de terceiros, outros):	Não se aplica, não se trata de amputação de membro inferior.
Níveis de capacidade funcional K-Level	
Exames de imagem	
Descrever os achados radiográficos e outros, se houver:	Não apresenta radiografias.
Caso sejam feitos registros tais como fotografias, vídeos e outros tipos de imagens, o perito médico deve, obrigatoriamente, preencher o formulário editável do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Uso de Imagens Relacionadas ao Processo de Concessão de OPM, disponível em <a 153="" 28="" 961="" 972"="" data-label="Page-Footer" href="http://www-prbi/na aba formulários, que deverá ser anexado ao processo eletrônico do PMF Tarefas em formato PDF, com as devidas assinaturas.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Conclusão</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Concluída a avaliação, indica-se a prescrição de Órtese, Prótese Ortopédica não Implantável, Meios Auxiliares de Locomoção e Acessórios?</td> <td>Sim</td> </tr> <tr> <td>Considerações médico periciais:</td> <td>Orientado a procurar serviço para troca de lateralidade. Explicado quanto às dificuldades para adaptação à prótese de membro superior.</td> </tr> <tr> <td>Encaminhamentos para o INSS:</td> <td>Em que pese estar aguardando prótese, necessita ser enfatizada a troca de lateralidade para desempenho das atividades laborativas. Bem adaptado às atividades do dia a dia. Pouco motivado. Prescrita prótese para amputação do membro superior direito.</td> </tr> <tr> <td>Tipo de recurso material prescrito:</td> <td>Prótese ortopédica não implantável de MMSS/MMII</td> </tr> <tr> <td>Especificação detalhada do dispositivo de OPM prescrito, conforme parâmetros descritivos constantes em manual técnico:</td> <td>Prótese ortopédica para amputação transumeral, mecânica. Encaixe em resina acrílica reforçada com fibras de carbono, com apoio no ombro e</td> </tr> </tbody> </table> </div> <div data-bbox=">Emitido em: 16/05/2023 09:00	

Campo	Valor
	correias de sustentação e de ativação do cotovelo e mão. Cotovelo mecânico com catraca. Mão mecânica com luva estética com características humanas iguais à mão contralateral.

Interessado(s)

CPF	Nome Completo	Data Nascimento	Nome Completo da Mãe
[REDACTED]	BRUNO RODRIGUES DA SILVA	11/06/1993	MARIA DA PENHA DA FONTE BARCELOS

Procurador(es) / Representante(s) Legal(is)

A tarefa não possui procurador(es) / representante(s) legal(is).

CID Principal

S423 - Fratura da diáfise do úmero

Anexos

A tarefa não possui anexos.



Dados Básicos

Serviço Formulário - Perícia Médica Inicial de Reabilitação Profissional para Fins de Concessão de OPM	Status Concluída	Prioridade Normal
Unidade 01400 - SUBSECRETARIA DE PERÍCIA MÉDICA FEDERAL	Data de entrada do requerimento 03/11/2021 10:39	Canal de atendimento Aplicações Parceiras

Endereço para atendimento:

A tarefa não possui endereço para atendimento externo.

Campos adicionais:

Campo	Valor
ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM (a cargo do INSS)	
Origem do encaminhamento:	Perícia Médica
O requerente é segurado do INSS?	Sim
Situação Funcional/Forma de Filiação:	Contribuinte Individual
Está em gozo de Benefício por Incapacidade/Auxílio-Accidente?	Sim
Espécie/Nº do Benefício:	6299365548
Grau de instrução/escolaridade:	Ensino fundamental completo
Atividades profissionais em exercício (função, atividades, aspectos ergonômicos):	Não cabe Segurada desvinculada
CNH:	Não
Cursos e capacitações profissionais realizados anteriores ao PRP:	Não
Experiências profissionais anteriores ao PRP:	ASG, copeira e ascensorista
Já foi reabilitado anteriormente com certificado de conclusão do PRP? Caso afirmativo, informe Data de desligamento do PRP, Função/atividade para a qual foi reabilitado e Restrições Laborais:	Não
Situação do requerente:	Em Programa de Reabilitação Profissional
Para segurado em PRP, descreva a evolução. Informe sobre readaptação na empresa de vínculo, cursos/treinamentos profissionais, função proposta e outros dados pertinentes:	Desvinculada Aguarda reprofissionalização em curso de assistente administrativo
Para segurado em PRP, transcreva as Restrições Laborais definidas pela PMF:	Função de demanda uso de ambos os membros superiores com destreza.
Registre e justifique o prognóstico de cumprimento do programa de reabilitação profissional (Favorável/Desfavorável):	favorável
Contexto Socioeconômico	
Informações referentes a: acessibilidade à residência e na comunidade, acesso a transporte público, acesso a reabilitação física e outras informações pertinentes.	Reside em área de risco comunidade Maré/Bonsucesso No PRP foi encaminhada para a clínica da família(toca de lateralidade) A partir deste atendimento conseguiu acesso à ABBR e cartão Riocard especial BI judicial n do processo 50316305320194025101
Outras informações:	
AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM	
Anamnese	
Altura:	1,53 m
Peso:	92,7kg
Dominância:	destra
Características da lesão/amputação:	
Etiologia:	Secundária a doença
Secundária a doença:	Vascular
Membro(s) acometido(s):	membro superior direito
Data da amputação/lesão/diagnóstico:	27/01/2019
Tempo de evolução:	teve complicaçao vascular- tromboembolismo - apos administração de medicação endovenosa em lado contralateral, evoluindo com amputação há 2 anos e 10 meses
Queixas relatadas:	sem queixas faz uso regular de xarelto
Histórico de protetização, ortetização e uso de outros recursos assistivos	
Quantos, quando, quem forneceu, tipo, tempo de uso, incompatibilidades anteriores, outras informações relacionadas:	tem protese funcional concedida pela ABBR ha 10 meses fez adaptação durante alguns meses mas nao conseguiu usar a funcionaliddae desta e queixa de que incomoda no ombro e axila esq . achou dura e pesada.
Outras solicitações de recursos assistivos	
Há processo de concessão em andamento através do Sistema Único de Saúde - SUS, outras instituições ou por outros meios?	Não
Reabilitação física	

Campo	Valor
Fez fisioterapia e/ou terapia ocupacional para adaptação e uso da prótese ou outros recursos assistivos (duração, intercorrências): Especificar (Informar duração, intercorrência, etc)	Sim treino para mudança de lateralidade , consegue escrever se alimentar e atividades da vida diária, algumas tarefas conta com ajuda da mãe Atualmente em acompanhamento psicologico / psiquiatrico em uso de rivotril e fluoxetina
Uso de prótese na atividade laboral: Necessidades específicas, dificuldades e outras informações relacionadas:	dificuldade de colocar e manter tempo de uso pois a incomoda
História clínica Queixas atuais, hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo), lesões de órgãos alvos, em caso de ICC classificação de NYHA, tratamentos em curso, outras:	Atualmente em acompanhamento psicologico / psiquiatrico em uso de rivotril e fluoxetina tem vergona de se expor usa xarelto
Condições de acessibilidade Na habitação, no trabalho, nos trajetos: Meio(s) de deslocamento(s) habitual(is): Descrição de barreiras arquitetônicas e outras, se houver:	mora em casa com a sua mãe , que a ajuda nas tarefas do lar onibus sem relato
Atividades da Vida Diária (higiene, alimentação, vestuário, lazer, mobilidade, outras)	
Assinale:	Independente
Exame Físico	
Geral:	Bom estado geral lucido e orientado corado hidratado eupneico afebril boa perfusão capilar,
Neurológico:	sem alterações
Cardiopulmonar:	ACV RCR 2 T BNF sem sopros
Locomotor:	Ar MV universalmente audível sem RA
Outros (alterações cognitivas, visuais, auditivas, nutricionais, abdominais, digestivas, urinárias e outras): Nível de amputação - MMSS	amputação MSD transumeral medio sem alterações
Nível de amputação - MMII	04. Amputação Transumeral - 1/3 médio
Lateraldade da lesão:	Não se aplica
Condições do coto (pele/fâneros, circulação, trofismo/força/tônus muscular, rigidez articular, sensibilidade, membro/dor fantasma, espículas, neuromas, úlceras, aderência, sinais flogísticos, outros): Medição do coto:	lado direito sem alterações de pele sem hipersensibilidade , alega " dor fantasma" 30cm comprimento e 27 diametro
Membro contralateral	
Cicatrizes, desvios angulares e rotacionais, instabilidade e alterações degenerativas articulares, circulatórias, trofismo e força muscular, outros:	cicatriz cirúrgica em prega antecubital MSE
Membro(s) não acometido(s)	
Amplitude de movimento, alterações tróficas, força muscular, alterações degenerativas articulares, instabilidades ligamentares, outros:	sem alterações
Trauma Raqui Medular	
Nível, espasticidade, força muscular, controle de tronco, escaras, áreas de hiperpressão, outros:	não se aplica
Outros Aspectos	
Prótese/outro recurso assistivo atual (Tipo, modelo, estado de conservação, adequabilidade, outros):	Prótese ortopédica para amputação transumeral, mecânica. Encaixe em resina acrílica reforçada com fibras de carbono, com apoio no ombro e correias de sustentação e de ativação do cotovelo e mão. Cotovelo mecânico com catraca. Mão mecânica com luva estética com características humanas iguais à mão contralateral
Expectativa em relação à nova prótese/recurso de Tecnologia Assistiva:	sem alterações no estado de conservação
Deseja manter:	Espera prótese mais confortável e leve para melhor adaptação e uso frequente com preocupação estética
Deseja manter:	Sim
Locomoção/ Marcha - Características (cadeira de rodas, andador, bengala, muleta axilar/canadense, prótese, caminha sem apoio, padrão da marcha, caminha com ou sem auxílio de terceiros, outros): Níveis de capacidade funcional K-Level	Sim sem alterações de marcha
	03. K 3 - Tem capacidade para deambular com cadência variável e para transpor barreiras arquitetônicas. Típico de um amputado que se desloca na comunidade e poderá ter atividade física, profissional ou terapêutica que exija a utilização da prótese além da simples locomoção.
Exames de imagem	
Descrever os achados radiográficos e outros, se houver:	não traz
Caso sejam feitos registros tais como fotografias, vídeos e outros tipos de imagens, o perito médico deve, obrigatoriamente, preencher o formulário editável do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Uso de Imagens Relacionadas ao Processo de Concessão de OPM, disponível em www.prbri/naabaformularios, que deverá ser anexado ao processo eletrônico do PMF Tarefas em formato PDF, com as devidas assinaturas.	
Conclusão	
Concluiu a avaliação, indica-se a prescrição de Órtese, Prótese Ortopédica não Implantável, Meios Auxiliares de Locomoção e Acessórios?	Sim
Considerações médico periciais:	necessita protetização para apoio , funcionalidade e estética, visa trabalhar em área administrativa
Encaminhamentos para o INSS:	prescrição de prótese

Campo	Valor
Tipo de recurso material prescrito:	Prótese ortopédica não implantável de MMSS/MMII
Especificação detalhada do dispositivo de OPM prescrito, conforme parâmetros descritivos constantes em manual técnico:	Prótese ortopédica para amputação transumeral, passiva /estética. Encaixe em resina acrílica reforçada com fibras de carbono, com apoio no ombro e correias de sustentação. Cotovelo com trava passiva. Antebraço com acabamento estético. Mão passiva com luva estética com características humanas iguais à mão contralateral

Interessado(s)

CPF	Nome Completo	Data Nascimento	Nome Completo da Mãe
[REDACTED]	CILENE FERNANDES DA SILVA	04/05/1981	MARLENE JORGE FERNANDES

Procurador(es) / Representante(s) Legal(is)

A tarefa não possui procurador(es) / representante(s) legal(is).

CID Principal

S481 - Amputação traumática de localização entre o ombro e o cotovelo

Anexos

A tarefa não possui anexos.



Dados Básicos

Serviço Formulário - Perícia Médica Inicial de Reabilitação Profissional para Fins de Concessão de OPM	Status Concluída	Prioridade Normal
Unidade 01400 - SUBSECRETARIA DE PERÍCIA MÉDICA FEDERAL	Data de entrada do requerimento 25/08/2022 09:45	Canal de atendimento Aplicações Parceiras

Endereço para atendimento:

A tarefa não possui endereço para atendimento externo.

Campos adicionais:

Campo	Valor
ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM (a cargo do INSS)	
Origem do encaminhamento:	Perícia Médica
O requerente é segurado do INSS?	Sim
Situação Funcional/Forma de Filiação:	Empregado
Empresa:	Chateau indústria plástica Itda
Está em gozo de Benefício por Incapacidade/Auxílio-Accidente?	Não
Grau de instrução/escolaridade:	Ensino fundamental incompleto
Atividades profissionais em exercício (função, atividades, aspectos ergonômicos):	Manipulador de máquina extrusora
CNH:	Não
Cursos e capacitações profissionais realizados anteriores ao PRP:	Sem inf
Experiências profissionais anteriores ao PRP:	Sem inf
Já foi reabilitado anteriormente com certificado de conclusão do PRP? Caso afirmativo, informe Data de desligamento do PRP, Função/atividade para a qual foi reabilitado e Restrições Laborais:	Sem inf
Situação do requerente:	Em Programa de Reabilitação Profissional
Para segurado em PRP, descreva a evolução. Informe sobre readaptação na empresa de vínculo, cursos/treinamentos profissionais, função proposta e outros dados pertinentes:	Não cabe
Para segurado em PRP, transcreva as Restrições Laborais definidas pela PMF:	Atividades que necessitem do uso de ambas as mãos
Registre e justifique o prognóstico de cumprimento do programa de reabilitação profissional (Favorável/Desfavorável):	favorável
Contexto Socioeconômico	
Informações referentes a: acessibilidade à residência e na comunidade, acesso a transporte público, acesso a reabilitação física e outras informações pertinentes.	Sem inf
Outras informações:	Caso novo de RP em fila de espera para abertura de prontuário+avl socioprofissional Segundo PLENUS reside atualmente no município de Saquarema Subtarefa realizada à pedido da chefia/colaborador de RP
AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM	
Anamnese	
Altura:	1,78
Peso:	84 kg
Dominância:	Destro
Características da lesão/amputação:	
Etiologia:	Traumática
Traumática por:	Acidente de carro
Membro(s) acometido(s):	Membro superior esquerdo
Data da amputação/lesão/diagnóstico:	08/01/2021
Tempo de evolução:	1 ano e 7 meses.
Queixas relatadas:	Relata dor e dormência na mão esquerda (membro amputado).
Histórico de protetização, ortetização e uso de outros recursos assistivos	
Quantos, quando, quem forneceu, tipo, tempo de uso, incompatibilidades anteriores, outras informações relacionadas:	Nunca foi protetizado.
Outras solicitações de recursos assistivos	
Há processo de concessão em andamento através do Sistema Único de Saúde - SUS, outras instituições ou por outros meios?	Não
Reabilitação física	
Fez fisioterapia e/ou terapia ocupacional para adaptação e uso da prótese ou	Não

Campo	Valor
outros recursos assistivos (duração, intercorrências):	
Uso de prótese na atividade laboral:	
Necessidades específicas, dificuldades e outras informações relacionadas:	Informa que sua maior dificuldade é retornar ao trabalho, pois exercia função de operador de máquina, com necessidade da utilização de ambas as mãos.
História clínica	
Queixas atuais, hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo), lesões de órgãos alvos, em caso de ICC classificação de NYHA, tratamentos em curso, outras:	Hipertensão arterial sistêmica, em uso de losartan e atenolol.
Condições de acessibilidade	
Na habitação, no trabalho, nos trajetos:	Mora em rua de terra plana e com transporte público de fácil acesso. Casa pavimentada e plana.
Meio(s) de deslocamento(s) habitual(is):	Utilizava carro próprio. Atualmente sua esposa é responsável pelo deslocamento em carro próprio.
Descrição de barreiras arquitetônicas e outras, se houver:	Não há.
Atividades da Vida Diária (higiene, alimentação, vestuário, lazer, mobilidade, outras)	
Assinale:	Independente
Exame Físico	
Geral:	Lúcido e orientado. Bom estado geral. Vestes adequadas e discurso coerente. Sem alterações.
Neurológico:	
Cardiopulmonar:	Pressão arterial: 169 x 103 mmhg Frequência cardíaca: 82 bpm Aparelho cardiovascular: Ritmo cardíaco regular em 2 tempos, sem sopros ou extrassístoles. Força muscular preservada em ambos os membros superiores. Mobilidade preservada: flexo-extensão e adução e abdução. Sem alterações.
Locomotor:	
Outros (alterações cognitivas, visuais, auditivas, nutricionais, abdominais, digestivas, urinárias e outras):	
Nível de amputação - MMSS	09. Amputação de antebraço - 1/3 distal
Nível de amputação - MMII	Não se aplica
Lateralidade da lesão:	Esquerda.
Condições do coto (pele/fâneros, circulação, trofismo/força/tônus muscular, rigidez articular, sensibilidade, membro/dor fantasma, espículas, neuromas, úlceras, aderência, sinais flogísticos, outros):	Cicatriz cirúrgica bem constituída. Não há espículas ósseas palpáveis. Sensibilidade preservada.
Medição do coto:	21 cm a partir do olecrano, 20 cm diâmetro na parte distal e 28 cm na parte proximal
Membro contralateral	
Cicatrizes, desvios angulares e rotacionais, instabilidade e alterações degenerativas articulares, circulatórias, trofismo e força muscular, outros:	Não há alterações.
Membro(s) não acometido(s)	
Amplitude de movimento, alterações tróficas, força muscular, alterações degenerativas articulares, instabilidades ligamentares, outros:	Sem alterações.
Trauma Raqui Medular	
Nível, espasticidade, força muscular, controle de tronco, escaras, áreas de hiperpressão, outros:	Não se aplica.
Outros Aspectos	
Prótese/outro recurso assistivo atual (Tipo, modelo, estado de conservação, adequabilidade, outros):	Não se aplica.
Expectativa em relação à nova prótese/recurso de Tecnologia Assistiva:	Espera retornar ao trabalho e acredita que protetizado poderia realizar a mesma função.
Deseja manter:	Não
Locomoção/ Marcha - Características (cadeira de rodas, andador, bengala, muleta axilar/canadense, prótese, caminha sem apoio, padrão da marcha, caminha com ou sem auxílio de terceiros, outros):	Marcha atípica e sem auxílios.
Níveis de capacidade funcional K-Level	Não se aplica, não se trata de amputação de membro inferior.
Exames de imagem	
Descrever os achados radiográficos e outros, se houver:	Não apresenta.
Caso sejam feitos registros tais como fotografias, vídeos e outros tipos de imagens, o perito médico deve, obrigatoriamente, preencher o formulário editável do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Uso de Imagens Relacionadas ao Processo de Concessão de OPM, disponível em <a 153="" 28="" 961="" 972"="" data-label="Page-Footer" href="http://www-prbi/na aba formulários, que deverá ser anexado ao processo eletrônico do PMF Tarefas em formato PDF, com as devidas assinaturas.</td><td></td></tr> <tr> <td>Conclusão</td><td></td></tr> <tr> <td>Concluída a avaliação, indica-se a prescrição de Órtese, Prótese Ortopédica não Implantável, Meios Auxiliares de Locomoção e Acessórios?</td><td>Sim</td></tr> <tr> <td>Considerações médico periciais:</td><td>Segurado 37 anos, nível médio. Empregado como operador de máquinas.</td></tr> <tr> <td>Encaminhamentos para o INSS:</td><td>Amputação no terço distal do antebraço esquerdo (não dominante) em acidente de trabalho que determina limitação funcional para sua função. Conclui-se por incapacidade parcial e indefinida. Conclui-se por incapacidade parcial e indefinida. Sugere manutenção do programa de RP para tentativa de troca de função na empresa de vínculo.</td></tr> </tbody> </table> </div> <div data-bbox=">Emitido em: 16/05/2023 09:16	

Campo	Valor
Tipo de recurso material prescrito:	PS: Formulário não permite a opção acidente de outra natureza.
Especificação detalhada do dispositivo de OPM prescrito, conforme parâmetros descritivos constantes em manual técnico:	Prótese ortopédica não implantável de MMSS/MMII TR1-Prótese ortopédica para amputação transradial passiva /estética. Encaixe externo em resina acrílica rígida reforçada com fibras de carbono. Encaixe interno em termoplástico flexível/resina flexível/silicone. Mão passiva com Luva cosmética em latex/silicone confeccionada com características humanas iguais à mão contralateral.

Interessado(s)

CPF	Nome Completo	Data Nascimento	Nome Completo da Mãe
██████████	LEANDRO DA SILVA VALERIO	01/02/1985	ANTONIA JOSEFA DA SILVA VALERIO

Procurador(es) / Representante(s) Legal(is)

A tarefa não possui procurador(es) / representante(s) legal(is).

CID Principal

S678 - Lesão por esmagamento de outras partes e das não especificadas do punho e da mão

Anexos

A tarefa não possui anexos.



Dados Básicos

Serviço Formulário - Perícia Médica Inicial de Reabilitação Profissional para Fins de Concessão de OPM	Status Concluída	Prioridade Normal
Unidade 01400 - SUBSECRETARIA DE PERÍCIA MÉDICA FEDERAL	Data de entrada do requerimento 08/11/2021 18:24	Canal de atendimento Aplicações Parceiras

Endereço para atendimento:

A tarefa não possui endereço para atendimento externo.

Campos adicionais:

Campo	Valor
ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM (a cargo do INSS)	
Origem do encaminhamento:	Perícia Médica
O requerente é segurado do INSS?	Sim
Situação Funcional/Forma de Filiação:	Empregado
Empresa:	A B S ARAUJO RESTAURANTE EIRELI
Está em gozo de Benefício por Incapacidade/Auxílio-Accidente?	Sim
Espécie/Nº do Benefício:	31/ 6199544220
Grau de instrução/escolaridade:	Ensino fundamental incompleto
Atividades profissionais em exercício (função, atividades, aspectos ergonômicos):	motociclista
CNH:	Sim
Informar a categoria, as restrições e a validade/última renovação:	CATEGORIA B, VALIDADE ATÉ 2021, CONFORME INFORMAÇÃO DO SEGURADO
Cursos e capacitações profissionais realizados anteriores ao PRP:	NÃO
Experiências profissionais anteriores ao PRP:	ajudante de obra
Já foi reabilitado anteriormente com certificado de conclusão do PRP? Caso afirmativo, informe Data de desligamento do PRP, Função/atividade para a qual foi reabilitado e Restrições Laborais:	Vide SABI
Situação do requerente:	Em Programa de Reabilitação Profissional
Para segurado em PRP, descreva a evolução. Informe sobre readaptação na empresa de vínculo, cursos/treinamentos profissionais, função proposta e outros dados pertinentes:	segurado concluiu curso de informática básica no SENAC, iniciou melhoria de escolaridade e aguarda prótese para iniciar curso profissionalizante
Para segurado em PRP, transcreva as Restrições Laborais definidas pela PMF:	Vide SABI
Registre e justifique o prognóstico de cumprimento do programa de reabilitação profissional (Favorável/Desfavorável):	FAVORÁVEL
Contexto Socioeconômico	
Informações referentes a: acessibilidade à residência e na comunidade, acesso a transporte público, acesso a reabilitação física e outras informações pertinentes.	Tem acesso a transporte público
Outras informações:	Vide SABI
AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM	
Anamnese	
Altura:	1,72 cm
Peso:	85 cm
Dominância:	destro
Características da lesão/amputação:	
Etiologia:	Traumática
Traumática por:	Acidente de carro
Membro(s) acometido(s):	Membro superior direito
Data da amputação/lesão/diagnóstico:	27/07/2017
Tempo de evolução:	5 anos
Queixas relatadas:	Assintomático. Não fez troca de lateralidade.
Histórico de protetização, ortetização e uso de outros recursos assistivos	
Quantos, quando, quem forneceu, tipo, tempo de uso, incompatibilidades anteriores, outras informações relacionadas:	Nunca foi protetizado.
Outras solicitações de recursos assistivos	
Há processo de concessão em andamento através do Sistema Único de Saúde - SUS, outras instituições ou por outros meios?	Não
Reabilitação física	

Campo	Valor
Fez fisioterapia e/ou terapia ocupacional para adaptação e uso da prótese ou outros recursos assistivos (duração, intercorrências):	Não
Uso de prótese na atividade laboral:	
Necessidades específicas, dificuldades e outras informações relacionadas:	Não consegue realizar as tarefas do dia a dia como ajudar na organização da casa e cuidar do filho de 2 anos sem auxílio de terceiros.
História clínica	
Queixas atuais, hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo), lesões de orgãos alvos, em caso de ICC classificação de NYHA, tratamentos em curso, outras:	Assintomático e sem comorbidades
Condições de acessibilidade	
Na habitação, no trabalho, nos trajetos:	Casa com 2 pavimentos.
Meio(s) de deslocamento(s) habitual(is):	Uso de meio de transporte público sem dificuldades.
Descrição de barreiras arquitônicas e outras, se houver:	Rua asfaltada e plana.
Atividades da Vida Diária (higiene, alimentação, vestuário, lazer, mobilidade, outras)	
Assinale:	Independente
Exame Físico	
Geral:	Lúcido e orientado no tempo e no espaço. Bom estado geral, vestes adequadas e discurso coerente.
Neurológico:	Sem alterações.
Cardiopulmonar:	Ritmo cardíaco regular em 2 tempos, sem sopros ou extrassístoles. Pressão arterial: 130 x 70 mmhg
Locomotor:	Sem alterações.
Outros (alterações cognitivas, visuais, auditivas, nutricionais, abdominais, digestivas, urinárias e outras):	Sem alterações.
Nível de amputação - MMSS	08. Amputação de antebraço - 1/3 médio
Nível de amputação - MMII	Não se aplica
Lateralidade da lesão:	Direita (dominante)
Condições do coto (pele/fâneros, circulação, trofismo/força/tônus muscular, rigidez articular, sensibilidade, membro/dor fantasma, espículas, neuromas, úlceras, aderência, sinais flogísticos, outros):	Flexão e extensão preservada. Força muscular preservada. Sem úlceras ou espículas.
Medição do coto:	Olcano: 18 cm e 22 cm de diâmetro
Membro contralateral	
Cicatrizes, desvios angulares e rotacionais, instabilidade e alterações degenerativas articulares, circulatórias, trofismo e força muscular, outros:	Sem alterações.
Membro(s) não acometido(s)	
Amplitude de movimento, alterações tróficas, força muscular, alterações degenerativas articulares, instabilidades ligamentares, outros:	Sem alterações.
Trauma Raqui Medular	
Nível, espasticidade, força muscular, controle de tronco, escaras, áreas de hiperpressão, outros:	Não se aplica
Outros Aspectos	
Prótese/outro recurso assistivo atual (Tipo, modelo, estado de conservação, adequabilidade, outros):	Nunca foi protetizado.
Expectativa em relação à nova prótese/recurso de Tecnologia Assistiva:	Melhorar as atividades da vida diária.
Deseja manter:	Não
Locomoção/ Marcha - Características (cadeira de rodas, andador, bengala, muleta axilar/canadense, prótese, caminha sem apoio, padrão da marcha, caminha com ou sem auxílio de terceiros, outros):	Sem alterações.
Níveis de capacidade funcional K-Level	Não se aplica, não se trata de amputação de membro inferior.
Exames de imagem	
Descrever os achados radiográficos e outros, se houver:	Não apresenta.
Caso sejam feitos registros tais como fotografias, vídeos e outros tipos de imagens, o perito médico deve, obrigatoriamente, preencher o formulário editável do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Uso de Imagens Relacionadas ao Processo de Concessão de OPM, disponível em <a 154="" 28="" 960="" 971"="" data-label="Page-Footer" href="http://www-prbi/na aba formulários, que deverá ser anexado ao processo eletrônico do PMF Tarefas em formato PDF, com as devidas assinaturas.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Conclusão</td> <td>Sim</td> </tr> <tr> <td>Concluída a avaliação, indica-se a prescrição de Órtese, Prótese Ortopédica não Implantável, Meios Auxiliares de Locomoção e Acessórios?</td> <td>Segurado 34 anos, ensino fundamental, empregado como motoboy em empresa de transporte de alimentos.</td> </tr> <tr> <td>Considerações médico periciais:</td> <td>Amputação do antebraço direito (dominante) que determina limitação funcional para sua função usual.
Conclui-se por incapacidade parcial e definitiva.</td> </tr> <tr> <td>Encaminhamentos para o INSS:</td> <td>Segurado 34 anos, ensino fundamental, empregado como motoboy em empresa de transporte de alimentos.
Em programa de Reabilitação Profissional já tendo realizado o Curso de Informática.
Sugerimos profissionalização e/ou tentativa de troca de função na empresa de vínculo independente do processo de protetização.</td> </tr> <tr> <td>Tipo de recurso material prescrito:</td> <td>Acessórios para OPM</td> </tr> <tr> <td>Especificação detalhada do dispositivo de OPM prescrito, conforme parâmetros descritivos constantes em manual técnico:</td> <td>TR1-Prótese ortopédica para amputação transradial passiva /estética. Encaixe externo em resina acrílica rígida reforçada com fibras de carbono. Encaixe interno em termoplástico flexível/resina flexível/silicone. Mão passiva com Luva cosmética em látex/silicone confeccionada com características humanas iguais à mão contralateral.</td> </tr> </tbody> </table> </div> <div data-bbox=">Emitido em: 16/05/2023 09:38	

Interessado(s)

CPF	Nome Completo	Data Nascimento	Nome Completo da Mãe
██████████	TIAGO EMERICK DA SILVA	21/10/1987	CATIA SANTOS DA SILVA

Procurador(es) / Representante(s) Legal(is)

A tarefa não possui procurador(es) / representante(s) legal(is).

CID Principal

S589 - Amputação traumática do antebraço, nível não especificado

Anexos

A tarefa não possui anexos.



Dados Básicos

Serviço Formulário - Perícia Médica Inicial de Reabilitação Profissional para Fins de Concessão de OPM	Status Concluída	Prioridade Normal
Unidade 01400 - SUBSECRETARIA DE PERÍCIA MÉDICA FEDERAL	Data de entrada do requerimento 06/09/2022 12:19	Canal de atendimento Aplicações Parceiras

Endereço para atendimento:

A tarefa não possui endereço para atendimento externo.

Campos adicionais:

Campo	Valor
ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM (a cargo do INSS)	
Origem do encaminhamento:	Perícia Médica
O requerente é segurado do INSS?	Sim
Situação Funcional/Forma de Filiação:	Empregado
Empresa:	A COMPLETAR
Está em gozo de Benefício por Incapacidade/Auxílio-Accidente?	Não
Grau de instrução/escolaridade:	Ensino fundamental completo
Atividades profissionais em exercício (função, atividades, aspectos ergonômicos):	A completar
CNH:	Não
Cursos e capacitações profissionais realizados anteriores ao PRP:	A completar
Experiências profissionais anteriores ao PRP:	A completar
Já foi reabilitado anteriormente com certificado de conclusão do PRP? Caso afirmativo, informe Data de desligamento do PRP, Função/atividade para a qual foi reabilitado e Restrições Laborais:	A COMPLETAR
Situação do requerente:	Em Programa de Reabilitação Profissional
Para segurado em PRP, descreva a evolução. Informe sobre readaptação na empresa de vínculo, cursos/treinamentos profissionais, função proposta e outros dados pertinentes:	Aguarda início do PRP
Para segurado em PRP, transcreva as Restrições Laborais definidas pela PMF:	A completar
Registre e justifique o prognóstico de cumprimento do programa de reabilitação profissional (Favorável/Desfavorável):	A completar
Contexto Socioeconômico	
Informações referentes a: acessibilidade à residência e na comunidade, acesso a transporte público, acesso a reabilitação física e outras informações pertinentes.	A completar
Outras informações:	A completar
AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM	
Anamnese	
Altura:	1,73
Peso:	83 kg
Dominância:	Destro
Características da lesão/amputação:	
Etiologia:	Secundária a doença
Secundária a doença:	Diabetes mellitus
Membro(s) acometido(s):	Membro inferior direito
Data da amputação/lesão/diagnóstico:	16/05/2020
Tempo de evolução:	2 anos
Queixas relatadas:	Assintomático.
Histórico de protetização, ortetização e uso de outros recursos assistivos	
Quantos, quando, quem forneceu, tipo, tempo de uso, incompatibilidades anteriores, outras informações relacionadas:	Protetizado, há 2 anos
Outras solicitações de recursos assistivos	
Há processo de concessão em andamento através do Sistema Único de Saúde - SUS, outras instituições ou por outros meios?	Não
Reabilitação física	
Fez fisioterapia e/ou terapia ocupacional para adaptação e uso da prótese ou outros recursos assistivos (duração, intercorrências):	Não
Uso de prótese na atividade laboral:	

Campo	Valor
Necessidades específicas, dificuldades e outras informações relacionadas:	Gerente de farmácia com necessidade de permanecer em pé por longos períodos.
História clínica	
Queixas atuais, hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo), lesões de órgãos alvos, em caso de ICC classificação de NYHA, tratamentos em curso, outras:	Diabetes em uso de insulina regular.
Condições de acessibilidade	
Na habitação, no trabalho, nos trajetos:	Mora em casa na Comunidade - 2 pavimentos com escada.
Meio(s) de deslocamento(s) habitual(is):	Uso de meio de transporte público - ônibus e trem.
Descrição de barreiras arquitetônicas e outras, se houver:	Comunidade asfaltada e com ladeira.
Atividades da Vida Diária (higiene, alimentação, vestuário, lazer, mobilidade, outras)	
Assinale:	Independente
Exame Físico	
Geral:	Lúcido e orientado no tempo e no espaço. Bom estado geral. Vestes adequadas e discurso coerente.
Neurológico:	Sem alterações.
Cardiopulmonar:	Sem alterações.
Locomotor:	Deambula sem auxílio de muletas.
Outros (alterações cognitivas, visuais, auditivas, nutricionais, abdominais, digestivas, urinárias e outras):	Sem alterações.
Nível de amputação - MMSS	Não se aplica
Nível de amputação - MMII	07. Amputação transtibial - 1/3 proximal
Lateralidade da lesão:	Direita
Condições do coto (pele/fâneros, circulação, trofismo/força/tônus muscular, rigidez articular, sensibilidade, membro/dor fantasma, espículas, neuromas, úlceras, aderência, sinais flogísticos, outros):	Coto sem alterações. Força e tônus muscular preservados. Boa amplitude de movimentos.
Medição do coto:	Polo superior da patela 27 cm, Polo inferior da patela 17 cm e diâmetro de 33 cm
Membro contralateral	
Cicatrizes, desvios angulares e rotacionais, instabilidade e alterações degenerativas articulares, circulatórias, trofismo e força muscular, outros:	Sem alterações.
Membro(s) não acometido(s)	
Amplitude de movimento, alterações tróficas, força muscular, alterações degenerativas articulares, instabilidades ligamentares, outros:	Sem alterações.
Trauma Raqui Medular	
Nível, espasticidade, força muscular, controle de tronco, escaras, áreas de hiperpressão, outros:	Não se aplica
Outros Aspectos	
Prótese/outro recurso assistivo atual (Tipo, modelo, estado de conservação, adequabilidade, outros):	Prótese ortopédica endoesquelética (modular) para amputação transtibial. Componentes em aço. Encaixe tipo KBM. Pé com núcleo em nylon.
Expectativa em relação à nova prótese/recurso de Tecnologia Assistiva:	Permanecer em pé por longos períodos.
Deseja manter:	Sim
Deseja manter:	Sim
Locomoção/ Marcha - Características (cadeira de rodas, andador, bengala, muleta axilar/canadense, prótese, caminha sem apoio, padrão da marcha, caminha com ou sem auxílio de terceiros, outros):	Deambula sem auxílios.
Níveis de capacidade funcional K-Level	03. K 3 - Tem capacidade para deambular com cadência variável e para transportar barreiras arquitetônicas. Típico de um amputado que se desloca na comunidade e poderá ter atividade física, profissional ou terapêutica que exija a utilização da prótese além da simples locomoção.
Exames de imagem	
Descrever os achados radiográficos e outros, se houver:	Não apresenta.
Caso sejam feitos registros tais como fotografias, vídeos e outros tipos de imagens, o perito médico deve, obrigatoriamente, preencher o formulário editável do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Uso de Imagens Relacionadas ao Processo de Concessão de OPM, disponível em <a 154="" 28="" 962="" 973"="" data-label="Page-Footer" href="http://www-prbi/na aba formulários, que deverá ser anexado ao processo eletrônico do PMF Tarefas em formato PDF, com as devidas assinaturas.</td><td></td></tr> <tr> <td>Conclusão</td><td></td></tr> <tr> <td>Concluída a avaliação, indica-se a prescrição de Órtese, Prótese Ortopédica não Implantável, Meios Auxiliares de Locomoção e Acessórios?</td><td>Sim</td></tr> <tr> <td>Considerações médico periciais:</td><td>Segurado 51 anos, ensino médio e empregado como gerente de farmácia. Prótese atual determina discreta limitação funcional para sua função que exige ortostase por longos períodos. Conclui-se por incapacidade parcial e indeterminada, com sugestão de protetização para reinserção no mercado de trabalho.</td></tr> <tr> <td>Encaminhamentos para o INSS:</td><td>Segurado 51 anos, ensino médio e empregado como gerente de farmácia. Prótese atual determina discreta limitação funcional para sua função que exige ortostase por longos períodos. Conclui-se por incapacidade parcial e indeterminada, com sugestão de protetização para reinserção no mercado de trabalho.</td></tr> <tr> <td>Tipo de recurso material prescrito:</td><td>Prótese ortopédica não implantável de MMSS/MMII</td></tr> <tr> <td>Especificação detalhada do dispositivo de OPM prescrito, conforme parâmetros</td><td>TT11-Prótese ortopédica endoesquelética (modular) para amputação</td></tr> </tbody> </table> </div> <div data-bbox=">Emitido em: 16/05/2023 09:48	

Campo	Valor
descritivos constantes em manual técnico:	transstibial. Componentes em aço, alumínio ou titânio. Encaixe tipo TSWB, laminado em resina acrílica, reforçado com fibras de carbono e fibras de vidro trançadas. Válvula de expulsão de ar associada ao adaptador pneumático de assistência a vácuo. Duas unidades de liner em uretano. Duas unidades de joelheira de vedação, com revestimento interno em uretano. Encaixe de prova em termoplástico transparente. Pé de resposta dinâmica em fibra de carbono compatível com nível de atividade 3, com capa cosmética. Um par de calçados.

Interessado(s)

CPF	Nome Completo	Data Nascimento	Nome Completo da Mãe
[REDACTED]	LUCIANO SILVA DE ARAUJO	09/04/1971	ANTONIA SILVA DE ARAUJO

Procurador(es) / Representante(s) Legal(is)

A tarefa não possui procurador(es) / representante(s) legal(is).

CID Principal

E115 - Diabetes mellitus não-insulino-dependente - com complicações circulatórias periféricas

Anexos

A tarefa não possui anexos.



Dados Básicos

Serviço Formulário - Perícia Médica Inicial de Reabilitação Profissional para Fins de Concessão de OPM	Status Concluída	Prioridade Normal
Unidade 01400 - SUBSECRETARIA DE PERÍCIA MÉDICA FEDERAL	Data de entrada do requerimento 24/08/2022 10:22	Canal de atendimento Aplicações Parceiras

Endereço para atendimento:

A tarefa não possui endereço para atendimento externo.

Campos adicionais:

Campo	Valor
ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM (a cargo do INSS)	
Origem do encaminhamento:	Perícia Médica
O requerente é segurado do INSS?	Sim
Situação Funcional/Forma de Filiação:	Contribuinte Individual
Está em gozo de Benefício por Incapacidade/Auxílio-Accidente?	Não
Grau de instrução/escolaridade:	Ensino médio completo
Atividades profissionais em exercício (função, atividades, aspectos ergonômicos):	Segurado atua como técnico em Informática desde 2000; a partir de 2005, passou a trabalhar por conta própria, realizando deslocamentos a residências para reparos de computadores Deslocavase por transporte coletivo
CNH:	Sim
Informar a categoria, as restrições e a validade/última renovação:	Em consulta ao site do Detran, a CNH vence em 09/11/2031; sem informação sobre a categoria da CNH e sobre as restrições
Cursos e capacitações profissionais realizados anteriores ao PRP:	Cursos relacionados com a área de Informática
Experiências profissionais anteriores ao PRP:	Experiência unidirecional como técnico de informática e manutenção de computadores
Já foi reabilitado anteriormente com certificado de conclusão do PRP? Caso afirmativo, informe Data de desligamento do PRP, Função/atividade para a qual foi reabilitado e Restrições Laborais:	Não
Situação do requerente:	Em Programa de Reabilitação Profissional
Para segurado em PRP, descreva a evolução. Informe sobre readaptação na empresa de vínculo, cursos/treinamentos profissionais, função proposta e outros dados pertinentes:	Segurado aguarda protetização para iniciar o Programa de Reabilitação Profissional
Para segurado em PRP, transcreva as Restrições Laborais definidas pela PMF:	"não deverá desempenhar atividades que demandem ortostatismo ou deambulação prolongada, agachamento, subir e descer escadas, manipulação de peso, direção profissional, operação de máquinas que demandem movimentos dos membros inferiores"
Registre e justifique o prognóstico de cumprimento do programa de reabilitação profissional (Favorável/Desfavorável):	Perfil favorável ao PRP
Contexto Socioeconômico	
Informações referentes a: acessibilidade à residência e na comunidade, acesso a transporte público, acesso a reabilitação física e outras informações pertinentes.	Conforme informações coletadas da avaliação inicial de RP realizada com o próprio em 2017: reside em casa de familiar com a esposa e o filho
Outras informações:	Segurado aguarda protetização
AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM	
Anamnese	
Altura:	1,77m
Peso:	137 kg
Dominância:	Destro
Características da lesão/amputação:	
Etiologia:	Traumática
Traumática por:	Acidente de motocicleta
Membro(s) acometido(s):	Membro inferior esquerdo
Data da amputação/lesão/diagnóstico:	21/10/2010
Tempo de evolução:	12 anos
Queixas relatadas:	Sente dores no coto quando coloca a prótese concedida pela ABR. Próteses da ABR em 2012 e a última em 2019/2020.
Histórico de protetização, ortetização e uso de outros recursos assistivos	
Quantos, quando, quem forneceu, tipo, tempo de uso, incompatibilidades anteriores, outras informações relacionadas:	Próteses da ABR em 2012 e a última em 2019/2020.

Campo	Valor
Outras solicitações de recursos assistivos	
Há processo de concessão em andamento através do Sistema Único de Saúde - SUS, outras instituições ou por outros meios?	Não
Reabilitação física	
Fez fisioterapia e/ou terapia ocupacional para adaptação e uso da prótese ou outros recursos assistivos (duração, intercorrências):	Não
Uso de prótese na atividade laboral:	
Necessidades específicas, dificuldades e outras informações relacionadas:	Assintomático.
História clínica	
Quexas atuais, hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo), lesões de órgãos alvos, em caso de ICC classificação de NYHA, tratamentos em curso, outras:	Sem tratamento regular.
Condições de acessibilidade	
Na habitação, no trabalho, nos trajetos:	Mora em apartamento em prédio com elevador.
Meio(s) de deslocamento(s) habitual(is):	Utiliza apenas UBER e táxis para deslocamento.
Descrição de barreiras arquitetônicas e outras, se houver:	Rua asfaltada e plana.
Atividades da Vida Diária (higiene, alimentação, vestuário, lazer, mobilidade, outras)	
Assinale:	Independente
Exame Físico	
Geral:	Lúcido e orientado no tempo e no espaço. Bom estado geral. Vestes adequadas e discurso coerente.
Neurológico:	Sem alterações.
Cardiopulmonar:	Sem alterações.
Locomotor:	Deambula com auxílio de 2 muletas canadenses, mesmo com prótese antiga.
Outros (alterações cognitivas, visuais, auditivas, nutricionais, abdominais, digestivas, urinárias e outras):	Sem alterações.
Nível de amputação - MMSS	Não se aplica
Nível de amputação - MMII	07. Amputação transtibial - 1/3 proximal
Lateraldade da lesão:	Esquerda
Condições do coto (pele/fâneros, circulação, trofismo/força/tônus muscular, rigidez articular, sensibilidade, membro/dor fantasma, espículas, neuromas, úlceras, aderência, sinais flogísticos, outros):	Cicatriz cirúrgica bem constituída. Pequena úlcera cicatrizada na face medial. Mobilidade preservada e com boa amplitude. Força e tônus muscular preservados
Medição do coto:	Polo superior da patela 27 cm, polo inferior 10 cm, circunferencia 43 cmtr
Membro contralateral	
Cicatrizes, desvios angulares e rotacionais, instabilidade e alterações degenerativas articulares, circulatórias, trofismo e força muscular, outros:	Sem alterações.
Membro(s) não acometido(s)	
Amplitude de movimento, alterações tróficas, força muscular, alterações degenerativas articulares, instabilidades ligamentares, outros:	Sem alterações.
Trauma Raqui Medular	
Nível, espasticidade, força muscular, controle de tronco, escaras, áreas de hiperpressão, outros:	Não se aplica.
Outros Aspectos	
Prótese/outro recurso assistivo atual (Tipo, modelo, estado de conservação, adequabilidade, outros):	Prótese do SUS - mas não trouxe.
Expectativa em relação à nova prótese/recurso de Tecnologia Assistiva:	Retornar a função antiga - técnico de eletrônica / informática realizando visitas domiciliares.
Deseja manter:	Não
Locomoção/ Marcha - Características (cadeira de rodas, andador, bengala, muleta axilar/canadense, prótese, caminha sem apoio, padrão da marcha, caminha com ou sem auxílio de terceiros, outros):	Deambula com 2 muletas canadenses
Níveis de capacidade funcional K-Level	03. K 3 - Tem capacidade para deambular com cadência variável e para transportar barreiras arquitetônicas. Típico de um amputado que se desloca na comunidade e poderá ter atividade física, profissional ou terapêutica que exija a utilização da prótese além da simples locomoção.
Exames de imagem	
Descrever os achados radiográficos e outros, se houver:	Não apresenta exames complementares.
Caso sejam feitos registros tais como fotografias, vídeos e outros tipos de imagens, o perito médico deve, obrigatoriamente, preencher o formulário editável do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Uso de Imagens Relacionadas ao Processo de Concessão de OPM, disponível em www-prb/1 na aba formulários, que deverá ser anexado ao processo eletrônico do PMF Tarefas em formato PDF, com as devidas assinaturas.	
Conclusão	
Concluída a avaliação, indica-se a prescrição de Órtese, Prótese Ortopédica não Implantável, Meios Auxiliares de Locomoção e Acessórios?	Sim
Considerações médico periciais:	Segurado 40 anos, ensino médio com formação técnica. Amputação transtibial que determina limitação funcional para sua função usual. Conclui-se por incapacidade total e temporária.
Encaminhamentos para o INSS:	Segurado 40 anos, ensino médio com formação técnica. Amputação transtibial que determina limitação funcional para sua função usual. Conclui-se por incapacidade total e temporária. Protetização para

Campo	Valor
Tipo de recurso material prescrito:	reinserção no mercado de trabalho.
Especificação detalhada do dispositivo de OPM prescrito, conforme parâmetros descritivos constantes em manual técnico:	Prótese ortopédica não implantável de MMSS/MMII TT11-Prótese ortopédica endoesquelética (modular) para amputação transtibial. Componentes em aço, alumínio ou titânio. Encaixe tipo TSWB, laminado em resina acrílica, reforçado com fibras de carbono e fibras de vidro trançadas. Válvula de expulsão de ar associada ao adaptador pneumático de assistência a vácuo. Duas unidades de liner em uretano. Duas unidades de joelheira de vedação, com revestimento interno em uretano. Encaixe de prova em termoplástico transparente. Pé de resposta dinâmica em fibra de carbono compatível com nível de atividade 3, com capa cosmética. Um par de calçados.

Interessado(s)

CPF	Nome Completo	Data Nascimento	Nome Completo da Mãe
[REDACTED]	LUIS SERGIO LIMA DE MAGALHAES	18/11/1981	CATARINA LIMA DE MAGALHAES

Procurador(es) / Representante(s) Legal(is)

A tarefa não possui procurador(es) / representante(s) legal(is).

CID Principal

S880 - Amputação traumática ao nível do joelho

Anexos

A tarefa não possui anexos.



Dados Básicos

Serviço Formulário - Perícia Médica Inicial de Reabilitação Profissional para Fins de Concessão de OPM	Status Concluída	Prioridade Normal
Unidade 01400 - SUBSECRETARIA DE PERÍCIA MÉDICA FEDERAL	Data de entrada do requerimento 22/10/2021 15:00	Canal de atendimento Aplicações Parceiras

Endereço para atendimento:

A tarefa não possui endereço para atendimento externo.

Campos adicionais:

Campo	Valor
ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM (a cargo do INSS)	
Origem do encaminhamento:	Outros
Descreva:	INSSReabilitação Profissional
O requerente é segurado do INSS?	Sim
Situação Funcional/Forma de Filiação:	Empregado
Empresa:	Expresso Nossa Senhor da Glória
Está em gozo de Benefício por Incapacidade/Auxílio-Accidente?	Sim
Espécie/Nº do Benefício:	5456835629
Grau de de instrução/escolaridade:	Ensino fundamental incompleto
Atividades profissionais em exercício (função, atividades, aspectos ergonômicos):	Motorista de coletivo
CNH:	Não
Cursos e capacitações profissionais realizados anteriores ao PRP:	Não realizou
Experiências profissionais anteriores ao PRP:	Não informadas Processo incompleto
Já foi reabilitado anteriormente com certificado de conclusão do PRP? Caso afirmativo, informe Data de desligamento do PRP, Função/atividade para a qual foi reabilitado e Restrições Laborais:	Não
Situação do requerente:	Em Programa para fins de recebimento, reparo ou manutenção de OPM
Para segurado em PRP, descreva a evolução. Informe sobre readaptação na empresa de vínculo, cursos/treinamentos profissionais, função proposta e outros dados pertinentes:	Caso transferido, PRP interrompida na Pandemia de 2020/21
Para segurado em PRP, transcreva as Restrições Laborais definidas pela PMF:	Contraindicado para motorista Apresentando amputação de perna
Registre e justifique o prognóstico de cumprimento do programa de reabilitação profissional (Favorável/Desfavorável):	Desfavorável
Contexto Socioeconômico	
Informações referentes a: acessibilidade à residência e na comunidade, acesso a transporte público, acesso a reabilitação física e outras informações pertinentes.	Não informado
Outras informações:	Segurado desmotivado, provável caso de AA
AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM	
Anamnese	
Altura:	1,72
Peso:	78 kg
Dominância:	Destro
Características da lesão/amputação:	
Etiologia:	Traumática
Traumática por:	Acidente de motocicleta
Membro(s) acometido(s):	Membro inferior esquerdo
Data da amputação/lesão/diagnóstico:	01/01/2011
Tempo de evolução:	10 anos
Queixas relatadas:	Assintomático.
Histórico de protetização, ortetização e uso de outros recursos assistivos	
Quantos, quando, quem forneceu, tipo, tempo de uso, incompatibilidades anteriores, outras informações relacionadas:	Prótese em janeiro de 2013 com boa adaptação. Pé da prótese rachou e o encaixe com folga em outubro de 2014.
Outras solicitações de recursos assistivos	
Há processo de concessão em andamento através do Sistema Único de Saúde - SUS, outras instituições ou por outros meios?	Não
Reabilitação física	
Fez fisioterapia e/ou terapia ocupacional para adaptação e uso da prótese ou	Não

Campo	Valor
outros recursos assistivos (duração, intercorrências):	
Uso de prótese na atividade laboral:	
Necessidades específicas, dificuldades e outras informações relacionadas:	Escada dentro da residência.
História clínica	
Queixas atuais, hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo), lesões de órgãos alvos, em caso de ICC classificação de NYHA, tratamentos em curso, outras:	46 anos, assintomático e sem co morbidades.
Condições de acessibilidade	
Na habitação, no trabalho, nos trajetos:	Rua em ladeira, asfaltada e com ponto de ônibus próximo. Curso de soldador com necessidade de ortostase prolongada. Ônibus
Meio(s) de deslocamento(s) habitual(is):	Escada na residência. Rua asfaltada com ladeira.
Descrição de barreiras arquitetônicas e outras, se houver:	
Atividades da Vida Diária (higiene, alimentação, vestuário, lazer, mobilidade, outras)	
Assinale:	Independente
Exame Físico	
Geral:	Corado, hidratado e eutrófico
Neurológico:	Lúcido e orientado no tempo e no espaço. Bom estado geral. Discurso coerente.
Cardiopulmonar:	Aparelho cardiovascular: Ritmo cardíaco regular em 2 tempos, sem sopros ou extrassistóis. Aparelho respiratório: MVUA sem ruidos adventícios.
Locomotor:	Deambula com auxílio de 2 muletas. Amputação infrapatelar esquerda, apresentando coto curto com bom aspecto sem ulcerações, sem espículas ósseas. Hipotrofia e flacidez da mm. quadríceps esquerda. ADM 120 G Nada digno de nota
Outros (alterações cognitivas, visuais, auditivas, nutricionais, abdominais, digestivas, urinárias e outras):	
Nível de amputação - MMSS	Não se aplica
Nível de amputação - MMII	07. Amputação transtibial - 1/3 proximal
Lateralidade da lesão:	Esquerda.
Condições do coto (pele/fâneros, circulação, trofismo/força/tônus muscular, rigidez articular, sensibilidade, membro/dor fantasma, espículas, neuromas, úlceras, aderência, sinais flogísticos, outros):	Amputação infrapatelar esquerda, apresentando coto curto com bom aspecto sem ulcerações, sem espículas ósseas.
Medição do coto:	13 cm (a partir do apice da patela) x 35 cm (circunferencia)
Membro contralateral	
Cicatrizes, desvios angulares e rotacionais, instabilidade e alterações degenerativas articulares, circulatórias, trofismo e força muscular, outros:	Sem alterações.
Membro(s) não acometido(s)	
Amplitude de movimento, alterações tróficas, força muscular, alterações degenerativas articulares, instabilidades ligamentares, outros:	Crepitação leve no joelho direito. Sem alterações.
Trauma Raqui Medular	
Nível, espasticidade, força muscular, controle de tronco, escaras, áreas de hiperpressão, outros:	Não se aplica.
Outros Aspectos	
Prótese/outra recurso assistivo atual (Tipo, modelo, estado de conservação, adequabilidade, outros):	Par de muletas
Expectativa em relação à nova prótese/recurso de Tecnologia Assistiva:	Motivado para novos desafios e novos trabalhos.
Deseja manter:	Não
Locomoção/ Marcha - Características (cadeira de rodas, andador, bengala, muleta axilar/canadense, prótese, caminha sem apoio, padrão da marcha, caminha com ou sem auxílio de terceiros, outros):	Deambula com auxílio de 2 muletas.
Níveis de capacidade funcional K-Level	03. K 3 - Tem capacidade para deambular com cadência variável e para transpor barreiras arquitetônicas. Típico de um amputado que se desloca na comunidade e poderá ter atividade física, profissional ou terapêutica que exija a utilização da prótese além da simples locomoção.
Exames de imagem	
Descrever os achados radiográficos e outros, se houver:	Não apresenta.
Caso sejam feitos registros tais como fotografias, vídeos e outros tipos de imagens, o perito médico deve, obrigatoriamente, preencher o formulário editável do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Uso de Imagens Relacionadas ao Processo de Concessão de OPM, disponível em <a 153="" 28="" 961="" 972"="" data-label="Page-Footer" href="http://www-prbi/na aba formulários, que deverá ser anexado ao processo eletrônico do PMF Tarefas em formato PDF, com as devidas assinaturas.</td><td></td></tr> <tr> <td>Conclusão</td><td></td></tr> <tr> <td>Concluída a avaliação, indica-se a prescrição de Órtese, Prótese Ortopédica não Implantável, Meios Auxiliares de Locomoção e Acessórios?</td><td>Sim</td></tr> <tr> <td>Considerações médico periciais:</td><td>Segurado 46 anos, fundamental completo, exercia função de motorista de ônibus. Curso de soldador por conta própria após amputação. Mas nunca realizou a atividade.
No momento, incapacidade total e temporária, face a ausência de profissionalização e prótese.</td></tr> </tbody> </table> </div> <div data-bbox=">Emitido em: 10/11/2023 08:58	

Campo	Valor
Encaminhamentos para o INSS:	
Tipo de recurso material prescrito:	
Especificação detalhada do dispositivo de OPM prescrito, conforme parâmetros descritivos constantes em manual técnico:	<p>Incapacidade total e temporária, face a ausência de profissionalização e prótese.</p> <p>Sugerimos dar continuidade a profissionalização durante o processo de protetização.</p> <p>Prótese ortopédica não implantável de MMSS/MMII</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prótese para amputação transtibial endoesquelética com encaixe tipo TSWB, módulo em titâneo laminado em resina ortocril, reforçado com fibra de carbono, liner em silicone com pino de fixação e trava. Pé de resposta dinâmica em fibra de carbono com capa cosmética para nível de mobilidade K3/K4 . - Liner em silicone com pino de fixação e trava - 2 sobressalentes. -Tênis ortopédico em couro, firme e macio

Interessado(s)

CPF	Nome Completo	Data Nascimento	Nome Completo da Mãe
██████████	ULISSES VIEIRA DOS SANTOS	07/09/1975	MAE DESCONHECIDA

Procurador(es) / Representante(s) Legal(is)

A tarefa não possui procurador(es) / representante(s) legal(is).

CID Principal

S881 - Amputação traumática entre o joelho e o tornozelo

Anexos

A tarefa não possui anexos.



Dados Básicos

Serviço Formulário - Perícia Médica Inicial de Reabilitação Profissional para Fins de Concessão de OPM	Status Concluída	Prioridade Normal
Unidade 01400 - SUBSECRETARIA DE PERÍCIA MÉDICA FEDERAL	Data de entrada do requerimento 06/09/2022 12:11	Canal de atendimento Aplicações Parceiras

Endereço para atendimento:

A tarefa não possui endereço para atendimento externo.

Campos adicionais:

Campo	Valor
ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM (a cargo do INSS)	
Origem do encaminhamento:	Perícia Médica
O requerente é segurado do INSS?	Sim
Situação Funcional/Forma de Filiação:	Empregado
Empresa:	D C G PEDRO PROTESE
Está em gozo de Benefício por Incapacidade/Auxílio-Accidente?	Sim
Espécie/Nº do Benefício:	6344337277
Grau de instrução/escolaridade:	Ensino fundamental completo
Atividades profissionais em exercício (função, atividades, aspectos ergonômicos):	A completar
CNH:	Não
Cursos e capacitações profissionais realizados anteriores ao PRP:	A completar
Experiências profissionais anteriores ao PRP:	A completar
Já foi reabilitado anteriormente com certificado de conclusão do PRP? Caso afirmativo, informe Data de desligamento do PRP, Função/atividade para a qual foi reabilitado e Restrições Laborais:	A completar
Situação do requerente:	Em Programa de Reabilitação Profissional
Para segurado em PRP, descreva a evolução. Informe sobre readaptação na empresa de vínculo, cursos/treinamentos profissionais, função proposta e outros dados pertinentes:	Aguarda início do PRP
Para segurado em PRP, transcreva as Restrições Laborais definidas pela PMF:	Indefinidas
Registre e justifique o prognóstico de cumprimento do programa de reabilitação profissional (Favorável/Desfavorável):	A completar
Contexto Socioeconômico	
Informações referentes a: acessibilidade à residência e na comunidade, acesso a transporte público, acesso a reabilitação física e outras informações pertinentes.	A completar
Outras informações:	A completar
AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM	
Anamnese	
Altura:	1,63 m
Peso:	54 kg
Dominância:	direita
Características da lesão/amputação:	
Etiologia:	Secundária a doença
Secundária a doença:	Diabetes mellitus
Membro(s) acometido(s):	direita
Data da amputação/lesão/diagnóstico:	27/07/2020
Tempo de evolução:	Faz tratamento de diabetes desde 2005 em uso de insulina. No início de 2020 sofreu ferimento no halux direito que complicou com infecção sofrendo amputação do halux, posteriormente do pé e por fim no terço médio da perna direita. Todas as cirurgias realizadas no HMSC. Faz acompanhamento do DM na clínica da família.
Queixas relatadas:	Informa que sente fisgada na perna direita com sensação de membro fantasma.
Histórico de protetização, ortetização e uso de outros recursos assistivos	
Quantos, quando, quem forneceu, tipo, tempo de uso, incompatibilidades anteriores, outras informações relacionadas:	Informa que está em processo de recebimento de prótese pela ABRB, aguardando início da reabilitação com a prótese.
Outras solicitações de recursos assistivos	
Há processo de concessão em andamento através do Sistema Único de Saúde - SUS, outras instituições ou por outros meios?	Sim

Campo	Valor
Especificar:	Informa que está em processo de recebimento de prótese pela ABBR, aguardando início da reabilitação com a prótese (01 prótese modular, enxaique KBM, pé articulado)
Reabilitação física	Não
Fez fisioterapia e/ou terapia ocupacional para adaptação e uso da prótese ou outros recursos assistivos (duração, intercorrências):	Informa dificuldade para deambulação. Ainda não fez nenhuma avaliação do PRP.
Uso de prótese na atividade laboral:	
Necessidades específicas, dificuldades e outras informações relacionadas:	Diabético insulino dependente, nega etilismo e tabagismo, nega outras medicações além do tratamento do diabetes. Faz tratamento de retinopatia diabética à direita.
História clínica	
Queixas atuais, hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo), lesões de órgãos alvos, em caso de ICC classificação de NYHA, tratamentos em curso, outras:	Mora em rua asfaltada, tem uma ladeira (comunidade), no domicilio possui possui um lance de escadas.
Condições de acessibilidade	Usa onibus para deslocamento de casa para o trabalho.
Na habitação, no trabalho, nos trajetos:	Ladeira e escada.
Meio(s) de deslocamento(s) habitual(is):	
Descrição de barreiras arquitetônicas e outras, se houver:	
Atividades da Vida Diária (higiene, alimentação, vestuário, lazer, mobilidade, outras)	
Assinale:	Independente
Exame Físico	
Geral:	Lucido e orientado. Responde sem dificuldade às solicitações verbais. Deambula com 1par de muletas. Nada digno de nota.
Neurológico:	Nada digno de nota.
Cardiopulmonar:	ADM 0-110° joelho coto de amputação. Força grau 5 flexo extensão do joelhos Tinel positivo na cicatriz do coto de amputação. Retinopatia diabética à direita.
Locomotor:	
Outros (alterações cognitivas, visuais, auditivas, nutricionais, abdominais, digestivas, urinárias e outras):	Não se aplica
Nível de amputação - MMSS	07. Amputação transtibial - 1/3 proximal perna direita
Nível de amputação - MMII	Coto de amputação com bom aspecto, sem retracções ou cicatrizes hipertróficas. Sem saída de secreção. ADM 0-110° joelho coto de amputação. Força grau 5 flexo extensão do joelhos Tinel positivo na cicatriz do coto de amputação. 11 cm a partir do polo inf da patela/ 29 cm diâmetro
Lateraldade da lesão:	
Condições do coto (pele/fâneros, circulação, trofismo/força/tônus muscular, rigidez articular, sensibilidade, membro/dor fantasma, espículas, neuromas, úlceras, aderência, sinais flogísticos, outros):	Nada digno de nota.
Medição do coto:	
Membro contralateral	
Cicatrizes, desvios angulares e rotacionais, instabilidade e alterações degenerativas articulares, circulatórias, trofismo e força muscular, outros:	ADM 0-120, sem alterações de força, sem instabilidade.
Membro(s) não acometido(s)	
Amplitude de movimento, alterações tróficas, força muscular, alterações degenerativas articulares, instabilidades ligamentares, outros:	Não se aplica.
Trauma Raqui Medular	
Nível, espasticidade, força muscular, controle de tronco, escaras, áreas de hiperpressão, outros:	Ainda sem nenhuma prótese.
Outros Aspectos	
Prótese/outro recurso assistivo atual (Tipo, modelo, estado de conservação, adequabilidade, outros):	Expectativa de deambular e retornar ao trabalho.
Expectativa em relação à nova prótese/recurso de Tecnologia Assistiva:	Não
Deseja manter:	Deambula com um par de muletas. Aguarda uma prótese pela ABBR.
Locomoção/ Marcha - Características (cadeira de rodas, andador, bengala, muleta axilar/canadense, prótese, caminha sem apoio, padrão da marcha, caminha com ou sem auxílio de terceiros, outros):	03. K 3 - Tem capacidade para deambular com cadência variável e para transpor barreiras arquitetônicas. Típico de um amputado que se desloca na comunidade e poderá ter atividade física, profissional ou terapêutica que exija a utilização da prótese além da simples locomoção.
Níveis de capacidade funcional K-Level	
Exames de imagem	
Descriver os achados radiográficos e outros, se houver:	Não apresenta radiografias.
Caso sejam feitos registros tais como fotografias, vídeos e outros tipos de imagens, o perito médico deve, obrigatoriamente, preencher o formulário editável do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Uso de Imagens Relacionadas ao Processo de Concessão de OPM, disponível em <a 538="" 561="" 836="" 848"="" href="http://www-prbi/na aba formulários, que deverá ser anexado ao processo eletrônico do PMF Tarefas em formato PDF, com as devidas assinaturas.</td><td data-bbox=">	
Conclusão	Sim
Concluída a avaliação, indica-se a prescrição de Órtese, Prótese Ortopédica não Implantável, Meios Auxiliares de Locomoção e Acessórios?	Segurado de 45 anos, ensino médio completo, trabalhava como mensageiro. Sofreu amputação da perna direita devido a complicações do diabetes em 2020. Clinicamente compensado.
Considerações médico periciais:	Necessita prótese para retorno ao trabalho. Ainda que receba prótese pela ABBR, pela descrição, parece ser inferior ao indicado para o grau de mobilidade.
Encaminhamentos para o INSS:	

Campo	Valor
Tipo de recurso material prescrito:	Prótese ortopédica não implantável de MMSS/MMII
Especificação detalhada do dispositivo de OPM prescrito, conforme parâmetros descritivos constantes em manual técnico:	Prótese ortopédica endoesquelética (modular) para amputação transtibial. Componentes titânio. Encaixe tipo TSWB, laminado em resina acrílica, reforçado com fibras de carbono e fibras de vidro trançadas. Válvula de expulsão de ar associada ao adaptador pneumático de assistência a vácuo. Duas unidades de liner em uretano. Duas unidades de joelheira de vedação, com revestimento interno em uretano. Encaixe de prova em termoplástico transparente. Pé de resposta dinâmica em fibra de carbono compatível com nível de atividade 3, com capa cosmética. Um par de calçados.

Interessado(s)

CPF	Nome Completo	Data Nascimento	Nome Completo da Mãe
[REDACTED]	EDUARDO DA SILVA MORAES	09/07/1977	ILCA DA SILVA MORAES

Procurador(es) / Representante(s) Legal(is)

A tarefa não possui procurador(es) / representante(s) legal(is).

CID Principal

E145 - Diabetes mellitus não especificado - com complicações circulatórias periféricas

Anexos

A tarefa não possui anexos.



Dados Básicos

Serviço Formulário - Perícia Médica Inicial de Reabilitação Profissional para Fins de Concessão de OPM	Status Concluída	Prioridade Normal
Unidade 01400 - SUBSECRETARIA DE PERÍCIA MÉDICA FEDERAL	Data de entrada do requerimento 03/11/2021 14:37	Canal de atendimento Aplicações Parceiras

Endereço para atendimento:

A tarefa não possui endereço para atendimento externo.

Campos adicionais:

Campo	Valor
ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM (a cargo do INSS)	
Origem do encaminhamento:	Perícia Médica
O requerente é segurado do INSS?	Sim
Situação Funcional/Forma de Filiação:	Contribuinte Individual
Está em gozo de Benefício por Incapacidade/Auxílio-Accidente?	Sim
Espécie/Nº do Benefício:	31/6101045157
Grau de instrução/escolaridade:	Ensino médio completo
Atividades profissionais em exercício (função, atividades, aspectos ergonômicos):	MICRO EMPRESARIO
CNH:	Sim
Informar a categoria, as restrições e a validade/última renovação:	A CONFIRMAR
Cursos e capacitações profissionais realizados anteriores ao PRP:	INSTRUTOR DE VOO
Experiências profissionais anteriores ao PRP:	A CONFIRMAR
Já foi reabilitado anteriormente com certificado de conclusão do PRP? Caso afirmativo, informe Data de desligamento do PRP, Função/atividade para a qual foi reabilitado e Restrições Laborais:	NÃO
Situação do requerente:	Em Programa para fins de recebimento, reparo ou manutenção de OPM
Para segurado em PRP, descreva a evolução. Informe sobre readaptação na empresa de vínculo, cursos/treinamentos profissionais, função proposta e outros dados pertinentes:	SEGURADO MICRO EMPRESÁRIO, AGUARDA PROTETIZAÇÃO PARA INICIAR PRP COM A REPROFISSIONALIZAÇÃO
Para segurado em PRP, transcreva as Restrições Laborais definidas pela PMF:	FAPL SEM LIMITAÇÕES FAVOR ESTABELECER AS LIMITAÇÕES
Registre e justifique o prognóstico de cumprimento do programa de reabilitação profissional (Favorável/Desfavorável):	FAVORAVEL
Contexto Socioeconômico	
Informações referentes a: acessibilidade à residência e na comunidade, acesso a transporte público, acesso a reabilitação física e outras informações pertinentes.	A COMPLETAR
Outras informações:	SEM MAIS
AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM	
Anamnese	
Altura:	1,62
Peso:	62
Dominância:	destro
Características da lesão/amputação:	
Etiologia:	Traumática
Traumática por:	Acidente de carro
Membro(s) acometido(s):	membro inferior direito
Data da amputação/lesão/diagnóstico:	10/04/2015
Tempo de evolução:	requerente sofreu acidente de ultraleve com fratura cominutiva MID evoluindo com com complicações vasculares e amputação transtibial D. Sofreu amputação de extremidade distal falange distal 3º dedo mão D e falange media e distal 4º dedo mão D
Queixas relatadas:	consegue realizar as tarefas mas com dificuldade e lentidão dos movimentos e deslocamentos. sobe escada e anda bem alem de subir rampa.. sente dor e pressão quando usa muito a prótese.
Histórico de protetização, ortetização e uso de outros recursos assistivos	
Quantos, quando, quem forneceu, tipo, tempo de uso, incompatibilidades anteriores, outras informações relacionadas:	Recebeu primeira próteses em 2017 com boa adaptação posteriormente o próprio fez a sua própria próteses em 2019 em uso desde então. Se queixou do pé rígido da prótese recebida
Outras solicitações de recursos assistivos	

Campo	Valor
Há processo de concessão em andamento através do Sistema Único de Saúde - SUS, outras instituições ou por outros meios?	Não
Reabilitação física	
Fez fisioterapia e/ou terapia ocupacional para adaptação e uso da prótese ou outros recursos assistivos (duração, intercorrências):	Não
Uso de prótese na atividade laboral:	
Necessidades específicas, dificuldades e outras informações relacionadas:	consegue realizar as tarefas mas com dificuldade e lentidão dos movimentos e deslocamentos. sobe escada e anda bem alem de subir rampa.. sente dor e pressão quando usa muito a protese. Relata redução de força com a mão D
História clínica	
Queixas atuais, hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo), lesões de órgãos alvos, em caso de ICC classificação de NYHA, tratamentos em curso, outras:	nega outras patologias, sem uso de medicação atual
Condições de acessibilidade	
Na habitação, no trabalho, nos trajetos:	habitação : casa terea, sem escadas trabalho: fechou a empresa
Meio(s) de deslocamento(s) habitual(is):	Trajetos: tem carro adaptado que dirige atualmente carro adaptado
Descrição de barreiras arquitetônicas e outras, se houver:	sem barreiras descritas com uso de protese atual
Atividades da Vida Diária (higiene, alimentação, vestuário, lazer, mobilidade, outras)	
Assinale:	Independente
Exame Físico	
Geral:	Bom estado geral lucido e orientado corado hidratado eupneico afebril boa perfusão capilar, usa oculos sem alterações
Neurológico:	ACV RCR 2 T BNF sem sopros Ar MV universalmente audivel sem RA
Cardiopulmonar:	Chega usando protese de fabricação propria transtibial MID com encaixe em fibra de vidro com uso de liner de silicone, a haste em aço inox, e pe de silicone
Locomotor:	Coto 15 com comprimento coto e 28 cm diametro, força grau 5 flexao e extensão joelho, tem hipotrofia de coxa D sem alterações
Outros (alterações cognitivas, visuais, auditivas, nutricionais, abdominais, digestivas, urinárias e outras):	Não se aplica
Nível de amputação - MMSS	07. Amputação transtibial - 1/3 proximal
Nível de amputação - MMII	direita
Lateraldade da lesão:	Coto 15 com comprimento coto e 28 cm diametro, força grau 5 flexao e extensão joelho, tem hipotrofia de coxa D , sem laterações de pele , sem alts de sensibilidade, arco de mov 0-120°, 15 cm
Condições do coto (pele/fâneros, circulação, trofismo/força/tônus muscular, rigidez articular, sensibilidade, membro/dor fantasma, espículas, neuromas, úlceras, aderência, sinais flogísticos, outros):	sem alterações,
Medição do coto:	normal
Membro contralateral	
Cicatrizes, desvios angulares e rotacionais, instabilidade e alterações degenerativas articulares, circulatórias, trofismo e força muscular, outros:	não se aplica
Membro(s) não acometido(s)	
Amplitude de movimento, alterações tróficas, força muscular, alterações degenerativas articulares, instabilidades ligamentares, outros:	protese de fabricação propria transtibial MID com encaixe em fibra de vidro com uso de liner de silicone, a haste em aço inox, e pe de silicone
Trauma Raqui Medular	espera protese para melhorar sua mobilidade e segurança em terrenos diversos e retornar a sua atividade habitual , tinha loja de conserto de aparelhos eletronicos
Nível, espasticidade, força muscular, controle de tronco, escaras, áreas de hiperpressão, outros:	Sim
Outros Aspectos	Sim
Protease/outro recurso assistivo atual (Tipo, modelo, estado de conservação, adequabilidade, outros):	03. K 3 - Tem capacidade para deambular com cadência variável e para transpor barreiras arquitetônicas. Típico de um amputado que se desloca na comunidade e poderá ter atividade física, profissional ou terapêutica que exija a utilização da protese além da simples locomoção.
Expectativa em relação à nova prótese/recurso de Tecnologia Assistiva:	Sim
Deseja manter:	03. K 3 - Tem capacidade para deambular com cadência variável e para transpor barreiras arquitetônicas. Típico de um amputado que se desloca na comunidade e poderá ter atividade física, profissional ou terapêutica que exija a utilização da protese além da simples locomoção.
Deseja manter:	Sim
Locomoção/ Marcha - Características (cadeira de rodas, andador, bengala, muleta axilar/canadense, prótese, caminha sem apoio, padrão da marcha, caminha com ou sem auxílio de terceiros, outros):	marcha claudicante com discreto desnivelamento de bacia MID menor
Níveis de capacidade funcional K-Level	03. K 3 - Tem capacidade para deambular com cadência variável e para transpor barreiras arquitetônicas. Típico de um amputado que se desloca na comunidade e poderá ter atividade física, profissional ou terapêutica que exija a utilização da protese além da simples locomoção.
Exames de imagem	
Descrever os achados radiográficos e outros, se houver:	sem exames
Caso sejam feitos registros tais como fotografias, vídeos e outros tipos de imagens, o perito médico deve, obrigatoriamente, preencher o formulário editável do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Uso de Imagens Relacionadas ao Processo de Concessão de OPM, disponível em <a 153="" 28="" 962="" 973"="" data-label="Page-Footer" href="http://www-prbi/na aba formulários, que deverá ser anexado ao processo eletrônico do PMF Tarefas em formato PDF, com as devidas assinaturas.</td><td></td></tr> <tr> <td>Conclusão</td><td></td></tr> <tr> <td>Concluída a avaliação, indica-se a prescrição de Órtese, Prótese Ortopédica não</td><td>Sim</td></tr> </tbody> </table> </div> <div data-bbox=">Emitido em: 14/11/2023 09:04	

Campo	Valor
Implantável, Meios Auxiliares de Locomoção e Acessórios?	
Considerações médico periciais:	Segurado com amputação transtibial D em 2015 técnico em eletronica com necessidade da protese para facilitar deslocamento e sua rotina de trabalho
Encaminhamentos para o INSS:	prescrição de protese para retorno a mesma função
Tipo de recurso material prescrito:	Prótese ortopédica não implantável de MMSS/MMII
Especificação detalhada do dispositivo de OPM prescrito, conforme parâmetros descritivos constantes em manual técnico:	Prótese ortopédica endoesquelética (modular) para amputação transtibial à direita. Componentes em titânio. Encaixe com sistema TSWB, em resina acrílica com reforço em fibras de carbono e fibras de vidro trançadas. Válvula de expulsão de ar automática de manuseio e colocação rápida. Duas unidades de liner em silicone ou uretano. Duas unidades de joelheira de vedação, com revestimento interno em uretano. Encaixe de prova em termoplástico transparente Pé de resposta dinâmica em fibra de carbono compatível com nível de atividade 3, com capa cosmética. Um par de calçados.

Interessado(s)

CPF	Nome Completo	Data Nascimento	Nome Completo da Mãe
██████████	JOSE ALUIZIO PEREIRA	22/01/1964	MARIA DO CARMO VIEIRA PEREIRA

Procurador(es) / Representante(s) Legal(is)

A tarefa não possui procurador(es) / representante(s) legal(is).

CID Principal

S881 - Amputação traumática entre o joelho e o tornozelo

Anexos

A tarefa não possui anexos.



Dados Básicos

Serviço Formulário - Perícia Médica Inicial de Reabilitação Profissional para Fins de Concessão de OPM	Status Concluída	Prioridade Normal
Unidade 01400 - SUBSECRETARIA DE PERÍCIA MÉDICA FEDERAL	Data de entrada do requerimento 08/11/2021 16:19	Canal de atendimento Aplicações Parceiras

Endereço para atendimento:

A tarefa não possui endereço para atendimento externo.

Campos adicionais:

Campo	Valor
ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM (a cargo do INSS)	
Origem do encaminhamento:	Perícia Médica
O requerente é segurado do INSS?	Sim
Situação Funcional/Forma de Filiação:	Empregado
Empresa:	LIGHT SA
Está em gozo de Benefício por Incapacidade/Auxílio-Accidente?	Sim
Espécie/Nº do Benefício:	31/5397381949
Grau de instrução/escolaridade:	Ensino médio completo
Atividades profissionais em exercício (função, atividades, aspectos ergonômicos):	AGENTE COMERCIAL
CNH:	Não
Cursos e capacitações profissionais realizados anteriores ao PRP:	NÃO
Experiências profissionais anteriores ao PRP:	AGENTE COMERCIAL
Já foi reabilitado anteriormente com certificado de conclusão do PRP? Caso afirmativo, informe Data de desligamento do PRP, Função/atividade para a qual foi reabilitado e Restrições Laborais:	Vide SABI
Situação do requerente:	Em Programa de Reabilitação Profissional
Para segurado em PRP, descreva a evolução. Informe sobre readaptação na empresa de vínculo, cursos/treinamentos profissionais, função proposta e outros dados pertinentes:	SERÁ MANTIDO NOVO CONTATO COM A EMPRESA DE VÍNCULO SOBRE A READAPTAÇÃO
Para segurado em PRP, transcreva as Restrições Laborais definidas pela PMF:	Vide SABI
Registre e justifique o prognóstico de cumprimento do programa de reabilitação profissional (Favorável/Desfavorável):	FAVORÁVEL
Contexto Socioeconômico	
Informações referentes a: acessibilidade à residência e na comunidade, acesso a transporte público, acesso a reabilitação física e outras informações pertinentes.	BARREIRAS ARQUITETÔNICAS E INSEGURANÇA
Outras informações:	Vide SABI
AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM	
Anamnese	
Altura:	1,65 m
Peso:	86 kg
Dominância:	Destra
Características da lesão/amputação:	
Etiologia:	Secundária a doença
Secundária a doença:	Neoplasia
Membro(s) acometido(s):	esquerda
Data da amputação/lesão/diagnóstico:	21/12/1993
Tempo de evolução:	Informa diagnóstico de TCG aos 17 anos, tendo sido submetida ao tratamento cirúrgico com autoenxertia ossea; Relata que 1 ano e meio após verificou-se recidiva com maior agressividade. Fez transplante de fibula para tibia com relato de critério de cura devido a margem ampliada. Evoluiu com infecção, complicando com amputação da perna esquerda em 1993.
Queixas relatadas:	Informa que queixa-se de irritação na pele do coto. Refere que ganhou peso após as duas gestações, dificultando a protetização.
Histórico de protetização, ortetização e uso de outros recursos assistivos	
Quantos, quando, quem forneceu, tipo, tempo de uso, incompatibilidades anteriores, outras informações relacionadas:	1a protetização: ABBR (1994) protese pelo SUS, usou por 2 anos, sendo realizada a troca a cada 2 anos; informa 8 ou 9 trocas; Protetização pelo INSS (2010?)- não se adaptou devido ao liner com pino, evoluindo com dermatite (sic).

Campo	Valor
Outras solicitações de recursos assistivos	Desde então sem prótese (2010 em diante).
Há processo de concessão em andamento através do Sistema Único de Saúde - SUS, outras instituições ou por outros meios?	Não
Reabilitação física	
Fez fisioterapia e/ou terapia ocupacional para adaptação e uso da prótese ou outros recursos assistivos (duração, intercorrências):	Sim
Especificar (Informar duração, intercorrência, etc)	Fez reabilitação na ABBR na época das primeiras protetizações.
Uso de prótese na atividade laboral:	
Necessidades específicas, dificuldades e outras informações relacionadas:	Informa que ganhou peso nas gestações, realizando procedimentos de cirurgia plástica após perda de peso para permitir a protetização.
História clínica	
Queixas atuais, hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo), lesões de órgãos alvos, em caso de ICC classificação de NYHA, tratamentos em curso, outras:	Informa problemas no ombro direito, com relato de tratamento de tendinopatia e ruptura do manguito rotador. Informa indicação cirúrgica. Deambulando em cadeira de rodas. Informa que não se adaptou às muletas, preferindo o andador. Etilista social. Não faz uso de medicações.
Condições de acessibilidade	
Na habitação, no trabalho, nos trajetos:	Mora em casa, toda de nível plano, com pequena escada de acesso. Informa que no local de trabalho, embora não frequente há muito tempo, imagina que esteja adaptado a pessoas com deficiência.
Meio(s) de deslocamento(s) habitual(is):	Deslocamento de trem. Sem rampa de acesso na estação da residência. Na estação central tem elevador.
Descrição de barreiras arquitetônicas e outras, se houver:	Escadas e passarela do trem.
Atividades da Vida Diária (higiene, alimentação, vestuário, lazer, mobilidade, outras)	
Assinale:	Dependente
Descrição das dificuldades	Dificuldade para deambular com muletas devido a dor no ombro direito.
Exame Físico	
Geral:	Lucida e orientada.
Neurológico:	Responde sem dificuldade às solicitações verbais.
Cardiopulmonar:	Nada digno de nota.
Locomotor:	Nada digno de nota.
Outros (alterações cognitivas, visuais, auditivas, nutricionais, abdominais, digestivas, urinárias e outras):	Flexão anterior do ombro dir 100° Abdução do ombro direito 60° Nada digno de nota.
Nível de amputação - MMSS	Não se aplica
Nível de amputação - MMII	03. Amputação Transfemoral - 1/3 proximal
Lateralidade da lesão:	Esquerda.
Condições do coto (pele/fâneros, circulação, trofismo/força/tônus muscular, rigidez articular, sensibilidade, membro/dor fantasma, espículas, neuromas, úlceras, aderência, sinais flogísticos, outros):	Coto com cicatriz de bom aspecto, sem retracções nem feridas. Calosidade parapatelar medial. Sem áreas de hipoestesia. Força grau 5 flexo-extensão do joelho esquerdo. ADM 0-130° joelho esquerdo 15 cm a partir do polo inf da patela/31 cm de diâmetro
Medição do coto:	
Membro contralateral	
Cicatrizes, desvios angulares e rotacionais, instabilidade e alterações degenerativas articulares, circulatórias, trofismo e força muscular, outros:	Fasciite plantar direita; tendinopatia glutea.
Membro(s) não acometido(s)	
Amplitude de movimento, alterações tróficas, força muscular, alterações degenerativas articulares, instabilidades ligamentares, outros:	Nada digno de nota.
Trauma Raqui Medular	
Nível, espasticidade, força muscular, controle de tronco, escaras, áreas de hiperpressão, outros:	Não se aplica.
Outros Aspectos	
Prótese/outra recurso assistivo atual (Tipo, modelo, estado de conservação, adequabilidade, outros):	Não apresenta prótese atual.
Expectativa em relação à nova prótese/recurso de Tecnologia Assistiva:	Não possui expectativa em relação à prótese, por ter se decepcionado com o processo ter falhado.
Deseja manter:	Não
Locomoção/ Marcha - Características (cadeira de rodas, andador, bengala, muleta axilar/canadense, prótese, caminha sem apoio, padrão da marcha, caminha com ou sem auxílio de terceiros, outros):	Deambula com cadeira de rodas.
Níveis de capacidade funcional K-Level	03. K 3 - Tem capacidade para deambular com cadência variável e para transportar barreiras arquitetônicas. Típico de um amputado que se desloca na comunidade e poderá ter atividade física, profissional ou terapêutica que exija a utilização da prótese além da simples locomoção.
Exames de imagem	
Descrever os achados radiográficos e outros, se houver:	Não apresenta radiografia.
Caso sejam feitos registros tais como fotografias, vídeos e outros tipos de imagens, o perito médico deve, obrigatoriamente, preencher o formulário editável do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Uso de Imagens Relacionadas ao Processo de Concessão de OPM, disponível em <a 153="" 28="" 963="" 974"="" data-label="Page-Footer" href="http://www-prbi/na aba formulários, que deverá ser anexado ao processo eletrônico do PMF Tarefas em formato PDF, com as devidas assinaturas.</td><td></td></tr> <tr> <td>Conclusão</td><td></td></tr> </tbody> </table> </div> <div data-bbox=">Emitido em: 10/11/2023 09:51	

Campo	Valor
Concluída a avaliação, indica-se a prescrição de Órtese, Prótese Ortopédica não Implantável, Meios Auxiliares de Locomoção e Acessórios?	Sim
Considerações médico periciais:	Segurada de 47 anos, vinculada como agente comercial da LIGHT/serv de cobrança, desde 05/1999 onde ocupa vaga de PCD, Nível médio completo, portadora de amputação da perna esq (não dominante) abaixo do joelho, em 1993, devido a tumor ósseo que evoluiu c/ osteomielite. Encaminhada p/ RP em 12/2010 para troca de prótese face a dermatite 2 ^a ria em coto de amputação por uso da prótese do SUS. Segue aguardando licitação p/ fornecimento de prótese e hoje relata tb tratamento de lesão de manguito rotator no ombro Dir, no momento em tratamento conservador com fisioterapia/RPG , porém já aventada a possibilidade cirúrgica em ombro Dir- mas aguarda a protetização do MIE antes; Comprova fisioterapia para lesão em ombro Dir.(dominante).
Encaminhamentos para o INSS:	Necessita de prótese transtibial para dar prosseguimento ao PRP.
Tipo de recurso material prescrito:	Prótese ortopédica não implantável de MMSS/MMII
Especificação detalhada do dispositivo de OPM prescrito, conforme parâmetros descritivos constantes em manual técnico:	Prótese ortopédica endoesquelética (modular) para amputação transtibial. Componentes em titânio. Encaixe tipo TSWB, laminado em resina acrílica, reforçado com fibras de carbono e fibras de vidro trançadas. Válvula de expulsão de ar associada ao adaptador pneumático de assistência a vácuo. Duas unidades de liner em uretano. Duas unidades de joelheira de vedação, com revestimento interno em uretano. Encaixe de prova em termoplástico transparente. Pé de resposta dinâmica em fibra de carbono compatível com nível de atividade 3, com capa cosmética. Um par de calçados.

Interessado(s)

CPF	Nome Completo	Data Nascimento	Nome Completo da Mãe
[REDACTED]	DEBORA CANDIDA MACHADO RIOS	20/07/1974	DULCINEIA RIBEIRO MACHADO

Procurador(es) / Representante(s) Legal(is)

A tarefa não possui procurador(es) / representante(s) legal(is).

CID Principal

T983 - Seqüelas de complicações dos cuidados médicos e cirúrgicos não classificados em outra parte

Anexos

A tarefa não possui anexos.



Dados Básicos

Serviço Formulário - Perícia Médica Inicial de Reabilitação Profissional para Fins de Concessão de OPM	Status Concluída	Prioridade Normal
Unidade 01400 - SUBSECRETARIA DE PERÍCIA MÉDICA FEDERAL	Data de entrada do requerimento 05/10/2021 14:50	Canal de atendimento Aplicações Parceiras

Endereço para atendimento:

A tarefa não possui endereço para atendimento externo.

Campos adicionais:

Campo	Valor
ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM (a cargo do INSS)	
Origem do encaminhamento:	Perícia Médica
O requerente é segurado do INSS?	Sim
Situação Funcional/Forma de Filiação:	Empregado
Empresa:	ITAU UNIBANCO
Está em gozo de Benefício por Incapacidade/Auxílio-Accidente?	Não
Grau de instrução/escolaridade:	Ensino superior completo
Atividades profissionais em exercício (função, atividades, aspectos ergonômicos):	CAIXA DE BANCO
CNH:	Sim
Informar a categoria, as restrições e a validade/última renovação:	NAO É POSSIVEL INFORMAR, POIS FORMULÁRIO FOI PREENCHIDO NA AUSENCIA DA SEGURADA
Cursos e capacitações profissionais realizados anteriores ao PRP:	GRADUAÇÃO EM DIREITO
Experiências profissionais anteriores ao PRP:	NÃO SE APLICA
Já foi reabilitado anteriormente com certificado de conclusão do PRP? Caso afirmativo, informe Data de desligamento do PRP, Função/atividade para a qual foi reabilitado e Restrições Laborais:	NÃO
Situação do requerente:	Em Programa de Reabilitação Profissional
Para segurado em PRP, descreva a evolução. Informe sobre readaptação na empresa de vínculo, cursos/treinamentos profissionais, função proposta e outros dados pertinentes:	AGUARDA PRÓTESE PARA ENCAMINHAMENTO À EMPRESA DE VÍNCULO
Para segurado em PRP, transcreva as Restrições Laborais definidas pela PMF:	NÃO CONSTA NA FAPL
Registre e justifique o prognóstico de cumprimento do programa de reabilitação profissional (Favorável/Desfavorável):	FAVORAVEL
Contexto Socioeconômico	
Informações referentes a: acessibilidade à residência e na comunidade, acesso a transporte público, acesso a reabilitação física e outras informações pertinentes.	NÃO É POSSÍVEL INFORMAR
Outras informações:	FORMULÁRIO FOI PREENCHIDO NA AUSENCIA DA SEGURADA
AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM	
Anamnese	
Altura:	159cm
Peso:	80
Dominância:	destra
Características da lesão/amputação:	
Etiologia:	Traumática
Traumática por:	Outros
Especifique:	Atropelamento por trem
Membro(s) acometido(s):	Bilateral Inferior
Data da amputação/lesão/diagnóstico:	29/05/2002
Tempo de evolução:	Longa data.
Queixas relatadas:	Já usa prótese bilateral porém os encaixes não se ajustam adequadamente. Pé quebrou da última prótese, durabilidade ruim.
Histórico de protetização, ortetização e uso de outros recursos assistivos	
Quantos, quando, quem forneceu, tipo, tempo de uso, incompatibilidades anteriores, outras informações relacionadas:	Já recebeu pelo menos 3 próteses, vários encaixes, últimos pelo INSS.
Outras solicitações de recursos assistivos	
Há processo de concessão em andamento através do Sistema Único de Saúde - SUS, outras instituições ou por outros meios?	Não
Reabilitação física	

Campo	Valor
Fez fisioterapia e/ou terapia ocupacional para adaptação e uso da prótese ou outros recursos assistivos (duração, intercorrências):	Sim
Especificar (Informar duração, intercorrência, etc)	Oferecida pela empresa fornecedora da prótese, sem grande sucesso no treinamento.
Uso de prótese na atividade laboral:	
Necessidades específicas, dificuldades e outras informações relacionadas:	Subir/descer escadas, desníveis.
História clínica	
Queixas atuais, hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo), lesões de órgãos alvos, em caso de ICC classificação de NYHA, tratamentos em curso, outras:	Não relata nenhuma comorbidade. É obesa.
Condições de acessibilidade	
Na habitação, no trabalho, nos trajetos:	Escadas, sobressaltos, rampas.
Meio(s) de deslocamento(s) habitual(is):	Carro
Descrição de barreiras arquitetônicas e outras, se houver:	Buracos nas vias e calçadas.
Atividades da Vida Diária (higiene, alimentação, vestuário, lazer, mobilidade, outras)	
Assinale:	Independente
Exame Físico	
Geral:	Bom estado geral. Psiquismo preservado.
Neurológico:	lúcida, orientada, sem déficits neurológicos.
Cardiopulmonar:	Ritmo cardíaco regular em dois tempos. Pulmões limpos. Abdome: atípico. Membros inferiores sem edemas.
Locomotor:	Deambula com claudicação tendo em vista as condições das próteses antigas.
Outros (alterações cognitivas, visuais, auditivas, nutricionais, abdominais, digestivas, urinárias e outras):	Obesidade.
Nível de amputação - MMSS	Não se aplica
Nível de amputação - MMII	08. Amputação transtibial - 1/3 médio
Lateralidade da lesão:	Bilateral, sendo no terço médio a direita e terço proximal a esquerda.
Condições do coto (pele/fâneros, circulação, trofismo/força/tônus muscular, rigidez articular, sensibilidade, membro/dor fantasma, espículas, neuromas, úlceras, aderência, sinais flogísticos, outros):	Sem espículas, com calosidades e lesões cicatrizadas em ambos cotos.
Medição do coto:	nao tinha fita disponivel
Membro contralateral	
Cicatrizes, desvios angulares e rotacionais, instabilidade e alterações degenerativas articulares, circulatórias, trofismo e força muscular, outros:	Não se aplica. Ambos acometidos.
Membro(s) não acometido(s)	
Amplitude de movimento, alterações tróficas, força muscular, alterações degenerativas articulares, instabilidades ligamentares, outros:	Não se aplica. Ambos acometidos.
Trauma Raqui Medular	
Nível, espasticidade, força muscular, controle de tronco, escaras, áreas de hiperpressão, outros:	Não se aplica.
Outros Aspectos	
Prótese/outra recurso assistivo atual (Tipo, modelo, estado de conservação, adequabilidade, outros):	Prótese direita de aparente aspecto ruim e prótese esquerda com pé quebrado.
Expectativa em relação à nova prótese/recurso de Tecnologia Assistiva:	Gostaria que o revestimento fosse em silicone estético e a prova d'água pois não consegue tomar banho em pé. Gostaria que a joelheira de vedação fosse do tipo anatômica e o pé bipartido para poder usar chinelo.
Deseja manter:	Sim
Deseja manter:	Sim
Locomoção/ Marcha - Características (cadeira de rodas, andador, bengala, muleta axilar/canadense, prótese, caminha sem apoio, padrão da marcha, caminha com ou sem auxílio de terceiros, outros):	Geralmente caminha sem apoio, mas pelas condições precárias das próteses tem necessitado apoio para longas distâncias e com a quebra do pé provavelmente precisará apoio em bengala.
Níveis de capacidade funcional K-Level	04. K 4 - Tem capacidade ou potencial para deambular além das competências básicas de deambulação apresentando níveis de impacto, stress ou energia elevados. Este nível inclui a maioria das crianças, adultos ativos ou atletas.
Exames de imagem	
Descrever os achados radiográficos e outros, se houver:	Não apresentou.
Caso sejam feitos registros tais como fotografias, vídeos e outros tipos de imagens, o perito médico deve, obrigatoriamente, preencher o formulário editável do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Uso de Imagens Relacionadas ao Processo de Concessão de OPM, disponível em www.prbi.br na aba formulários, que deverá ser anexado ao processo eletrônico do PMF Tarefas em formato PDF, com as devidas assinaturas.	
Conclusão	
Concluída a avaliação, indica-se a prescrição de Órtese, Prótese Ortopédica não Implantável, Meios Auxiliares de Locomoção e Acessórios?	Sim
Considerações médico periciais:	Necessita prótese transtibial bilateral de boa qualidade e treinamento haja vista que a última fornecida não permitiu tentativa de reinserção no local de trabalho.
Encaminhamentos para o INSS:	fornecimento de duas próteses para amputação transtibial bilateral.
Tipo de recurso material prescrito:	Prótese ortopédica não implantável de MMSS/MMII
Especificação detalhada do dispositivo de OPM prescrito, conforme parâmetros descritivos constantes em manual técnico:	Prótese 1 - Membro inferior direito: prótese para amputação transtibial ao nível de terço médio, endoesquelética, encaixe tipo TSWB, módulo em aço/ alumínio/ titâneo laminado em resina ortocril, reforçado com fibras de carbono; 2 liners em poliuretano/copolímero sem anéis, sem

Campo	Valor
	shutterlock, válvula de expulsão de ar automática de manuseio e colocação rápida, duas joelheiras de vedação tipo anatômica; pé com lâminas bipartidas que promovam melhor adaptação a deambulação em terrenos irregulares, de resposta dinâmica, em fibra de carbono, nível de mobilidade K4, para mulher, com elevação de salto regulável; revestimento cosmético para toda a prótese em silicone estético resistente à água. Encaixe de prova em material termoplástico transparente. Prótese 2 - Membro inferior esquerdo: prótese para amputação transtibial ao nível de terço proximal, endoesquelética, encaixe tipo TSWB, módulo em aço/ alumínio/ titâneo laminado em resina ortocril, reforçado com fibras de carbono; 2 liners em poliuretano/copolímero sem anéis, sem shutterlock, válvula de expulsão de ar automática de manuseio e colocação rápida, duas joelheiras de vedação tipo anatômica; pé com lâminas bipartidas que promovam melhor adaptação a deambulação em terrenos irregulares, de resposta dinâmica, em fibra de carbono, nível de mobilidade K4, para mulher, com elevação de salto regulável; revestimento cosmético para toda a prótese em silicone estético resistente à água. Encaixe de prova em material termoplástico transparente.

Interessado(s)

CPF	Nome Completo	Data Nascimento	Nome Completo da Mãe
108.235.327-20	DJAMILA MARCIA CORREA DE MATTOS	18/06/1986	OTILIA MARCIA CORREA DE MATTOS

Procurador(es) / Representante(s) Legal(is)

A tarefa não possui procurador(es) / representante(s) legal(is).

CID Principal

S881 - Amputação traumática entre o joelho e o tornozelo

Anexos

A tarefa não possui anexos.



Dados Básicos

Serviço Formulário - Perícia Médica Inicial de Reabilitação Profissional para Fins de Concessão de OPM	Status Concluída	Prioridade Normal
Unidade 01400 - SUBSECRETARIA DE PERÍCIA MÉDICA FEDERAL	Data de entrada do requerimento 10/08/2022 16:29	Canal de atendimento Aplicações Parceiras

Endereço para atendimento:

A tarefa não possui endereço para atendimento externo.

Campos adicionais:

Campo	Valor
ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM (a cargo do INSS)	
Origem do encaminhamento:	Perícia Médica
O requerente é segurado do INSS?	Sim
Está em gozo de Benefício por Incapacidade/Auxílio-Accidente?	Não
Grau de de instrução/escolaridade:	Ensino médio completo
Atividades profissionais em exercício (função, atividades, aspectos ergonômicos):	NÃO EXERCE
CNH:	Sim
Informar a categoria, as restrições e a validade/última renovação:	B (18/12/2022)
Cursos e capacitações profissionais realizados anteriores ao PRP:	FATURISTA
Experiências profissionais anteriores ao PRP:	CARTEIRO, ORÇAMENTISTA
Já foi reabilitado anteriormente com certificado de conclusão do PRP? Caso afirmativo, informe Data de desligamento do PRP, Função/atividade para a qual foi reabilitado e Restrições Laborais:	NÃO
Situação do requerente:	Em Programa para fins de recebimento, reparo ou manutenção de OPM
Para segurado em PRP, descreva a evolução. Informe sobre readaptação na empresa de vínculo, cursos/treinamentos profissionais, função proposta e outros dados pertinentes:	NÃO HOUVE
Para segurado em PRP, transcreva as Restrições Laborais definidas pela PMF:	PERITO DEVE PREENCHER
Registre e justifique o prognóstico de cumprimento do programa de reabilitação profissional (Favorável/Desfavorável):	FAVORÁVEL
Contexto Socioeconômico	
Informações referentes a: acessibilidade à residência e na comunidade, acesso a transporte público, acesso a reabilitação física e outras informações pertinentes.	ACESSO À RESIDÊNCIA ATRAVÉS DE SERVIDÃO COM ESCADAS
Outras informações:	SEGURADO, 62 ANOS, ENSINO MÉDIO COMPLETO, FOI ATROPELADO E SOFREU AMPUTAÇÃO DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO EM 2003
AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM	
Anamnese	
Altura:	1,75
Peso:	84
Dominância:	destro
Características da lesão/amputação:	
Etiologia:	Traumática
Traumática por:	Acidente de motocicleta
Membro(s) acometido(s):	membro inferior esquerdo
Data da amputação/lesão/diagnóstico:	01/01/2003
Tempo de evolução:	19 anos
Queixas relatadas:	Refere dor na coluna devido a instabilidade na prótese em MIE
Histórico de protetização, ortetização e uso de outros recursos assistivos	
Quantos, quando, quem forneceu, tipo, tempo de uso, incompatibilidades anteriores, outras informações relacionadas:	Ganhou uma prótese do SARAH em 2003 logo após a amputação. Em 2008 recebeu nova prótese pelo INSS que ficou bem até 2012 foi necessário trocar e recebeu prótese nova do INSS que está até agora porém com instabilidade e dor
Outras solicitações de recursos assistivos	
Há processo de concessão em andamento através do Sistema Único de Saúde - SUS, outras instituições ou por outros meios?	Não
Reabilitação física	
Fez fisioterapia e/ou terapia ocupacional para adaptação e uso da prótese ou outros recursos assistivos (duração, intercorrências):	Sim

Campo	Valor
Especificar (Informar duração, intercorrência, etc)	Na época em que recebeu as próteses
Uso de prótese na atividade laboral:	Necessita da prótese para facilitar seu deslocamento dentro de casa de casa para o trabalho e no trabalho
Necessidades específicas, dificuldades e outras informações relacionadas:	
História clínica	Sente dores na coluna devido a instabilidade da prótese em MIE. Nega tabagismo e etilismo. É hipertenso e nega diabetes
Queixas atuais, hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo), lesões de órgãos alvos, em caso de ICC classificação de NYHA, tratamentos em curso, outras:	
Condições de acessibilidade	
Na habitação, no trabalho, nos trajetos:	Refere residir casa com acesso de escadas servidão e rampa
Meio(s) de deslocamento(s) habitual(is):	Carro de passeio próprio Tem CNH válida e usa carro automático
Descrição de barreiras arquitetônicas e outras, se houver:	Não há
Atividades da Vida Diária (higiene, alimentação, vestuário, lazer, mobilidade, outras)	
Assinale:	Independente
Exame Físico	
Geral:	Requerente em bom estado geral e de higiene, cooperativo, lucido e orientado no tempo e no espaço, memória e humor preservados no momento da perícia, vestes alinhadas, eupneico, hidratado, sem edema em membro inferior direito. Com amputação transtibial a E em 1/3 superior com coto estavel sem lesões sem edema sem ferimentos
Neurológico:	
Refere que ainda sente dores fantomas em pé E Refere que praticamente não tem sequela do AVC sofrido em 2010 que afetou diâmetro D	
Cardiopulmonar:	RCR 2T BNF sem sopros ou arritmias Pulmões limpos sem ruidos adventícios
Locomotor:	Deambulando com auxílio de muletas para sua segurança devido a frouxidão na prótese que fica soltando ar a cada passada Sem alterações
Outros (alterações cognitivas, visuais, auditivas, nutricionais, abdominais, digestivas, urinárias e outras):	
Nível de amputação - MMSS	Não se aplica
Nível de amputação - MMII	07. Amputação transtibial - 1/3 proximal
Lateraldade da lesão:	Esquerda
Condições do coto (pele/fâneros, circulação, trofismo/força/tônus muscular, rigidez articular, sensibilidade, membro/dor fantasma, espículas, neuromas, úlceras, aderência, sinais flogísticos, outros):	Coto de bom aspecto sem edema sem ferimentos sem alterações neurogênicas
Medição do coto:	26cm de diâmetro por 13cm da patela ao coto
Membro contralateral	
Cicatrizes, desvios angulares e rotacionais, instabilidade e alterações degenerativas articulares, circulatórias, trofismo e força muscular, outros:	Membro inferior direito sem alterações
Membro(s) não acometido(s)	
Amplitude de movimento, alterações tróficas, força muscular, alterações degenerativas articulares, instabilidades ligamentares, outros:	Sem alterações
Trauma Raqui Medular	
Nível, espasticidade, força muscular, controle de tronco, escaras, áreas de hiperpressão, outros:	Não houve
Outros Aspectos	
Prótese/outro recurso assistivo atual (Tipo, modelo, estado de conservação, adequabilidade, outros):	Utiliza prótese ortopédica endoesquelética para amputação transtibial em titânio. Encaixe com sistema TSWB? cartucho flexível com liner em silicone usa joelheira Pé de madeira emborrachado não articula no tornozelo utiliza tênis (40)
Expectativa em relação à nova prótese/recurso de Tecnologia Assistiva:	Muito boa deseja retornar ao trabalho o quanto antes em todos os benefícios anteriores pediu alta
Deseja manter:	Não
Locomoção/ Marcha - Características (cadeira de rodas, andador, bengala, muleta axilar/canadense, prótese, caminha sem apoio, padrão da marcha, caminha com ou sem auxílio de terceiros, outros):	Marcha claudicante a E com auxílio de muletas devido a frouxidão da prótese
Níveis de capacidade funcional K-Level	03. K 3 - Tem capacidade para deambular com cadência variável e para transportar barreiras arquitetônicas. Típico de um amputado que se desloca na comunidade e poderá ter atividade física, profissional ou terapêutica que exija a utilização da prótese além da simples locomoção.
Exames de imagem	
Descrever os achados radiográficos e outros, se houver:	Não trouxe
Caso sejam feitos registros tais como fotografias, vídeos e outros tipos de imagens, o perito médico deve, obrigatoriamente, preencher o formulário editável do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Uso de Imagens Relacionadas ao Processo de Concessão de OPM, disponível em <a 153="" 28="" 962="" 973"="" data-label="Page-Footer" href="http://www-prbi/na aba formulários, que deverá ser anexado ao processo eletrônico do PMF Tarefas em formato PDF, com as devidas assinaturas.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Conclusão</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Concluída a avaliação, indica-se a prescrição de Órtese, Prótese Ortopédica não Implantável, Meios Auxiliares de Locomoção e Acessórios?</td> <td>Sim</td> </tr> <tr> <td>Considerações médico periciais:</td> <td>Segurado muito interessado em retornar ao trabalho deseja aposentar por tempo de serviço está em B1 fazendo cursos de informática</td> </tr> <tr> <td>Encaminhamentos para o INSS:</td> <td>Segurado com boa expectativa com o recebimento da nova prótese</td> </tr> <tr> <td>Tipo de recurso material prescrito:</td> <td>Prótese ortopédica não implantável de MMSS/MMII</td> </tr> </tbody> </table> </div> <div data-bbox=">Emitido em: 10/11/2023 10:12	

Campo	Valor
Especificação detalhada do dispositivo de OPM prescrito, conforme parâmetros descritivos constantes em manual técnico:	TT10-Prótese endoesquelética (modular) para amputação transtibial. Componentes em titânio. Encaixe com sistema TSWB, confeccionado em resina acrílica com reforço em fibra de carbono e fibra de vidro trançadas. Duas unidades de liner em uretano com anéis de vedação. Duas unidades de joelheira de vedação com revestimento interno em uretano. Válvula de expulsão de ar automática. Encaixe de prova em termoplástico transparente. Pé de resposta dinâmica em fibra de carbono para nível de atividade 2/3, com capa cosmética. Um par de calçados. Preferencia por tênis tamanho 40 e gostaria do encaixe preto

Interessado(s)

CPF	Nome Completo	Data Nascimento	Nome Completo da Mãe
[REDACTED]	RICARDO CIARLINI GURGEL DE OLIVEIRA	21/12/1959	NORMA CIARLINI GURGEL DE OLIVEIRA

Procurador(es) / Representante(s) Legal(is)

A tarefa não possui procurador(es) / representante(s) legal(is).

CID Principal

S88 - Amputação traumática da perna

Anexos

A tarefa não possui anexos.



Dados Básicos

Serviço Formulário - Perícia Médica Inicial de Reabilitação Profissional para Fins de Concessão de OPM	Status Concluída	Prioridade Normal
Unidade 01400 - SUBSECRETARIA DE PERÍCIA MÉDICA FEDERAL	Data de entrada do requerimento 11/08/2022 11:14	Canal de atendimento Aplicações Parceiras

Endereço para atendimento:

A tarefa não possui endereço para atendimento externo.

Campos adicionais:

Campo	Valor
ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM (a cargo do INSS)	
Origem do encaminhamento:	Espontâneo
O requerente é segurado do INSS?	Sim
Situação Funcional/Forma de Filiação:	Empregado
Empresa:	HOSPITAL SANTA TERESA
Está em gozo de Benefício por Incapacidade/Auxílio-Accidente?	Não
Grau de instrução/escolaridade:	Ensino fundamental incompleto
Atividades profissionais em exercício (função, atividades, aspectos ergonômicos):	PINTOR
CNH:	Sim
Informar a categoria, as restrições e a validade/última renovação:	B , ESTÁ VENCIDA
Cursos e capacitações profissionais realizados anteriores ao PRP:	NAO
Experiências profissionais anteriores ao PRP:	BALCONISTA, AUXILIAR DE MONTAGEM DE MÓVEIS, BORRACHEIRO
Já foi reabilitado anteriormente com certificado de conclusão do PRP? Caso afirmativo, informe Data de desligamento do PRP, Função/atividade para a qual foi reabilitado e Restrições Laborais:	NAO
Situação do requerente:	Em Programa para fins de recebimento, reparo ou manutenção de OPM
Para segurado em PRP, descreva a evolução. Informe sobre readaptação na empresa de vínculo, cursos/treinamentos profissionais, função proposta e outros dados pertinentes:	NAO HOUVE
Para segurado em PRP, transcreva as Restrições Laborais definidas pela PMF:	PERITO DEVE PREENCHER
Registre e justifique o prognóstico de cumprimento do programa de reabilitação profissional (Favorável/Desfavorável):	FAVORÁVEL
Contexto Socioeconômico	
Informações referentes a: acessibilidade à residência e na comunidade, acesso a transporte público, acesso a reabilitação física e outras informações pertinentes.	BOA ACESSIBILIDADE
Outras informações:	SEGURADO, 59 ANOS, 4ª SÉRIE DO ANTIGO FUNDAMENTAL, EMPREGADO COMO PINTOR NA MANUTENÇÃO DO HOSPITAL SANTA TERESA EM PETRÓPOLIS, POSSUI AMPUTAÇÃO DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO DESDE OS 26 ANOS DE IDADE
AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM	
Anamnese	
Altura:	1,60cm
Peso:	63kg
Dominância:	destro
Características da lesão/amputação:	
Etiologia:	Traumática
Traumática por:	Acidente de motocicleta
Membro(s) acometido(s):	membro inferior E
Data da amputação/lesão/diagnóstico:	20/01/1988
Tempo de evolução:	34 anos
Queixas relatadas:	Segurado informa que já ganhou 2 próteses do INSS em 2005 e 2012/2013 porém as 2 quebraram a 1ª machucava muito a segunda deu para consertar por conta própria tirou o liner pois não se adaptou procurou a firma que fez novo encaixe de borracha com o qual tem se adaptado e novo pé pois o que veio esfarelou logo em seguida
Histórico de protetização, ortetização e uso de outros recursos assistivos	
Quantos, quando, quem forneceu, tipo, tempo de uso, incompatibilidades anteriores, outras informações relacionadas:	Já recebeu 2 proteses do INSS a primeira em 2005 e a segunda em 2012/2013 mas não sabe precisar essas datas e não encontrei no SABI o

Campo	Valor
Outras solicitações de recursos assistivos	historico referente a essas protetizações
Há processo de concessão em andamento através do Sistema Único de Saúde - SUS, outras instituições ou por outros meios?	Não
Reabilitação física	
Fez fisioterapia e/ou terapia ocupacional para adaptação e uso da prótese ou outros recursos assistivos (duração, intercorrências):	Sim
Especificar (Informar duração, intercorrência, etc)	Fez fisioterapia para preparar o coto e depois para se adaptar as proteses
Uso de prótese na atividade laboral:	
Necessidades específicas, dificuldades e outras informações relacionadas:	Não necessita de muleta consegue andar bem com a prótese mesmo com as adaptações realizadas por conta própria
História clínica	
Queixas atuais, hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo), lesões de órgãos alvos, em caso de ICC classificação de NYHA, tratamentos em curso, outras:	Nega etilismo tabagismo, nega cardiopatias e diabetes
Condições de acessibilidade	
Na habitação, no trabalho, nos trajetos:	Tem facilidade de acesso a sua casa e ao hospital Santa Teresa onde trabalha
Meio(s) de deslocamento(s) habitual(is):	Transporte coletivo urbano
Descrição de barreiras arquitetônicas e outras, se houver:	Não há Diz conseguir dirigir carro de passeio mesmo sem ser adaptado mas que atualmente não tem carro
Atividades da Vida Diária (higiene, alimentação, vestuário, lazer, mobilidade, outras)	
Assinale:	Independente
Exame Físico	
Geral:	Requerente em bom estado geral e de higiene, cooperativo, lucido e orientado no tempo e no espaço, memória e humor preservados no momento da perícia, vestes alinhadas, eupneico, hidratado, sem edema em membro inferior direito. Com crepitação discreta em joelho D por artrose Com amputação transtibial a E em 1/3 medio com coto estavel sem lesões sem edema sem ferimentos
Neurológico:	Não se queixa
Cardiopulmonar:	RCR 2T BNF sem sopros ou arritmias Pulmões limpos sem ruidos adventícios
Locomotor:	Deambula sem auxilio com uso de protese ortopédica de titâniom em membro inferior E bem adaptado (refere que não se adaptou ao liner inclusive teve ferimento infectado no coto em 2018 resolveu trocar o tipo de encaixe por conta propria e hoje usa um de borracha com meias de algodão)
Outros (alterações cognitivas, visuais, auditivas, nutricionais, abdominais, digestivas, urinárias e outras):	Sem alterações
Nível de amputação - MMSS	Não se aplica
Nível de amputação - MMII	08. Amputação transtibial - 1/3 médio
Lateraldade da lesão:	Esquerda
Condições do coto (pele/fâneros, circulação, trofismo/força/tônus muscular, rigidez articular, sensibilidade, membro/dor fantasma, espículas, neuromas, úlceras, aderência, sinos flogísticos, outros):	Coto de bom aspecto em 1/3 médio da perna esquerda sem lesões cutâneas sem edemas sem alterações neurogicicas com boa mobilidade do joelho E
Medição do coto:	23cm de circunferencia e 16cm de distancia patelar at o coto
Membro contralateral	
Cicatrizes, desvios angulares e rotacionais, instabilidade e alterações degenerativas articulares, circulatórias, trofismo e força muscular, outros:	Membro inferior direito sem edemas sem alterações cutâneas sem flogose com boa mobilidade articular apesar de crepitação moderada em joelho D devido a artrose
Membro(s) não acometido(s)	
Amplitude de movimento, alterações tróficas, força muscular, alterações degenerativas articulares, instabilidades ligamentares, outros:	Com boa amplitude dos movimentos do quadril, joelho e tornozelo direitos sem flogose articular
Trauma Raqui Medular	
Nível, espasticidade, força muscular, controle de tronco, escaras, áreas de hiperpressão, outros:	Não houve
Outros Aspectos	
Prótese/outro recurso assistivo atual (Tipo, modelo, estado de conservação, adequabilidade, outros):	Utiliza protese ortopédica endoesquelética para amputação transtibial em titâniom. Encaixe com sistema KBM? cartucho flexivel ? não se adaptou ao liner não usa joelheira Pé de madeira emborrachado não articula no tornozelo utiliza tênis (38/39)
Expectativa em relação à nova prótese/recurso de Tecnologia Assistiva:	Muito boa pois continua trabalhando e não quer parar, diz estar bem adaptado a sua protese mas gostaria de aprimorar pois as alterações que fez foram por conta propria e sabe que tem coisas mais modernas
Deseja manter:	Sim
Deseja manter:	Sim
Locomoção/ Marcha - Características (cadeira de rodas, andador, bengala, muleta axilar/canadense, prótese, caminha sem apoio, padrão da marcha, caminha com ou sem auxílio de terceiros, outros):	Deambula sem auxilio de muletas com bom equilíbrio marcha atípica
Níveis de capacidade funcional K-Level	03. K 3 - Tem capacidade para deambular com cadência variável e para transpor barreiras arquitetônicas. Típico de um amputado que se desloca na comunidade e poderá ter atividade física, profissional ou terapêutica que exija a utilização da prótese além da simples locomoção.
Exames de imagem	
Descrever os achados radiográficos e outros, se houver:	Não trouxe

Campo	Valor
Caso sejam feitos registros tais como fotografias, vídeos e outros tipos de imagens, o perito médico deve, obrigatoriamente, preencher o formulário editável do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Uso de Imagens Relacionadas ao Processo de Concessão de OPM, disponível em www-prbi/ na aba formulários, que deverá ser anexado ao processo eletrônico do PMF Tarefas em formato PDF, com as devidas assinaturas.	
Conclusão	
Concluída a avaliação, indica-se a prescrição de Órtese, Prótese Ortopédica não Implantável, Meios Auxiliares de Locomoção e Acessórios?	Sim
Considerações médico periciais:	Tem indicação de receber protese mais moderna ou até modernizar a existente que já foi alterada e adaptada por conta própria com o tempo e problemas que surgiram
Encaminhamentos para o INSS:	Avaliação da possibilidade de receber protese mais moderna ou modernização da protese atual em uso e com a qual está bem adaptado
Tipo de recurso material prescrito:	Prótese ortopédica não implantável de MMSS/MMII
Especificação detalhada do dispositivo de OPM prescrito, conforme parâmetros descritivos constantes em manual técnico:	TT2-Prótese ortopédica endoesquelética (modular) para amputação transtibial. Componentes em titânio. Encaixe tipo KBM, confeccionado em resina acrílica, reforçado em fibra de carbono e fibra de vidro trançadas, cartucho flexível em polifôrmio. Encaixe de prova em termoplástico transparente. Pé de resposta dinâmica em fibra de carbono para nível de atividade 2/3, com capa cosmética. Cartucho flexível em polifôrmio reserva. Um par de calçados. (preferência por tênis 38/39)

Interessado(s)

CPF	Nome Completo	Data Nascimento	Nome Completo da Mãe
[REDACTED]	JOSE LUIS BERNARDO DA SILVA	25/05/1963	THEREZA MARIA PORTO DA SILVA

Procurador(es) / Representante(s) Legal(is)

A tarefa não possui procurador(es) / representante(s) legal(is).

CID Principal

S88 - Amputação traumática da perna

Anexos

A tarefa não possui anexos.



Dados Básicos

Serviço Formulário - Perícia Médica Inicial de Reabilitação Profissional para Fins de Concessão de OPM	Status Concluída	Prioridade Normal
Unidade 01400 - SUBSECRETARIA DE PERÍCIA MÉDICA FEDERAL	Data de entrada do requerimento 28/07/2022 14:46	Canal de atendimento Aplicações Parceiras

Endereço para atendimento:

A tarefa não possui endereço para atendimento externo.

Campos adicionais:

Campo	Valor
ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM (a cargo do INSS)	
Origem do encaminhamento:	Perícia Médica
O requerente é segurado do INSS?	Sim
Situação Funcional/Forma de Filiação:	Empregado
Empresa:	PROSPLAN OBRAS
Está em gozo de Benefício por Incapacidade/Auxílio-Accidente?	Sim
Espécie/Nº do Benefício:	91/6084068077
Grau de instrução/escolaridade:	Ensino médio completo
Atividades profissionais em exercício (função, atividades, aspectos ergonômicos):	ESTÁ AFASTADO
CNH:	Não
Cursos e capacitações profissionais realizados anteriores ao PRP:	NÃO
Experiências profissionais anteriores ao PRP:	cozinheiro e garçom
Já foi reabilitado anteriormente com certificado de conclusão do PRP? Caso afirmativo, informe Data de desligamento do PRP, Função/atividade para a qual foi reabilitado e Restrições Laborais:	NÃO É REABILITADO, MAS ESTÁ EM PROGRAMA
Situação do requerente:	Em Programa de Reabilitação Profissional
Para segurado em PRP, descreva a evolução. Informe sobre readaptação na empresa de vínculo, cursos/treinamentos profissionais, função proposta e outros dados pertinentes:	EMPRESA NÃO OFERECEU TROCA DE FUNÇÃO
Para segurado em PRP, transcreva as Restrições Laborais definidas pela PMF:	ORTOSTATISMO OU DEAMBULAÇÃO PROLONGADA
Registre e justifique o prognóstico de cumprimento do programa de reabilitação profissional (Favorável/Desfavorável):	FAVORÁVEL
Contexto Socioeconômico	
Informações referentes a: acessibilidade à residência e na comunidade, acesso a transporte público, acesso a reabilitação física e outras informações pertinentes.	ACESSIBILIDADE RUIM
Outras informações:	SEGURADO, 36 ANOS, ENSINO MÉDIO COMPLETO, SERVENTE DE OBRAS VINCULADO A PROSPLAN, EM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO EM FASE DE CURSO, AGUARDANDO PROTESE
AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM	
Anamnese	
Altura:	1,78
Peso:	82
Dominância:	destro
Características da lesão/amputação:	
Etiologia:	Traumática
Traumática por:	Acidente de carro
Membro(s) acometido(s):	membro inferior direito
Data da amputação/lesão/diagnóstico:	20/03/2014
Tempo de evolução:	8 anos
Queixas relatadas:	sem histórico de protetização anterior
Histórico de protetização, ortetização e uso de outros recursos assistivos	
Quantos, quando, quem forneceu, tipo, tempo de uso, incompatibilidades anteriores, outras informações relacionadas:	sem histórico de protetização anterior
Outras solicitações de recursos assistivos	
Há processo de concessão em andamento através do Sistema Único de Saúde - SUS, outras instituições ou por outros meios?	Não
Reabilitação física	

Campo	Valor
Fez fisioterapia e/ou terapia ocupacional para adaptação e uso da prótese ou outros recursos assistivos (duração, intercorrências):	Não
Uso de prótese na atividade laboral:	
Necessidades específicas, dificuldades e outras informações relacionadas:	necessita prótese ortopédica transtibial direita
História clínica	
Queixas atuais, hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo), lesões de órgãos alvos, em caso de ICC classificação de NYHA, tratamentos em curso, outras:	tabagista
Condições de acessibilidade	
Na habitação, no trabalho, nos trajetos:	deambula com auxílio de muletas, rua afastada com algumas escadas para chegar a sua residência
Meio(s) de deslocamento(s) habitual(is):	deambula com auxílio de muletas
Descrição de barreiras arquitetônicas e outras, se houver:	deambula com auxílio de muletas, rua afastada com algumas escadas para chegar a sua residência
Atividades da Vida Diária (higiene, alimentação, vestuário, lazer, mobilidade, outras)	
Assinale:	Independente
Exame Físico	
Geral:	Bom estado geral. Não apresenta doenças prévias
Neurológico:	nada digna de nota
Cardiopulmonar:	nada digna de nota
Locomotor:	deambula com auxílio de muletas
Outros (alterações cognitivas, visuais, auditivas, nutricionais, abdominais, digestivas, urinárias e outras):	nada digna de nota
Nível de amputação - MMSS	Não se aplica
Nível de amputação - MMII	08. Amputação transtibial - 1/3 médio
Lateralidade da lesão:	direito
Condições do coto (pele/fâneros, circulação, trofismo/força/tônus muscular, rigidez articular, sensibilidade, membro/dor fantasma, espículas, neuromas, úlceras, aderência, sinais flogísticos, outros):	Coto com bom aspecto
Medição do coto:	26
Membro contralateral	
Cicatrizes, desvios angulares e rotacionais, instabilidade e alterações degenerativas articulares, circulatórias, trofismo e força muscular, outros:	membro contralateral sem alterações
Membro(s) não acometido(s)	
Amplitude de movimento, alterações tróficas, força muscular, alterações degenerativas articulares, instabilidades ligamentares, outros:	nada digna de nota
Trauma Raqui Medular	
Nível, espasticidade, força muscular, controle de tronco, escaras, áreas de hiperpressão, outros:	não
Outros Aspectos	
Prótese/outro recurso assistivo atual (Tipo, modelo, estado de conservação, adequabilidade, outros):	nunca usou protese
Expectativa em relação à nova prótese/recurso de Tecnologia Assistiva:	Retorno ao mercado de trabalho e melhor qualidade de vida
Deseja manter:	Não
Locomoção/ Marcha - Características (cadeira de rodas, andador, bengala, muleta axilar/canadense, prótese, caminha sem apoio, padrão da marcha, caminha com ou sem auxílio de terceiros, outros):	deambula com auxílio de muletas
Níveis de capacidade funcional K-Level	03. K 3 - Tem capacidade para deambular com cadência variável e para transpor barreiras arquitetônicas. Típico de um amputado que se desloca na comunidade e poderá ter atividade física, profissional ou terapêutica que exija a utilização da prótese além da simples locomoção.
Exames de imagem	
Descrever os achados radiográficos e outros, se houver:	não há exames recentes
Caso sejam feitos registros tais como fotografias, vídeos e outros tipos de imagens, o perito médico deve, obrigatoriamente, preencher o formulário editável do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Uso de Imagens Relacionadas ao Processo de Concessão de OPM, disponível em <a 154="" 29="" 961="" 973"="" data-label="Page-Footer" href="http://www-prbi/na aba formulários, que deverá ser anexado ao processo eletrônico do PMF Tarefas em formato PDF, com as devidas assinaturas.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Conclusão</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Concluída a avaliação, indica-se a prescrição de Órtese, Prótese Ortopédica não Implantável, Meios Auxiliares de Locomoção e Acessórios?</td> <td>Sim</td> </tr> <tr> <td>Considerações médico periciais:</td> <td>Faço prescrição de protese ortopédica a ser encaminhada ao INSS</td> </tr> <tr> <td>Encaminhamentos para o INSS:</td> <td>Prescrição de prótese ortopédica para primeira protetização do segurado</td> </tr> <tr> <td>Tipo de recurso material prescrito:</td> <td>Prótese ortopédica não implantável de MMSS/MMII</td> </tr> <tr> <td>Especificação detalhada do dispositivo de OPM prescrito, conforme parâmetros descritivos constantes em manual técnico:</td> <td>Prótese ortopédica endosquelética (modular) para amputação transtibial. Componentes em titânio. Encaixe tipo TSWB laminado em resina acrílica reforçada com fibras de carbono e fibras de vidro trançadas, com adaptador para fixação do pino distal do liner. Encaixe de prova em termoplástico transparente. Duas unidades de liner em silicone, com pino de fixação distal com trava, de manuseio e colocação rápida. Pé com núcleo em nylon e função multiaxial compatível com nível de atividade 2/3, com capa cosmética. Um par de calçados.</td> </tr> </tbody> </table> </div> <div data-bbox=">Emitido em: 10/11/2023 10:26	

Interessado(s)

CPF	Nome Completo	Data Nascimento	Nome Completo da Mãe
██████████	REGINALDO COUTO RICARDO	19/12/1985	LINDALVA DO COUTO RICARDO

Procurador(es) / Representante(s) Legal(is)

A tarefa não possui procurador(es) / representante(s) legal(is).

CID Principal

S88 - Amputação traumática da perna

Anexos

A tarefa não possui anexos.



Dados Básicos

Serviço Formulário - Perícia Médica Inicial de Reabilitação Profissional para Fins de Concessão de OPM	Status Concluída	Prioridade Normal
Unidade 01400 - SUBSECRETARIA DE PERÍCIA MÉDICA FEDERAL	Data de entrada do requerimento 08/08/2022 13:29	Canal de atendimento Aplicações Parceiras

Endereço para atendimento:

A tarefa não possui endereço para atendimento externo.

Campos adicionais:

Campo	Valor
ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM (a cargo do INSS)	
Origem do encaminhamento:	Perícia Médica
O requerente é segurado do INSS?	Sim
Situação Funcional/Forma de Filiação:	Empregado
Empresa:	ARMAZEM DO GRAO LTDA
Está em gozo de Benefício por Incapacidade/Auxílio-Accidente?	Não
Grau de instrução/escolaridade:	Ensino médio completo
Atividades profissionais em exercício (função, atividades, aspectos ergonômicos):	REPOSITOR DE MERCADORIAS Necessária avaliação dos demais aspectos
CNH:	Não
Cursos e capacitações profissionais realizados anteriores ao PRP:	Nenhum
Experiências profissionais anteriores ao PRP:	Cobrador, auxiliar de produção
Já foi reabilitado anteriormente com certificado de conclusão do PRP? Caso afirmativo, informe Data de desligamento do PRP, Função/atividade para a qual foi reabilitado e Restrições Laborais:	Sim Desligado em 31/12/2020 Reabilitado para Manutenção Mecânica Industrial e Soldador de Aço e Carbono TIG 6 G Com restrições para movimentação frequente em terreno irregular ou em rampas e escadas e para pegar peso
Situação do requerente:	Outras
Descreva a situação do requerente:	Desligado do Programa Empregado atualmente
Para segurado em PRP, descreva a evolução. Informe sobre readaptação na empresa de vínculo, cursos/treinamentos profissionais, função proposta e outros dados pertinentes:	Desligado em 31/12/2020 Reabilitado para Manutenção Mecânica Industrial e Soldador de Aço e Carbono TIG 6 G Com restrições para movimentação frequente em terreno irregular ou em rampas e escadas e para pegar peso
Para segurado em PRP, transcreva as Restrições Laborais definidas pela PMF:	restrições para movimentação frequente em terreno irregular ou em rampas e escadas e para pegar peso
Registre e justifique o prognóstico de cumprimento do programa de reabilitação profissional (Favorável/Desfavorável):	Segurado já cumpriu Programa de Reabilitação Profissional
Contexto Socioeconômico	
Informações referentes a: acessibilidade à residência e na comunidade, acesso a transporte público, acesso a reabilitação física e outras informações pertinentes.	Avaliar
Outras informações:	Segurado já cumpriu Programa de Reabilitação Profissional
AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM	
Anamnese	
Altura:	1,79
Peso:	76
Dominância:	destro
Características da lesão/amputação:	
Etiologia:	Traumática
Traumática por:	Acidente de carro
Membro(s) acometido(s):	membro inferior direito
Data da amputação/lesão/diagnóstico:	01/01/1977
Tempo de evolução:	44 anos
Queixas relatadas:	Dores em membro contralateral
Histórico de protetização, ortetização e uso de outros recursos assistivos	
Quantos, quando, quem forneceu, tipo, tempo de uso, incompatibilidades anteriores, outras informações relacionadas:	Usa protese fornecida pelo INSS há cerca de 10 anos.
Outras solicitações de recursos assistivos	
Há processo de concessão em andamento através do Sistema Único de Saúde - SUS, outras instituições ou por outros meios?	Não
Reabilitação física	

Campo	Valor
Fez fisioterapia e/ou terapia ocupacional para adaptação e uso da prótese ou outros recursos assistivos (duração, intercorrências):	Não
Uso de prótese na atividade laboral:	usa protese para exercer as suas atividades laborativas
História clínica	
Queixas atuais, hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo), lesões de órgãos alvos, em caso de ICC classificação de NYHA, tratamentos em curso, outras:	tabagista
Condições de acessibilidade	
Na habitação, no trabalho, nos trajetos:	escadas para acessar a sua residencia
Meio(s) de deslocamento(s) habitual(is):	anda de ônibus sem dificuldades
Descrição de barreiras arquitetônicas e outras, se houver:	escadas.
Atividades da Vida Diária (higiene, alimentação, vestuário, lazer, mobilidade, outras)	
Assinale:	Independente
Exame Físico	
Geral:	Bom estado geral
Neurológico:	sem alterações
Cardiopulmonar:	nada digno de nota
Locomotor:	sem alterações contralateral
Outros (alterações cognitivas, visuais, auditivas, nutricionais, abdominais, digestivas, urinárias e outras):	sem alterações digna de nota.
Nível de amputação - MMSS	Não se aplica
Nível de amputação - MMII	08. Amputação transtibial - 1/3 médio direita
Lateraldade da lesão:	coto com bom aspecto, sem espículas
Condições do coto (pele/fâneros, circulação, trofismo/força/tônus muscular, rigidez articular, sensibilidade, membro/dor fantasma, espículas, neuromas, úlceras, aderência, sinais flogísticos, outros):	
Medição do coto:	28
Membro contralateral	
Cicatrizes, desvios angulares e rotacionais, instabilidade e alterações degenerativas articulares, circulatórias, trofismo e força muscular, outros:	lesões hiperclorâmicas, porém com tonus muscular preservado
Membro(s) não acometido(s)	
Amplitude de movimento, alterações tróficas, força muscular, alterações degenerativas articulares, instabilidades ligamentares, outros:	sem instabilidades
Trauma Raqui Medular	
Nível, espasticidade, força muscular, controle de tronco, escaras, áreas de hiperpressão, outros:	nada digno de nota
Outros Aspectos	
Prótese/outro recurso assistivo atual (Tipo, modelo, estado de conservação, adequabilidade, outros):	prótese fornecida pelo INSS há 10 anos, prótese com pé em fibra de carbono, valvula de expulsão
Expectativa em relação à nova prótese/recurso de Tecnologia Assistiva:	Melhora da sua qualidade de vida.
Deseja manter:	Não
Locomoção/ Marcha - Características (cadeira de rodas, andador, bengala, muleta axilar/canadense, prótese, caminha sem apoio, padrão da marcha, caminha com ou sem auxílio de terceiros, outros):	caminha sem apoio com boa expectativa quanto a nova protetização. usa a prótese a mais de 10 anos.
Níveis de capacidade funcional K-Level	03. K 3 - Tem capacidade para deambular com cadência variável e para transpor barreiras arquitetônicas. Típico de um amputado que se desloca na comunidade e poderá ter atividade física, profissional ou terapêutica que exija a utilização da prótese além da simples locomoção.
Exames de imagem	
Descrever os achados radiográficos e outros, se houver:	não há relato radiográfico recente.
Caso sejam feitos registros tais como fotografias, vídeos e outros tipos de imagens, o perito médico deve, obrigatoriamente, preencher o formulário editável do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Uso de Imagens Relacionadas ao Processo de Concessão de OPM, disponível em <a 153="" 28="" 961="" 972"="" data-label="Page-Footer" href="http://www-prbi/na aba formulários, que deverá ser anexado ao processo eletrônico do PMF Tarefas em formato PDF, com as devidas assinaturas.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Conclusão</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Concluída a avaliação, indica-se a prescrição de Órtese, Prótese Ortopédica não Implantável, Meios Auxiliares de Locomoção e Acessórios?</td> <td>Sim</td> </tr> <tr> <td>Considerações médico periciais:</td> <td>segurado empregado, com boa oportunidade para melhora de seu desempenho na vida de um modo geral</td> </tr> <tr> <td>Encaminhamentos para o INSS:</td> <td>encaminho para aquisição conforme prescrição de prótese</td> </tr> <tr> <td>Tipo de recurso material prescrito:</td> <td>Prótese ortopédica não implantável de MMSS/MMII</td> </tr> <tr> <td>Especificação detalhada do dispositivo de OPM prescrito, conforme parâmetros descritivos constantes em manual técnico:</td> <td>Prótese ortopédica endoesquelética (modular) para amputação transtibial. Componentes titânicos. Encaixe com sistema TSWB, em resina acrílica com reforço em fibras de carbono e fibras de vidro trançadas. Válvula de expulsão de ar automática de manuseio e colocação rápida. Duas unidades de liner em uretano. Duas unidades de joelheira de vedação, com revestimento interno em uretano. Encaixe de prova em termoplástico transparente. Pé de resposta dinâmica em fibra de carbono para nível de atividade 2/3, com capa cosmética. Um par de calçados.</td> </tr> </tbody> </table> </div> <div data-bbox=">Emitido em: 10/11/2023 10:35	

Interessado(s)

CPF	Nome Completo	Data Nascimento	Nome Completo da Mãe
██████████	CLAUDIOMIRO ALVES MATTOS	21/03/1973	FATIMA ALVES MATTOS

Procurador(es) / Representante(s) Legal(is)

A tarefa não possui procurador(es) / representante(s) legal(is).

CID Principal

S88 - Amputação traumática da perna

Anexos

A tarefa não possui anexos.



Dados Básicos

Serviço Formulário - Perícia Médica Inicial de Reabilitação Profissional para Fins de Concessão de OPM	Status Concluída	Prioridade Normal
Unidade 01400 - SUBSECRETARIA DE PERÍCIA MÉDICA FEDERAL	Data de entrada do requerimento 14/03/2022 13:41	Canal de atendimento Aplicações Parceiras

Endereço para atendimento:

A tarefa não possui endereço para atendimento externo.

Campos adicionais:

Campo	Valor
ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM (a cargo do INSS)	
Origem do encaminhamento:	Perícia Médica
O requerente é segurado do INSS?	Sim
Está em gozo de Benefício por Incapacidade/Auxílio-Accidente?	Sim
Espécie/Nº do Benefício:	31/ 6063189690
Grau de instrução/escolaridade:	Ensino fundamental incompleto
Atividades profissionais em exercício (função, atividades, aspectos ergonômicos):	Desempregado
CNH:	Não
Cursos e capacitações profissionais realizados anteriores ao PRP:	Montagem e Manutenção de microcomputadores
Experiências profissionais anteriores ao PRP:	Instalador de letreiros luminosos e cortador em fabricação de bolsas
Já foi reabilitado anteriormente com certificado de conclusão do PRP? Caso afirmativo, informe Data de desligamento do PRP, função/atividade para a qual foi reabilitado e Restrições Laborais:	Não
Situação do requerente:	Em Programa de Reabilitação Profissional
Para segurado em PRP, descreva a evolução. Informe sobre readaptação na empresa de vínculo, cursos/treinamentos profissionais, função proposta e outros dados pertinentes:	Segurado desempregado aguardando curso e protese Foi desligado da RP pela PMF e m 01/2021, mas retornou e está em fase de definição sobre o direito a proteção pelo INSS
Para segurado em PRP, transcreva as Restrições Laborais definidas pela PMF:	Não há restrições definidas
Registre e justifique o prognóstico de cumprimento do programa de reabilitação profissional (Favorável/Desfavorável):	Favorável pela idade (30 anos), baixa escolaridade mas é jovem e capacitado de aprendizado, além de interesse em retornar ao mercado de trabalho, inclusive empreendendo na área da beleza
Contexto Socioeconômico	
Informações referentes a: acessibilidade à residência e na comunidade, acesso a transporte público, acesso a reabilitação física e outras informações pertinentes.	Reside em local com acessibilidade adequada, não possui CNH e locomovese com muletas Há dificuldades mas está adaptado à realidade
Outras informações:	Já foi protetizado pelo INTO e após danos na protese, informou que não teve ajustes o INTO foi oficiado para esclarecer a situação Avaliação para fins de encaminhamento para OPM em anexo
AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM	
Anamnese	
Altura:	1,70
Peso:	65 kg
Dominância:	destro
Características da lesão/amputação:	
Etiologia:	Traumática
Traumática por:	Acidente de motocicleta
Membro(s) acometido(s):	Membro inferior direito
Data da amputação/lesão/diagnóstico:	23/04/2014
Tempo de evolução:	8 anos
Queixas relatadas:	Prótese quebrou há 2 ou 3 meses. E no momento, persiste com dor e feridas no coto.
Histórico de protetização, ortetização e uso de outros recursos assistivos	
Quantos, quando, quem forneceu, tipo, tempo de uso, incompatibilidades anteriores, outras informações relacionadas:	Prótese quebrou há 2 meses.
Outras solicitações de recursos assistivos	
Há processo de concessão em andamento através do Sistema Único de Saúde - SUS, outras instituições ou por outros meios?	Não
Reabilitação física	
Fez fisioterapia e/ou terapia ocupacional para adaptação e uso da prótese ou outros recursos assistivos (duração, intercorrências):	Não

Campo	Valor
Uso de prótese na atividade laboral:	
Necessidades específicas, dificuldades e outras informações relacionadas:	Sem queixas.
História clínica	
Queixas atuais, hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo), lesões de órgãos alvos, em caso de ICC classificação de NYHA, tratamentos em curso, outras:	Assintomático.
Condições de acessibilidade	
Na habitação, no trabalho, nos trajetos:	Mora em casa com escada mas com bom deslocamento interno. Rua asfaltada com pequeno aclive. Ponto de ônibus perto.
Meio(s) de deslocamento(s) habitual(is):	Ônibus
Descrição de barreiras arquitetônicas e outras, se houver:	Rua asfaltada com pequeno aclive
Atividades da Vida Diária (higiene, alimentação, vestuário, lazer, mobilidade, outras)	
Assinale:	Independente
Exame Físico	
Geral:	Lúcido e orientado. Deambula com auxílio de 1 muleta.
Neurológico:	Sem alterações.
Cardiopulmonar:	Sem alterações.
Locomotor:	Deambula com auxílio de 1 muleta.
Outros (alterações cognitivas, visuais, auditivas, nutricionais, abdominais, digestivas, urinárias e outras):	Sem alterações.
Nível de amputação - MMSS	Não se aplica
Nível de amputação - MMII	08. Amputação transtibial - 1/3 médio
Lateraldade da lesão:	Direito
Condições do coto (pele/fâneros, circulação, trofismo/força/tônus muscular, rigidez articular, sensibilidade, membro/dor fantasma, espículas, neuromas, úlcera, aderência, sinais flogísticos, outros):	15 cm do polo inferior da patela, 30 cm diâmetro proximal e 28 cm diâmetro dista. Amplitude 0 – 130 , força muscular +5
Medição do coto:	15 cm do polo inferior da patela, 30 cm diâmetro proximal e 28 cm diâmetro distal
Membro contralateral	
Cicatrizes, desvios angulares e rotacionais, instabilidade e alterações degenerativas articulares, circulatórias, trofismo e força muscular, outros:	Sem alterações.
Membro(s) não acometido(s)	
Amplitude de movimento, alterações tróficas, força muscular, alterações degenerativas articulares, instabilidades ligamentares, outros:	Sem alterações.
Trauma Raqui Medular	
Nível, espasticidade, força muscular, controle de tronco, escaras, áreas de hiperpressão, outros:	Não se aplica.
Outros Aspectos	
Prótese/outro recurso assistivo atual (Tipo, modelo, estado de conservação, adequabilidade, outros):	Componentes em aço, alumínio ou titânio. Encaixe tipo KBM, confeccionado em resina acrílica, reforçado em fibra de carbono e fibra de vidro trançadas, cartucho flexível em polímero. Encaixe de prova em termoplástico transparente. Pé de resposta dinâmica em fibra de carbono para nível de atividade 2/3, com capa cosmética.
Expectativa em relação à nova prótese/recurso de Tecnologia Assistiva:	Melhora do deslocamento e facilitar a reinserção no mercado de trabalho.
Deseja manter:	Não
Locomoção/ Marcha - Características (cadeira de rodas, andador, bengala, muleta axilar/canadense, prótese, caminha sem apoio, padrão da marcha, caminha com ou sem auxílio de terceiros, outros):	Deambula com auxílio.
Níveis de capacidade funcional K-Level	03. K 3 - Tem capacidade para deambular com cadência variável e para transpor barreiras arquitetônicas. Típico de um amputado que se desloca na comunidade e poderá ter atividade física, profissional ou terapêutica que exija a utilização da prótese além da simples locomoção.
Exames de imagem	
Descrever os achados radiográficos e outros, se houver:	Não há.
Caso sejam feitos registros tais como fotografias, vídeos e outros tipos de imagens, o perito médico deve, obrigatoriamente, preencher o formulário editável do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Uso de Imagens Relacionadas ao Processo de Concessão de OPM, disponível em www-prbi/naabaformularios, que deverá ser anexado ao processo eletrônico do PMF Tarefas em formato PDF, com as devidas assinaturas.	
Conclusão	
Concluída a avaliação, indica-se a prescrição de Órtese, Prótese Ortopédica não Implantável, Meios Auxiliares de Locomoção e Acessórios?	Sim
Considerações médico periciais:	Encanador em estaleiro, fundamental incompleto. Em programa de RP aguardando o curso de barbeiro.
Encaminhamentos para o INSS:	Encanador em estaleiro, fundamental incompleto. Em programa de RP aguardando o curso de barbeiro.
Tipo de recurso material prescrito:	Prótese ortopédica não implantável de MMSS/MMII
Especificação detalhada do dispositivo de OPM prescrito, conforme parâmetros descritivos constantes em manual técnico:	Componentes em aço, alumínio ou titânio. Encaixe com sistema TSWB, em resina acrílica com reforço em fibras de carbono e fibras de vidro trançadas. Válvula de expulsão de ar automática, de manuseio e colocação rápida. Duas unidades de liner em silicone/uretano. Duas unidades de joelheira de vedação, com revestimento interno em uretano. Encaixe de prova em termoplástico transparente. Pé de resposta dinâmica em fibra de carbono compatível com nível de atividade 3, com capa cosmética. Um par de calçados.

Campo	Valor
-------	-------

Interessado(s)

CPF	Nome Completo	Data Nascimento	Nome Completo da Mãe
██████████	CARLOS HENRIQUE DE SOUZA ARRUDA	29/05/1991	CELIA REGINA SOUZA LONTRA

Procurador(es) / Representante(s) Legal(is)

A tarefa não possui procurador(es) / representante(s) legal(is).

CID Principal

S88 - Amputação traumática da perna

Anexos

ID	Nome do Arquivo	Descrição do Arquivo	Tamanho	Enviado Por	Autenticado?
934125	Anexo-II- Carlos Henrique de Souza Arruda.pdf		113,95kB	██████████	- 14/03/2022 13:51 Não
626667615	- Formulário - Perícia Médica Inicial de Reabilitação Profissional para Fins de Concessão de OPM				



Dados Básicos

Serviço Formulário - Perícia Médica Inicial de Reabilitação Profissional para Fins de Concessão de OPM	Status Concluída	Prioridade Normal
Unidade 01400 - SUBSECRETARIA DE PERÍCIA MÉDICA FEDERAL	Data de entrada do requerimento 11/03/2022 17:19	Canal de atendimento Aplicações Parceiras

Endereço para atendimento:

A tarefa não possui endereço para atendimento externo.

Campos adicionais:

Campo	Valor
ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM (a cargo do INSS)	
Origem do encaminhamento:	Perícia Médica
O requerente é segurado do INSS?	Sim
Situação Funcional/Forma de Filiação:	Empregado
Empresa:	Empregado doméstico
Está em gozo de Benefício por Incapacidade/Auxílio-Accidente?	Sim
Espécie/Nº do Benefício:	31/6125419510
Grau de instrução/escolaridade:	Ensino superior incompleto
Atividades profissionais em exercício (função, atividades, aspectos ergonômicos):	Motorista particular de uma família trabalho sentado durante o desempenho da função
CNH:	Sim
Informar a categoria, as restrições e a validade/última renovação:	AB restrições G P Q 06 06 2024 e 03 06 2019
Cursos e capacitações profissionais realizados anteriores ao PRP:	Não possui
Experiências profissionais anteriores ao PRP:	Assistente Administrativo Promotor de Vendas e Auxiliar de Produção
Já foi reabilitado anteriormente com certificado de conclusão do PRP? Caso afirmativo, informe Data de desligamento do PRP, Função/atividade para a qual foi reabilitado e Restrições Laborais:	Nao
Situação do requerente:	Em Programa de Reabilitação Profissional
Para segurado em PRP, descreva a evolução. Informe sobre readaptação na empresa de vínculo, cursos/treinamentos profissionais, função proposta e outros dados pertinentes:	Sem possibilidade de readaptação profissional por ser empregado doméstico Aguarda curso Técnico em Comunicacao Visual
Para segurado em PRP, transcreva as Restrições Laborais definidas pela PMF:	DIREÇÃO PROFISSIONAL EM CARRO NÃO ADAPTADO, POSIÇÕES FORÇADAS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO OU COM CARGA DO MESMO
Registre e justifique o prognóstico de cumprimento do programa de reabilitação profissional (Favorável/Desfavorável):	Favoravel considerando idade escolaridade motivacao em se reinserir no mercado de trabalho boa adaptacao a protese que já possui necessitando de ajustes segundo relato do segurado
Contexto Socioeconômico	
Informações referentes a: acessibilidade à residência e na comunidade, acesso a transporte público, acesso a reabilitação física e outras informações pertinentes.	Acessibilidade adequada possui CNH e utiliza o carro do genitor que é automático
Outras informações:	Avaliação Socioprofissional para fins de OPM em anexo Perfil favoravel para protetização ou melhorias na que já possui
AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM	
Anamnese	
Altura:	1,70
Peso:	65
Dominância:	destro
Características da lesão/amputação:	
Etiologia:	Traumática
Traumática por:	Acidente de motocicleta
Membro(s) acometido(s):	Membro inferior esquerdo – transtibial (terço médio).
Data da amputação/lesão/diagnóstico:	12/10/2015
Tempo de evolução:	7 anos
Queixas relatadas:	Dor ao se deslocar.
Histórico de protetização, ortetização e uso de outros recursos assistivos	
Quantos, quando, quem forneceu, tipo, tempo de uso, incompatibilidades anteriores, outras informações relacionadas:	Prótese do SUS desde acidente, problema no encaixe relacionado ao coto.
Outras solicitações de recursos assistivos	

Campo	Valor
Há processo de concessão em andamento através do Sistema Único de Saúde - SUS, outras instituições ou por outros meios?	Não
Reabilitação física	
Fez fisioterapia e/ou terapia ocupacional para adaptação e uso da prótese ou outros recursos assistivos (duração, intercorrências):	Não
Uso de prótese na atividade laboral:	
Necessidades específicas, dificuldades e outras informações relacionadas:	Não há.
História clínica	
Queixas atuais, hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo), lesões de órgãos alvos, em caso de ICC classificação de NYHA, tratamentos em curso, outras:	Sem comorbidades.
Condições de acessibilidade	
Na habitação, no trabalho, nos trajetos:	Mora em casa com escada com bom deslocamento dentro de casa. Rua asfaltada, terreno irregular com poucas ladeiras. Sem transporte público próximo a residência.
Meio(s) de deslocamento(s) habitual(is):	Utiliza meio de transporte público.
Descrição de barreiras arquitetônicas e outras, se houver:	Mora em casa com escada com bom deslocamento dentro de casa. Rua asfaltada, terreno irregular com poucas ladeiras. Sem transporte público próximo a residência.
Atividades da Vida Diária (higiene, alimentação, vestuário, lazer, mobilidade, outras)	
Assinale:	Independente
Exame Físico	
Geral:	Bom estado geral. Vestes adequadas e discurso coerente. Deambula sem auxílios.
Neurológico:	Sem alterações.
Cardiopulmonar:	Sem alterações.
Locomotor:	Deambula sem auxílios.
Outros (alterações cognitivas, visuais, auditivas, nutricionais, abdominais, digestivas, urinárias e outras):	Sem alterações.
Nível de amputação - MMSS	Não se aplica
Nível de amputação - MMII	08. Amputação transtibial - 1/3 médio
Lateralidade da lesão:	ESquerda Diáfise da tibia palpável. Sem espículas ou lesões ulceradas.
Condições do coto (pele/fâneros, circulação, trofismo/força/tônus muscular, rigidez articular, sensibilidade, membro/dor fantasma, espículas, neuromas, úlceras, aderência, sinais flogísticos, outros):	19 cm do polo inferior da patela, diâmetro proximal=28 cm e distal=23 cm
Medição do coto:	
Membro contralateral	
Cicatrizes, desvios angulares e rotacionais, instabilidade e alterações degenerativas articulares, circulatórias, trofismo e força muscular, outros:	Membro inferior direito fratura consolidada no terço distal da perna. Cicatriz bem constituída.
Membro(s) não acometido(s)	
Amplitude de movimento, alterações tróficas, força muscular, alterações degenerativas articulares, instabilidades ligamentares, outros:	Amplitude do movimento 0-130 e força muscular +5
Trauma Raqui Medular	
Nível, espasticidade, força muscular, controle de tronco, escaras, áreas de hiperpressão, outros:	Não se aplica.
Outros Aspectos	
Prótese/outro recurso assistivo atual (Tipo, modelo, estado de conservação, adequabilidade, outros):	Componentes em alumínio. Encaixe tipo KBM, confeccionado em resina acrílica e fibra de vidro. Pé Sach.
Expectativa em relação à nova prótese/recurso de Tecnologia Assistiva:	Facilitar o deslocamento.
Deseja manter:	Não
Locomoção/ Marcha - Características (cadeira de rodas, andador, bengala, muleta axilar/canadense, prótese, caminha sem apoio, padrão da marcha, caminha com ou sem auxílio de terceiros, outros):	Deambula sem auxílios.
Níveis de capacidade funcional K-Level	03. K 3 - Tem capacidade para deambular com cadência variável e para transpor barreiras arquitetônicas. Típico de um amputado que se desloca na comunidade e poderá ter atividade física, profissional ou terapêutica que exija a utilização da prótese além da simples locomoção.
Exames de imagem	
Descrever os achados radiográficos e outros, se houver:	Não apresenta exames complementares.
Caso sejam feitos registros tais como fotografias, vídeos e outros tipos de imagens, o perito médico deve, obrigatoriamente, preencher o formulário editável do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Uso de Imagens Relacionadas ao Processo de Concessão de OPM, disponível em <a 154="" 28="" 962="" 973"="" data-label="Page-Footer" href="http://www-prbi/na aba formulários, que deverá ser anexado ao processo eletrônico do PMF Tarefas em formato PDF, com as devidas assinaturas.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Conclusão</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Concluída a avaliação, indica-se a prescrição de Órtese, Prótese Ortopédica não Implantável, Meios Auxiliares de Locomoção e Acessórios?</td> <td>Sim</td> </tr> <tr> <td>Considerações médico periciais:</td> <td>Segurado 26 anos, amputação transtibial que determina limitação funcional para as atividades da vida diária e laboral.</td> </tr> <tr> <td>Encaminhamentos para o INSS:</td> <td>Segurado 26 anos, amputação transtibial que determina limitação funcional para as atividades da vida diária e laboral.</td> </tr> <tr> <td>Tipo de recurso material prescrito:</td> <td>Prótese ortopédica não implantável de MMSS/MMII</td> </tr> <tr> <td>Especificação detalhada do dispositivo de OPM prescrito, conforme parâmetros descritivos constantes em manual técnico:</td> <td>Prótese ortopédica endoesquelética (modular) para amputação transtibial. Componentes em aço, alumínio ou titânio. Encaixe com sistema TSWB, em resina acrílica com reforço em fibras de carbono e fibras de vidro</td> </tr> </tbody> </table> </div> <div data-bbox=">Emitido em: 10/11/2023 10:45	

Campo	Valor
	trançadas. Válvula de expulsão de ar automática, de manuseio e colocação rápida. Duas unidades de liner em silicone/uretano. Duas unidades de joelheira de vedação, com revestimento interno em uretano. Encaixe de prova em termoplástico transparente. Pé de resposta dinâmica em fibra de carbono compatível com nível de atividade 3, com capa cosmética. Um par de calçados.

Interessado(s)

CPF	Nome Completo	Data Nascimento	Nome Completo da Mãe
██████████	MAYK ALVES SANTOS	08/05/1995	SONIA MARA DO NASCIMENTO ALVES

Procurador(es) / Representante(s) Legal(is)

A tarefa não possui procurador(es) / representante(s) legal(is).

CID Principal

S881 - Amputação traumática entre o joelho e o tornozelo

Anexos

ID	Nome do Arquivo	Descrição do Arquivo	Tamanho	Enviado Por	Autenticado?
932926	Anexo II Manual Técnico Vol II_Mayk Alves Santos.pdf		84,09kB	██████████	11/03/2022 17:19 Não
684463354	- Formulário - Perícia Médica Inicial de Reabilitação Profissional para Fins de Concessão de OPM				



Dados Básicos

Serviço Formulário - Perícia Médica Inicial de Reabilitação Profissional para Fins de Concessão de OPM	Status Concluída	Prioridade Normal
Unidade 01400 - SUBSECRETARIA DE PERÍCIA MÉDICA FEDERAL	Data de entrada do requerimento 14/03/2022 15:11	Canal de atendimento Aplicações Parceiras

Endereço para atendimento:

A tarefa não possui endereço para atendimento externo.

Campos adicionais:

Campo	Valor
ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM (a cargo do INSS)	
Origem do encaminhamento:	Perícia Médica
O requerente é segurado do INSS?	Sim
Está em gozo de Benefício por Incapacidade/Auxílio-Accidente?	Sim
Espécie/Nº do Benefício:	31/6177580010
Grau de instrução/escolaridade:	Ensino médio completo
Atividades profissionais em exercício (função, atividades, aspectos ergonômicos):	No momento não exerce nenhuma atividade
CNH:	Sim
Informar a categoria, as restrições e a validade/última renovação:	AB G;Q 01/05/2023 e 03/05/2018
Cursos e capacitações profissionais realizados anteriores ao PRP:	Nao possui
Experiências profissionais anteriores ao PRP:	Não possui
Já foi reabilitado anteriormente com certificado de conclusão do PRP? Caso afirmativo, informe Data de desligamento do PRP, Função/atividade para a qual foi reabilitado e Restrições Laborais:	Não
Situação do requerente:	Em Programa de Reabilitação Profissional
Para segurado em PRP, descreva a evolução. Informe sobre readaptação na empresa de vínculo, cursos/treinamentos profissionais, função proposta e outros dados pertinentes:	Segurado desempregado, aguardando definição sobre o processo de protetização para definição Segurado sobre peso, gerando dúvidas sobre a continuidade do programa sem a proteção
Para segurado em PRP, transcreva as Restrições Laborais definidas pela PMF:	A PMF não descreveu as restrições
Registre e justifique o prognóstico de cumprimento do programa de reabilitação profissional (Favorável/Desfavorável):	Favorável considerando idade (35 anos), escolaridade, local de moradia Única experiência profissional (operador de máquina), sobre peso, dificuldade em ser protetizado em 2 tentativas realizadas são elementos que interferem no processo de PR
Contexto Socioeconômico	
Informações referentes a: acessibilidade à residência e na comunidade, acesso a transporte público, acesso a reabilitação física e outras informações pertinentes.	Não há queixas importantes
Outras informações:	Anexo II sobre o encaminhamento para OPM em anexo
AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM	
Anamnese	
Altura:	1,78m
Peso:	105 kg
Dominância:	Destro
Características da lesão/amputação:	
Etiologia:	Traumática
Traumática por:	Acidente de motocicleta
Membro(s) acometido(s):	Perna esquerda
Data da amputação/lesão/diagnóstico:	04/03/2017
Tempo de evolução:	5 anos
Queixas relatadas:	35 anos, ensino médio. Operador de motoniveladora. Em programa de RP sem definição de profissionalização.
Histórico de protetização, ortetização e uso de outros recursos assistivos	
Quantos, quando, quem forneceu, tipo, tempo de uso, incompatibilidades anteriores, outras informações relacionadas:	Protetização por duas vezes: Primeira em 2018 quebrou com peso, há cerca de 4 anos. Última em setembro de 2021 não se adaptou por dor no joelho.
Outras solicitações de recursos assistivos	
Há processo de concessão em andamento através do Sistema Único de Saúde - SUS, outras instituições ou por outros meios?	Não
Reabilitação física	

Campo	Valor
Fez fisioterapia e/ou terapia ocupacional para adaptação e uso da prótese ou outros recursos assistivos (duração, intercorrências):	Não
Uso de prótese na atividade laboral:	Necessita prótese de material leve e resistente, que seja capaz de suportar o peso do segurado, sem limitar a mobilidade, além de permitir deambulação independente e períodos longos em pé.
Necessidades específicas, dificuldades e outras informações relacionadas:	
História clínica	Hipertensão arterial em uso de losartan há cerca de 5 meses.
Queixas atuais, hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo), lesões de órgãos alvos, em caso de ICC classificação de NYHA, tratamentos em curso, outras:	
Condições de acessibilidade	
Na habitação, no trabalho, nos trajetos:	Mora em rua de terra com ladeira. Deslocamento com carro próprio.
Meio(s) de deslocamento(s) habitual(is):	Mora com a esposa e 2 filhas. Casa plana. Mora em rua de terra com ladeira. Deslocamento com carro próprio.
Descrição de barreiras arquitetônicas e outras, se houver:	Não há descrição pelo segurado.
Atividades da Vida Diária (higiene, alimentação, vestuário, lazer, mobilidade, outras)	
Assinale:	Independente
Exame Físico	
Geral:	Lucido e orientado Responde sem dificuldade às solicitações. Cooperativo ao exame
Neurológico:	Sem alterações dignas de nota.
Cardiopulmonar:	Sem alterações dignas de nota.
Locomotor:	Deambula com auxílio de 2 muletas
Outros (alterações cognitivas, visuais, auditivas, nutricionais, abdominais, digestivas, urinárias e outras):	Sem alterações dignas de nota.
Nível de amputação - MMSS	Não se aplica
Nível de amputação - MMII	07. Amputação transtibial - 1/3 proximal
Lateraldade da lesão:	Esquerda
Condições do coto (pele/fâneros, circulação, trofismo/força/tônus muscular, rigidez articular, sensibilidade, membro/dor fantasma, espículas, neuromas, úlceras, aderência, sinais flogísticos, outros):	Cicatriz na face anterior do joelho. Coto com 16 cm do polo inferior da patela, 35 cm diâmetro proximal e 31 cm diâmetro distal. Amplitude do movimento 0 – 130 , força muscular +5 35 cm diâmetro proximal e 31 cm diâmetro distal.
Medição do coto:	
Membro contralateral	
Cicatrizes, desvios angulares e rotacionais, instabilidade e alterações degenerativas articulares, circulatórias, trofismo e força muscular, outros:	Fratura bem consolidada no antebraço esquerdo. Sem sequelas. Cicatrizes na mão esquerda. Desvio rotacional do 5 dedo. Mobilidade e força preservadas.
Membro(s) não acometido(s)	
Amplitude de movimento, alterações tróficas, força muscular, alterações degenerativas articulares, instabilidades ligamentares, outros:	Fratura bem consolidada no antebraço esquerdo. Sem sequelas. Cicatrizes na mão esquerda. Desvio rotacional do 5 dedo. Mobilidade e força preservadas.
Trauma Raqui Medular	
Nível, espasticidade, força muscular, controle de tronco, escaras, áreas de hiperpressão, outros:	Não se aplica.
Outros Aspectos	
Prótese/outro recurso assistivo atual (Tipo, modelo, estado de conservação, adéquabilidade, outros):	Não apresentou.
Expectativa em relação à nova prótese/recurso de Tecnologia Assistiva:	Expectativa de melhorar deambulação e retorno ao trabalho.
Deseja manter:	Não
Locomoção/ Marcha - Características (cadeira de rodas, andador, bengala, muleta axilar/canadense, prótese, caminha sem apoio, padrão da marcha, caminha com ou sem auxílio de terceiros, outros):	Não apresenta outra prótese.
Níveis de capacidade funcional K-Level	03. K 3 - Tem capacidade para deambular com cadência variável e para transpor barreiras arquitetônicas. Típico de um amputado que se desloca na comunidade e poderá ter atividade física, profissional ou terapêutica que exija a utilização da prótese além da simples locomoção.
Exames de imagem	
Descrever os achados radiográficos e outros, se houver:	Não apresenta exame de imagem.
Caso sejam feitos registros tais como fotografias, vídeos e outros tipos de imagens, o perito médico deve, obrigatoriamente, preencher o formulário editável do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Uso de Imagens Relacionadas ao Processo de Concessão de OPM, disponível em www.prbri/naabaformularios, que deverá ser anexado ao processo eletrônico do PMF Tarefas em formato PDF, com as devidas assinaturas.	
Conclusão	
Concluída a avaliação, indica-se a prescrição de Órtese, Prótese Ortopédica não Implantável, Meios Auxiliares de Locomoção e Acessórios?	Sim
Considerações médico periciais:	Trata-se de segurado de 36 anos, ensino médio completo, operador de motoniveladora, com amputação transtibial em 2017 devido a acidente de moto. Necessita de prótese para amputação transtibial de modo a retornar ao mercado de trabalho.
Encaminhamentos para o INSS:	Necessita de prótese transtibial para dar continuidade ao PRP e retorno ao mercado de trabalho.
Tipo de recurso material prescrito:	Prótese ortopédica não implantável de MMSS/MMII
Especificação detalhada do dispositivo de OPM prescrito, conforme parâmetros descritivos constantes em manual técnico:	Componentes em aço, alumínio ou titânio. Encaixe com sistema TSWB, em resina acrílica com reforço em fibras de carbono e fibras de vidro trançadas. Válvula de expulsão de ar automática, de manuseio e colocação rápida. Duas unidades de liner em silicone/uretano. Duas

Campo	Valor
	unidades de joelheira de vedação, com revestimento interno em uretano. Encaixe de prova em termoplástico transparente. Pé de resposta dinâmica em fibra de carbono compatível com nível de atividade 3, com capa cosmética. Um par de calçados.

Interessado(s)

CPF	Nome Completo	Data Nascimento	Nome Completo da Mãe
[REDACTED]	ADELSON DE FREITAS MACHADO	12/07/1986	GEIZA SIMAO DE FREITAS MACHADO

Procurador(es) / Representante(s) Legal(is)

A tarefa não possui procurador(es) / representante(s) legal(is).

CID Principal

T019 - Ferimentos múltiplos não especificados

Anexos

ID	Nome do Arquivo	Descrição do Arquivo	Tamanho	Enviado Por	Autenticado?
934309	Anexo II Adelson de Freitas Machado.pdf		117,94kB	[REDACTED]	- 14/03/2022 15:12 Não
1064006860	- Formulário - Perícia Médica Inicial de Reabilitação Profissional para Fins de Concessão de OPM				



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL.

ANEXO IV

FORMULÁRIO DE PRESCRIÇÃO DESTINADO À CONCESSÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES ORTOPÉDICAS NÃO IMPLANTÁVEIS DE MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES, MEIOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO E ACESSÓRIOS

DADOS DO REQUERENTE

Nome: Maycon Salerno Trevisano

NIT: 20466099503

Nº / Espécie do benefício: 31 6163464498

Endereço:

Telefone:

Nome/ código APS: Magé

RECURSO MATERIAL

Tipo:

(Órteses, Próteses Ortopédicas Não Implantáveis, Meios Auxiliares de Locomoção e Acessórios): Prótese para amputação transtibial.

Especificação:

(Especificar detalhadamente o recurso proposto, considerando sempre que possível o Anexo V. Nos casos de indicação por especialistas externos, anexar a prescrição a este formulário).

TT9- Prótese ortopédica endoesquelética para amputação transtibial: componentes em titânio. Encaixe com sistema TSWB, em resina acrílica, com reforço em fibras de carbono e fibras de vidro traçadas. Válvula de expulsão de ar automática, de manuscrito e colocação rápida. Duas unidades de liner de uretano. Duas unidades de joelheira de vedação, com revestimento interno em uretano. Encaixe de prova em termoplástico transparente. Pé de resposta dinâmica em fibra de carbono com lâminas bipartidas que promovam a deambulação em terrenos irregulares, compatível com nível de atividade 3, com capa cosmética. Um par de calçados.

Justificativa da prescrição:

(Fundamentação legal - art. 137, § 2º e art. 139 do Decreto nº 3.048, de 1999).

Conceder a primeira prótese do segurado, o que facilitará seu retorno ao mercado de trabalho.

Duque de Caxias,
03/07/18
Local, data

Nome, matrícula, Pefito Médico Prowlinear

Patrícia Carrasco
Patrícia Carrasco
CRM 527983-7
586224 C.R. 1715847



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL.

MANIFESTAÇÃO DO SERVIÇO/SEÇÃO DE SAÚDE DO TRABALHADOR

Ciência/Concordância: Sim Não
Justificar: D. Carvalho 29/03/2019 Agélica Gonçalves 131335
Local, data _____ Nome/ Matrícula _____



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

ANEXO IV

**FORMULÁRIO DE PRESCRIÇÃO DESTINADO À CONCESSÃO DE
ÓRTESES, PRÓTESES ORTOPÉDICAS NÃO IMPLANTÁVEIS DE
MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES, MEIOS AUXILIARES DE
LOCOMOÇÃO E ACESSÓRIOS**

DADOS DO REQUERENTE

Nome: ADRIANO GERALDO DA SILVA
NIT: 16024764686 N° / Espécie do benefício: 91/6248213902

Endereço:

Telefone:

Nome/ código APS: Nova Iguaçu / 17022100

RECURSO MATERIAL

Tipo:
(Órteses, Próteses Ortopédicas Não Implantáveis, Meios Auxiliares de Locomoção e Acessórios): Prótese para amputação transtibial direita.

Especificação:
(Especificar detalhadamente o recurso proposto, considerando sempre que possível o Anexo V. Nos casos de indicação por especialistas externos, anexar a prescrição a este formulário).

TT7- Prótese ortopédica endoesquelética para amputação transtibial; componentes em titânio. Encaixe com sistema TSWB, em resina acrílica, com reforço em fibras de carbono e fibras de vidro traçadas. Válvula de expulsão de ar automática, de manuseio e colocação rápida. Duas unidades de liner de uretano. Duas unidades de joelheira de vedação, com revestimento interno em uretano. Encaixe de prova em termoplástico transparente. Pé de resposta dinâmica em fibra de carbono com nível de atividade 3 com capa cosmética. Um par de calçados.

Justificativa da prescrição:
(Fundamentação legal - art. 137, § 2º e art.139 do Decreto nº 3.048, de 1999).

Conceder a primeira prótese do segurado, o que facilitará seu retorno ao mercado de trabalho.

Duque de Caxias,
31/07/2019
Local, data

SILVANA CORRÉA BARBOSA
Perito Médica Federal
SIAPe 8576224
Nome, matrícula, Perito Médico Previdenciário



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL.

MANIFESTAÇÃO DO SERVIÇO/SEÇÃO DE SAÚDE DO TRABALHADOR

Ciência/Concordância: Sim Não

Justificar: _____, _____

Local, data



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

84

ANEXO III

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DESTINADO À CONCESSÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES ORTOPÉDICAS NÃO IMPLANTÁVEIS DE MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES, MEIOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO E ACESSÓRIOS.

Data: 15/04/2019

GEX: Duque de Caxias

APS: Nova Iguacu

Ação Civil Pública: () Não () Sim. Especificar:

DADOS DO REQUERENTE

Nome: ANDRE LUIZ ROZARIO DA SILVA

Data de Nascimento: 13/02/1984

Idade: 35

NIT: 19018698787

CPF: [REDACTED]

RG:

Espécie/Nº benefício: 31/6077615203

ANAMNESE

Altura:

Peso:

Dominância: destro

Etiologia

() Congênita. (X) Traumática
(X) Acidente de
motocicleta
() Acidente de carro
() Ferimento por
Arma de Fogo
() Outros.
Especificar:

() Secundária a
doença
() Diabetes mellitus
() Infecciosa
() Vascular
() Neoplasia
() Poliomielite
() Outros.
Especificar:

Características da
lesão/amputação

Membro (s) acometido (s): MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Data da amputação/lesão/diagnóstico: 16/02/2014

Tempo de evolução: 5 ANOS

Queixas relatadas: Segurado em Programa de Reabilitação
Profissional, amputado transtibial de MIE. RECEBEU PRÓTESE
DA AACD ANTERIORMENTE, BEM COMO PRÓTESE DO INSS
em fev17.

Histórico de
protetização,
ortetização, uso de
outros recursos
assistivos:

Quantas, quando, quem forneceu, tipo, tempo de uso, incompatibilidades
anteriores, outras informações relacionadas:

Outras solicitações
de recursos

Há processo de concessão em andamento através do Sistema Único de



BS

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

assistivos:	Saúde - SUS, outras instituições ou por outros meios? Especificar. Não
Reabilitação física	Fez fisioterapia e/ou terapia ocupacional para adaptação e uso da prótese ou outros recursos assistivos (duração, intercorrências): Não
Uso de prótese na atividade laboral	Necessidades específicas, dificuldade e outras informações relacionadas: Nunca foi protetizado.
Comorbidades	Tabagismo, alcoolismo, tratamentos, medicações, estabilidade clínica, em caso de ICC classificação de NYHA, em caso de DM lesões de órgãos alvos, outras: Nega.
Condições de acessibilidade	<p>Na habitação, no trabalho, nos trajetos: Mora em terreno plano com irregularidades em Miguel Couto, Nova Iguaçu.</p> <p>Meio (s) de deslocamento (s) habitual (is): transporte coletivo (ônibus e carro de passeio)</p> <p>Descrição de barreiras arquitetônicas e outras, se houver:</p>
Atividades da Vida Diária (higiene, alimentação, vestir, lazer, independência para transferência, outras)	<input checked="" type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Semi-independente <input type="checkbox"/> Dependente Descrição das dificuldades, se houver:

EXAME FÍSICO

Geral	Neurológico: sem queixas Cardíaco pulmonar: sem queixas Locomotor: sem queixas Outros:
Outras alterações	Alterações cognitivas, visuais, auditivas, nutricionais, abdominais, digestivas, urinárias e outras: sem queixas
Relacionado à amputação	<p>Nível (membro acometido, terço proximal, médio, distal): transtibial médio-proximal a esquerda Lateralidade: É sinistro.</p> <p>Condições do coto (pele e fâneros, circulatória, trofismo/força/tônus muscular, rigidez articular, sensibilidade, membro/dor fantasma, espículas, neuromas, ulceração, aderência, sinais flogísticos, outros): Amputação transtibial a esquerda em terço médio-proximal. Coto flácido, regular, cicatriz bem constituída com poucas áreas de retração: coxim satisfatório. Sem queixas dolorosas.</p> <p>Medição do coto:</p>



86

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

Membro contralateral	Cicatrizes, desvios angulares e rotacionais, instabilidade e alterações degenerativas articulares, circulatórias, trofismo e força muscular. outros: Membro contra-lateral sem alterações.				
Membro (s) não acometido (s)	Amplitude de movimento, alterações tróficas, força muscular, alterações degenerativas articulares, instabilidades ligamentares, outros: Sein limitação funcional.				
Trauma Raqui Medular	Nível, espasticidade, força muscular, controle de tronco, escaras, áreas de hipertrofia, outros: -				
OUTROS ASPECTOS					
Prótese/outro recurso assistivo atual	Tipo, modelo, estado de conservação, adequabilidade, outros: Prótese para amputação TT endoesquelética, com encaixe tipo TSWB, módulo em titânio, laminado em resina, reforçado com fibra de carbono, liner em silicone com pino de fixação e trava. Pé de resposta dinâmica em fibra de carbono com capa cosmética para nível de mobilidade K3/K4.				
Expectativa em relação à nova prótese/recurso de Tecnologia Assistiva	Retornar ao mercado de trabalho				
Espuma e meia cosmética	Utiliza? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Deseja manter? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não			
Locomoção/ Marcha	Características (cadeira de rodas, andador, bengala, muleta axilar/canadense, prótese ou sem apoio, com ou sem auxílio de terceiros, outros), qualidade e padrão:				
Nível de Atividade	<input type="checkbox"/> K0	<input type="checkbox"/> K1	<input type="checkbox"/> K2	<input checked="" type="checkbox"/> K3	<input type="checkbox"/> K4
Exames de imagem	Descrever os achados radiográficos e outros, se houver: -				

CONCLUSÃO

Concluída a avaliação, indica-se a prescrição de Prótese Ortopédica não Implantável, Órtese, Meios Auxiliares de Locomoção e Acessórios?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Justificativa: A prótese aumenta a possibilidade de retorno ao mercado de trabalho, pois facilitaria a mobilidade.
Descrição do (s) dispositivo (s) indicado (s):	TT7-Prótese ortopédica endoesquelética para amputação transtibial; componentes em titânio. Encaixe com sistema TSWB, em resina



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

ANEXO IV

FORMULÁRIO DE PRESCRIÇÃO DESTINADO À CONCESSÃO DE
ÓRTESES, PRÓTESES ORTOPÉDICAS NÃO IMPLANTÁVEIS DE
MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES, MEIOS AUXILIARES DE
LOCOMOÇÃO E ACESSÓRIOS

DADOS DO REQUERENTE

Nome: Andre Luiz Rozario da Silva
NIT: 19018698787

Nº / Espécie do benefício: 31/6077615203

Endereço:

Telefone:

Nome/ código APS: Nova Iguacu

RECURSO MATERIAL

Tipo: (Órteses, Próteses Ortopédicas Não Implantáveis, Meios Auxiliares de Locomoção e Acessórios): Prótese para amputação transtibial

Especificação:

(Especificificar detalhadamente o recurso proposto, considerando sempre que possível o Anexo V).

Nos casos de indicação por especialistas externos, anexar a prescrição a este formulário).
TT7-Prótese ortopédica endoesquelética para amputação transtibial; componentes em titânio. Encaixe com sistema TSWB, em resina acrílica, com reforço em fibras de carbono e fibras de vidro traçadas. Válvula de expulsão de ar automática, de manuseio e colocação rápida. Duas unidades de liner de uretano. Duas unidades de joelheira de vedação, com revestimento interno em uretano. Encaixe de prova em termoplástico transparente. Pé de par de calçados.

Justificativa da prescrição:

(Fundamentação legal - art. 137, § 2º e art. 139 do Decreto nº 3.048, de 1999). Conceder prótese ao segurado, o que facilitará a mobilidade.

Duque de Caxias,
15/04/2019
Local, data

Silvana Correia Barbosa
Assessora Técnica Reabilitação Prostética
Perito Médico
INSS / GEXOC - Ag. 1542727
Nome, matrícula e assinatura
Médico Previdenciário



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL.

ANEXO IV

**FORMULÁRIO DE PRESCRIÇÃO DESTINADO À CONCESSÃO DE
ÓRTESES, PRÓTESES ORTOPÉDICAS NÃO IMPLANTÁVEIS DE
MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES, MEIOS AUXILIARES DE
LOCOMOÇÃO E ACESSÓRIOS**

DADOS DO REQUERENTE	
Nome: Davidson dos Santos Borges	
NIT: 20471714342	Nº / Espécie do benefício: 31/6128760698
Endereço:	
Telefone:	
Nome/ código APS: Duque de Caxias	
RECURSO MATERIAL	
Tipo: (Órteses, Próteses Ortopédicas Não Implantáveis, Meios Auxiliares de Locomoção e Acessórios): Prótese para amputação transtibial.	
Especificação: (Especificar detalhadamente o recurso proposto, considerando sempre que possível o Anexo V. Nos casos de indicação por especialistas externos, anexar a prescrição a este formulário).	
TT7- Prótese ortopédica endoesquelética para amputação transtibial; componentes em titânio. Encaixe com sistema TSWB, em resina acrílica, com reforço em fibras de carbono e fibras de vidro traçadas. Válvula de expulsão de ar automática, de manuscrito e colocação rápida. Duas unidades de liner de uretano. Duas unidades de joelheira de vedação, com revestimento interno em uretano. Encaixe de prova em termoplástico transparente. Pé de resposta dinâmica em fibra de carbono com nível de atividade 3 com capa cosmética. Um par de calçados.	
Justificativa da prescrição: (Fundamentação legal - art. 137, § 2º e art. 139 do Decreto nº 3.048, de 1999). Conceder a primeira prótese do segurado, o que facilitará seu retorno ao mercado de trabalho.	
Duque de Caxias, 03/07/18 Local, data	<p>Dra. Silvana Lopes de Oliveira Perito Médico Previdenciário CRM 5279803-7 NFE 1526-24 Cdd.1215501 Nome, matrícula, Perito Médico Previdenciário</p>
MANIFESTAÇÃO DO SERVIÇO/SEÇÃO DE SAÚDE DO TRABALHADOR	



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

Ciência/Concordância: Sim Não
Justificar: D. Cassias, 09/07/2018

Local, data

Angelica de Oliveira Goncalves
Nome: *Perito Médico - INSS*
Mat. *130359-000-1712845*



Dados Básicos

Serviço Formulário - Perícia Médica Inicial de Reabilitação Profissional para Fins de Concessão de OPM	Status Concluída	Prioridade Normal
Unidade 01400 - SUBSECRETARIA DE PERÍCIA MÉDICA FEDERAL	Data de entrada do requerimento 01/09/2021 12:18	Canal de atendimento Aplicações Parceiras

Endereço para atendimento:

A tarefa não possui endereço para atendimento externo.

Campos adicionais:

Campo	Valor
ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM (a cargo do INSS)	
Origem do encaminhamento:	Perícia Médica
O requerente é segurado do INSS?	Sim
Situação Funcional/Forma de Filiação:	Empregado
Empresa:	RC Planejamento e Assessoria Técnica de SE
Está em gozo de Benefício por Incapacidade/Auxílio-Accidente?	Sim
Espécie/Nº do Benefício:	31 6020548760
Grau de instrução/escolaridade:	Ensino médio completo
Atividades profissionais em exercício (função, atividades, aspectos ergonômicos):	supervisor na área de vigilância patrimonial
CNH:	Sim
Informar a categoria, as restrições e a validade/última renovação:	28/05/2024 Exerce atividade remunerada
Cursos e capacitações profissionais realizados anteriores ao PRP:	não há
Experiências profissionais anteriores ao PRP:	Servente, Auxiliar Almoxarife, Leituista de Hidrômetro
Já foi reabilitado anteriormente com certificado de conclusão do PRP? Caso afirmativo, informe Data de desligamento do PRP, Função/atividade para a qual foi reabilitado e Restrições Laborais:	Não
Situação do requerente:	Em Programa de Reabilitação Profissional
Para segurado em PRP, descreva a evolução. Informe sobre readaptação na empresa de vínculo, cursos/treinamentos profissionais, função proposta e outros dados pertinentes:	Tratase de segurado com 36 anos de idade, Ensino Médio completo, Segurado faz uso de prótese doada por terceiros, mas refere que a mesma não corresponde às suas necessidades Diz ter realizado adaptações por conta própria, porém é mais curta que a perna E apresenta folgas no encaixe, fato que pode vir a comprometer sua capacidade de deslocamento diário para realização de atividade laboral contraindicado para o exercício de funções que exijam andar, correr e permanecer muito tempo em pé,
Para segurado em PRP, transcreva as Restrições Laborais definidas pela PMF:	
Registre e justifique o prognóstico de cumprimento do programa de reabilitação profissional (Favorável/Desfavorável):	Favorável
Contexto Socioeconômico	
Informações referentes a: acessibilidade à residência e na comunidade, acesso a transporte público, acesso a reabilitação física e outras informações pertinentes.	Rua asfaltada e plana Acessibilidade adequada na residência
Outras informações:	Segurado motivado
AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM	
Anamnese	
Altura:	188
Peso:	88kg
Dominância:	direita
Características da lesão/amputação:	
Etiologia:	Traumática
Traumática por:	Acidente de motocicleta
Membro(s) acometido(s):	direito
Data da amputação/lesão/diagnóstico:	10/05/2013
Tempo de evolução:	8 anos
Queixas relatadas:	bloqueio da articulação quadril; informa que não consegue fazer a rotação do quadril direito, o que limita a sua mobilidade.
Histórico de protetização, ortetização e uso de outros recursos assistivos	
Quantos, quando, quem forneceu, tipo, tempo de uso, incompatibilidades anteriores, outras informações relacionadas:	Possui um Prótese fornecida pela ABBR de forma particular desde junho de 2014. Prótese com válvula de expulsão. Tem dificuldade para fletir o joelho e deambular.

Campo	Valor
Outras solicitações de recursos assistivos	
Há processo de concessão em andamento através do Sistema Único de Saúde - SUS, outras instituições ou por outros meios?	Não
Reabilitação física	
Fez fisioterapia e/ou terapia ocupacional para adaptação e uso da prótese ou outros recursos assistivos (duração, intercorrências):	Sim
Especificar (Informar duração, intercorrência, etc)	possui bloqueio parcial da rotação quadril direito, o que agrava adaptação à prótese.
Uso de prótese na atividade laboral:	
Necessidades específicas, dificuldades e outras informações relacionadas:	Trabalhava como supervisor de segurança; o retorno ao trabalho é possível com restrições.
História clínica	
Queixas atuais, hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo), lesões de órgãos alvos, em caso de ICC classificação de NYHA, tratamentos em curso, outras:	Nega comorbidades
Condições de acessibilidade	
Na habitação, no trabalho, nos trajetos:	Terreno plano
Meio(s) de deslocamento(s) habitual(is):	Carro adaptado, informa uso esporádico de transporte público.
Descrição de barreiras arquitetônicas e outras, se houver:	sem barreiras
Atividades da Vida Diária (higiene, alimentação, vestuário, lazer, mobilidade, outras)	
Assinale:	Independente
Exame Físico	
Geral:	Bom estado geral, lúcido, bom estado nutricional
Neurológico:	sem alterações
Cardiopulmonar:	sem alterações
Locomotor:	Bloqueio parcial da rotação do quadril direito
Outros (alterações cognitivas, visuais, auditivas, nutricionais, abdominais, digestivas, urinárias e outras):	sem alterações
Nível de amputação - MMSS	Não se aplica
Nível de amputação - MMII	07. Amputação transtibial - 1/3 proximal
Lateraldade da lesão:	direita
Condições do coto (pele/fâneros, circulação, trofismo/força/tônus muscular, rigidez articular, sensibilidade, membro/dor fantasma, espículas, neuromas, úlceras, aderência, sinais flogísticos, outros):	coto trófico, apresenta hipotrofia moderada de coxa direita.
Medição do coto:	8cm
Membro contralateral	
Cicatrizes, desvios angulares e rotacionais, instabilidade e alterações degenerativas articulares, circulatórias, trofismo e força muscular, outros:	sem alterações
Membro(s) não acometido(s)	
Amplitude de movimento, alterações tróficas, força muscular, alterações degenerativas articulares, instabilidades ligamentares, outros:	sem alterações
Trauma Raqui Medular	
Nível, espasticidade, força muscular, controle de tronco, escaras, áreas de hiperpressão, outros:	não aplica
Outros Aspectos	
Prótese/outro recurso assistivo atual (Tipo, modelo, estado de conservação, adequabilidade, outros):	liner em péssimo estado, sem anéis de vedação e joelheira que atrapalha a flexo extensão do joelho, encaixe com válvula de expulsão, pé de madeira.
Expectativa em relação à nova prótese/recurso de Tecnologia Assistiva:	Um prótese com melhor flexão de joelho e melhor resposta do pé
Deseja manter:	Não
Locomoção/ Marcha - Características (cadeira de rodas, andador, bengala, muleta axilar/canadense, prótese, caminha sem apoio, padrão da marcha, caminha com ou sem auxílio de terceiros, outros):	Faz uso de prótese, sem outros dispositivos para deambulação.
Níveis de capacidade funcional K-Level	03. K 3 - Tem capacidade para deambular com cadência variável e para transpor barreiras arquitetônicas. Típico de um amputado que se desloca na comunidade e poderá ter atividade física, profissional ou terapêutica que exija a utilização da prótese além da simples locomoção.
Exames de imagem	
Descrever os achados radiográficos e outros, se houver:	Não apresentou
Caso sejam feitos registros tais como fotografias, vídeos e outros tipos de imagens, o perito médico deve, obrigatoriamente, preencher o formulário editável do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Uso de Imagens Relacionadas ao Processo de Concessão de OPM, disponível em <a 153="" 28="" 961="" 972"="" data-label="Page-Footer" href="http://www-prbi/na aba formulários, que deverá ser anexado ao processo eletrônico do PMF Tarefas em formato PDF, com as devidas assinaturas.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Conclusão</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Concluída a avaliação, indica-se a prescrição de Órtese, Prótese Ortopédica não Implantável, Meios Auxiliares de Locomoção e Acessórios?</td> <td>Sim</td> </tr> <tr> <td>Considerações médico periciais:</td> <td>Segurado jovem, com boa escolaridade, se beneficiará de nova prótese para retorno ao trabalho. Era supervisor de segurança.</td> </tr> <tr> <td>Encaminhamentos para o INSS:</td> <td>Prescrita nova prótese.</td> </tr> <tr> <td>Tipo de recurso material prescrito:</td> <td>Prótese ortopédica não implantável de MMSS/MMII</td> </tr> <tr> <td>Especificação detalhada do dispositivo de OPM prescrito, conforme parâmetros descritivos constantes em manual técnico:</td> <td>TT7-Prótese ortopédica endoesquelética (modular) para amputação transtibial. Componentes em aço, alumínio ou titânio. Encaixe com sistema TSWB, em resina acrílica com reforço em fibras de carbono e fibras de vidro trançadas. Válvula de expulsão de ar automática, de</td> </tr> </tbody> </table> </div> <div data-bbox=">Emitido em: 10/11/2023 13:54	

Campo	Valor
	manuseio e colocação rápida. Duas unidades de liner em uretano. Duas unidades de joelheira de vedação, com revestimento interno em uretano. Encaixe de prova em termoplástico transparente. Pé de resposta dinâmica em fibra de carbono compatível com nível de atividade 3, com capa cosmética. Um par de calçados.

Interessado(s)

CPF	Nome Completo	Data Nascimento	Nome Completo da Mãe
[REDACTED]	JORGE AUGUSTO VIEIRA DE MELO	15/09/1983	ROSELY APARECIDA VIEIRA DE MELO

Procurador(es) / Representante(s) Legal(is)

A tarefa não possui procurador(es) / representante(s) legal(is).

CID Principal

S88 - Amputação traumática da perna

Anexos

A tarefa não possui anexos.



Dados Básicos

Serviço Formulário - Perícia Médica Inicial de Reabilitação Profissional para Fins de Concessão de OPM	Status Concluída	Prioridade Normal
Unidade 01400 - SUBSECRETARIA DE PERÍCIA MÉDICA FEDERAL	Data de entrada do requerimento 21/09/2021 13:36	Canal de atendimento Aplicações Parceiras

Endereço para atendimento:

A tarefa não possui endereço para atendimento externo.

Campos adicionais:

Campo	Valor
ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM (a cargo do INSS)	
Origem do encaminhamento:	Perícia Médica
O requerente é segurado do INSS?	Sim
Situação Funcional/Forma de Filiação:	Empregado
Empresa:	LUMIAR DE CAMPOS COMERCIAL DE ALIMENTOS
Está em gozo de Benefício por Incapacidade/Auxílio-Accidente?	Sim
Espécie/Nº do Benefício:	31 6284290636
Grau de instrução/escolaridade:	Ensino médio incompleto
Atividades profissionais em exercício (função, atividades, aspectos ergonômicos):	Padeiro
CNH:	Não
Cursos e capacitações profissionais realizados anteriores ao PRP:	não possui
Experiências profissionais anteriores ao PRP:	apenas padeiro
Já foi reabilitado anteriormente com certificado de conclusão do PRP? Caso afirmativo, informe Data de desligamento do PRP, Função/atividade para a qual foi reabilitado e Restrições Laborais:	não
Situação do requerente:	Em Programa de Reabilitação Profissional
Para segurado em PRP, descreva a evolução. Informe sobre readaptação na empresa de vínculo, cursos/treinamentos profissionais, função proposta e outros dados pertinentes:	Sem registro de tentativa de troca de função, não iniciou elevação de escolaridade
Para segurado em PRP, transcreva as Restrições Laborais definidas pela PMF:	Segurado com amputação em membro inferior direito, restrições não identificadas
Registre e justifique o prognóstico de cumprimento do programa de reabilitação profissional (Favorável/Desfavorável):	Favorável
Contexto Socioeconômico	
Informações referentes a: acessibilidade à residência e na comunidade, acesso a transporte público, acesso a reabilitação física e outras informações pertinentes.	Acessibilidade pouco adequada
Outras informações:	Avaliação por outro PR, registra colostomia, 5 filhos menores, mais de 10 anos em BI
AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM	
Anamnese	
Altura:	167 cm
Peso:	49 kg
Dominância:	Destro
Características da lesão/amputação:	
Etiologia:	Traumática
Traumática por:	Ferimento por Arma de Fogo
Membro(s) acometido(s):	amputação de terço proximal da perna direita.
Data da amputação/lesão/diagnóstico:	23/07/2009
Tempo de evolução:	Sofreu agressão por projétils de arma de fogo, em 23/07/2009, politraumatismo: em abdome, com lesões viscerais, em perna e tornozelo direito, com fratura exposta e em face medial do terço proximal da perna esquerda, com provável lesão nervosa periférica. Por complicação infeciosa da fratura (osteomielite) em perna direita, foi submetido a amputação transtibial direita em 2011, não se recorda a data.
Queixas relatadas:	Dor no pé esquerdo ao deambular de muletas, que requer pausas durante a marcha. Formigamentos (parestesia) no pé esquerdo
Histórico de protetização, ortetização e uso de outros recursos assistivos	
Quantos, quando, quem forneceu, tipo, tempo de uso, incompatibilidades anteriores, outras informações relacionadas:	Teve uma única prótese ortopédica, concedida pelo HTO/INTO, em 2013. Foi concedido prótese KBM modular, com pé tipo SACH, que utilizou durante dois meses. O Encaixe quebrou e não foi trocado. Estava

Campo	Valor
Outras solicitações de recursos assistivos	começando a treinar com a prótese, usando muletas.
Há processo de concessão em andamento através do Sistema Único de Saúde - SUS, outras instituições ou por outros meios?	Não
Reabilitação física	Sim
Fez fisioterapia e/ou terapia ocupacional para adaptação e uso da prótese ou outros recursos assistivos (duração, intercorrências):	Durante dois meses, ao receber a prótese, antes do encaixe se quebrar e não ser substituído, sic.
Especificar (Informar duração, intercorrência, etc)	
Uso de prótese na atividade laboral:	
Necessidades específicas, dificuldades e outras informações relacionadas:	Precisa permanecer longo período de pé, com as mãos livres, para o exercício de sua profissão de padeiro. Não possui o movimento de dorsiflexão do pé esquerdo.
História clínica	
Queixas atuais, hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo), lesões de órgãos alvos, em caso de ICC classificação de NYHA, tratamentos em curso, outras:	Nega tabagismo ou etilismo. Nega diabetes mellitus, nega hipertensão arterial. Diz ter gastrite. Não faz uso contínuo de nenhuma medicação.
Condições de acessibilidade	
Na habitação, no trabalho, nos trajetos:	Reside em casa alugada, em local plano e de fácil acesso. Empresa de vínculo tem acesso por escadas e o trajeto de casa ao trabalho seria feito por ônibus.
Meio(s) de deslocamento(s) habitual(is):	Transporte público- ônibus.
Descrição de barreiras arquitetônicas e outras, se houver:	Escadas no trabalho. Subir e descer de ônibus, que consegue acessar em uso de muletas canadenses.
Atividades da Vida Diária (higiene, alimentação, vestuário, lazer, mobilidade, outras)	
Assinale:	Independente
Exame Físico	
Geral:	Lúcido e orientado. Bom estado geral. Eutrófico. Constituição magra.
Neurológico:	Paralisia de dorsiflexão do pé e artelhos do membro inferior esquerdo, força motora grau zero para estes movimentos.
Cardiopulmonar:	Normal.
Locomotor:	Membros superiores tróficos, com força motora e mobilidade articular preservada em todos segmentos.
Outros (alterações cognitivas, visuais, auditivas, nutricionais, abdominais, digestivas, urinárias e outras):	Membro inferior esquerdo com plegia distal para dorsiflexão do pé e artelhos (sequela lesão nervosa periférica por PAF). Membro inferior direito com coto de amputação transtibial terço proximal, com 10 cm de comprimento. Hipotrofia moderada da coxa, mas com boa força para extensão e flexão do coto.
Nível de amputação - MMSS	Fica de pé e se equilibra com uso de um par de muletas canadenses. Não consegue se equilibrar de pé sem apoio.
Nível de amputação - MMII	Marcha monopodal desenvolvida com as muletas canadenses, com padrão escarvante do pé esquerdo.
Lateraldade da lesão:	Não há. Usou colostomia desde 2009 até 2011, quando foi submetido a cirurgia para refazer o trânsito intestinal. Atualmente, não apresenta alterações dos hábitos intestinais, controle urinário fecal preservado.
Condições do coto (pele/fâneros, circulação, trofismo/força/tônus muscular, rigidez articular, sensibilidade, membro/dor fantasma, espículas, neuromas, úlceras, aderência, sinais flogísticos, outros):	Não se aplica
Medição do coto:	07. Amputação transtibial - 1/3 proximal
Membro contralateral	Lado direito, seu lado dominante.
Cicatrizes, desvios angulares e rotacionais, instabilidade e alterações degenerativas articulares, circulatórias, trofismo e força muscular, outros:	Coto curto, 10 cm de extensão de perna direita, sem pontos dolorosos, sem retracções, mobilidade e força preservada. Tem hipotrofia muscular de coxa direita. 10 cm
Membro(s) não acometido(s)	Déficit motor distal do membro inferior esquerdo, com abolição do movimento de dorsiflexão do pé e artelhos. Queixas de parestesia constante no pé esquerdo e dor ao deambular longa distância.
Amplitude de movimento, alterações tróficas, força muscular, alterações degenerativas articulares, instabilidades ligamentares, outros:	Membros superiores tróficos, com força motora e mobilidade articular preservada em todos segmentos. Membro inferior esquerdo com plegia distal para dorsiflexão do pé e artelhos (sequela lesão nervosa periférica por PAF).
Trauma Raqui Medular	Não se aplica
Nível, espasticidade, força muscular, controle de tronco, escaras, áreas de hiperpressão, outros:	utilizou por curto período em fase de treinamento de adaptação, não concluída por quebra do encaixe de única prótese descrita em campos anteriores.
Outros Aspectos	Sua expectativa é voltar a trabalhar na empresa de vínculo em sua atividade profissional, como padeiro, sem experiência profissional em outras atividades.
Prótese/outro recurso assistivo atual (Tipo, modelo, estado de conservação, adequabilidade, outros):	Não
Expectativa em relação à nova prótese/recurso de Tecnologia Assistiva:	Marcha monopodal, de apoio sobre o membro inferior esquerdo, desenvolvida com uso das muletas canadenses, com padrão escarvante do pé esquerdo.
Deseja manter:	03. K 3 - Tem capacidade para deambular com cadência variável e para transportar barreiras arquitetônicas. Típico de um amputado que se desloca na comunidade e poderá ter atividade física, profissional ou terapêutica que exija a utilização da prótese além da simples locomoção.
Locomoção/ Marcha - Características (cadeira de rodas, andador, bengala, muleta axilar/canadense, prótese, caminha sem apoio, padrão da marcha, caminha com ou sem auxílio de terceiros, outros):	Não
Níveis de capacidade funcional K-Level	Marcha monopodal, de apoio sobre o membro inferior esquerdo, desenvolvida com uso das muletas canadenses, com padrão escarvante do pé esquerdo.
Exames de imagem	03. K 3 - Tem capacidade para deambular com cadência variável e para transportar barreiras arquitetônicas. Típico de um amputado que se desloca na comunidade e poderá ter atividade física, profissional ou terapêutica que exija a utilização da prótese além da simples locomoção.

Campo	Valor
Descrever os achados radiográficos e outros, se houver:	Não se aplica.
Caso sejam feitos registros tais como fotografias, vídeos e outros tipos de imagens, o perito médico deve, obrigatoriamente, preencher o formulário editável do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Uso de Imagens Relacionadas ao Processo de Concessão de OPM, disponível em <a 126="" 28="" 323="" 338"="" data-label="Section-Header" href="http://www-prbi/na aba formulários, que deverá ser anexado ao processo eletrônico do PMF Tarefas em formato PDF, com as devidas assinaturas.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Conclusão</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Concluída a avaliação, indica-se a prescrição de Órtese, Prótese Ortopédica não Implantável, Meios Auxiliares de Locomoção e Acessórios?</td> <td>Sim</td> </tr> <tr> <td>Considerações médico periciais:</td> <td>Segurado com potencial para adaptação ao uso de prótese ortopédica visando melhor equilíbrio de pé e marcha independente, com a possibilidade de dispensar o uso de muletas.
solicito prótese ortopédica.</td> </tr> <tr> <td>Encaminhamentos para o INSS:</td> <td>Prótese ortopédica não implantável de MMSS/MMII</td> </tr> <tr> <td>Tipo de recurso material prescrito:</td> <td>1- Uma Prótese ortopédica endoesquelética modular, para amputação transtibial direita. Componentes em alumínio. Encaixe com sistema TSWB, em resina acrílica com reforço em fibra de carbono e fibra de vidro trançadas. Válvula de expulsão de ar automática, de manuseio e colocação rápida. Duas unidades de liner em silicone/uretano. Duas unidades de joelheira de vedação, com revestimento interno em uretano. Encaixe de prova em termoplástico transparente. Pé de resposta dinâmica em fibra de carbono compatível com nível de atividade 3, com capa cosmética. Espuma e meia cosméticas. Um par de calçados.</td> </tr> <tr> <td>Especificação detalhada do dispositivo de OPM prescrito, conforme parâmetros descritivos constantes em manual técnico:</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> </div> <div data-bbox="> <h3>Interessado(s)</h3> 	

CPF	Nome Completo	Data Nascimento	Nome Completo da Mãe
[REDACTED]	ALAN DA SILVA SANTOS	18/11/1984	TEREZA DA SILVA

Procurador(es) / Representante(s) Legal(is)

A tarefa não possui procurador(es) / representante(s) legal(is).

CID Principal

S881 - Amputação traumática entre o joelho e o tornozelo

Relação de CIDs Secundários

CID	Descrição da Doença
S84	Traumatismo de nervos periféricos da perna

Anexos

A tarefa não possui anexos.



Dados Básicos

Serviço Formulário - Perícia Médica Inicial de Reabilitação Profissional para Fins de Concessão de OPM	Status Concluída	Prioridade Normal
Unidade 01400 - SUBSECRETARIA DE PERÍCIA MÉDICA FEDERAL	Data de entrada do requerimento 21/09/2021 10:50	Canal de atendimento Aplicações Parceiras

Endereço para atendimento:

A tarefa não possui endereço para atendimento externo.

Campos adicionais:

Campo	Valor
ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM (a cargo do INSS)	
Origem do encaminhamento:	Perícia Médica
O requerente é segurado do INSS?	Sim
Situação Funcional/Forma de Filiação:	Empregado
Empresa:	Schain Petroleo e Gas
Está em gozo de Benefício por Incapacidade/Auxílio-Accidente?	Sim
Espécie/Nº do Benefício:	91 606 922 3636
Grau de instrução/escolaridade:	Ensino médio completo
Atividades profissionais em exercício (função, atividades, aspectos ergonômicos):	Perfuração de petróleo, atividade com emprego de maquinário pesado e manual
CNH:	Sim
Informar a categoria, as restrições e a validade/última renovação:	Veículo de passeio, restrição para direção de motocicletas, última renovação estimada pelo segurado em 2018
Cursos e capacitações profissionais realizados anteriores ao PRP:	Cursos técnicos plataforma e bombeiro assistente de torrista
Experiências profissionais anteriores ao PRP:	Segurado relata não possuir
Já foi reabilitado anteriormente com certificado de conclusão do PRP? Caso afirmativo, informe Data de desligamento do PRP, Função/atividade para a qual foi reabilitado e Restrições Laborais:	Não
Situação do requerente:	Em Programa de Reabilitação Profissional
Para segurado em PRP, descreva a evolução. Informe sobre readaptação na empresa de vínculo, cursos/treinamentos profissionais, função proposta e outros dados pertinentes:	Empresa de vínculo não ofereceu readaptação, estando em processo de recuperação judicial (falência)
Para segurado em PRP, transcreva as Restrições Laborais definidas pela PMF:	Para atividades que exijam manterse de pé, deambulação frequente e esforços físicos de membro superior esquerdo e membros inferiores
Registre e justifique o prognóstico de cumprimento do programa de reabilitação profissional (Favorável/Desfavorável):	Desfavorável, não somente pelas condições físicas, mas por aspectos ambientais e pessoais,
Contexto Socioeconômico	
Informações referentes a: acessibilidade à residência e na comunidade, acesso a transporte público, acesso a reabilitação física e outras informações pertinentes.	Possui apartamento dotado de elevador, mas não adaptado
Outras informações:	Inserido em programa de atendimento pelo Serviço de Psicologia da UFF, por convênio com o Programa de Reabilitação Profissional da GEX
AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM	
Anamnese	
Altura:	167 cm
Peso:	70 kg
Dominância:	destro
Características da lesão/amputação:	
Etiologia:	Traumática
Traumática por:	Acidente de carro
Membro(s) acometido(s):	MIE
Data da amputação/lesão/diagnóstico:	19/06/2014
Tempo de evolução:	Acidente ocorrido em 19/06/2014, que resultou na amputação traumática da perna esquerda. Tempo de evolução desde o acidente à presente data de mais de 7 anos.
Queixas relatadas:	Dores no pé direito, pior em tempo frio ou na permanência prolongada de pé. Por vezes refere dor em face posterior da mão esquerda, local de possível presença de corpo estranho, superficial, subcutâneo, desde o acidente.
Histórico de protetização, ortetização e uso de outros recursos assistivos	
Quantos, quando, quem forneceu, tipo, tempo de uso, incompatibilidades	Comprou prótese com recursos próprios, mas após usar por curto

Campo anteriores, outras informações relacionadas:	Valor período interrompeu o uso pois machucou. pela descrição, a prótese adquirida era modular, encaixe kbm, com pé dinâmico simples, adquirida em 2016/17, que utilizou por cerca de 8 meses, que o encaixe ficou folgado e passou a lhe incomodar e machucar.
Outras solicitações de recursos assistivos Há processo de concessão em andamento através do Sistema Único de Saúde - SUS, outras instituições ou por outros meios?	Não
Reabilitação física Fez fisioterapia e/ou terapia ocupacional para adaptação e uso da prótese ou outros recursos assistivos (duração, intercorrências): Especificar (Informar duração, intercorrência, etc)	Sim Fez fisioterapia antes e após a aquisição e colocação da prótese para sua adaptação. Atingiu marcha com a prótese e uma muleta canadense.
Uso de prótese na atividade laboral: Necessidades específicas, dificuldades e outras informações relacionadas:	Atividade profissional habitual incompatível com o uso de prótese.
História clínica Queixas atuais, hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo), lesões de órgãos alvos, em caso de ICC classificação de NYHA, tratamentos em curso, outras:	Nega alcoolismo e tabagismo, relata fazer uso constante de maconha desde os 20 anos.
Condições de acessibilidade Na habitação, no trabalho, nos trajetos:	Atualmente reside em casa própria, acessível.
Meio(s) de deslocamento(s) habitual(is):	Carro dirigido por terceiros.
Descrição de barreiras arquitetônicas e outras, se houver:	Não há atualmente.
Atividades da Vida Diária (higiene, alimentação, vestuário, lazer, mobilidade, outras)	
Assinale:	Semi-independente
Descrição das dificuldades	Não dirige, necessita de ajuda para alguns afazeres domésticos, não utiliza transporte público (ônibus) devido ao trauma psicológico do acidente.
Exame Físico	
Geral:	Lúcido e orientado. Bom estado geral. Eutrófico. Cuidados pessoais preservados. Discurso lógico e fluente, discurso de revolta com o acontecido, dificuldade na aceitação das limitações pelas sequelas físicas. Pensamentos negativos. Humor rebaixado.
Neurológico:	normal.
Cardiopulmonar:	normal.
Locomotor:	Membros superiores tróficos, com musculatura desenvolvida, força de preensão palmar preservada bilateralmente. Cicatrizes em dorso da mão esq e antebraço. Mobilidade articular preservada em todos segmentos. Mão com calosidades palmares. Membro inferior direito com cicatrizes irregulares em tornozelo e dorso do pé direito. Discurso lógico e fluente, discurso de revolta com o acontecido, dificuldade na aceitação das limitações pelas sequelas físicas. Pensamentos negativos. Humor rebaixado.
Outros (alterações cognitivas, visuais, auditivas, nutricionais, abdominais, digestivas, urinárias e outras):	Não se aplica 08. Amputação transtibial - 1/3 médio Amputação transtibial esquerda. Coto de 16 cm, com bom braço de alavanca, sem retracções, com mobilidade articular do joelho preservada, força motora para flexo extensão preservada. Refere dor a palpação em pontas ósseas tibial e fibular do coto.
Nível de amputação - MMSS	16cm
Nível de amputação - MMII	
Lateraldade da lesão:	
Condições do coto (pele/fâneros, circulação, trofismo/força/tônus muscular, rigidez articular, sensibilidade, membro/dor fantasma, espículas, neuromas, úlceras, aderência, sinais flogísticos, outros):	
Medição do coto:	
Membro contralateral	
Cicatrizes, desvios angulares e rotacionais, instabilidade e alterações degenerativas articulares, circulatórias, trofismo e força muscular, outros:	Cicatrizes em tornozelo e pé direito, com perda dos movimentos de dorsiflexão dos segundo ao quinto pododáctilos (provável lesão tendinosa de extensor dos dedos).
Membro(s) não acometido(s)	
Amplitude de movimento, alterações tróficas, força muscular, alterações degenerativas articulares, instabilidades ligamentares, outros:	não há.
Trauma Raqui Medular	
Nível, espasticidade, força muscular, controle de tronco, escaras, áreas de hiperpressão, outros:	não se aplica.
Outros Aspectos	
Prótese/outra recurso assistivo atual (Tipo, modelo, estado de conservação, adequabilidade, outros):	Não usa prótese.
Expectativa em relação à nova prótese/recurso de Tecnologia Assistiva:	Possibilitar andar independente, dispensando uso das muletas.
Deseja manter:	Não
Locomoção/ Marcha - Características (cadeira de rodas, andador, bengala, muleta axilar/canadense, prótese, caminha sem apoio, padrão da marcha, caminha com ou sem auxílio de terceiros, outros):	Realiza marcha monopodal à direita, com uso de um par de muletas canadenses, com boa desenvoltura.
Níveis de capacidade funcional K-Level	03. K 3 - Tem capacidade para deambular com cadência variável e para transpor barreiras arquitetônicas. Típico de um amputado que se desloca na comunidade e poderá ter atividade física, profissional ou terapêutica que exija a utilização da prótese além da simples locomoção.
Exames de imagem	
Descrever os achados radiográficos e outros, se houver:	não há
Caso sejam feitos registros tais como fotografias, vídeos e outros tipos de imagens, o perito médico deve, obrigatoriamente, preencher o formulário	

Campo	Valor
editável do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Uso de Imagens Relacionadas ao Processo de Concessão de OPM, disponível em <a 127="" 29="" 299="" 313"="" data-label="Section-Header" href="http://www-prbi/na aba formulários, que deverá ser anexado ao processo eletrônico do PMF Tarefas em formato PDF, com as devidas assinaturas.</td><td></td></tr> <tr> <td>Conclusão</td><td></td></tr> <tr> <td>Concluída a avaliação, indica-se a prescrição de Ótese, Prótese Ortopédica não Implantável, Meios Auxiliares de Locomoção e Acessórios?</td><td>Sim</td></tr> <tr> <td>Considerações médico periciais:</td><td>Tem potencial para adaptar-se bem ao uso de uma prótese ortopédica, porém o aspecto psicológico, de não aceitação das perdas sofridas pelo acidente podem impactar negativamente neste processo de reabilitação física.</td></tr> <tr> <td>Encaminhamentos para o INSS:</td><td>Prescrição da prótese ortopédica.</td></tr> <tr> <td>Tipo de recurso material prescrito:</td><td>Prótese ortopédica não implantável de MMSS/MMII</td></tr> <tr> <td>Especificação detalhada do dispositivo de OPM prescrito, conforme parâmetros descritivos constantes em manual técnico:</td><td>Prótese ortopédica modular, para amputação transtibial esquerda. Componentes em alumínio. Encaixe com sistema TSWB, em resina acrílica com reforço em fibra de carbono e fibras de vidro trançadas. Válvula de expulsão de ar automática, de manuseio e colocação rápida. Duas unidades de liner em silicone/uretano. Duas unidades de joelheiras de vedação, com revestimento interno em uretano. Encaixe de prova em termoplástico transparente. Pé de resposta dinâmica em fibra de carbono compatível com nível de atividade 3, com capa cosmética. Um par de calçados. Espuma e meia cosméticas.</td></tr> </tbody> </table> </div> <div data-bbox="> <h3>Interessado(s)</h3> 	

CPF	Nome Completo	Data Nascimento	Nome Completo da Mãe
[REDACTED]	ANDRE LUIS MONTEIRO PESSANHA	10/09/1979	SUEL MONTEIRO PESSANHA

Procurador(es) / Representante(s) Legal(is)

A tarefa não possui procurador(es) / representante(s) legal(is).

CID Principal

T016 - Ferimentos envolvendo regiões múltiplas do(s) membro(s) superior(es) com membro(s) inferior(es)

Relação de CIDs Secundários

CID	Descrição da Doença
S881	Amputação traumática entre o joelho e o tornozelo

Anexos

A tarefa não possui anexos.



Dados Básicos

Serviço Formulário - Perícia Médica Inicial de Reabilitação Profissional para Fins de Concessão de OPM	Status Concluída	Prioridade Normal
Unidade 01400 - SUBSECRETARIA DE PERÍCIA MÉDICA FEDERAL	Data de entrada do requerimento 11/08/2022 12:07	Canal de atendimento Aplicações Parceiras

Endereço para atendimento:

A tarefa não possui endereço para atendimento externo.

Campos adicionais:

Campo	Valor
ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM (a cargo do INSS)	
Origem do encaminhamento:	Perícia Médica
O requerente é segurado do INSS?	Sim
Está em gozo de Benefício por Incapacidade/Auxílio-Accidente?	Sim
Espécie/Nº do Benefício:	31/6099707224
Grau de instrução/escolaridade:	Ensino fundamental incompleto
Atividades profissionais em exercício (função, atividades, aspectos ergonômicos):	nenhuma
CNH:	Não
Cursos e capacitações profissionais realizados anteriores ao PRP:	não
Experiências profissionais anteriores ao PRP:	caseiro, jardineiro
Já foi reabilitado anteriormente com certificado de conclusão do PRP? Caso afirmativo, informe Data de desligamento do PRP, Função/atividade para a qual foi reabilitado e Restrições Laborais:	NÃO É REABILITADO
Situação do requerente:	Em Programa de Reabilitação Profissional
Para segurado em PRP, descreva a evolução. Informe sobre readaptação na empresa de vínculo, cursos/treinamentos profissionais, função proposta e outros dados pertinentes:	NAO HOUVE
Para segurado em PRP, transcreva as Restrições Laborais definidas pela PMF:	não pode realizar serviços que exijam força
Registre e justifique o prognóstico de cumprimento do programa de reabilitação profissional (Favorável/Desfavorável):	FAVORÁVEL
Contexto Socioeconômico	
Informações referentes a: acessibilidade à residência e na comunidade, acesso a transporte público, acesso a reabilitação física e outras informações pertinentes.	BOA ACESSIBILIDADE
Outras informações:	SEGURADO, 44 ANOS, DESEMPREGADO, EX CASEIRO E JARDINEIRO, POSSUI AMPUTAÇÃO DE MEMBRO DE INFERIOR DIREITA, EM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO, EM ELEVAÇÃO DE ESCOLARIDADE
AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM	
Anamnese	
Altura:	1,70
Peso:	82
Dominância:	destro
Características da lesão/amputação:	
Etiologia:	Traumática
Traumática por:	Acidente de motocicleta
Membro(s) acometido(s):	perna direita
Data da amputação/lesão/diagnóstico:	09/02/2003
Tempo de evolução:	19 anos
Queixas relatadas:	Relata dor na ponta do coto mas protege com muitas meias no coto e no fundo da prótese
Histórico de protetização, ortetização e uso de outros recursos assistivos	
Quantos, quando, quem forneceu, tipo, tempo de uso, incompatibilidades anteriores, outras informações relacionadas:	Recebeu prótese da ABBR logo que sofreu amputação em 2003 porem não se adaptou em 2008 recebeu prótese do INSS que usa até hoje porem já toda adaptada sem liner em mau estado de conservação
Outras solicitações de recursos assistivos	
Há processo de concessão em andamento através do Sistema Único de Saúde - SUS, outras instituições ou por outros meios?	Não
Reabilitação física	
Fez fisioterapia e/ou terapia ocupacional para adaptação e uso da prótese ou outros recursos assistivos (duração, intercorrências):	Sim

Campo	Valor
Especificar (Informar duração, intercorrência, etc)	Fez fisioterapia na época da amputação e fez após ganhar cada prótese
Uso de prótese na atividade laboral:	Necessita de prótese para deambular e para exercer suas funções de manutenção predial e jardinagem
História clínica	Nega tabagismo e etilismo. Nega HAS e DM nega doenças hereditárias e congênitas
Queixas atuais, hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo), lesões de órgãos alvos, em caso de ICC classificação de NYHA, tratamentos em curso, outras:	Nega tabagismo e etilismo. Nega HAS e DM nega doenças hereditárias e congênitas
Condições de acessibilidade	
Na habitação, no trabalho, nos trajetos:	Acesso fácil a sua moradia no nível da rua
Meio(s) de deslocamento(s) habitual(is):	Transporte coletivo urbano Diz não ter carteira de motorista
Descrição de barreiras arquitetônicas e outras, se houver:	Não há
Atividades da Vida Diária (higiene, alimentação, vestuário, lazer, mobilidade, outras)	
Assinale:	Independente
Exame Físico	
Geral:	Requerente em bom estado geral e de higiene, cooperativo, lucido e orientado no tempo e no espaço, memória e humor preservados no momento da perícia, vestes alinhadas, eupneico, hidratado. Com amputação transtibial 1/3 medio da perna direita com coto estavel sem lesões sem edema sem ferimentos porem com queixa de hipersensibilidade na ponta do coto
Neurológico:	Sem alterações apesar da hipersensibilidade na ponta do coto
Cardiopulmonar:	RCR 2T BNF sem sopros ou arritmias Pulmões limpos sem ruidos adventícios
Locomotor:	Deambula com prótese em MID sem dificuldade sem muletas bem adaptado
Outros (alterações cognitivas, visuais, auditivas, nutricionais, abdominais, digestivas, urinárias e outras):	Sem alterações ou queixas
Nível de amputação - MMSS	Não se aplica
Nível de amputação - MMII	08. Amputação transtibial - 1/3 médio
Lateraldade da lesão:	Direita
Condições do coto (pele/fâneros, circulação, trofismo/força/tônus muscular, rigidez articular, sensibilidade, membro/dor fantasma, espículas, neuromas, úlceras, aderência, sinais flogísticos, outros):	Com amputação transtibial 1/3 medio da perna direita com coto estavel sem lesões sem edema sem ferimentos porem com queixa de hipersensibilidade na ponta do coto 29cmx17cmx9cm
Medição do coto:	
Membro contralateral	
Cicatrizes, desvios angulares e rotacionais, instabilidade e alterações degenerativas articulares, circulatórias, trofismo e força muscular, outros:	Membro inferior esquerdo sem alterações
Membro(s) não acometido(s)	
Amplitude de movimento, alterações tróficas, força muscular, alterações degenerativas articulares, instabilidades ligamentares, outros:	MID com boa mobilidade e força com boa amplitude de movimentos do joelho tornozelo e coxofemural E
Trauma Raqui Medular	
Nível, espasticidade, força muscular, controle de tronco, escaras, áreas de hiperpressão, outros:	Não houve
Outros Aspectos	
Prótese/outro recurso assistivo atual (Tipo, modelo, estado de conservação, adequabilidade, outros):	Utiliza prótese que ganhou do INSS em 2008 em péssimo estado toda adaptada sem liner sem o pino usando várias meias para proteger o coto do impacto com a prótese pé de borracha não articulado
Expectativa em relação à nova prótese/recurso de Tecnologia Assistiva:	Muito boa pois facilitará seu deslocamento e o retorno ao trabalho
Deseja manter:	Não
Locomoção/ Marcha - Características (cadeira de rodas, andador, bengala, muleta axilar/canadense, prótese, caminha sem apoio, padrão da marcha, caminha com ou sem auxílio de terceiros, outros):	Deambula com prótese em MID sem auxílio de muletas com marcha atípica bem adaptado
Níveis de capacidade funcional K-Level	03. K 3 - Tem capacidade para deambular com cadência variável e para transpor barreiras arquitetônicas. Típico de um amputado que se desloca na comunidade e poderá ter atividade física, profissional ou terapêutica que exija a utilização da prótese além da simples locomoção.
Exames de imagem	
Descrever os achados radiográficos e outros, se houver:	Não trouxe
Caso sejam feitos registros tais como fotografias, vídeos e outros tipos de imagens, o perito médico deve, obrigatoriamente, preencher o formulário editável do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Uso de Imagens Relacionadas ao Processo de Concessão de OPM, disponível em <a 154="" 28="" 962="" 973"="" data-label="Page-Footer" href="http://www-prbi/na-aba-formulários, que deverá ser anexado ao processo eletrônico do PMF Tarefas em formato PDF, com as devidas assinaturas.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Conclusão</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Concluída a avaliação, indica-se a prescrição de Órtese, Prótese Ortopédica não Implantável, Meios Auxiliares de Locomoção e Acessórios?</td> <td>Sim</td> </tr> <tr> <td>Considerações médico periciais:</td> <td>Segurado com boa expectativa com a nova prótese pois a sua está muito ruim e machucando o coto já muito adaptada pelo próprio</td> </tr> <tr> <td>Encaminhamentos para o INSS:</td> <td>Boa expectativa de retorno ao trabalho com a nova prótese
Elevando a escolaridade na reabilitação atualmente na 6ª série do EF no método EJA</td> </tr> <tr> <td>Tipo de recurso material prescrito:</td> <td>Prótese ortopédica não implantável de MMSS/MMII</td> </tr> </tbody> </table> </div> <div data-bbox=">Emitido em: 10/11/2023 14:42	

Campo	Valor
Especificação detalhada do dispositivo de OPM prescrito, conforme parâmetros descritivos constantes em manual técnico:	TT7- Prótese ortopédica endoesquelética (modular) para amputação transtibial. Componentes em titânio. Encaixe com sistema TSWB, em resina acrílica com reforço em fibras de carbono e fibras de vidro trançadas. Válvula de expulsão de ar automática, de manuseio e colocação rápida. Duas unidades de liner em uretano. Duas unidades de joelheira de vedação, com revestimento interno em uretano. Encaixe de prova em termoplástico transparente. Pé de resposta dinâmica em fibra de carbono compatível com nível de atividade 3, com capa cosmética. Um par de calçados (preferencia tenis tamanho 42)

Interessado(s)

CPF	Nome Completo	Data Nascimento	Nome Completo da Mãe
[REDACTED]	ALESSANDRO MENDES DE AMORIM	30/03/1978	ISAILDA RAMOS DA SILVA

Procurador(es) / Representante(s) Legal(is)

A tarefa não possui procurador(es) / representante(s) legal(is).

CID Principal

S881 - Amputação traumática entre o joelho e o tornozelo

Anexos

A tarefa não possui anexos.



ANEXO III

**FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DESTINADO À CONCESSÃO DE ÓRTESES,
PRÓTESES ORTOPÉDICAS NÃO IMPLANTÁVEIS DE MEMBROS
SUPERIORES E INFERIORES, MEIOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO E
ACESSÓRIOS.**

Data: 07/06/19	GEX: RJ - NORTE	APS: APS Av Brasil
----------------	-----------------	--------------------

Ação Civil Pública: (x) Não () Sim. Especificar:

DADOS DO REQUERENTE

Nome: Wallace de Santana Ferreira

Data de Nascimento: 25/12/1990 Idade: 28

NIT: 13379572607 CPF: 14325506756 RG: 265263624

Espécie/Nº benefício: 31/6041807218

ANAMNESE

Altura: 1,75 m	Peso: 80 kg	Dominância: destro	
Características da lesão/amputação	Etiologia Especificar:	<input type="checkbox"/> Congênita. <input type="checkbox"/> Traumática <input type="checkbox"/> Especificar: <input type="checkbox"/> Acidente de motocicleta <input type="checkbox"/> Acidente de carro <input type="checkbox"/> Ferimento por Arma de Fogo <input type="checkbox"/> Outros. Especificar: acidente doméstico	<input type="checkbox"/> Secundária a doença <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Infecciosa <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Neoplasia <input type="checkbox"/> Poliomielite <input type="checkbox"/> Outros. Especificar:
Membro (s) acometido (s): MIE			
Data da amputação/lesão/diagnóstico:			
Tempo de evolução: desde abril/2014			
Queixas relatadas: Prótese que vinha usando quebrou o pé			

Histórico de protetização, ortetização, uso de outros recursos assistivos:	Quantas, quando, quem forneceu, tipo, tempo de uso, incompatibilidades anteriores, outras informações relacionadas : Uma protetização em dez/2015 com boa adaptação
Outras solicitações de recursos assistivos:	Há processo de concessão em andamento através do Sistema Único de Saúde - SUS, outras instituições ou por outros meios? Especificar. Não



98

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

Reabilitação física	Fez fisioterapia e/ou terapia ocupacional para adaptação e uso da prótese ou outros recursos assistivos (duração, intercorrências): Não
Uso de prótese na atividade laboral	Necessidades específicas, dificuldade e outras informações relacionadas: NDN
Comorbidades	Tabagismo, alcoolismo, tratamentos, medicações, estabilidade clínica, em caso de ICC classificação de NYHA, em caso de DM lesões de órgãos alvos, outras: Não
Condições de acessibilidade	Na habitação, no trabalho, nos trajetos: NDN Meio (s) de deslocamento (s) habitual (is): ônibus Descrição de barreiras arquitetônicas e outras, se houver:
Atividades da Vida Diária (higiene, alimentação, vestir, lazer, independência para transferência, outras)	(x) Independente () Semi-independente () Dependente Descrição das dificuldades, se houver:
EXAME FÍSICO	
Geral	Neurológico: ndn Cardíaco pulmonar:ndn Locomotor: Amputação transtibial esquerda Outros: ndn
Outras alterações	Alterações cognitivas, visuais, auditivas, nutricionais, abdominais, digestivas, urinárias e outras: ndn
Relacionado à amputação	Nível (membro acometido, terço proximal, médio, distal) : médio Lateraldade: destro Condições do coto (pele e fâneros, circulatória, trofismo/força/tônus muscular, rigidez articular, sensibilidade, membro/dor fantasma, espículas, neuromas, ulceração, aderência, sinais flogísticos, outros): ndn Medição do coto: sem fita métrica
Membro contralateral	Cicatrizes, desvios angulares e rotacionais, instabilidade e alterações degenerativas articulares, circulatórias, trofismo e força muscular, outros:ndn
Membro (s) não acometido (s)	Amplitude de movimento, alterações tróficas, força muscular, alterações degenerativas articulares, instabilidades ligamentares, outros: boa



93

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

Trauma Raqui Medular	Nível, espasticidade, força muscular, controle de tronco, escaras, áreas de hiperpressão, outros:Não
-----------------------------	--

OUTROS ASPECTOS

Prótese/outro recurso assistivo atual	Tipo, modelo, estado de conservação, adequabilidade, outros: TSWB modular em alumínio, pé em fibra de carbono (com quebra da fibra)				
Expectativa em relação à nova prótese/recurso de Tecnologia Assistiva	BOA				
Espuma e meia cosmética	Utiliza?				Deseja manter?
	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não				<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Locomoção/ Marcha	Características (cadeira de rodas, andador, bengala, muleta axilar/canadense, prótese ou sem apoio, com ou sem auxílio de terceiros, outros), qualidade e padrão: Muletas axilares				
Nível de Atividade	<input type="checkbox"/> K0	<input type="checkbox"/> K1	<input type="checkbox"/> K2	<input checked="" type="checkbox"/> K3	<input type="checkbox"/> K4
Exames de imagem	Descrever os achados radiográficos e outros, se houver: sem RX				

CONCLUSÃO

Concluída a avaliação, indica-se a prescrição de Prótese Ortopédica não Implantável, Ótese, Meios Auxiliares de Locomoção e Acessórios?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Justificativa: facilitar deslocamentos e qualidade de vida do segurado Encaminhamentos: nenhum
TT7-Prótese ortopédica endoesquelética (modular) para amputação transtibial. Componentes em titânio. Encaixe com sistema TSWB, em resina acrílica com reforço em fibras de carbono e fibras de vidro trançadas. Válvula de expulsão de ar automática, de manuseio e colocação rápida. Duas unidades de liner em silicone/uretano. Duas unidades de joelheira de vedação, com revestimento interno em uretano. Encaixe de prova em termoplástico transparente. Pé de resposta dinâmica em fibra de carbono compatível com nível de atividade 3, com capa cosmética. Um par de calçados.	

Márcio F. Machado
Ponto Número
Ponto 13.55278
CNPJ 32.322.782/0001-00



Dados Básicos

Serviço Formulário - Perícia Médica Inicial de Reabilitação Profissional para Fins de Concessão de OPM	Status Concluída	Prioridade Normal
Unidade 01400 - SUBSECRETARIA DE PERÍCIA MÉDICA FEDERAL	Data de entrada do requerimento 22/09/2021 17:29	Canal de atendimento Aplicações Parceiras

Endereço para atendimento:

A tarefa não possui endereço para atendimento externo.

Campos adicionais:

Campo	Valor
ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM (a cargo do INSS)	
Origem do encaminhamento:	Perícia Médica
O requerente é segurado do INSS?	Sim
Situação Funcional/Forma de Filiação:	Empregado
Empresa:	Prefeitura Municipal de Nilópolis Upa
Está em gozo de Benefício por Incapacidade/Auxílio-Accidente?	Sim
Espécie/Nº do Benefício:	91
Grau de instrução/escolaridade:	Ensino superior completo
Atividades profissionais em exercício (função, atividades, aspectos ergonômicos):	pediatra intensivista
CNH:	Sim
Informar a categoria, as restrições e a validade/última renovação:	CNH categoria B. No campo de observações constam: C;D;H. Data de emissão: 20/06/2018. Validade:18/06/2023. Número de registro:00248551496. medicina
Cursos e capacitações profissionais realizados anteriores ao PRP:	diversificado
Experiências profissionais anteriores ao PRP:	não
Já foi reabilitado anteriormente com certificado de conclusão do PRP? Caso afirmativo, informe Data de desligamento do PRP, Função/atividade para a qual foi reabilitado e Restrições Laborais:	
Situação do requerente:	Em Programa de Reabilitação Profissional
Para segurado em PRP, descreva a evolução. Informe sobre readaptação na empresa de vínculo, cursos/treinamentos profissionais, função proposta e outros dados pertinentes:	aguardando opm
Para segurado em PRP, transcreva as Restrições Laborais definidas pela PMF:	atividades que exijam andar, levantar e fazer esforço
Registre e justifique o prognóstico de cumprimento do programa de reabilitação profissional (Favorável/Desfavorável):	favorável, considerando idade e escolaridade
Contexto Socioeconômico	
Informações referentes a: acessibilidade à residência e na comunidade, acesso a transporte público, acesso a reabilitação física e outras informações pertinentes.	sem observações, verificar na perícia
Outras informações:	sem outras obs
AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM	
Anamnese	
Altura:	165 cm
Peso:	57 kg
Dominância:	destra
Características da lesão/amputação:	
Etiologia:	Traumática
Traumática por:	Acidente de carro
Membro(s) acometido(s):	amputação transfemural direita
Data da amputação/lesão/diagnóstico:	29/02/2016
Tempo de evolução:	Sofreu acidente de carro saindo do trabalho, acidente de trajeto, e foi atropelada com esmagamento da perna direita. Mais de cinco anos de evolução.
Queixas relatadas:	Tem sensação de membro fantasma, não dolorosa. Diz ter dificuldade em tudo, mas que vem se readaptando, porém não consegue varrer uma casa, não consegue ficar muito tempo de pé para fazer algumas tarefas, como lavar uma roupa. Toma banho sentada. Realiza marcha com uso de um par de muletas canadenses.
Histórico de protetização, ortetização e uso de outros recursos assistivos	

Campo	Valor
Quantos, quando, quem forneceu, tipo, tempo de uso, incompatibilidades anteriores, outras informações relacionadas:	Nunca fez uso de prótese.
Outras solicitações de recursos assistivos	
Há processo de concessão em andamento através do Sistema Único de Saúde - SUS, outras instituições ou por outros meios?	Não
Reabilitação física	
Fez fisioterapia e/ou terapia ocupacional para adaptação e uso da prótese ou outros recursos assistivos (duração, intercorrências):	Sim
Especificar (Informar duração, intercorrência, etc)	Realizou tratamento de fisioterapia em 2016 a 2017, visando dessensibilização de coto, treino de equilíbrio e marcha com muletas canadenses, fortalecimento muscular.
Uso de prótese na atividade laboral:	
Necessidades específicas, dificuldades e outras informações relacionadas:	Protetização visando maior independência de marcha e ortostatismo, sem uso de muletas.
História clínica	
Queixas atuais, hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo), lesões de órgãos alvos, em caso de ICC classificação de NYHA, tratamentos em curso, outras:	Nega tabagismo, etilismo. Nega hipertensão, diabetes mellitus. Não faz uso contínuo de nenhuma medicação.
Condições de acessibilidade	
Na habitação, no trabalho, nos trajetos:	Acessível, sua casa foi adaptada, com barras de apoio.
Meio(s) de deslocamento(s) habitual(is):	A pé, com uso de muletas canadenses e de carro, dirigido por terceiros.
Descrição de barreiras arquitetônicas e outras, se houver:	Não há.
Atividades da Vida Diária (higiene, alimentação, vestuário, lazer, mobilidade, outras)	
Assinale:	Semi-independente
Descrição das dificuldades	Locomoção, depende de terceiros para deslocamentos de maior distância, com uso de veículo motorizado. Dificuldade em afazeres domésticos, limpar casa, lavar e estender roupas.
Exame Físico	
Geral:	Lúcida e orientada no tempo e espaço. Eutrófica. Cuidados pessoais preservados. Discurso lógico e fluente. Informa com clareza.
Neurológico:	normal.
Cardiopulmonar:	normal.
Locomotor:	Trofismo e força muscular preservados nos 4 membros, incluindo membro inferior direito residual. Coto de amputação transfemoral direita, terço médio para distal. Comprimento de 27 cm da espinha ilíaca anterosuperior a ponta do coto. Sem pontos dolorosos, bom coxim distal. Sem deformidades, arcos de movimentos de articulação coxofemoral preservados. Coto modelado, em uso de faixa elástica. Fica de pé sobre membro inferior esquerdo, consegue se equilibrar sem auxílios e saltitar. Deambula com marcha desenvolvida com um par de muletas canadenses.
Outros (alterações cognitivas, visuais, auditivas, nutricionais, abdominais, digestivas, urinárias e outras):	Sem alterações.
Nível de amputação - MMSS	Não se aplica
Nível de amputação - MMII	04. Amputação Transfemoral - 1/3 médio
Lateraldade da lesão:	Direita.
Condições do coto (pele/fâneros, circulação, trofismo/força/tônus muscular, rigidez articular, sensibilidade, membro/dor fantasma, espículas, neuromas, úlceras, aderência, sinais flogísticos, outros):	Coto longo, de amputação transfemoral direita de terço médio para distal. Leve flacidez de pele. Força motora preservada para todos movimentos. Tem cicatriz cirúrgica terminal de coto posteriorizada, sem retracções, aderências ou pontos dolorosos. Bom coxim distal. Sem deformidades, realiza movimentos amplos de articulação coxofemoral. Refere sensação de membro fantasma não dolorosa.
Medição do coto:	27 cm
Membro contralateral	
Cicatrizes, desvios angulares e rotacionais, instabilidade e alterações degenerativas articulares, circulatórias, trofismo e força muscular, outros:	Membro contralateral sem anormalidades.
Membro(s) não acometido(s)	
Amplitude de movimento, alterações tróficas, força muscular, alterações degenerativas articulares, instabilidades ligamentares, outros:	Normal.
Trauma Raqui Medular	
Nível, espasticidade, força muscular, controle de tronco, escaras, áreas de hiperpressão, outros:	Não se aplica.
Outros Aspectos	
Prótese/outro recurso assistivo atual (Tipo, modelo, estado de conservação, adequabilidade, outros):	Não possui.
Expectativa em relação à nova prótese/recurso de Tecnologia Assistiva:	Sua expectativa é que a prótese irá lhe possibilitar muitas coisas, maior independência no geral, de ir a um supermercado sozinha, de voltar ao mercado de trabalho e ter uma vida mais próxima do normal, como tinha antes.
Deseja manter:	Não
Locomoção/ Marcha - Características (cadeira de rodas, andador, bengala, muleta axilar/canadense, prótese, caminha sem apoio, padrão da marcha, caminha com ou sem auxílio de terceiros, outros):	Marcha monopodal com auxílio de um par de muletas canadenses, de forma desenvolvida, com bom equilíbrio, independente.
Níveis de capacidade funcional K-Level	03. K 3 - Tem capacidade para deambular com cadência variável e para transportar barreiras arquitetônicas. Típico de um amputado que se desloca na comunidade e poderá ter atividade física, profissional ou terapêutica

Campo	Valor
Exames de imagem	que exija a utilização da prótese além da simples locomoção.
Descriver os achados radiográficos e outros, se houver:	Não apresenta.
Caso sejam feitos registros tais como fotografias, vídeos e outros tipos de imagens, o perito médico deve, obrigatoriamente, preencher o formulário editável do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Uso de Imagens Relacionadas ao Processo de Concessão de OPM, disponível em www-prbi/ na aba formulários, que deverá ser anexado ao processo eletrônico do PMF Tarefas em formato PDF, com as devidas assinaturas.	
Conclusão	
Concluída a avaliação, indica-se a prescrição de Órtese, Prótese Ortopédica não Implantável, Meios Auxiliares de Locomoção e Acessórios?	Sim
Considerações médico periciais:	Requerente possui ensino superior completo, médica, sofreu amputação transfemoral direita, de causa traumática(acidente de trajeto), em fevereiro de 2016, sendo pessoa hígida, sem comorbidades. Realizou reabilitação pré-protetização ortopédica, alcançando marcha independente com muletas, membro inferior direito residual sem pontos dolorosos, com mobilidade e força preservados, coto bem modelado, pelo enfaixamento elástico contínuo. Nega uso prévio de prótese. Tem perfil bastante favorável para boa resposta à protetização ortopédica, visando ortostatismo e marcha independentes, sem muletas. Mesmo protetizada, deveria evitar, num primeiro momento, o retorno em atividades de plantão, em serviços de emergência ou terapia intensiva, não só pelo tempo que se encontra afastada, como pelo maior desgaste físico e emocional exigido nessas atividades, sendo mais recomendado, por exemplo, o desempenho de atividades ambulatoriais. Prescrito prótese ortopédica que lhe confira maior conforto de uso, segurança e compatibilidade com seu nível de mobilidade(K3).
Encaminhamentos para o INSS:	solicitado prótese ortopédica.
Tipo de recurso material prescrito:	Prótese ortopédica não implantável de MMSS/MMII
Especificação detalhada do dispositivo de OPM prescrito, conforme parâmetros descritivos constantes em manual técnico:	Prótese ortopédica para amputação transfemoral direita, endoesquelética (modular). Componentes do módulo em titânio. Encaixe de contato total, laminado em resina acrílica, com reforço em fibras de carbono. Liner de silicone com cinco anéis de vedação (duas unidades de liner). Válvula com expulsão de ar automática, de manuseio e colocação rápida. Encaixe de prova em termoplástico transparente. Adaptador de rotação. Joelho hidráulico monocêntrico, que possibilite descer degraus com passos alternados para nível de atividade 3. Pé de resposta dinâmica, em fibra de carbono, para nível de atividade 3, com lâmina bipartida, que lhe permita uso em piso irregular, com capa cosmética. Um par de calçados. Espuma e meia cosméticas.

Interessado(s)

CPF	Nome Completo	Data Nascimento	Nome Completo da Mãe
██████████	LIVIA CORDEIRO VALENTIM	22/02/1979	MARIA SONIA CORDEIRO VALENTIM

Procurador(es) / Representante(s) Legal(is)

A tarefa não possui procurador(es) / representante(s) legal(is).

CID Principal

S781 - Amputação traumática localizada entre o joelho e o quadril

Anexos

A tarefa não possui anexos.



Dados Básicos

Serviço Formulário - Perícia Médica Inicial de Reabilitação Profissional para Fins de Concessão de OPM	Status Concluída	Prioridade Normal
Unidade 01400 - SUBSECRETARIA DE PERÍCIA MÉDICA FEDERAL	Data de entrada do requerimento 21/09/2021 09:24	Canal de atendimento Aplicações Parceiras

Endereço para atendimento:

A tarefa não possui endereço para atendimento externo.

Campos adicionais:

Campo	Valor
ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM (a cargo do INSS)	
Origem do encaminhamento:	Perícia Médica
O requerente é segurado do INSS?	Sim
Situação Funcional/Forma de Filiação:	Empregado
Empresa:	Antonio Auto peças LTDA
Está em gozo de Benefício por Incapacidade/Auxílio-Accidente?	Sim
Espécie/Nº do Benefício:	31
Grau de instrução/escolaridade:	Ensino médio incompleto
Atividades profissionais em exercício (função, atividades, aspectos ergonômicos):	Ultima atividade como motoboy
CNH:	Não
Cursos e capacitações profissionais realizados anteriores ao PRP:	Nenhum
Experiências profissionais anteriores ao PRP:	ajudante de pedreiro
Já foi reabilitado anteriormente com certificado de conclusão do PRP? Caso afirmativo, informe Data de desligamento do PRP, Função/atividade para a qual foi reabilitado e Restrições Laborais:	nao
Situação do requerente:	Em Programa de Reabilitação Profissional
Para segurado em PRP, descreva a evolução. Informe sobre readaptação na empresa de vínculo, cursos/treinamentos profissionais, função proposta e outros dados pertinentes:	Empresa nao ofereceu readaptação
Para segurado em PRP, transcreva as Restrições Laborais definidas pela PMF:	Atividades com esforço físico de membros inferiores
Registre e justifique o prognóstico de cumprimento do programa de reabilitação profissional (Favorável/Desfavorável):	Favorável, segurado jovem e com boa escolaridade
Contexto Socioeconômico	
Informações referentes a: acessibilidade à residência e na comunidade, acesso a transporte público, acesso a reabilitação física e outras informações pertinentes.	Relata estar fazendo tratamento préprotetização no SUS com acompanhamento de fisioterapeuta semanalmente
Outras informações:	Nenhuma
AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM	
Anamnese	
Altura:	176cm
Peso:	89 kg
Dominância:	destro
Características da lesão/amputação:	
Etiologia:	Traumática
Traumática por:	Acidente de motocicleta
Membro(s) acometido(s):	amputacao transfemoral esquerda
Data da amputação/lesão/diagnóstico:	26/05/2013
Tempo de evolução:	oito anos desde a amputação até a presente data.
Queixas relatadas:	Teve fratura do cotovelo e antebraço esquerdo no mesmo acidente, com osteossíntese cirúrgica. Ficou com limitação ao final da flexão do cotovelo e para supinação do antebraço e refere redução de força motora neste membro. Em relação ao membro inferior residual, refere episódios ocasionais de sensação do membro fantasma, com dor em fisgada e tremor no coto.
Histórico de protetização, ortetização e uso de outros recursos assistivos	
Quantos, quando, quem forneceu, tipo, tempo de uso, incompatibilidades anteriores, outras informações relacionadas:	Não tem.
Outras solicitações de recursos assistivos	
Há processo de concessão em andamento através do Sistema Único de Saúde -	Não

Campo	Valor
SUS, outras instituições ou por outros meios?	
Reabilitação física	
Fez fisioterapia e/ou terapia ocupacional para adaptação e uso da prótese ou outros recursos assistivos (duração, intercorrências):	Sim
Especificar (Informar duração, intercorrência, etc)	Iniciou fisioterapia há cerca de um ano, via sus, 1 sessão semanal, que visa basicamente cinesioterapia para fortalecimento do coto, medidas antiretracionais e modelagem com orientação do uso de enfaixamento elástico.
Uso de prótese na atividade laboral:	
Necessidades específicas, dificuldades e outras informações relacionadas:	Não se aplica, exerce atividade de motoboy. Recomendado troca de função/atividade profissional, após elevação de escolaridade.
História clínica	
Queixas atuais, hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo), lesões de órgãos alvos, em caso de ICC classificação de NYHA, tratamentos em curso, outras:	Tabagista desde os 15 anos de idade, consumo diário meio maço de cigarros/dia. Consumo de bebida alcoólica aos finais de semana, entre 4 a 8 garrafas de cerveja aos sábados. Já teve picos hipertensivos, não faz uso regular de antihipertensivos (mãe de 52a é hipertensa e cardiopata). Orientado a busca de assistência médica em posto de saúde para avaliação de HAS. Nega diabetes mellitus.
Condições de acessibilidade	
Na habitação, no trabalho, nos trajetos:	Reside em local plano de fácil acesso. Reside distante do local de trabalho e depende de transporte público.
Meio(s) de deslocamento(s) habitual(is):	A pé, de muletas axilares ou de carona, de carro. Nunca experimentou voltar a pegar ônibus após a amputação. Antes se deslocava por meios próprios, de motocicleta.
Descrição de barreiras arquitetônicas e outras, se houver:	A única vez desde a amputação, em que precisou subir /descer escadas, o fez sentando-se nos degraus.
Atividades da Vida Diária (higiene, alimentação, vestuário, lazer, mobilidade, outras)	
Assinale:	Semi-independente
Descrição das dificuldades	Subir e descer escadas, não pega ônibus.
Exame Físico	
Geral:	Lúcido e orientado. Bom estado geral. Sobre peso. Cuidados pessoais preservados. Discurso lógico e fluente. Veio acompanhado à APS.
Neurológico:	Sem alterações.
Cardiopulmonar:	PA: 180/130 mmHg. Taquicárdico: 100 bpm. AC: ritmo cardíaco regular em dois tempos, bulhas normofonéticas, sem sopro ou extrassistólicas. Pulmões limpos. Sem edemas.
Locomotor:	Trofismo e força muscular preservada nos 4 membros. Membro superior direito sem alterações. Membro superior esq com cicatriz cirúrgica em face extensora do antebraço. Bloqueio para final de flexão do cotovelo, limitação mínima e para supinação do antebraço, em grau leve, com leve redução da força de preensão palmar esq. Membro inferior dir sem alt. Membro inferior esquerdo residual, coto de amputação transfemoral no terço médio para distal. Sem deformidades, bem modelado, cicatriz terminal indolor, bom coxim distal. Fica de pé com bom equilíbrio sem apoio, estático. Recebe no saltitar, apoia-se nos móveis. Marcha independente com um par de muletas axilares. Não há.
Outros (alterações cognitivas, visuais, auditivas, nutricionais, abdominais, digestivas, urinárias e outras):	Não se aplica
Nível de amputação - MMSS	04. Amputação Transfemoral - 1/3 médio
Nível de amputação - MMII	
Lateralidade da lesão:	
Condições do coto (pele/fâneros, circulação, trofismo/força/tônus muscular, rigidez articular, sensibilidade, membro/dor fantasma, espículas, neuromas, úlceras, aderência, sinais flogísticos, outros):	Coto de amputação transfemoral esquerda longo, bem modelado, sem deformidades, bom coxim distal, arcos de movimentos preservados, força motora preservada para todos movimentos. Em uso de enfaixamento elástico, diariamente.
Medição do coto:	34 cm
Membro contralateral	
Cicatrizes, desvios angulares e rotacionais, instabilidade e alterações degenerativas articulares, circulatórias, trofismo e força muscular, outros:	Sem alterações.
Membro(s) não acometido(s)	
Amplitude de movimento, alterações tróficas, força muscular, alterações degenerativas articulares, instabilidades ligamentares, outros:	Membro superior esquerdo com bloqueio na supinação e final de flexão do cotovelo, e leve redução na força de preensão palmar, sequelas de fraturas. Não se adaptou ao uso de muletas canadenses devido a estas alterações, optando por muletas axilares.
Trauma Raqui Medular	
Nível, espasticidade, força muscular, controle de tronco, escaras, áreas de hiperpressão, outros:	Não se aplica
Outros Aspectos	
Prótese/outro recurso assistivo atual (Tipo, modelo, estado de conservação, adequabilidade, outros):	Não se aplica
Expectativa em relação à nova prótese/recurso de Tecnologia Assistiva:	Tem ciência de que não será igual a antes da amputação, mas deseja conseguir andar bem com o uso da prótese, podendo dispensar o uso das muletas.
Deseja manter:	Não

Campo	Valor
Locomoção/ Marcha - Características (cadeira de rodas, andador, bengala, muleta axilar/canadense, prótese, caminha sem apoio, padrão da marcha, caminha com ou sem auxílio de terceiros, outros):	Marcha independente com auxílio de um par de muletas axilares. Não consegue subir ou descer escadas, não utiliza transporte público, depende de terceiros para deslocar-se para maior distância, de carro.
Níveis de capacidade funcional K-Level	02. K 2 - Tem capacidade ou potencial para deambular com um baixo nível de capacidade para atravessar barreiras arquitetônicas, tais como guias de calçadas, escadas, ou superfícies irregulares. Típico de um amputado que se desloca de forma limitada na comunidade.
Exames de imagem	
Descrever os achados radiográficos e outros, se houver:	Não há.
Caso sejam feitos registros tais como fotografias, vídeos e outros tipos de imagens, o perito médico deve, obrigatoriamente, preencher o formulário editável do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Uso de Imagens Relacionadas ao Processo de Concessão de OPM, disponível em <a 127="" 28="" 569="" 583"="" data-label="Section-Header" href="http://www-prbi/na aba formulários, que deverá ser anexado ao processo eletrônico do PMF Tarefas em formato PDF, com as devidas assinaturas.</td><td></td></tr> <tr> <td>Conclusão</td><td></td></tr> <tr> <td>Concluída a avaliação, indica-se a prescrição de Órtese, Prótese Ortopédica não Implantável, Meios Auxiliares de Locomoção e Acessórios?</td><td>Sim</td></tr> <tr> <td>Considerações médico periciais:</td><td>Tem potencial para adaptar-se ao uso de prótese ortopédica e atingir maior independência na sua locomoção. Requer readaptação/requalificação profissional, sem condições, mesmo protetizado, de retornar a atividade de motociclista profissional. Tem histórico familiar de hipertensão arterial, relato pessoal de episódios prévios de picos hipertensivos. Hipertenso, sem tratamento regular, orientado a buscar assistência médica para avaliação e tratamento adequado. Prescrito prótese com a observação de liberação prévia pela clínica médica/cardilogia, dado ao maior esforço na protetização ortopédica.</td></tr> <tr> <td>Encaminhamentos para o INSS:</td><td>Tem potencial para adaptar-se ao uso de prótese ortopédica e atingir maior independência na sua locomoção. Requer readaptação/requalificação profissional, sem condições, mesmo protetizado, de retornar a atividade de motociclista profissional. Tem histórico familiar de hipertensão arterial, relato pessoal de episódios prévios de picos hipertensivos. Hipertenso, sem tratamento prévio regular, orientado a buscar assistência médica para avaliação e tratamento adequado. Prescrito prótese com a observação de liberação prévia pela clínica médica/cardilogia, dado ao maior esforço na protetização ortopédica.</td></tr> <tr> <td>Tipo de recurso material prescrito:</td><td>Prótese ortopédica não implantável de MMSS/MMII</td></tr> <tr> <td>Especificação detalhada do dispositivo de OPM prescrito, conforme parâmetros descritivos constantes em manual técnico:</td><td>Prótese ortopédica para amputação transfemoral esquerda, endoesquelética (modular). Componentes em titânio. Encaixe de contato total laminado em resina acrílica com reforço em fibras de carbono e fibras de vidro trançadas. Duas unidades de liner em silicone com anéis de vedação. Válvula com expulsão de ar automática, de manuseio e colocação rápida. Encaixe de prova em termoplástico transparente. Joelho pneumático monocêntrico, para nível de atividade 2/3. Pé de resposta dinâmica em fibra de carbono para nível de atividade 2/3, com capa cosmética. Um par de calçados. Espuma e meia cosméticas.</td></tr> </tbody> </table> </div> <div data-bbox="> <h3>Interessado(s)</h3> 	

CPF	Nome Completo	Data Nascimento	Nome Completo da Mãe
██████████	MAYON AZEREDO GOMES	18/02/1988	ESMERALDA DA CONCEICAO AZEREDO

Procurador(es) / Representante(s) Legal(is)

A tarefa não possui procurador(es) / representante(s) legal(is).

CID Principal

S781 - Amputação traumática localizada entre o joelho e o quadril

Relação de CIDs Secundários

CID	Descrição da Doença
T10	Fratura do membro superior, nível não especificado

Anexos

A tarefa não possui anexos.



Dados Básicos

Serviço Formulário - Perícia Médica Inicial de Reabilitação Profissional para Fins de Concessão de OPM	Status Concluída	Prioridade Normal
Unidade 01400 - SUBSECRETARIA DE PERÍCIA MÉDICA FEDERAL	Data de entrada do requerimento 17/09/2021 11:10	Canal de atendimento Aplicações Parceiras

Endereço para atendimento:

A tarefa não possui endereço para atendimento externo.

Campos adicionais:

Campo	Valor
ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM (a cargo do INSS)	
Origem do encaminhamento:	Perícia Médica
O requerente é segurado do INSS?	Sim
Situação Funcional/Forma de Filiação:	Desempregado
Está em gozo de Benefício por Incapacidade/Auxílio-Accidente?	Sim
Espécie/Nº do Benefício:	31
Grau de instrução/escolaridade:	Ensino fundamental incompleto
Atividades profissionais em exercício (função, atividades, aspectos ergonômicos):	nenhuma
CNH:	Não
Cursos e capacitações profissionais realizados anteriores ao PRP:	nenhum
Experiências profissionais anteriores ao PRP:	motoboy e gari
Já foi reabilitado anteriormente com certificado de conclusão do PRP? Caso afirmativo, informe Data de desligamento do PRP, Função/atividade para a qual foi reabilitado e Restrições Laborais:	nao
Situação do requerente:	Em Programa de Reabilitação Profissional
Para segurado em PRP, descreva a evolução. Informe sobre readaptação na empresa de vínculo, cursos/treinamentos profissionais, função proposta e outros dados pertinentes:	Segurado em elevação da escolaridade
Para segurado em PRP, transcreva as Restrições Laborais definidas pela PMF:	atividades que necessite caminhar longas distâncias, ficar de pé ou esforço físico
Registre e justifique o prognóstico de cumprimento do programa de reabilitação profissional (Favorável/Desfavorável):	favorável, considerando a idade do segurado, 27 anos Possibilidade de protetização e elevação da escolaridade
Contexto Socioeconômico	
Informações referentes a: acessibilidade à residência e na comunidade, acesso a transporte público, acesso a reabilitação física e outras informações pertinentes.	Faz uso de muletas, relatando dificuldade extrema em usar transporte público e se locomover sem ajuda de familiares
Outras informações:	nenhuma
AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM	
Anamnese	
Altura:	189cm
Peso:	73kg
Dominância:	destro
Características da lesão/amputação:	
Etiologia:	Traumática
Traumática por:	Acidente de motocicleta
Membro(s) acometido(s):	membro inferior esquerdo
Data da amputação/lesão/diagnóstico:	23/12/2016
Tempo de evolução:	quatro anos e nove meses desde o acidente até a presente data.
Queixas relatadas:	De vez em quando refere prurido e dor em fígada, ocasional, no coto, quando o vento está virando, sic.
Histórico de protetização, ortetização e uso de outros recursos assistivos	
Quantos, quando, quem forneceu, tipo, tempo de uso, incompatibilidades anteriores, outras informações relacionadas:	Não.
Outras solicitações de recursos assistivos	
Há processo de concessão em andamento através do Sistema Único de Saúde - SUS, outras instituições ou por outros meios?	Sim
Especificar:	Está com processo em andamento para obtenção de prótese via sus pelo município de São João da Barra-RJ, deu entrada no pedido em 2020, sic.
Reabilitação física	

Campo	Valor
Fez fisioterapia e/ou terapia ocupacional para adaptação e uso da prótese ou outros recursos assistivos (duração, intercorrências): Especificar (Informar duração, intercorrência, etc)	Sim Fez fisioterapia durante um mês após alta hospitalar, em início de 2017.
Uso de prótese na atividade laboral: Necessidades específicas, dificuldades e outras informações relacionadas:	Refere que fica muito tempo deitado, que para fazer as coisas necessita do uso de ambas as mãos, que o uso das muletas lhe limita suas atividades.
História clínica Queixas atuais, hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo), lesões de órgãos alvos, em caso de ICC classificação de NYHA, tratamentos em curso, outras:	Nega etilismo, tabagismo, doenças cardiopulmonares, hipertensão arterial ou diabetes mellitus.
Condições de acessibilidade Na habitação, no trabalho, nos trajetos:	Reside em local com muita areia, que as muletas ficam afundando no chão e já quebrou e necessitou de trocar ou reparar várias muletas, sic.
Meio(s) de deslocamento(s) habitual(is):	A pé ou de carona, em moto ou carro. Desde o acidente não usa ônibus. Nunca tentou acessar e onde reside não dispõe de ônibus adaptado a pessoas com deficiência, sem o elevador para facilitar o acesso.
Descrição de barreiras arquitetônicas e outras, se houver:	Piso irregular, areia fofa. Reside em região praiana.
Atividades da Vida Diária (higiene, alimentação, vestuário, lazer, mobilidade, outras)	
Assinale:	Semi-independente
Descrição das dificuldades	Mora sozinho, mas não faz sua comida, não cuida da casa, sua irmã faz sua comida, arruma sua casa e lhe ajuda em geral.
Exame Físico	
Geral:	Lúcido e orientado. Bom estado geral. Eutrófico. Cuidados pessoais preservados. Discurso lógico e fluente.
Neurológico:	Sem alterações.
Cardiopulmonar:	PA: 130/90mmHg. Ausculta cardiopulmonar normal.
Locomotor:	Trofismo e força muscular preservada nos 4 membros. Mobilidade articular preservada globalmente. Coto de amputação transfemoral esquerda, terço distal, com leve postura em flexo, mas com mobilidade ativa e passiva de extensão preservada. Cicatriz cirúrgica distal sem aderências, sem pontos dolorosos, sem retracções, com bom coxim distal. Bom equilíbrio de pé, sem apoio, consegue saltitar. Marcha desenvolvida com uso de um par de muletas canadenses.
Outros (alterações cognitivas, visuais, auditivas, nutricionais, abdominais, digestivas, urinárias e outras):	Não há.
Nível de amputação - MMSS	Não se aplica
Nível de amputação - MMII	05. Amputação Transfemoral - 1/3 distal
Lateraldade da lesão:	Esquerdo.
Condições do coto (pele/fâneros, circulação, trofismo/força/tônus muscular, rigidez articular, sensibilidade, membro/dor fantasma, espículas, neuromas, úlceras, aderência, sinais flogísticos, outros):	Coto de amputação transfemoral esquerda, terço distal, com leve postura em flexo, mas com mobilidade ativa e passiva de extensão preservada. Cicatriz cirúrgica distal sem aderências, sem pontos dolorosos, sem retracções, com bom coxim distal.
Medição do coto:	38 cm
Membro contralateral	
Cicatrizes, desvios angulares e rotacionais, instabilidade e alterações degenerativas articulares, circulatórias, trofismo e força muscular, outros:	Não há alterações.
Membro(s) não acometido(s)	
Amplitude de movimento, alterações tróficas, força muscular, alterações degenerativas articulares, instabilidades ligamentares, outros:	Sem alterações.
Trauma Raqui Medular	
Nível, espasticidade, força muscular, controle de tronco, escaras, áreas de hiperpressão, outros:	Não se aplica.
Outros Aspectos	
Prótese/outro recurso assistivo atual (Tipo, modelo, estado de conservação, adequabilidade, outros):	Não possui
Expectativa em relação à nova prótese/recurso de Tecnologia Assistiva:	Conseguir andar sem a necessidade de utilizar muletas, tendo as mãos livres, em meio comunitário, andar na areia.
Deseja manter:	Não
Locomoção/ Marcha - Características (cadeira de rodas, andador, bengala, muleta axilar/canadense, prótese, caminha sem apoio, padrão da marcha, caminha com ou sem auxílio de terceiros, outros):	Marcha desenvolvida com uso de um par de muletas canadenses.
Níveis de capacidade funcional K-Level	03. K 3 - Tem capacidade para deambular com cadência variável e para transpor barreiras arquitetônicas. Típico de um amputado que se desloca na comunidade e poderá ter atividade física, profissional ou terapêutica que exija a utilização da prótese além da simples locomoção.
Exames de imagem	
Descrever os achados radiográficos e outros, se houver:	não traz.
Caso sejam feitos registros tais como fotografias, vídeos e outros tipos de imagens, o perito médico deve, obrigatoriamente, preencher o formulário editável do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Uso de Imagens Relacionadas ao Processo de Concessão de OPM, disponível em <a 153="" 28="" 962="" 973"="" data-label="Page-Footer" href="http://www-prbi/na aba formulários, que deverá ser anexado ao processo eletrônico do PMF Tarefas em formato PDF, com as devidas assinaturas.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Conclusão</td> <td>Sim</td> </tr> <tr> <td>Concluída a avaliação, indica-se a prescrição de Órtese, Prótese Ortopédica não</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> </div> <div data-bbox=">Emitido em: 10/11/2023 15:14	

Campo	Valor
Implantável, Meios Auxiliares de Locomoção e Acessórios?	
Considerações médico periciais:	Segurado jovem, saudável, com amputação transfemoral esquerda de causa traumática, coto de bom aspecto, com bom braço de alavanca. Marcha independente com muletas canadenses. Elegível para protetização ortopédica.
Encaminhamentos para o INSS:	Prescrito prótese ortopédica.
Tipo de recurso material prescrito:	Prótese ortopédica não implantável de MMSS/MMII
Especificação detalhada do dispositivo de OPM prescrito, conforme parâmetros descritivos constantes em manual técnico:	Prótese ortopédica para amputação transfemoral esquerda, endoesquelética (modular). Componentes em titânio. Encaixe de contato total, laminado em resina acrílica com reforço em fibras de carbono e fibras de vidro trançadas. Duas unidades de liner em silicone com anéis de vedação. Válvula com expulsão de ar automática, de manuseio e colocação rápida. Encaixe de prova em termoplástico transparente. Joelho hidráulico monocêntrico, que possibilite descer degraus com passos alternados para nível de atividade 3. Pé de resposta dinâmica em fibra de carbono para nível de atividade 3, com lâmina bipartida do pé, que permita uso em piso irregular, com capa cosmética. Um par de calçados.

Interessado(s)

CPF	Nome Completo	Data Nascimento	Nome Completo da Mãe
██████████	FILIPE DO ESPIRITO SANTO DOS SANTOS	08/05/1993	LUCIANA DO ESPIRITO SANTO

Procurador(es) / Representante(s) Legal(is)

A tarefa não possui procurador(es) / representante(s) legal(is).

CID Principal

S781 - Amputação traumática localizada entre o joelho e o quadril

Anexos

A tarefa não possui anexos.



Dados Básicos

Serviço Formulário - Perícia Médica Inicial de Reabilitação Profissional para Fins de Concessão de OPM	Status Concluída	Prioridade Normal
Unidade 01400 - SUBSECRETARIA DE PERÍCIA MÉDICA FEDERAL	Data de entrada do requerimento 09/08/2021 15:35	Canal de atendimento Aplicações Parceiras

Endereço para atendimento:

A tarefa não possui endereço para atendimento externo.

Campos adicionais:

Campo	Valor
ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM (a cargo do INSS)	
Origem do encaminhamento:	Perícia Médica
O requerente é segurado do INSS?	Sim
Situação Funcional/Forma de Filiação:	Empregado
Empresa:	TREMBAO GRILL LTDA
Está em gozo de Benefício por Incapacidade/Auxílio-Accidente?	Não
Grau de instrução/escolaridade:	Ensino médio incompleto
Atividades profissionais em exercício (função, atividades, aspectos ergonômicos):	CHURRASQUEIRO
CNH:	Sim
Informar a categoria, as restrições e a validade/última renovação:	TIPO B 30/01/2023
Cursos e capacitações profissionais realizados anteriores ao PRP:	NÔ
Experiências profissionais anteriores ao PRP:	AJUDANTE E FISCAL DE OBRA
Já foi reabilitado anteriormente com certificado de conclusão do PRP? Caso afirmativo, informe Data de desligamento do PRP, Função/atividade para a qual foi reabilitado e Restrições Laborais:	NÃO
Situação do requerente:	Em Programa de Reabilitação Profissional
Para segurado em PRP, descreva a evolução. Informe sobre readaptação na empresa de vínculo, cursos/treinamentos profissionais, função proposta e outros dados pertinentes:	CONCLUIR ENSINO MÉDIO
Para segurado em PRP, transcreva as Restrições Laborais definidas pela PMF:	segurado não poderá exercer atividades que necessitam de deambulação prolongada, subir e descer escadas repetitivamente, agachamento ou ajoelhamento, rapidez e agilidade de locomoção
Registre e justifique o prognóstico de cumprimento do programa de reabilitação profissional (Favorável/Desfavorável):	FAVORAVEL
Contexto Socioeconômico	
Informações referentes a: acessibilidade à residência e na comunidade, acesso a transporte público, acesso a reabilitação física e outras informações pertinentes.	CASA SEM ACESSIBILIDADE E RUA INGRIME
Outras informações:	Segurado relativamente jovem, 11 anos de contribuição previdenciária, baixa escolaridade, demonstra interesse em retornar aos estudos para melhoria de escolaridade Considerando a amputação no MID e sua atividade laborativa de churrasqueiro, o que exige que permaneça longos períodos na posição Ortostática, o que foi contraindicado pela perícia médica. Levando em contas todos os fatores citado acima, sob o ponto de vista socioprofissional, segurado reúne condições favoráveis a sua manutenção no programa de reabilitação profissional, desde que seja protetizado e realize melhoria de escolaridade Sendo assim, agendarei posteriormente avaliação pericial para definir a possibilidade da protetização pelo INSS, considerando a morosidade do SUS. Solicito também se for caso de protetização, saber se o segurado poderá iniciar uma das etapas da reabilitação (melhoria de escolaridade), conforme preconiza o Manual de Reabilitação Profissional
AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM	
Anamnese	
Altura:	180
Peso:	100
Dominância:	destro
Características da lesão/amputação:	
Etiologia:	Secundária a doença
Secundária a doença:	Neoplasia
Membro(s) acometido(s):	Amputação transfemoral direita
Data da amputação/lesão/diagnóstico:	09/12/2020

Campo	Valor
Tempo de evolução:	Lipossarcoma mixoide de coxa direita; realizou radioterapia antes da amputação. No momento, em acompanhamento trimestral.
Queixas relatadas:	Relata dificuldade com uso da muletas, apresenta dor em ombros e em joelho esquerdo.
Histórico de protetização, ortetização e uso de outros recursos assistivos	Nunca fez uso de prótese.
Quantos, quando, quem forneceu, tipo, tempo de uso, incompatibilidades anteriores, outras informações relacionadas:	
Outras solicitações de recursos assistivos	
Há processo de concessão em andamento através do Sistema Único de Saúde - SUS, outras instituições ou por outros meios?	Não
Reabilitação física	
Fez fisioterapia e/ou terapia ocupacional para adaptação e uso da prótese ou outros recursos assistivos (duração, intercorrências):	Não
Uso de prótese na atividade laboral:	
Necessidades específicas, dificuldades e outras informações relacionadas:	Necessita de auxílio de terceiros para algumas tarefas domésticas
História clínica	
Queixas atuais, hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo), lesões de órgãos alvos, em caso de ICC classificação de NYHA, tratamentos em curso, outras:	Nega outras doenças.
Condições de acessibilidade	
Na habitação, no trabalho, nos trajetos:	Reside em Nova Iguaçu, em terreno acidentado, passa por ladeira no trajeto até a casa. Mora em casa com escadas.
Meio(s) de deslocamento(s) habitual(is):	Faz uso de carro de passeio; informa não conseguir utilizar transporte público.
Descrição de barreiras arquitetônicas e outras, se houver:	Terreno acidentado no local em que reside, casa sem adaptações.
Atividades da Vida Diária (higiene, alimentação, vestuário, lazer, mobilidade, outras)	
Assinale:	Semi-independente
Descrição das dificuldades	Necessita de cadeira para tomar banho, precisa de terceiros para servir a alimentação.
Exame Físico	
Geral:	Bom estado geral, lúcido, bom estado nutricional.
Neurológico:	sem alterações
Cardiopulmonar:	sem alterações
Locomotor:	Não apresenta limitações nos demais membros
Outros (alterações cognitivas, visuais, auditivas, nutricionais, abdominais, digestivas, urinárias e outras):	sem alterações
Nível de amputação - MMSS	Não se aplica
Nível de amputação - MMII	04. Amputação Transfemoral - 1/3 médio
Lateraldade da lesão:	Direita
Condições do coto (pele/fâneros, circulação, trofismo/força/tônus muscular, rigidez articular, sensibilidade, membro/dor fantasma, espículas, neuromas, úlceras, aderência, sinos flogísticos, outros):	Coto trófico, sem hipotrofia, força mantida, cicatriz bem constituída, com pequena retração cutânea na porção média.
Medição do coto:	35cm
Membro contralateral	
Cicatrizes, desvios angulares e rotacionais, instabilidade e alterações degenerativas articulares, circulatórias, trofismo e força muscular, outros:	sem alterações
Membro(s) não acometido(s)	
Amplitude de movimento, alterações tróficas, força muscular, alterações degenerativas articulares, instabilidades ligamentares, outros:	sem alterações
Trauma Raqui Medular	
Nível, espasticidade, força muscular, controle de tronco, escaras, áreas de hiperpressão, outros:	não se aplica
Outros Aspectos	
Prótese/outro recurso assistivo atual (Tipo, modelo, estado de conservação, adequabilidade, outros):	não possui
Expectativa em relação à nova prótese/recurso de Tecnologia Assistiva:	Deseja retornar ao trabalho e retomar sua independência.
Deseja manter:	Não
Locomoção/ Marcha - Características (cadeira de rodas, andador, bengala, muleta axilar/canadense, prótese, caminha sem apoio, padrão da marcha, caminha com ou sem auxílio de terceiros, outros):	Uso de duas muletas canadenses, anda lentamente.
Níveis de capacidade funcional K-Level	02. K 2 - Tem capacidade ou potencial para deambular com um baixo nível de capacidade para atravessar barreiras arquitetônicas, tais como guias de calçadas, escadas, ou superfícies irregulares. Típico de um amputado que se desloca de forma limitada na comunidade.
Exames de imagem	
Descrever os achados radiográficos e outros, se houver:	não apresentou
Caso sejam feitos registros tais como fotografias, vídeos e outros tipos de imagens, o perito médico deve, obrigatoriamente, preencher o formulário editável do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Uso de Imagens Relacionadas ao Processo de Concessão de OPM, disponível em <a 154="" 29="" 962="" 973"="" data-label="Page-Footer" href="http://www-prbi/na aba formulários, que deverá ser anexado ao processo eletrônico do PMF Tarefas em formato PDF, com as devidas assinaturas.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Conclusão</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Concluída a avaliação, indica-se a prescrição de Ótese, Prótese Ortopédica não Implantável, Meios Auxiliares de Locomoção e Acessórios?</td> <td>Sim</td> </tr> <tr> <td>Considerações médico periciais:</td> <td>Segurado jovem, histórico laborativo como churrasqueiro, amputado por</td> </tr> </tbody> </table> </div> <div data-bbox=">Emitido em: 10/11/2023 15:22	

Campo	Valor
Encaminhamentos para o INSS:	conta de doença neoplásica de membro inferior direito, possui motivação e bom prognóstico para retorno ao mercado de trabalho, após protetização.
Tipo de recurso material prescrito:	Realizada prescrição de prótese de MID.
Especificação detalhada do dispositivo de OPM prescrito, conforme parâmetros descritivos constantes em manual técnico:	Prótese ortopédica não implantável de MMSS/MMII TF06-Prótese ortopédica para amputação transfemoral endoesquelética (modular). Componentes em aço, alumínio ou titânio. Encaixe de contenção/apoio isquiático, quadrilátero ou de contato total, laminado em resina acrílica com reforço em fibras de carbono e fibras de vidro trançadas. Duas unidades de liner em silicone, com tirante e pontos de fixação que evitem a rotação do encaixe, de manuseio e colocação rápida. Encaixe de prova em termoplástico transparente. Joelho policêntrico hidráulico com amortecedor da fase de apoio para nível de atividade 2/3. Pé de resposta dinâmica em fibra de carbono para nível de atividade 2/3, com capa cosmética. Um par de calçados.

Interessado(s)

CPF	Nome Completo	Data Nascimento	Nome Completo da Mãe
[REDACTED]	WALLACE CORDEIRO DA SILVA	19/05/1981	NEUZALINA LIMA CORDEIRO DA SILVA

Procurador(es) / Representante(s) Legal(is)

A tarefa não possui procurador(es) / representante(s) legal(is).

CID Principal

S781 - Amputação traumática localizada entre o joelho e o quadril

Anexos

A tarefa não possui anexos.



Dados Básicos

Serviço Formulário - Perícia Médica Inicial de Reabilitação Profissional para Fins de Concessão de OPM	Status Concluída	Prioridade Normal
Unidade 01400 - SUBSECRETARIA DE PERÍCIA MÉDICA FEDERAL	Data de entrada do requerimento 01/09/2021 18:12	Canal de atendimento Aplicações Parceiras

Endereço para atendimento:

A tarefa não possui endereço para atendimento externo.

Campos adicionais:

Campo	Valor
ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM (a cargo do INSS)	
Origem do encaminhamento:	Perícia Médica
O requerente é segurado do INSS?	Sim
Situação Funcional/Forma de Filiação:	Empregado
Empresa:	BAZAR O AMIGAO DE NOVA IGUACU LTDA
Está em gozo de Benefício por Incapacidade/Auxílio-Accidente?	Sim
Espécie/Nº do Benefício:	31 6110205730
Grau de instrução/escolaridade:	Ensino médio completo
Atividades profissionais em exercício (função, atividades, aspectos ergonômicos):	estoquista
CNH:	Sim
Informar a categoria, as restrições e a validade/última renovação:	Validade 24/04/2022
Cursos e capacitações profissionais realizados anteriores ao PRP:	Não possui
Experiências profissionais anteriores ao PRP:	Auxiliar de Serviços Gerais
Já foi reabilitado anteriormente com certificado de conclusão do PRP? Caso afirmativo, informe Data de desligamento do PRP, Função/atividade para a qual foi reabilitado e Restrições Laborais:	Não
Situação do requerente:	Em Programa de Reabilitação Profissional
Para segurado em PRP, descreva a evolução. Informe sobre readaptação na empresa de vínculo, cursos/treinamentos profissionais, função proposta e outros dados pertinentes:	Segurado com 32 anos, estoquista vinculado Foi encaminhado para a RP pela PMF para protetização e avaliado pela Equipe de RP como tendo prognóstico favorável caso seja fornecido o recurso Segurado ainda em processo de avaliação socioprofissional Possui prótese disponibilizada pelo Sul Fluminense em Niterói, porém está mal adaptada O segurado utiliza muleta canadense para locomoção
Para segurado em PRP, transcreva as Restrições Laborais definidas pela PMF:	Não encontrei as restrições nos laudos do SABI
Registre e justifique o prognóstico de cumprimento do programa de reabilitação profissional (Favorável/Desfavorável):	Favorável
Contexto Socioeconômico	
Informações referentes a: acessibilidade à residência e na comunidade, acesso a transporte público, acesso a reabilitação física e outras informações pertinentes.	Não há restrições
Outras informações:	Favorável desde que seja protetizado
AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM	
Anamnese	
Altura:	180
Peso:	92
Dominância:	destro
Características da lesão/amputação:	
Etiologia:	Traumática
Traumática por:	Acidente de motocicleta
Membro(s) acometido(s):	membro inferior esquerdo
Data da amputação/lesão/diagnóstico:	12/06/2015
Tempo de evolução:	6 anos
Queixas relatadas:	Refere parestesias esporádicas no coto. Sem outras queixas.
Histórico de protetização, ortetização e uso de outros recursos assistivos	
Quantos, quando, quem forneceu, tipo, tempo de uso, incompatibilidades anteriores, outras informações relacionadas:	Recebeu prótese do SUS, joelho não dava estabilidade e o pé "era duro".
Outras solicitações de recursos assistivos	
Há processo de concessão em andamento através do Sistema Único de Saúde - SUS, outras instituições ou por outros meios?	Não

Campo	Valor
Reabilitação física	
Fez fisioterapia e/ou terapia ocupacional para adaptação e uso da prótese ou outros recursos assistivos (duração, intercorrências):	Sim
Especificar (Informar duração, intercorrência, etc)	não se aplica
Uso de prótese na atividade laboral:	
Necessidades específicas, dificuldades e outras informações relacionadas:	Precisa de joelho com maior estabilidade, encaixe mais compatível e pé dinâmico.
História clínica	
Queixas atuais, hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo), lesões de órgãos alvos, em caso de ICC classificação de NYHA, tratamentos em curso, outras:	HAS sem tratamento -sic.
Condições de acessibilidade	
Na habitação, no trabalho, nos trajetos:	Terreno plano, irregularidades dentro de casa
Meio(s) de deslocamento(s) habitual(is):	transporte público
Descrição de barreiras arquitetônicas e outras, se houver:	sem barreiras
Atividades da Vida Diária (higiene, alimentação, vestuário, lazer, mobilidade, outras)	
Assinale:	Independente
Exame Físico	
Geral:	Bom estado geral
Neurológico:	sem alterações
Cardiopulmonar:	sem alterações
Locomotor:	faz uso de muletas canadenses para se locomover
Outros (alterações cognitivas, visuais, auditivas, nutricionais, abdominais, digestivas, urinárias e outras):	sem alterações
Nível de amputação - MMSS	Não se aplica
Nível de amputação - MMII	04. Amputação Transfemoral - 1/3 médio
Lateralidade da lesão:	esquerda
Condições do coto (pele/fâneros, circulação, trofismo/força/tônus muscular, rigidez articular, sensibilidade, membro/dor fantasma, espículas, neuromas, úlceras, aderência, sinais flogísticos, outros):	Coto trófico, cicatriz bem configurada, ausência de dor à compressão. Coxim satisfatório.
Medição do coto:	20 cm
Membro contralateral	
Cicatrizes, desvios angulares e rotacionais, instabilidade e alterações degenerativas articulares, circulatórias, trofismo e força muscular, outros:	sem alterações
Membro(s) não acometido(s)	
Amplitude de movimento, alterações tróficas, força muscular, alterações degenerativas articulares, instabilidades ligamentares, outros:	Amplitude preservada, força mantida, sem alterações.
Trauma Raqui Medular	
Nível, espasticidade, força muscular, controle de tronco, escaras, áreas de hiperpressão, outros:	não se aplica
Outros Aspectos	
Prótese/outro recurso assistivo atual (Tipo, modelo, estado de conservação, adequabilidade, outros):	Não houve adaptação ao modelo anterior devido ao pé e joelho sem estabilidade.
Expectativa em relação à nova prótese/recurso de Tecnologia Assistiva:	motivado
Deseja manter:	Sim
Deseja manter:	Sim
Locomoção/ Marcha - Características (cadeira de rodas, andador, bengala, muleta axilar/canadense, prótese, caminha sem apoio, padrão da marcha, caminha com ou sem auxílio de terceiros, outros):	faz uso de duas muletas canadenses para deambular
Níveis de capacidade funcional K-Level	02. K 2 - Tem capacidade ou potencial para deambular com um baixo nível de capacidade para atravessar barreiras arquitetônicas, tais como guias de calçadas, escadas, ou superfícies irregulares. Típico de um amputado que se desloca de forma limitada na comunidade.
Exames de imagem	
Descrever os achados radiográficos e outros, se houver:	nao apresentou
Caso sejam feitos registros tais como fotografias, vídeos e outros tipos de imagens, o perito médico deve, obrigatoriamente, preencher o formulário editável do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Uso de Imagens Relacionadas ao Processo de Concessão de OPM, disponível em <a 154="" 28="" 962="" 973"="" data-label="Page-Footer" href="http://www-prbi/na aba formulários, que deverá ser anexado ao processo eletrônico do PMF Tarefas em formato PDF, com as devidas assinaturas.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Conclusão</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Concluída a avaliação, indica-se a prescrição de Órtese, Prótese Ortopédica não Implantável, Meios Auxiliares de Locomoção e Acessórios?</td> <td>Sim</td> </tr> <tr> <td>Considerações médico periciais:</td> <td>Segurado jovem, ensino médio completo, sofreu amputação transfemoral em 2015. Recebeu prótese pelo SUS, sem adaptação. Há indicação de prescrição de prótese a ser concedida pelo INSS, com vistas ao retorno ao trabalho.</td> </tr> <tr> <td>Encaminhamentos para o INSS:</td> <td>Prescrita prótese de membro inferior esquerdo.</td> </tr> <tr> <td>Tipo de recurso material prescrito:</td> <td>Prótese ortopédica não implantável de MMSS/MMII</td> </tr> <tr> <td>Especificação detalhada do dispositivo de OPM prescrito, conforme parâmetros descritivos constantes em manual técnico:</td> <td>TF18-Prótese ortopédica para amputação transfemoral endoesquelética (modular). Componentes em aço, alumínio ou titânio. Encaixe de contenção/apoio isquiático, quadrilátero ou de contato total, laminado em resina acrílica com reforço em fibras de carbono e fibras de vidro trançadas. Duas unidades de liner em silicone com anéis de vedação. Válvula com expulsão de ar automática, de manuseio e colocação rápida.</td> </tr> </tbody> </table> </div> <div data-bbox=">Emitido em: 10/11/2023 15:28	

Campo	Valor
	Encaixe de prova em termoplástico transparente. Joelho policêntrico hidráulico com amortecedor da fase de apoio para nível de atividade 2/3. Pé de resposta dinâmica em fibra de carbono para nível de atividade 2/3, com capa cosmética. Um par de calçados.

Interessado(s)

CPF	Nome Completo	Data Nascimento	Nome Completo da Mãe
██████████	AILTON DA SILVA DOS SANTOS	08/10/1988	ELIZABETH DA SILVA BITTENCOURT

Procurador(es) / Representante(s) Legal(is)

A tarefa não possui procurador(es) / representante(s) legal(is).

CID Principal

S781 - Amputação traumática localizada entre o joelho e o quadril

Anexos

A tarefa não possui anexos.



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

ANEXO IV

FORMULÁRIO DE PRESCRIÇÃO DESTINADO À CONCESSÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES ORTOPÉDICAS NÃO IMPLANTÁVEIS DE MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES, MEIOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO E ACESSÓRIOS

DADOS DO REQUERENTE

Nome: Leandro Fernandes da Silva

NIT: 16466392040

Nº / Espécie do benefício: 31/6005897172

Endereço:

Telefone:

Nome/ código APS: Magé

RECURSO MATERIAL

Tipo:

(Órteses, Próteses Ortopédicas Não Implantáveis, Meios Auxiliares de Locomoção e Acessórios): Prótese para amputação transfemoral

Especificação:

(Especificar detalhadamente o recurso proposto, considerando sempre que possível o Anexo V. Nos casos de indicação por especialistas externos, anexar a prescrição a este formulário).

TF24-Prótese ortopédica para amputação transfemoral endoesquelética (modular).

Componentes em aço, alumínio ou titânio. Encaixe de contenção/ apoio isquiático, quadrilátero ou de contato total, laminado em resina acrílica com reforço em fibras de carbono e fibras de vidro trançadas. Duas unidades de liner de uretano. Válvula com expulsão de ar automática, de manuseio e colocação rápida. Encaixe de prova em termoplástico transparente. Joelho hidráulico monocêntrico, que possibilite descer degraus com passos alternados para nível de atividade 3. Pé de resposta dinâmica em fibra de carbono para nível de atividade 3, com capa cosmética. Um par de calçados.

Justificativa da prescrição:

(Fundamentação legal - art. 137, § 2º e art.139 do Decreto nº 3.048, de 1999).

Conceder prótese ao segurado, o que facilitará a mobilidade.

Duque de Caxias,
15/04/2019
Local, data

Silvana Corrêa Barbosa
Assessora Técnica Enfermeira Profissional
Nome, Matr. N.º: 1526228
Ribeirão Preto Médico Previdenciário



Dados Básicos

Serviço Formulário - Perícia Médica Inicial de Reabilitação Profissional para Fins de Concessão de OPM	Status Concluída	Prioridade Normal
Unidade 01400 - SUBSECRETARIA DE PERÍCIA MÉDICA FEDERAL	Data de entrada do requerimento 12/09/2022 13:00	Canal de atendimento Aplicações Parceiras

Endereço para atendimento:

A tarefa não possui endereço para atendimento externo.

Campos adicionais:

Campo	Valor
ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM (a cargo do INSS)	
Origem do encaminhamento:	Perícia Médica
O requerente é segurado do INSS?	Sim
Situação Funcional/Forma de Filiação:	Empregado
Empresa:	Shirley Alves de Souza Duarte
Está em gozo de Benefício por Incapacidade/Auxílio-Accidente?	Não
Grau de instrução/escolaridade:	Ensino superior completo
Atividades profissionais em exercício (função, atividades, aspectos ergonômicos):	Segurado realizava a atividade profissional de professor de educação física
CNH:	Sim
Informar a categoria, as restrições e a validade/última renovação:	Venceu em 03/07/2022, conforme consulta ao site do DetranRJ Sem informações sobre as restrições constantes na CNH
Cursos e capacitações profissionais realizados anteriores ao PRP:	Formação em Educação física e em Fisioterapia
Experiências profissionais anteriores ao PRP:	Atividade concentrada na mesma área
Já foi reabilitado anteriormente com certificado de conclusão do PRP? Caso afirmativo, informe Data de desligamento do PRP, Função/atividade para a qual foi reabilitado e Restrições Laborais:	Não
Situação do requerente:	Em Programa de Reabilitação Profissional
Para segurado em PRP, descreva a evolução. Informe sobre readaptação na empresa de vínculo, cursos/treinamentos profissionais, função proposta e outros dados pertinentes:	Aguarda a concessão de nova prótese para iniciar o Programa de Reabilitação Profissional Houve negativa de readaptação pelo empregador
Para segurado em PRP, transcreva as Restrições Laborais definidas pela PMF:	Correr, deambular por longos períodos, permanecer muito tempo em pé, subir/descer escadas com frequência e carregar peso acentuado, segundo registro em FAPL
Registre e justifique o prognóstico de cumprimento do programa de reabilitação profissional (Favorável/Desfavorável):	Favorável
Contexto Socioeconômico	
Informações referentes a: acessibilidade à residência e na comunidade, acesso a transporte público, acesso a reabilitação física e outras informações pertinentes.	Informações coletadas pela profissional de referência que acompanha o caso
Outras informações:	Considerando que há prescrição antiga, de 2017, com necessidade de reavaliação da prescrição de OPM, agendada nova perícia inicial de OPM para reanálise da prescrição. Conforme relato da profissional de referência que acompanha o caso: "Inicialmente teve acesso à prótese concedida pela ABBR, mas não se adaptou a mesma em razão da rigidez do encaixe Possui prótese adquirida na rede privada, mas esta apresenta desgaste acentuado no encaixe, não correspondendo à sua necessidade e comprometendo sua capacidade de deslocamento Em abril/15, a perícia médica especializada na área de ortopedia prescreve concessão de nova prótese, conforme registros no processo Desde então, aguarda por este recurso Cabe destacar que em ago/16, foi realizado processo de entrega de próteses aos reabilitandos que estavam na fila de espera do recurso, sendo o segurado em tela um desses, no entanto, quando do atendimento pela empresa prestadora do serviço, foi observado que a prótese prescrita em 2015 era incompatível com sua necessidade Nesta perspectiva, em reavaliação do caso, em dez/16, equipe de PM especializada na avaliação de processo para concessão de prótese, faz outra prescrição para o segurado"
AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM	
Anamnese	
Altura:	189
Peso:	102
Dominância:	destro
Características da lesão/amputação:	

Campo	Valor
Etiologia:	Traumática
Traumática por:	Acidente de motocicleta
Membro(s) acometido(s):	membro inferior direito
Data da amputação/lesão/diagnóstico:	01/04/2012
Tempo de evolução:	10 anos
Queixas relatadas:	eventualmente sente dor do membro fantasma
Histórico de protetização, ortetização e uso de outros recursos assistivos	
Quantos, quando, quem forneceu, tipo, tempo de uso, incompatibilidades anteriores, outras informações relacionadas:	Teve uma prótese fornecida pela ABBR porém não se adaptou pois o encaixe era muito rígido e pé era reto.
Outras solicitações de recursos assistivos	
Há processo de concessão em andamento através do Sistema Único de Saúde - SUS, outras instituições ou por outros meios?	Não
Reabilitação física	
Fez fisioterapia e/ou terapia ocupacional para adaptação e uso da prótese ou outros recursos assistivos (duração, intercorrências):	Não
Uso de prótese na atividade laboral:	
Necessidades específicas, dificuldades e outras informações relacionadas:	No momento afastado necessita protese para retorno ao trabalho - professor de educação física empregado.
História clínica	
Queixas atuais, hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo), lesões de órgãos alvos, em caso de ICC classificação de NYHA, tratamentos em curso, outras:	Nega tabagismo ou etilismo. Sente dor em joelho contralateral devido a lesão patelar.
Condições de acessibilidade	
Na habitação, no trabalho, nos trajetos:	Mora em casa de alvenaria, terreo. Precisou adaptar quarto
Meio(s) de deslocamento(s) habitual(is):	Usa transporte publico e carro adaptado
Descrição de barreiras arquitetônicas e outras, se houver:	rua plana o que permite deambular com muletas
Atividades da Vida Diária (higiene, alimentação, vestuário, lazer, mobilidade, outras)	
Assinale:	Independente
Exame Físico	
Geral:	Lucido e orientado, cooperativo, deambula com auxílio de muletas, bem adaptado.
Neurológico:	sem alterações
Cardiopulmonar:	sem alterações
Locomotor:	amputação transfemoral direita, deambula com auxílio de muletas, bem adaptado.
Outros (alterações cognitivas, visuais, auditivas, nutricionais, abdominais, digestivas, urinárias e outras):	sem alterações
Nível de amputação - MMSS	Não se aplica
Nível de amputação - MMII	04. Amputação Transfemoral - 1/3 médio
Lateraldade da lesão:	direita
Condições do coto (pele/fâneros, circulação, trofismo/força/tônus muscular, rigidez articular, sensibilidade, membro/dor fantasma, espículas, neuromas, úlceras, aderência, sinais flogísticos, outros):	coto trófico com boa tonicidade, sem espícula óssea a palpação, pele sem alterações, sem dor no momento, embora eventualmente tenha episódios de dor do membro fantasma
Medição do coto:	18cm
Membro contralateral	
Cicatrizes, desvios angulares e rotacionais, instabilidade e alterações degenerativas articulares, circulatórias, trofismo e força muscular, outros:	joelho esquerdo com instabilidade devido lesão patelar anterior a amputação.
Membro(s) não acometido(s)	
Amplitude de movimento, alterações tróficas, força muscular, alterações degenerativas articulares, instabilidades ligamentares, outros:	joelho esquerdo com instabilidade devido lesão patelar anterior a amputação.
Trauma Raqui Medular	
Nível, espasticidade, força muscular, controle de tronco, escaras, áreas de hiperpressão, outros:	não se aplica
Outros Aspectos	
Prótese/outra recurso assistivo atual (Tipo, modelo, estado de conservação, adequabilidade, outros):	não compareceu com prótese, não é possível avaliar
Expectativa em relação à nova prótese/recurso de Tecnologia Assistiva:	motivado para receber a prótese e retornar ao trabalho
Deseja manter:	Sim
Deseja manter:	Sim
Locomoção/ Marcha - Características (cadeira de rodas, andador, bengala, muleta axilar/canadense, prótese, caminha sem apoio, padrão da marcha, caminha com ou sem auxílio de terceiros, outros):	deambula com auxílio de muletas, bem adaptado.
Níveis de capacidade funcional K-Level	03. K 3 - Tem capacidade para deambular com cadência variável e para transpor barreiras arquitetônicas. Típico de um amputado que se desloca na comunidade e poderá ter atividade física, profissional ou terapêutica que exija a utilização da prótese além da simples locomoção.
Exames de imagem	
Descrever os achados radiográficos e outros, se houver:	não apresentou exames complementares
Caso sejam feitos registros tais como fotografias, vídeos e outros tipos de imagens, o perito médico deve, obrigatoriamente, preencher o formulário editável do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Uso de Imagens Relacionadas ao Processo de Concessão de OPM, disponível em <a 153="" 28="" 961="" 972"="" data-label="Page-Footer" href="http://www-prbi/na aba formulários, que deverá ser anexado ao processo eletrônico do PMF Tarefas em formato PDF, com as devidas assinaturas.</td> </tr> </tbody> </table> </div> <div data-bbox=">Emitido em: 10/11/2023 15:51	

Campo	Valor
Conclusão	
Concluída a avaliação, indica-se a prescrição de Órtese, Prótese Ortopédica não Implantável, Meios Auxiliares de Locomoção e Acessórios?	Sim
Considerações médico periciais:	Segurado ativo, professor de educação física, atleta de vôlei sentado, motivado para aquisição de prótese e retorno ao trabalho.
Encaminhamentos para o INSS:	concessão prótese
Tipo de recurso material prescrito:	Prótese ortopédica não implantável de MMSS/MMII
Especificação detalhada do dispositivo de OPM prescrito, conforme parâmetros descritivos constantes em manual técnico:	TF30-Prótese ortopédica para amputação transfemoral endoesquelética (modular). Componentes em aço, alumínio ou titânio. Encaixe de apoio/contenção isquiático, quadrílatero ou apoio total, em material termoplástico flexível, laminado em resina acrílica rígida, reforçada com fibras de carbono e fibras de vidro trançadas, com abertura de janelas se necessário. Válvula com expulsão de ar automática, de manuseio e colocação rápida. Encaixe de prova em termoplástico transparente. Acessório para colocação da prótese. Joelho policêntrico hidráulico com amortecedor da fase de apoio para nível de atividade 2/3. Pé de resposta dinâmica em fibra de carbono para nível de atividade 2/3, com capa cosmética. Um par de calçados.

Interessado(s)

CPF	Nome Completo	Data Nascimento	Nome Completo da Mãe
[REDACTED]	RENAN DA SILVA NOGUEIRA	03/09/1986	MARIA CRISTINA DA SILVA NOGUEIRA

Procurador(es) / Representante(s) Legal(is)

A tarefa não possui procurador(es) / representante(s) legal(is).

CID Principal

S781 - Amputação traumática localizada entre o joelho e o quadril

Anexos

A tarefa não possui anexos.



Dados Básicos

Serviço Formulário - Perícia Médica Inicial de Reabilitação Profissional para Fins de Concessão de OPM	Status Concluída	Prioridade Normal
Unidade 01400 - SUBSECRETARIA DE PERÍCIA MÉDICA FEDERAL	Data de entrada do requerimento 12/09/2022 13:17	Canal de atendimento Aplicações Parceiras

Endereço para atendimento:

A tarefa não possui endereço para atendimento externo.

Campos adicionais:

Campo	Valor
ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM (a cargo do INSS)	
Origem do encaminhamento:	Perícia Médica
O requerente é segurado do INSS?	Sim
Situação Funcional/Forma de Filiação:	Empregado
Empresa:	Alfaseg Vigilância e Segurança Ltda
Está em gozo de Benefício por Incapacidade/Auxílio-Accidente?	Não
Grau de instrução/escolaridade:	Ensino médio completo
Atividades profissionais em exercício (função, atividades, aspectos ergonômicos):	Atividades eminentemente braçais Segurado vinculado na função de Vigilante (Supervisor de Posto)
CNH:	Não
Cursos e capacitações profissionais realizados anteriores ao PRP:	Não possui
Experiências profissionais anteriores ao PRP:	Experiências prévias em atividades de trabalho braçal
Já foi reabilitado anteriormente com certificado de conclusão do PRP? Caso afirmativo, informe Data de desligamento do PRP, função/atividade para a qual foi reabilitado e Restrições Laborais:	Não
Situação do requerente:	Em Programa de Reabilitação Profissional
Para segurado em PRP, descreva a evolução. Informe sobre readaptação na empresa de vínculo, cursos/treinamentos profissionais, função proposta e outros dados pertinentes:	Foi orientado pela profissional de referência a realizar pesquisa de interesse em curso profissionalizante, optando pelo curso técnico em Administração Entretanto, consta no relato que o processo de Reabilitação Profissional está condicionado à protetização do segurado primeiro
Para segurado em PRP, transcreva as Restrições Laborais definidas pela PMF:	correr, subir/descer escadas e planos inclinados, erguer e carregar peso excessivo, permanecer de pé por longo período e deambular longas distâncias, conforme interpretação de FAPL
Registre e justifique o prognóstico de cumprimento do programa de reabilitação profissional (Favorável/Desfavorável):	Favorável
Contexto Socioeconômico	
Informações referentes a: acessibilidade à residência e na comunidade, acesso a transporte público, acesso a reabilitação física e outras informações pertinentes.	Informações coletadas pela profissional de referência que acompanha o caso
Outras informações:	Considerando que há prescrição antiga, de 2017, com necessidade de reavaliação da prescrição de OPM, agendada nova perícia inicial de OPM para reanálise da prescrição. Conforme relato da profissional de referência que acompanha o caso: "Faz uso de muleta canadense para auxiliar à locomoção com a prótese concedida pelo SUS. No entanto, refere dificuldade de adaptação pois a mesma não corresponde às suas necessidades, dificultando equilíbrio necessário à deambulação, visto que, o peso da prótese, mesmo com o auxílio da muleta não lhe garante mobilidade satisfatória e interfere na sua qualidade de vida. Considerando as alegações supracitadas, o segurado foi encaminhado à Perícia Médica especializada na área de ortopedia, que concluiu pela prescrição de nova prótese. Em dez/16, a perícia médica prescreve concessão de nova prótese, conforme registros no processo. Desde então, aguarda por este recurso"
AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM	
Anamnese	
Altura:	1,73
Peso:	70
Dominância:	destro
Características da lesão/amputação:	
Etiologia:	Traumática
Traumática por:	Acidente de motocicleta
Membro(s) acometido(s):	coxa esquerda

Campo	Valor
Data da amputação/lesão/diagnóstico:	13/05/2012
Tempo de evolução:	10 anos
Queixas relatadas:	não se adaptou a prótese fornecida pelo SUS devido a dor na coluna.
Histórico de protetização, ortetização e uso de outros recursos assistivos	
Quantos, quando, quem forneceu, tipo, tempo de uso, incompatibilidades anteriores, outras informações relacionadas:	fornecida pelo SUS em 2013.
Outras solicitações de recursos assistivos	
Há processo de concessão em andamento através do Sistema Único de Saúde - SUS, outras instituições ou por outros meios?	Não
Reabilitação física	
Fez fisioterapia e/ou terapia ocupacional para adaptação e uso da prótese ou outros recursos assistivos (duração, intercorrências):	Não
Uso de prótese na atividade laboral:	
Necessidades específicas, dificuldades e outras informações relacionadas:	não se aplica.
História clínica	
Queixas atuais, hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo), lesões de órgãos alvos, em caso de ICC classificação de NYHA, tratamentos em curso, outras:	sem queixas, nega tabagismo ou etilismo, nega co-morbidades.
Condições de acessibilidade	
Na habitação, no trabalho, nos trajetos:	casa sem adaptação
Meio(s) de deslocamento(s) habitual(is):	usa transporte público
Descrição de barreiras arquitetônicas e outras, se houver:	rua plana, consegue se deslocar com muletas.
Atividades da Vida Diária (higiene, alimentação, vestuário, lazer, mobilidade, outras)	
Assinale:	Independente
Exame Físico	
Geral:	Lucido e orientado, cooperativo, motivado, corado, hidratado, deambula com auxílio de muletas de forma bem adaptada.
Neurológico:	sem alterações
Cardiopulmonar:	sem alterações
Locomotor:	deambula com auxílio de muletas de forma bem adaptada.
Outros (alterações cognitivas, visuais, auditivas, nutricionais, abdominais, digestivas, urinárias e outras):	sem alterações.
Nível de amputação - MMSS	Não se aplica
Nível de amputação - MMII	04. Amputação Transfemoral - 1/3 médio
Lateralidade da lesão:	esquerda
Condições do coto (pele/fâneros, circulação, trofismo/força/tônus muscular, rigidez articular, sensibilidade, membro/dor fantasma, espículas, neuromas, úlceras, aderência, sinais flogísticos, outros):	coto flácido, hipotônico e hipotrófico, não palpei espícula óssea, sem lesões cutâneas
Medição do coto:	15 cm
Membro contralateral	
Cicatrizes, desvios angulares e rotacionais, instabilidade e alterações degenerativas articulares, circulatórias, trofismo e força muscular, outros:	sem alterações
Membro(s) não acometido(s)	
Amplitude de movimento, alterações tróficas, força muscular, alterações degenerativas articulares, instabilidades ligamentares, outros:	sem alterações
Trauma Raqui Medular	
Nível, espasticidade, força muscular, controle de tronco, escaras, áreas de hiperpressão, outros:	não se aplica
Outros Aspectos	
Prótese/outro recurso assistivo atual (Tipo, modelo, estado de conservação, adequabilidade, outros):	deambula com auxílio de muletas de forma bem adaptada.
Expectativa em relação à nova prótese/recurso de Tecnologia Assistiva:	Não compareceu com a prótese fornecida pelo SUS.
Deseja manter:	motivado.
Deseja manter:	Sim
Locomoção/ Marcha - Características (cadeira de rodas, andador, bengala, muleta axilar/canadense, prótese, caminha sem apoio, padrão da marcha, caminha com ou sem auxílio de terceiros, outros):	Sim
Níveis de capacidade funcional K-Level	deambula com auxílio de muletas de forma bem adaptada.
Exames de imagem	
Descrever os achados radiográficos e outros, se houver:	não apresentou exames complementares.
Caso sejam feitos registros tais como fotografias, vídeos e outros tipos de imagens, o perito médico deve, obrigatoriamente, preencher o formulário editável do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Uso de Imagens Relacionadas ao Processo de Concessão de OPM, disponível em <a 2"="" href="http://www-prbi/na-aba-formulários, que deverá ser anexado ao processo eletrônico do PMF Tarefas em formato PDF, com as devidas assinaturas.</td> </tr> <tr> <td colspan=">Conclusão	
Concluída a avaliação, indica-se a prescrição de Órtese, Prótese Ortopédica não Implantável, Meios Auxiliares de Locomoção e Acessórios?	Sim
Considerações médico periciais:	Segurado jovem, ensino médio completo, empregado, com possibilidade de retorno laboral com a utilização de prótese.

Campo	Valor
Encaminhamentos para o INSS:	Segurado jovem, ensino médio completo, empregado, com possibilidade de retorno laboral com a utilização de prótese.
Tipo de recurso material prescrito:	Prótese ortopédica não implantável de MMSS/MMII
Especificação detalhada do dispositivo de OPM prescrito, conforme parâmetros descritivos constantes em manual técnico:	TF30-Prótese ortopédica para amputação transfemoral endoesquelética (modular). Componentes em aço, alumínio ou titânio. Encaixe de apoio/contenção isquiático, quadrilátero ou apoio total, em material termoplástico flexível, laminado em resina acrílica rígida, reforçada com fibras de carbono e fibras de vidro trançadas, com abertura de janelas se necessário. Válvula com expulsão de ar automática, de manuseio e colocação rápida. Encaixe de prova em termoplástico transparente. Acessório para colocação da prótese. Joelho policêntrico hidráulico com amortecedor da fase de apoio para nível de atividade 2/3. Pé de resposta dinâmica em fibra de carbono para nível de atividade 2/3, com capa cosmética. Um par de calçados.

Interessado(s)

CPF	Nome Completo	Data Nascimento	Nome Completo da Mãe
██████████	WALLACE DIAS	03/09/1982	LUCIENE DIAS

Procurador(es) / Representante(s) Legal(is)

A tarefa não possui procurador(es) / representante(s) legal(is).

CID Principal

S781 - Amputação traumática localizada entre o joelho e o quadril

Anexos

A tarefa não possui anexos.



Dados Básicos

Serviço Formulário - Perícia Médica Inicial de Reabilitação Profissional para Fins de Concessão de OPM	Status Concluída	Prioridade Normal
Unidade 01400 - SUBSECRETARIA DE PERÍCIA MÉDICA FEDERAL	Data de entrada do requerimento 19/09/2022 13:33	Canal de atendimento Aplicações Parceiras

Endereço para atendimento:

A tarefa não possui endereço para atendimento externo.

Campos adicionais:

Campo	Valor
ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM (a cargo do INSS)	
Origem do encaminhamento:	Perícia Médica
O requerente é segurado do INSS?	Sim
Situação Funcional/Forma de Filiação:	Empregado
Empresa:	TINTA 1000 IV COMERCIO DE TINTAS LTDA
Está em gozo de Benefício por Incapacidade/Auxílio-Accidente?	Sim
Espécie/Nº do Benefício:	91/ 6142587833
Grau de instrução/escolaridade:	Ensino médio completo
Atividades profissionais em exercício (função, atividades, aspectos ergonômicos):	Manutenção dos computadores da loja; • Manutenção da rede telefônica e rede de informática; • Manutenção das máquinas de tinta; • Prédio com 2 andares, escada caracol, trabalho demandava subir e descer frequente de escadas
CNH:	Sim
Informar a categoria, as restrições e a validade/última renovação:	Cat: B; Rest: G e a Validade: 19/07/2032
Cursos e capacitações profissionais realizados anteriores ao PRP:	sem informação
Experiências profissionais anteriores ao PRP:	BALCONISTA; GERENTE DE INFORMÁTICA
Já foi reabilitado anteriormente com certificado de conclusão do PRP? Caso afirmativo, informe Data de desligamento do PRP, Função/atividade para a qual foi reabilitado e Restrições Laborais:	Não
Situação do requerente:	Em Programa de Reabilitação Profissional
Para segurado em PRP, descreva a evolução. Informe sobre readaptação na empresa de vínculo, cursos/treinamentos profissionais, função proposta e outros dados pertinentes:	Segurado; 38 anos; vinculado; ensino médio; conhecimento de informática; aguarda protetização para retorno a função de origem as suas restrições
Para segurado em PRP, transcreva as Restrições Laborais definidas pela PMF:	Longa deambulações e uso de escadas
Registre e justifique o prognóstico de cumprimento do programa de reabilitação profissional (Favorável/Desfavorável):	Favorável
Contexto Socioeconômico	
Informações referentes a: acessibilidade à residência e na comunidade, acesso a transporte público, acesso a reabilitação física e outras informações pertinentes.	Dificuldades para o acesso a alguns comodos da casa que fica em um segundo andar; dificuldades ainda com acessibilidade na rua onde mora e em demais serviços
Outras informações:	Sem mais
AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM	
Anamnese	
Altura:	1,72m
Peso:	84 kg
Dominância:	destro
Características da lesão/amputação:	
Etiologia:	Traumática
Traumática por:	Acidente de motocicleta
Membro(s) acometido(s):	Membro inferior esquerdo
Data da amputação/lesão/diagnóstico:	13/04/2016
Tempo de evolução:	Sofreu acidente de moto em 13/4/2016, sendo atendido no hospital regional de Saquarema, onde foi submetido a amputação do pé esquerdo e uma semana depois a nova amputação mais alta em 20/4/2016 e terceira revisão do nível em 27/4/2016. Depois transferido para o hospital Santa Marta onde foi submetido a amputação no nível atual.
Queixas relatadas:	Informa muita sensação de dor fantasma. Submetido a colocação de neuroestimulador medular devido à dor há cerca de dois anos. Ainda assim persiste com dor.

Campo	Valor
Histórico de protetização, ortetização e uso de outros recursos assistivos	
Quantos, quando, quem forneceu, tipo, tempo de uso, incompatibilidades anteriores, outras informações relacionadas:	Nunca usou prótese. Deambula com duas muletas.
Outras solicitações de recursos assistivos	
Há processo de concessão em andamento através do Sistema Único de Saúde - SUS, outras instituições ou por outros meios?	Não
Reabilitação física	
Fez fisioterapia e/ou terapia ocupacional para adaptação e uso da prótese ou outros recursos assistivos (duração, intercorrências):	Sim
Especificar (Informar duração, intercorrência, etc)	Refere realizar fisioterapia até hoje para fortalecimento muscular do coto, RPG para coluna e tratamento para a dor fantasma.
Uso de prótese na atividade laboral:	
Necessidades específicas, dificuldades e outras informações relacionadas:	Informa necessidade de subir e descer escadas.
História clínica	
Queixas atuais, hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo), lesões de órgãos alvos, em caso de ICC classificação de NYHA, tratamentos em curso, outras:	Nega HAS, nega DM, não faz uso de nenhuma outra medicação a exceção de pregabalina ou clonazepam. Nega alergias. Ex etilista, nega tabagismo.
Condições de acessibilidade	
Na habitação, no trabalho, nos trajetos:	Mora em rua de terra batida. Precisa deambular 1 km para chegar ao ponto de ônibus. Ladeira para acesso ao trabalho. No trabalho possui escada em caracol. Em casa também possui escadas.
Meio(s) de deslocamento(s) habitual(is):	Deslocamento de ônibus ou carro.
Descrição de barreiras arquitetônicas e outras, se houver:	Mora em rua de terra batida. Precisa deambular 1 km para chegar ao ponto de ônibus. Ladeira para acesso ao trabalho. No trabalho possui escada em caracol. Em casa também possui escadas.
Atividades da Vida Diária (higiene, alimentação, vestuário, lazer, mobilidade, outras)	
Assinale:	Semi-independente
Descrição das dificuldades	Precisa de ajuda para preparar o alimento, carregar prato. Higiene pessoal autonoma.
Exame Físico	
Geral:	Lúcido e orientado.
Neurológico:	Responde sem dificuldade às solicitações verbais.
Cardiopulmonar:	Força grau 5 flexo extensão + abdução e adução do quadril esquerdo. Dor fantasma.
Locomotor:	Nada digno de nota.
Outros (alterações cognitivas, visuais, auditivas, nutricionais, abdominais, digestivas, urinárias e outras):	Marcha com duas muletas.
Nível de amputação - MMSS	Nada digno de nota.
Nível de amputação - MMII	Não se aplica
Lateralidade da lesão:	06. Desarticulação de Joelho
Condições do coto (pele/fâneros, circulação, trofismo/força/tônus muscular, rigidez articular, sensibilidade, membro/dor fantasma, espículas, neuromas, úlceras, aderência, sinais flogísticos, outros):	Desarticulação joelho esquerdo
Medição do coto:	Coto com bom aspecto, sem sinais de infecção e saída de secreção pela cicatriz cirúrgica. Hipotrofia coxa esquerda. Dor ao toque leve na face posterior do joelho esquerdo.
Membro contralateral	56 cm a partir da crista, 45 cm a partir do GT, 38 cm de diâmetro.
Cicatrizes, desvios angulares e rotacionais, instabilidade e alterações degenerativas articulares, circulatórias, trofismo e força muscular, outros:	Não se aplica
Membro(s) não acometido(s)	Força normal, arco de movimento normal quadril, joelho e tornozelo direitos. Sem desvios de eixo.
Amplitude de movimento, alterações tróficas, força muscular, alterações degenerativas articulares, instabilidades ligamentares, outros:	Força normal, arco de movimento normal quadril, joelho e tornozelo direitos. Sem desvios de eixo.
Trauma Raqui Medular	
Nível, espasticidade, força muscular, controle de tronco, escaras, áreas de hiperpressão, outros:	Não se aplica
Outros Aspectos	
Prótese/outro recurso assistivo atual (Tipo, modelo, estado de conservação, adequabilidade, outros):	Não possui prótese. Usa duas muletas.
Expectativa em relação à nova prótese/recurso de Tecnologia Assistiva:	Boa expectativa em relação à prótese. Motivado para protetizar e retornar ao trabalho.
Deseja manter:	Não
Locomoção/ Marcha - Características (cadeira de rodas, andador, bengala, muleta axilar/canadense, prótese, caminha sem apoio, padrão da marcha, caminha com ou sem auxílio de terceiros, outros):	Deambula com duas muletas.
Níveis de capacidade funcional K-Level	03. K 3 - Tem capacidade para deambular com cadência variável e para transportar barreiras arquitetônicas. Típico de um amputado que se desloca na comunidade e poderá ter atividade física, profissional ou terapêutica que exija a utilização da prótese além da simples locomoção.
Exames de imagem	
Descrever os achados radiográficos e outros, se houver:	Não apresenta.
Caso sejam feitos registros tais como fotografias, vídeos e outros tipos de imagens, o perito médico deve, obrigatoriamente, preencher o formulário editável do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Uso de Imagens Relacionadas ao Processo de Concessão de OPM, disponível em <a 153="" 29="" 961="" 972"="" data-label="Page-Footer" href="http://www-prbi/na aba formulários, que deverá ser anexado ao processo eletrônico do PMF Tarefas em formato PDF, com as devidas assinaturas.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Conclusão</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> </div> <div data-bbox=">Emitido em: 13/11/2023 14:31	

Campo	Valor
Concluída a avaliação, indica-se a prescrição de Órtese, Prótese Ortopédica não Implantável, Meios Auxiliares de Locomoção e Acessórios?	Sim
Considerações médico periciais:	Segurado de 40 anos, técnico de informatica empregado. Sofreu amputação há 6 anos que evoluiu para desarticulação do joelho esquerdo. Necessita protetização para retorno ao trabalho. Como é jovem, com boa escolaridade e com empresa de vínculo, com a protese já consegue retornar ao trabalho.
Encaminhamentos para o INSS:	Segurado de 40 anos, técnico de informatica empregado. Sofreu amputação há 6 anos que evoluiu para desarticulação do joelho esquerdo. Necessita protetização para retorno ao trabalho. Como é jovem, com boa escolaridade e com empresa de vínculo, com a protese já consegue retornar ao trabalho.
Tipo de recurso material prescrito:	Prótese ortopédica não implantável de MMSS/MMII
Especificação detalhada do dispositivo de OPM prescrito, conforme parâmetros descritivos constantes em manual técnico:	Prótese ortopédica endoesquelética (modular) para desarticulação de joelho. Componentes titâniio. Encaixe de descarga distal, laminado em resina acrílica rígida com reforço em fibra de carbono e fibra de vidro trançadas. Válvula com expulsão de ar automática, de manuseio e colocação rápida. Duas unidades de liner em silicone, com anel de vedação. Joelho policêntrico hidráulico com amortecedor da fase de apoio para nível de atividade 3. Pé de resposta dinâmica em fibra de carbono para nível de atividade 3, com capa cosmética. Um par de calçados.

Interessado(s)

CPF	Nome Completo	Data Nascimento	Nome Completo da Mãe
██████████	HELIO BERNARDINO DE MATTOS NETO	06/04/1982	SUEL MOURA DE MATTOS

Procurador(es) / Representante(s) Legal(is)

A tarefa não possui procurador(es) / representante(s) legal(is).

CID Principal

S88 - Amputação traumática da perna

Anexos

ID	Nome do Arquivo	Descrição do Arquivo	Tamanho	Enviado Por	Autenticado?
1110411	REQUERIMENTO OPM_HELIO BERNARDINO DE MATTOS NETO.pdf		124,38kB	089.409.647-80 - 19/09/2022 13:58	Não
1334207337	- Formulário - Perícia Médica Inicial de Reabilitação Profissional para Fins de Concessão de OPM				



Dados Básicos

Serviço Formulário - Perícia Médica Inicial de Reabilitação Profissional para Fins de Concessão de OPM	Status Concluída	Prioridade Normal
Unidade 01400 - SUBSECRETARIA DE PERÍCIA MÉDICA FEDERAL	Data de entrada do requerimento 13/09/2022 13:40	Canal de atendimento Aplicações Parceiras

Endereço para atendimento:

A tarefa não possui endereço para atendimento externo.

Campos adicionais:

Campo	Valor
ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM (a cargo do INSS)	
Origem do encaminhamento:	Perícia Médica
O requerente é segurado do INSS?	Sim
Está em gozo de Benefício por Incapacidade/Auxílio-Accidente?	Sim
Espécie/Nº do Benefício:	31 / 6072733755
Grau de instrução/escolaridade:	Ensino médio completo
Atividades profissionais em exercício (função, atividades, aspectos ergonômicos):	Vigia; Trabalha a maior parte do tempo de pé
CNH:	Sim
Informar a categoria, as restrições e a validade/última renovação:	Categoria: AB, Restrições: C, D, H, N, Q / Validade: 03/04/2024
Cursos e capacitações profissionais realizados anteriores ao PRP:	Inerente a função de vigilante
Experiências profissionais anteriores ao PRP:	Op de corte, encanador, ajudante, motorista e lustrador
Já foi reabilitado anteriormente com certificado de conclusão do PRP? Caso afirmativo, informe Data de desligamento do PRP, Função/atividade para a qual foi reabilitado e Restrições Laborais:	Não
Situação do requerente:	Em Programa de Reabilitação Profissional
Para segurado em PRP, descreva a evolução. Informe sobre readaptação na empresa de vínculo, cursos/treinamentos profissionais, função proposta e outros dados pertinentes:	Aguarda encaminhamento para prótese desde 2016
Para segurado em PRP, transcreva as Restrições Laborais definidas pela PMF:	atividades que envolvam longas caminhadas, subir e descer escadas, longo tempo de pé
Registre e justifique o prognóstico de cumprimento do programa de reabilitação profissional (Favorável/Desfavorável):	Favorável
Contexto Socioeconômico	
Informações referentes a: acessibilidade à residência e na comunidade, acesso a transporte público, acesso a reabilitação física e outras informações pertinentes.	Moradia e bairro sem grandes碍子 a sua condição; reside em local com difícil acesso a tais transportes
Outras informações:	Sem mais
AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM	
Anamnese	
Altura:	1,71m
Peso:	95 kg
Dominância:	destro
Características da lesão/amputação:	
Etiologia:	Traumática
Traumática por:	Acidente de motocicleta
Membro(s) acometido(s):	Membro inferior direito
Data da amputação/lesão/diagnóstico:	04/07/2014
Tempo de evolução:	Informa que sofreu acidente de moto com trauma na perna direita com amputação no terço médio da perna. Relata que permaneceu um período longo de tempo aguardando chegada dos bombeiros e que quando acordou no hospital havia sido submetido a amputação transfemural direita. Na época mora em Recife, mas após o acidente retornou para o Rio.
Queixas relatadas:	Queixa-se de fisgada e dor fantasma no coto de amputação transfemural.
Histórico de protetização, ortetização e uso de outros recursos assistivos	
Quantos, quando, quem forneceu, tipo, tempo de uso, incompatibilidades anteriores, outras informações relacionadas:	Nunca recebeu nenhuma prótese.
Outras solicitações de recursos assistivos	
Há processo de concessão em andamento através do Sistema Único de Saúde -	Não

Campo	Valor
SUS, outras instituições ou por outros meios?	
Reabilitação física	
Fez fisioterapia e/ou terapia ocupacional para adaptação e uso da prótese ou outros recursos assistivos (duração, intercorrências):	Não
Uso de prótese na atividade laboral:	
Necessidades específicas, dificuldades e outras informações relacionadas:	Necessita prótese para dar continuidade ao programa de reabilitação profissional. Aguarda definição de qual será a condução do programa.
História clínica	
Queixas atuais, hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo), lesões de órgãos alvos, em caso de ICC classificação de NYHA, tratamentos em curso, outras:	Nega HAS, nega DM, nega outras doenças, ex tabagista, etílico social, alergia a frutos do mar.
Condições de acessibilidade	
Na habitação, no trabalho, nos trajetos:	Mora em rua de paralelepípedos e com ruas de acesso de terra. Na residência tem alguns locais com acesso por degraus.
Meio(s) de deslocamento(s) habitual(is):	Habitualmente se desloca de ônibus e carona de carro com amigos.
Descrição de barreiras arquitetônicas e outras, se houver:	Mora em rua de paralelepípedos e com ruas de acesso de terra. Na residência tem alguns locais com acesso por degraus.
Atividades da Vida Diária (higiene, alimentação, vestuário, lazer, mobilidade, outras)	
Assinale:	Semi-independente
Descrição das dificuldades	Necessita de auxílio para fazer alimentação. Higiene pessoal autonoma. Informa dores nos ombros para deambular com as muletas.
Exame Físico	
Geral:	Lucido e orientado
Neurológico:	Responde sem dificuldades às solicitações
Cardiopulmonar:	Força grau 5 quadril direito para flexo extensão, abdução e adução. Demais grupamentos com força grau 5
Locomotor:	Nada digno de nota.
Outros (alterações cognitivas, visuais, auditivas, nutricionais, abdominais, digestivas, urinárias e outras):	Amputação transfemoral direita.
Nível de amputação - MMSS	Nada digno de nota
Nível de amputação - MMII	Não se aplica
Lateralidade da lesão:	04. Amputação Transfemoral - 1/3 médio direito
Condições do coto (pele/fâneros, circulação, trofismo/força/tônus muscular, rigidez articular, sensibilidade, membro/dor fantasma, espículas, neuromas, úlceras, aderência, sinais flogísticos, outros):	Coto com bom aspecto
Medição do coto:	Hipotrofia muscular
	Força grau 5 para todos os movimentos (flexão/extensão/abdução/adução do quadril)
	52cm diâmetro 43cm da crista ilíaca 35cm a partir da grande tuberosidade
Membro contralateral	
Cicatrizes, desvios angulares e rotacionais, instabilidade e alterações degenerativas articulares, circulatórias, trofismo e força muscular, outros:	Aumento de volume localizado próximo ao joelho esquerdo
Membro(s) não acometido(s)	
Amplitude de movimento, alterações tróficas, força muscular, alterações degenerativas articulares, instabilidades ligamentares, outros:	Sem alterações
Trauma Raqui Medular	
Nível, espasticidade, força muscular, controle de tronco, escaras, áreas de hiperpressão, outros:	Não se aplica
Outros Aspectos	
Prótese/outro recurso assistivo atual (Tipo, modelo, estado de conservação, adequabilidade, outros):	Usa um par de muletas
Expectativa em relação à nova prótese/recurso de Tecnologia Assistiva:	Não tem expectativa pela demora na concessão.
Deseja manter:	Não
Locomoção/ Marcha - Características (cadeira de rodas, andador, bengala, muleta axilar/canadense, prótese, caminha sem apoio, padrão da marcha, caminha com ou sem auxílio de terceiros, outros):	Marcha com um par de muletas.
Níveis de capacidade funcional K-Level	03. K 3 - Tem capacidade para deambular com cadência variável e para transpor barreiras arquitetônicas. Típico de um amputado que se desloca na comunidade e poderá ter atividade física, profissional ou terapêutica que exija a utilização da prótese além da simples locomoção.
Exames de imagem	
Descrever os achados radiográficos e outros, se houver:	Não apresenta exames de imagem.
Caso sejam feitos registros tais como fotografias, vídeos e outros tipos de imagens, o perito médico deve, obrigatoriamente, preencher o formulário editável do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Uso de Imagens Relacionadas ao Processo de Concessão de OPM, disponível em <a 154="" 28="" 963="" 974"="" data-label="Page-Footer" href="http://www-prbi/na aba formulários, que deverá ser anexado ao processo eletrônico do PMF Tarefas em formato PDF, com as devidas assinaturas.</td><td></td></tr> <tr> <td>Conclusão</td><td></td></tr> <tr> <td>Concluída a avaliação, indica-se a prescrição de Ótese, Prótese Ortopédica não Implantável, Meios Auxiliares de Locomoção e Acessórios?</td><td>Sim</td></tr> <tr> <td>Considerações médico periciais:</td><td>Segurado de 50 anos, vigilante desempregado, escolaridade ensino médio completo. Em PRP há 6 anos, mas ainda sem definição de programa nem de curso.</td></tr> <tr> <td>Encaminhamentos para o INSS:</td><td>Necessita de prótese para dar prosseguimento ao programa.</td></tr> <tr> <td>Tipo de recurso material prescrito:</td><td>Ainda aguarda avaliação pela equipe de RP para definição do rumo do programa.</td></tr> <tr> <td></td><td>Prótese ortopédica não implantável de MMSS/MMII</td></tr> </tbody> </table> </div> <div data-bbox=">Emitido em: 13/11/2023 14:37	

Campo	Valor
Especificação detalhada do dispositivo de OPM prescrito, conforme parâmetros descritivos constantes em manual técnico:	Prótese ortopédica para amputação transfemoral endoesquelética (modular). Componentes em titânio. Encaixe de contenção isquiático, quadrilátero ou de contato total laminado em resina acrílica com reforço em fibras de carbono e fibras de vidro trançadas. Duas unidades de liner em silicone com anéis de vedação. Válvula com expulsão de ar automática, de manuseio e colocação rápida. Encaixe de prova em termoplástico transparente. Joelho hidráulico monocêntrico, que possibilite descer degraus com passos alternados para nível de atividade 3. Pé de resposta dinâmica em fibra de carbono para nível de atividade 3, com capa cosmética. Um par de calçados. Acompanha um rotador.

Interessado(s)

CPF	Nome Completo	Data Nascimento	Nome Completo da Mãe
[REDACTED]	JULIO CESAR MONTEIRO DOS SANTOS	08/07/1972	ANTONIA CELIDA MONTEIRO

Procurador(es) / Representante(s) Legal(is)

A tarefa não possui procurador(es) / representante(s) legal(is).

CID Principal

S781 - Amputação traumática localizada entre o joelho e o quadril

Anexos

ID	Nome do Arquivo	Descrição do Arquivo	Tamanho	Enviado Por	Autenticado?
1106873	REQUERIMENTO DE OPM TA_JULIO CESAR MONTEIRO DOS SANTOS.pdf		124,50kB	[REDACTED]	13/09/2022 13:42 Não
1047562077	- Formulário - Perícia Médica Inicial de Reabilitação Profissional para Fins de Concessão de OPM				



Dados Básicos

Serviço Formulário - Perícia Médica Inicial de Reabilitação Profissional para Fins de Concessão de OPM	Status Concluída	Prioridade Normal
Unidade 01400 - SUBSECRETARIA DE PERÍCIA MÉDICA FEDERAL	Data de entrada do requerimento 28/10/2021 12:38	Canal de atendimento Aplicações Parceiras

Endereço para atendimento:

A tarefa não possui endereço para atendimento externo.

Campos adicionais:

Campo	Valor
ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM (a cargo do INSS)	
Origem do encaminhamento:	Perícia Médica
O requerente é segurado do INSS?	Sim
Situação Funcional/Forma de Filiação:	Empregado
Empresa:	PORTUGAL MARMORES E GRANITOS LTDA
Está em gozo de Benefício por Incapacidade/Auxílio-Accidente?	Sim
Espécie/Nº do Benefício:	31 5494131412
Grau de instrução/escolaridade:	Ensino fundamental incompleto
Atividades profissionais em exercício (função, atividades, aspectos ergonômicos):	Marmorista
CNH:	Não
Cursos e capacitações profissionais realizados anteriores ao PRP:	Sem inf
Experiências profissionais anteriores ao PRP:	Sem inf
Já foi reabilitado anteriormente com certificado de conclusão do PRP? Caso afirmativo, informe Data de desligamento do PRP, Função/atividade para a qual foi reabilitado e Restrições Laborais:	Não
Situação do requerente:	Em Programa de Reabilitação Profissional
Para segurado em PRP, descreva a evolução. Informe sobre readaptação na empresa de vínculo, cursos/treinamentos profissionais, função proposta e outros dados pertinentes:	Segurado em melhoria de escolaridade objetivando requalificação via curso após negativa de empresa de vínculo
Para segurado em PRP, transcreva as Restrições Laborais definidas pela PMF:	NAO DEAMBULAR DURANTE JORNADA DE TRABALHO NO PERMANECER EM PE POR LONGO PERÍODO DEVE ALTERNAR POSTURA SENTADO E EM PE NAO CARREGAR PESO NAO SUBIR ESCADAS FREQUENTEMENTE NAO REALIZAR POSTURAS INADEQUADAS E AGACHAMENTO
Registre e justifique o prognóstico de cumprimento do programa de reabilitação profissional (Favorável/Desfavorável):	Favorável devido idade e expectativa de elevação de escolaridade
Contexto Socioeconômico	
Informações referentes a: acessibilidade à residência e na comunidade, acesso a transporte público, acesso a reabilitação física e outras informações pertinentes.	Reside em comunidade da Maré, possui acesso a transporte público
Outras informações:	OL DE MANUTENÇO DO BI NA APS RAMOS 17002080
AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM	
Anamnese	
Altura:	1,75m
Peso:	67,60 kg
Dominância:	destro
Características da lesão/amputação:	
Etiologia:	Traumática
Traumática por:	Acidente de motocicleta
Membro(s) acometido(s):	esquerdo
Data da amputação/lesão/diagnóstico:	21/12/2011
Tempo de evolução:	Informa que sofreu queda de moto com trauma no membro inferior esquerdo, atendido no HFA e realizado procedimento cirúrgico. Evoluiu com necrose do membro inferior esquerdo e evoluindo para amputação.
Queixas relatadas:	Nega queixas no membro operado. Informa que apresenta pouca dificuldade para deambular pois está bem adaptado à muleta.
Histórico de protetização, ortetização e uso de outros recursos assistivos	
Quantos, quando, quem forneceu, tipo, tempo de uso, incompatibilidades anteriores, outras informações relacionadas:	Usou protese recebida pela ABBR na ocasião da amputação por cerca de dois meses. Usou a protese por 6 meses até ter machucado no coto na região do enxaique, além de o pé e o joelho terem quebrado.
Outras solicitações de recursos assistivos	

Campo	Valor
Há processo de concessão em andamento através do Sistema Único de Saúde - SUS, outras instituições ou por outros meios?	Não
Reabilitação física	
Fez fisioterapia e/ou terapia ocupacional para adaptação e uso da prótese ou outros recursos assistivos (duração, intercorrências):	Sim
Especificar (Informar duração, intercorrência, etc)	Fez fisioterapia por dois meses.
Uso de prótese na atividade laboral:	
Necessidades específicas, dificuldades e outras informações relacionadas:	Necessita permanecer períodos longos em pé e o deslocamento.
História clínica	
Queixas atuais, hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo), lesões de órgãos alvos, em caso de ICC classificação de NYHA, tratamentos em curso, outras:	Etilista e tabagista social. Nega uso de medicações. Nega doenças em tratamento. Histórico de PAF na perna direita aos 9 anos de idade.
Condições de acessibilidade	
Na habitação, no trabalho, nos trajetos:	Informa que mora no morro do Timbau, com muitas ladeiras e escadas para acesso. Rua asfaltada.
Meio(s) de deslocamento(s) habitual(is):	Deslocamento majoritariamente de ônibus quando precisa se locomover.
Descrição de barreiras arquitônicas e outras, se houver:	Escadas no acesso e no próprio domicílio.
Atividades da Vida Diária (higiene, alimentação, vestuário, lazer, mobilidade, outras)	
Assinale:	Independente
Exame Físico	
Geral:	Lucido e orientado. Responde sem dificuldade às solicitações.
Neurológico:	Força grau 5 no membro inferior direito. Força grau 5 para os movimentos do coto de abdução/adução/flexão/extensão da coxa
Cardiopulmonar:	Nada digno de nota.
Locomotor:	Marcha com uso de duas muletas.
Outros (alterações cognitivas, visuais, auditivas, nutricionais, abdominais, digestivas, urinárias e outras):	Nada digno de nota.
Nível de amputação - MMSS	Não se aplica
Nível de amputação - MMII	04. Amputação Transfemoral - 1/3 médio
Lateraldade da lesão:	membro inferior esquerdo
Condições do coto (pele/fâneros, circulação, trofismo/força/tônus muscular, rigidez articular, sensibilidade, membro/dor fantasma, espículas, neuromas, úlceras, aderência, sinais flogísticos, outros):	Coto com bom aspecto, cicatriz com bom aspecto. Sem alterações de sensibilidade. Força grau 5 para os movimentos do coto.
Medição do coto:	40 cm desde a crista ilaca/ 28 cm desde GT/ 42 cm diâmetro
Membro contralateral	
Cicatrizes, desvios angulares e rotacionais, instabilidade e alterações degenerativas articulares, circulatórias, trofismo e força muscular, outros:	Nada digno de nota.
Membro(s) não acometido(s)	
Amplitude de movimento, alterações tróficas, força muscular, alterações degenerativas articulares, instabilidades ligamentares, outros:	Nada digno de nota.
Trauma Raqui Medular	
Nível, espasticidade, força muscular, controle de tronco, escaras, áreas de hiperpressão, outros:	Não se aplica.
Outros Aspectos	
Prótese/outro recurso assistivo atual (Tipo, modelo, estado de conservação, adequabilidade, outros):	Não usa prótese.
Expectativa em relação à nova prótese/recurso de Tecnologia Assistiva:	Boa expectativa para uso pessoal e para retorno ao trabalho.
Deseja manter:	Não
Locomoção/ Marcha - Características (cadeira de rodas, andador, bengala, muleta axilar/canadense, prótese, caminha sem apoio, padrão da marcha, caminha com ou sem auxílio de terceiros, outros):	Usa duas muletas.
Níveis de capacidade funcional K-Level	03. K 3 - Tem capacidade para deambular com cadência variável e para transpor barreiras arquitônicas. Típico de um amputado que se desloca na comunidade e poderá ter atividade física, profissional ou terapêutica que exija a utilização da prótese além da simples locomoção.
Exames de imagem	
Descrever os achados radiográficos e outros, se houver:	Não apresenta exames de imagem.
Caso sejam feitos registros tais como fotografias, vídeos e outros tipos de imagens, o perito médico deve, obrigatoriamente, preencher o formulário editável do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Uso de Imagens Relacionadas ao Processo de Concessão de OPM, disponível em <a 153="" 29="" 961="" 972"="" data-label="Page-Footer" href="http://www-prbi/na aba formulários, que deverá ser anexado ao processo eletrônico do PMF Tarefas em formato PDF, com as devidas assinaturas.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Conclusão</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Concluída a avaliação, indica-se a prescrição de Ótese, Prótese Ortopédica não Implantável, Meios Auxiliares de Locomoção e Acessórios?</td> <td>Sim</td> </tr> <tr> <td>Considerações médico periciais:</td> <td>Segurado de 34 anos, fundamental completo, trabalhava em marmoraria. Sofreu acidente de moto evoluindo com amputação do membro inferior esquerdo. Necessita protetização para dar continuidade ao programa e retorno ao trabalho.</td> </tr> <tr> <td>Encaminhamentos para o INSS:</td> <td>Necessita protetização para dar continuidade ao programa e retorno ao trabalho.</td> </tr> <tr> <td>Tipo de recurso material prescrito:</td> <td>Prótese ortopédica não implantável de MMSS/MMII</td> </tr> <tr> <td>Especificação detalhada do dispositivo de OPM prescrito, conforme parâmetros descritivos constantes em manual técnico:</td> <td>Prótese ortopédica para amputação transfemoral endoesquelética. Componentes em titânio. Encaixe de contenção isquiático, quadrilátero ou de contato total, laminado em resina acrílica com reforço em fibras de carbono e fibras de vidro trançadas. Duas unidades de liner em silicone</td> </tr> </tbody> </table> </div> <div data-bbox=">Emitido em: 13/11/2023 14:42	

Campo	Valor
	com anéis de vedação. Válvula com expulsão de ar automática, de manuseio e colocação rápida. Encaixe de prova em termoplástico transparente. Joelho hidráulico monocêntrico, que possibilite descer degraus com passos alternados para nível de atividade 3. Pé de resposta dinâmica em fibra de carbono para nível de atividade 3, com capa cosmética. Um par de calçados. Acompanha um rotador.

Interessado(s)

CPF	Nome Completo	Data Nascimento	Nome Completo da Mãe
[REDACTED]	WILLIAM FERREIRA DE SOUZA	10/05/1988	ADRIANA LAURINDO FERREIRA

Procurador(es) / Representante(s) Legal(is)

A tarefa não possui procurador(es) / representante(s) legal(is).

CID Principal

T938 - Seqüelas de outros traumatismos especificados do membro inferior

Anexos

A tarefa não possui anexos.



Dados Básicos

Serviço Formulário - Perícia Médica Inicial de Reabilitação Profissional para Fins de Concessão de OPM	Status Concluída	Prioridade Normal
Unidade 01400 - SUBSECRETARIA DE PERÍCIA MÉDICA FEDERAL	Data de entrada do requerimento 15/03/2022 15:46	Canal de atendimento Aplicações Parceiras

Endereço para atendimento:

A tarefa não possui endereço para atendimento externo.

Campos adicionais:

Campo	Valor
ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM (a cargo do INSS)	
Origem do encaminhamento:	Perícia Médica
O requerente é segurado do INSS?	Sim
Situação Funcional/Forma de Filiação:	Empregado
Empresa:	Vigban Empresa de Vigilância bancária, comercial e industrial LTDA
Está em gozo de Benefício por Incapacidade/Auxílio-Accidente?	Sim
Espécie/Nº do Benefício:	91/6159669722
Grau de instrução/escolaridade:	Ensino médio completo
Atividades profissionais em exercício (função, atividades, aspectos ergonômicos):	Vigilância trabalho em pé, necessitando andar, porte de arma e ter condições de correr e usar força sempre que preciso
CNH:	Não
Cursos e capacitações profissionais realizados anteriores ao PRP:	Vigilância
Experiências profissionais anteriores ao PRP:	Recruta (serviço militar); Faxineiro e Vigilante
Já foi reabilitado anteriormente com certificado de conclusão do PRP? Caso afirmativo, informe Data de desligamento do PRP, Função/atividade para a qual foi reabilitado e Restrições Laborais:	Não
Situação do requerente:	Em Programa de Reabilitação Profissional
Para segurado em PRP, descreva a evolução. Informe sobre readaptação na empresa de vínculo, cursos/treinamentos profissionais, função proposta e outros dados pertinentes:	Segurado empregado, aguardando análise sobre o processo de protetização para definição
Para segurado em PRP, transcreva as Restrições Laborais definidas pela PMF:	ATIVIDADES QUE EXIJAM LONGAS CAMINHADAS E LONGOS PERIODOS EM PÉ
Registre e justifique o prognóstico de cumprimento do programa de reabilitação profissional (Favorável/Desfavorável):	Desfavorável considerando que já tentou ser protetizado, sem êxito; idade avançada para nova tentativa e posterior requalificação profissional Experiências profissionais incompatíveis
Contexto Socioeconômico	
Informações referentes a: acessibilidade à residência e na comunidade, acesso a transporte público, acesso a reabilitação física e outras informações pertinentes.	Há acessibilidade, apesar das limitações do segurado que locomovese de muletas
Outras informações:	Segue Anexo II Segurado submetido a protetização na AFR, mas não consegui se adaptar Considero que esse histórico, associado a idade para reprofissionalização e experiências anteriores incompatíveis sejam barreiras para continuidade no PRP
AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM	
Anamnese	
Altura:	1,78
Peso:	105 kg
Dominância:	Destro
Características da lesão/amputação:	
Etiologia:	Traumática
Traumática por:	Acidente de carro
Membro(s) acometido(s):	Membro inferior direito
Data da amputação/lesão/diagnóstico:	17/09/2016
Tempo de evolução:	6 anos
Queixas relatadas:	Assintomático.
Histórico de protetização, ortetização e uso de outros recursos assistivos	
Quantos, quando, quem forneceu, tipo, tempo de uso, incompatibilidades anteriores, outras informações relacionadas:	- Prótese 2017 a 2018 concedida pelo SUS, mas não se adaptou.
Outras solicitações de recursos assistivos	
Há processo de concessão em andamento através do Sistema Único de Saúde -	Não

Campo	Valor
SUS, outras instituições ou por outros meios?	
Reabilitação física	
Fez fisioterapia e/ou terapia ocupacional para adaptação e uso da prótese ou outros recursos assistivos (duração, intercorrências):	Não
Uso de prótese na atividade laboral:	
Necessidades específicas, dificuldades e outras informações relacionadas:	Sem queixas.
História clínica	
Queixas atuais, hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo), lesões de órgãos alvos, em caso de ICC classificação de NYHA, tratamentos em curso, outras:	Hipertenso em uso enalapril 20 mg/dia, clortalidona 50 mg/dia, amlodipina 5 mg/dia.
Condições de acessibilidade	
Na habitação, no trabalho, nos trajetos:	Mora em casa de 1 pavimento, com pequena escada na entrada (3 degraus).
Meio(s) de deslocamento(s) habitual(is):	Não utiliza meio de transporte público.
Descrição de barreiras arquitetônicas e outras, se houver:	Rua de terra batida mas com leve declive.
Atividades da Vida Diária (higiene, alimentação, vestuário, lazer, mobilidade, outras)	
Assinale:	Independente
Exame Físico	
Geral:	Bom estado geral. Vestes adequadas e discurso coerente.
Neurológico:	Sem alterações.
Cardiopulmonar:	Ritmo cardíaco regular em 2 tempos sem sopros ou extrassístoles. Pressão arterial: 160 x 110 mmhg
Locomotor:	Deambula com auxílio de 2 muletas canadenses. Sem alterações.
Outros (alterações cognitivas, visuais, auditivas, nutricionais, abdominais, digestivas, urinárias e outras):	Não se aplica
Nível de amputação - MMSS	05. Amputação Transfemoral - 1/3 distal
Nível de amputação - MMII	Direita
Lateraldade da lesão:	Mobilidade e força preservadas. Sem úlceras ou espículas.
Condições do coto (pele/fâneros, circulação, trofismo/força/tônus muscular, rigidez articular, sensibilidade, membro/dor fantasma, espículas, neuromas, úlceras, aderência, sinalis flogísticos, outros):	Crista ilíaca=40 cm / Trocanter = 34 cm / Circunferencia = 47 cm
Medição do coto:	
Membro contralateral	
Cicatrizes, desvios angulares e rotacionais, instabilidade e alterações degenerativas articulares, circulatórias, trofismo e força muscular, outros:	Sem alterações.
Membro(s) não acometido(s)	
Amplitude de movimento, alterações tróficas, força muscular, alterações degenerativas articulares, instabilidades ligamentares, outros:	Sem alterações.
Trauma Raqui Medular	
Nível, espasticidade, força muscular, controle de tronco, escaras, áreas de hiperpressão, outros:	Não se aplica.
Outros Aspectos	
Prótese/outro recurso assistivo atual (Tipo, modelo, estado de conservação, adequabilidade, outros):	Não utiliza prótese há cerca de 5 anos.
Expectativa em relação à nova prótese/recurso de Tecnologia Assistiva:	Pouco motivado ao retorno ao mercado de trabalho.
Deseja manter:	Não
Locomoção/ Marcha - Características (cadeira de rodas, andador, bengala, muleta axilar/canadense, prótese, caminha sem apoio, padrão da marcha, caminha com ou sem auxílio de terceiros, outros):	Deambula com auxílio de muletas canadenses.
Níveis de capacidade funcional K-Level	03. K 3 - Tem capacidade para deambular com cadência variável e para transpor barreiras arquitetônicas. Típico de um amputado que se desloca na comunidade e poderá ter atividade física, profissional ou terapêutica que exija a utilização da prótese além da simples locomoção.
Exames de imagem	
Descrever os achados radiográficos e outros, se houver:	Não apresenta.
Caso sejam feitos registros tais como fotografias, vídeos e outros tipos de imagens, o perito médico deve, obrigatoriamente, preencher o formulário editável do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Uso de Imagens Relacionadas ao Processo de Concessão de OPM, disponível em <a 154="" 29="" 961="" 972"="" data-label="Page-Footer" href="http://www-prbi/na aba formulários, que deverá ser anexado ao processo eletrônico do PMF Tarefas em formato PDF, com as devidas assinaturas.</td><td></td></tr> <tr> <td>Conclusão</td><td></td></tr> <tr> <td>Concluída a avaliação, indica-se a prescrição de Órtese, Prótese Ortopédica não Implantável, Meios Auxiliares de Locomoção e Acessórios?</td><td>Sim</td></tr> <tr> <td>Considerações médico periciais:</td><td>Segurado 49 anos, nível médio e empregado como vigilante.
Amputação transfemural que determina limitação funcional para sua função usual.
Conclui-se por incapacidade parcial e temporária.
Segurado 49 anos, nível médio e empregado como vigilante.
Face incapacidade parcial e temporária, notadamente para funções com necessidade de ortostase e deambulação prolongada.
Sugere-se manutenção do Programa de Reabilitação Profissional com objetivo de profissionalização.
Face o grau de independência e facilidade de deslocamento com muletas, ressaltamos que a profissionalização (realização de cursos) independe da protetização.</td></tr> <tr> <td>Encaminhamentos para o INSS:</td><td></td></tr> </tbody> </table> </div> <div data-bbox=">Emitido em: 13/11/2023 14:52	

Campo	Valor
Tipo de recurso material prescrito:	Prótese ortopédica não implantável de MMSS/MMII
Especificação detalhada do dispositivo de OPM prescrito, conforme parâmetros descritivos constantes em manual técnico:	TF24-Prótese ortopédica para amputação transfemoral endoesquelética (modular). Componentes em aço, alumínio ou titânio. Encaixe de contenção/ apoio isquiático, quadrilátero ou de contato total, laminado em resina acrílica com reforço em fibras de carbono e fibras de vidro trançadas. Duas unidades de liner em silicone com anéis de vedação. Válvula com expulsão de ar automática, de manuseio e colocação rápida. Encaixe de prova em termoplástico transparente. Joelho hidráulico monocêntrico, que possibilite descer degraus com passos alternados para nível de atividade 3. Pé de resposta dinâmica em fibra de carbono para nível de atividade 3, com capa cosmética. Um par de calçados.

Interessado(s)

CPF	Nome Completo	Data Nascimento	Nome Completo da Mãe
[REDACTED]	AGUINALDO RAMOS DA SILVA	13/09/1973	MANOELINA RAMOS DA SILVA

Procurador(es) / Representante(s) Legal(is)

A tarefa não possui procurador(es) / representante(s) legal(is).

CID Principal

S880 - Amputação traumática ao nível do joelho

Anexos

ID	Nome do Arquivo	Descrição do Arquivo	Tamanho	Enviado Por	Autenticado?
935464	Anexo II - Aguinaldo Ramos da Silva.pdf		127,01kB	[REDACTED]	15/03/2022 15:47 Não
267407609	- Formulário - Perícia Médica Inicial de Reabilitação Profissional para Fins de Concessão de OPM				



Dados Básicos

Serviço Formulário - Perícia Médica Inicial de Reabilitação Profissional para Fins de Concessão de OPM	Status Concluída	Prioridade Normal
Unidade 01400 - SUBSECRETARIA DE PERÍCIA MÉDICA FEDERAL	Data de entrada do requerimento 05/09/2022 22:08	Canal de atendimento Aplicações Parceiras

Endereço para atendimento:

A tarefa não possui endereço para atendimento externo.

Campos adicionais:

Campo	Valor
ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM (a cargo do INSS)	
Origem do encaminhamento:	Perícia Médica
O requerente é segurado do INSS?	Sim
Situação Funcional/Forma de Filiação:	Empregado
Empresa:	Econit Engenharia Ambiental
Está em gozo de Benefício por Incapacidade/Auxílio-Accidente?	Sim
Espécie/Nº do Benefício:	91/ 6191846278
Grau de instrução/escolaridade:	Ensino médio incompleto
Atividades profissionais em exercício (função, atividades, aspectos ergonômicos):	Coletor de lixo: trabalho que exige esforço físico, atividade em pé, agarrado a caminhão de varredura, correndo e agachandose
CNH:	Sim
Informar a categoria, as restrições e a validade/última renovação:	AB, sem restrições, 06/10/2020 23/03/2016
Cursos e capacitações profissionais realizados anteriores ao PRP:	Não possui
Experiências profissionais anteriores ao PRP:	Entregador, Garçom, Forneiro, Soldador, Porteiro, atendente em lanchonete
Já foi reabilitado anteriormente com certificado de conclusão do PRP? Caso afirmativo, informe Data de desligamento do PRP, Função/atividade para a qual foi reabilitado e Restrições Laborais:	Não
Situação do requerente:	Em Programa de Reabilitação Profissional
Para segurado em PRP, descreva a evolução. Informe sobre readaptação na empresa de vínculo, cursos/treinamentos profissionais, função proposta e outros dados pertinentes:	Segurado está aguardando o processo de definição quanto a protetização para iniciar tratativas de readaptação profissional na empresa de vínculo
Para segurado em PRP, transcreva as Restrições Laborais definidas pela PMF:	Não há
Registre e justifique o prognóstico de cumprimento do programa de reabilitação profissional (Favorável/Desfavorável):	Favorável considerando idade, escolaridade, empresa de vínculo e experiências anteriores diversas, que apesar de serem incompatíveis as suas restrições (em sua maioria), revelam capacidade de mudança de função. Necessita de ajustes na prótese que já possui
Contexto Socioeconômico	
Informações referentes a: acessibilidade à residência e na comunidade, acesso a transporte público, acesso a reabilitação física e outras informações pertinentes.	No prontuário da RP consta que tratase de local de difícil acesso, mas a informação não foi colhida no Anexo II
Outras informações:	Anexo II inserido à tarefa da PMF
AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM	
Anamnese	
Altura:	1,71 m
Peso:	64 kg
Dominância:	destro
Características da lesão/amputação:	
Etiologia:	Traumática
Traumática por:	Acidente de carro
Membro(s) acometido(s):	Esquerdo
Data da amputação/lesão/diagnóstico:	15/06/2017
Tempo de evolução:	Refere que durante o trabalho foi atingido por um carro que o esmagou contra a traseira do caminhão vindo a sofrer fratura de ambas as pernas, tendo sido hospitalizado, sofrendo cirurgia em fêmur D e amputação MIE. Doc do médico do trabalho Dra Renata Monteiro Vieira informa acidente de trabalho em 15/06/2017 vindo a ter fratura em perna D- fêmur e fratura com esmagamento tibia E e posterior amputação coxa E. Refere que durante o trabalho foi atingido por um carro que o esmagou contra a traseira do caminhão vindo a sofrer fratura de ambas as pernas, tendo sido hospitalizado, sofrendo cirurgia em fêmur D e amputação

Campo	Valor
Queixas relatadas:	MIE. Doc do médico do trabalho Dra Renata Monteiro Vieira informa acidente de trabalho em 15/06/2017 vindo a ter fratura em perna D- femur e fratura com esmagamento tibia E e posterior amputação coxa E. Segue em acompanhamento psiquiátrico devido a relato do medico assistente de sonhos recorrentes relacionados com o evento traumático e flashbacks (Dra Valeria Cury Dib, CRM 52581455 de 8/8/22). Informa que sente espasmos no coto e sensação leve de membro fantasma. Informa que sente dor no coto e no membro contralateral com alteração do clima. Submetido a osteossíntese do femur dir na mesma ocasião. Faz acompanhamento psiquiátrico por queixas relacionadas ao acidente.
Histórico de protetização, ortetização e uso de outros recursos assistivos	Quantos, quando, quem forneceu, tipo, tempo de uso, incompatibilidades anteriores, outras informações relacionadas:
Outras solicitações de recursos assistivos	Possui 1 prótese que foi comprada pela empresa de vínculo logo após o acidente. Encaixe de contenção isquiática de fibra de carbono com fibra de vidro trançada, joelho 3R80, pé em fibra de carbono (perdeu a capa cosmética)
Reabilitação física	Há processo de concessão em andamento através do Sistema Único de Saúde - SUS, outras instituições ou por outros meios?
Fez fisioterapia e/ou terapia ocupacional para adaptação e uso da prótese ou outros recursos assistivos (duração, intercorrências):	Não
Especificar (Informar duração, intercorrência, etc)	Sim
Uso de prótese na atividade laboral:	Faz fisioterapia para adaptação à prótese.
Necessidades específicas, dificuldades e outras informações relacionadas:	Dificuldade para deambular devido ao uso da prótese, só consegue usar a prótese por 40 minutos. Informa que sente o liner gotejar.
História clínica	Queixas atuais, hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo), lesões de órgãos alvos, em caso de ICC classificação de NYHA, tratamentos em curso, outras:
Condições de acessibilidade	Faz tratamento psiquiátrico. Nega HAS e DM. Nega alergias. Haste intramedular femur direito.
Na habitação, no trabalho, nos trajetos:	Informa morar em rua de chão batido, com ladeira. Mora em casa com escadas. Pequena rampa de acesso.
Meio(s) de deslocamento(s) habitual(is):	Se desloca de ônibus, mas informa que nunca sai de prótese. Prefere usar a muleta.
Descrição de barreiras arquitetônicas e outras, se houver:	Informa morar em rua de chão batido, com ladeira. Mora em casa com escadas. Pequena rampa de acesso.
Atividades da Vida Diária (higiene, alimentação, vestuário, lazer, mobilidade, outras)	
Assinale:	Semi-independente
Descrição das dificuldades	Informa que consegue tomar banho, se alimentar e se deslocar no domicílio sem auxílio. Mas precisa de apoio para ir à rua, preferindo sempre estar acompanhado.
Exame Físico	
Geral:	Poliqueixoso. Bom estado geral. Verborreico. Sem alterações do humor, do curso e do conteúdo do pensamento.
Neurológico:	Força grau 5 membros inferiores. Sem déficits motores e/ou sensitivos.
Cardiopulmonar:	Nada digno de nota.
Locomotor:	Dembula com 1 par de muletas. Cicatriz medial e lateral na coxa direita, referentes a fixador externo, acessos cirúrgicos e fasciotomia. Força preservada. ADM joelho direito 0-130° joelho direito. Cicatriz face antero medial da tibia direita por sequela de infecção na infância. Amputação transfemoral esquerda.
Outros (alterações cognitivas, visuais, auditivas, nutricionais, abdominais, digestivas, urinárias e outras):	Nada digno de nota.
Nível de amputação - MMSS	Não se aplica
Nível de amputação - MMII	04. Amputação Transfemoral - 1/3 médio
Lateraldade da lesão:	Esquerda.
Condições do coto (pele/fâneros, circulação, trofismo/força/tônus muscular, rigidez articular, sensibilidade, membro/dor fantasma, espículas, neuromas, úlceras, aderência, sinais flogísticos, outros):	Coto com retração de pele e cicatriz na face lateral. Bom trofismo. Força grau 5 para flexo extensão do quadril esquerdo.
Medição do coto:	26 cm a partir da crista ilíaca
Membro contralateral	Cicatriz medial e lateral na coxa direita, referentes a fixador externo, acessos cirúrgicos e fasciotomia. Força preservada. ADM joelho direito 0-130° joelho direito. Cicatriz face antero medial da tibia direita por sequela de infecção na infância.
Cicatrizes, desvios angulares e rotacionais, instabilidade e alterações degenerativas articulares, circulatórias, trofismo e força muscular, outros:	Cicatriz medial e lateral na coxa direita, referentes a fixador externo, acessos cirúrgicos e fasciotomia. Força preservada. ADM joelho direito 0-130° joelho direito. Cicatriz face antero medial da tibia direita por sequela de infecção na infância.
Membro(s) não acometido(s)	
Amplitude de movimento, alterações tróficas, força muscular, alterações degenerativas articulares, instabilidades ligamentares, outros:	Cicatriz medial e lateral na coxa direita, referentes a fixador externo, acessos cirúrgicos e fasciotomia. Força preservada. ADM joelho direito 0-130° joelho direito. Cicatriz face antero medial da tibia direita por sequela de infecção na infância.
Trauma Raqui Medular	
Nível, espasticidade, força muscular, controle de tronco, escaras, áreas de hiperpressão, outros:	Não se aplica.
Outros Aspectos	Encaixe de contenção isquiática de fibra de carbono com fibra de vidro trançada, joelho 3R80, pé em fibra de carbono (perdeu a capa cosmética) Expectativa de melhora da mobilidade e que possa se adaptar melhor à

Campo	Valor
Deseja manter:	que possui.
Locomoção/ Marcha - Características (cadeira de rodas, andador, bengala, muleta axilar/canadense, prótese, caminha sem apoio, padrão da marcha, caminha com ou sem auxílio de terceiros, outros):	Não Deambula com duas muletas, apesar de possuir prótese.
Níveis de capacidade funcional K-Level	03. K 3 - Tem capacidade para deambular com cadência variável e para transpor barreiras arquitetônicas. Típico de um amputado que se desloca na comunidade e poderá ter atividade física, profissional ou terapêutica que exija a utilização da prótese além da simples locomoção.
Exames de imagem	
Descrever os achados radiográficos e outros, se houver:	Não possui.
Caso sejam feitos registros tais como fotografias, vídeos e outros tipos de imagens, o perito médico deve, obrigatoriamente, preencher o formulário editável do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Uso de Imagens Relacionadas ao Processo de Concessão de OPM, disponível em <a 126="" 29="" 455="" 469"="" data-label="Section-Header" href="http://www-prbi/na aba formulários, que deverá ser anexado ao processo eletrônico do PMF Tarefas em formato PDF, com as devidas assinaturas.</td> </tr> <tr> <td>Conclusão</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Concluída a avaliação, indica-se a prescrição de Órtese, Prótese Ortopédica não Implantável, Meios Auxiliares de Locomoção e Acessórios?</td> <td>Sim</td> </tr> <tr> <td>Considerações médico periciais:</td> <td>Segurado de 41 anos, coletor de lixo empregado, escolaridade ensino médio incompleto (2/ ano medio). Segue em tratamento psiquiátrico. Possui prótese mas não se adaptou. Ainda sem previsão de PRP.</td> </tr> <tr> <td>Encaminhamentos para o INSS:</td> <td>Necessita definir PRP.
Prótese pode ajudar na evolução do PRP e no retorno ao mercado de trabalho.</td> </tr> <tr> <td>Tipo de recurso material prescrito:</td> <td>Prótese ortopédica não implantável de MMSS/MMII</td> </tr> <tr> <td>Especificação detalhada do dispositivo de OPM prescrito, conforme parâmetros descritivos constantes em manual técnico:</td> <td>Prótese ortopédica para amputação transfemoral endoesquelética (modular). Componentes titânicos. Encaixe de contenção isquiática laminado em resina acrílica com reforço em fibras de carbono e fibras de vidro trançadas. Duas unidades de liner em silicone com anéis de vedação. Válvula com expulsão de ar automática, de manuseio e colocação rápida. Encaixe de prova em termoplástico transparente. Joelho hidráulico monocêntrico, que possibilite descer degraus com passos alternados para nível de atividade 3. Pé de resposta dinâmica em fibra de carbono para nível de atividade 3, com capa cosmética. Um par de calçados.</td> </tr> </tbody> </table> </div> <div data-bbox="> <h2>Interessado(s)</h2> 	

CPF	Nome Completo	Data Nascimento	Nome Completo da Mãe
[REDACTED]	ALAN DOS SANTOS PESSANHA	28/06/1981	NIZETE NASCIMENTO DOS SANTOS

Procurador(es) / Representante(s) Legal(is)

A tarefa não possui procurador(es) / representante(s) legal(is).

CID Principal

S72 - Fratura do femur

Anexos

A tarefa não possui anexos.



Dados Básicos

Serviço Formulário - Perícia Médica Inicial de Reabilitação Profissional para Fins de Concessão de OPM	Status Concluída	Prioridade Normal
Unidade 01400 - SUBSECRETARIA DE PERÍCIA MÉDICA FEDERAL	Data de entrada do requerimento 26/07/2022 18:40	Canal de atendimento Aplicações Parceiras

Endereço para atendimento:

A tarefa não possui endereço para atendimento externo.

Campos adicionais:

Campo	Valor
ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM (a cargo do INSS)	
Origem do encaminhamento:	Perícia Médica
O requerente é segurado do INSS?	Sim
Situação Funcional/Forma de Filiação:	Empregado
Empresa:	Bill Stop Combustível LTDA
Está em gozo de Benefício por Incapacidade/Auxílio-Accidente?	Sim
Espécie/Nº do Benefício:	31/6041215175
Grau de instrução/escolaridade:	Ensino fundamental incompleto
Atividades profissionais em exercício (função, atividades, aspectos ergonômicos):	Frentista, trabalho em pé
CNH:	Sim
Informar a categoria, as restrições e a validade/última renovação:	C D H 17/12/22
Cursos e capacitações profissionais realizados anteriores ao PRP:	Não possui
Experiências profissionais anteriores ao PRP:	Lavador de veículo e frentista
Já foi reabilitado anteriormente com certificado de conclusão do PRP? Caso afirmativo, informe Data de desligamento do PRP, Função/atividade para a qual foi reabilitado e Restrições Laborais:	Não
Situação do requerente:	Em Programa de Reabilitação Profissional
Para segurado em PRP, descreva a evolução. Informe sobre readaptação na empresa de vínculo, cursos/treinamentos profissionais, função proposta e outros dados pertinentes:	Empresa negou função e segurado já concluiu curso de Porteiro e Vigia no SENAC No momento, aguarda a protetização
Para segurado em PRP, transcreva as Restrições Laborais definidas pela PMF:	No laudo médico pericial consta "incapacidade laboral para atividades que necessitem deambulação frequente e e longas distâncias"
Registre e justifique o prognóstico de cumprimento do programa de reabilitação profissional (Favorável/Desfavorável):	Favorável considerando que concluiu o curso em escolaridade compatível e idade em condições de reabilitação profissional
Contexto Socioeconômico	
Informações referentes a: acessibilidade à residência e na comunidade, acesso a transporte público, acesso a reabilitação física e outras informações pertinentes.	Imóvel próprio, sem restrições importantes sobre a acessibilidade
Outras informações:	Anexo II em anexo para maiores esclarecimentos
AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM	
Anamnese	
Altura:	1,76 m
Peso:	97,5 kg
Dominância:	Destro
Características da lesão/amputação:	
Etiologia:	Traumática
Traumática por:	Acidente de motocicleta
Membro(s) acometido(s):	Direito
Data da amputação/lesão/diagnóstico:	08/11/1994
Tempo de evolução:	História atropelamento em 1994, Refere dor coto amputação femur direito, RX 05/11/2013 coto amputação: rarefação óssea, e encaminhado para HUAP para avaliação cirúrgica, sendo optado por não realizar o procedimento e parar de usar a prótese. Informa que trabalhou de lubrificador no posto Ipiranga, tendo trabalhado até 2013, quando se afastou devido a dor no coto de amputação, tendo parado de usar prótese desde então.
Queixas relatadas:	Queixa-se dor leve no coto de amputação ocasional. Bem adaptado ao uso de muletas.
Histórico de protetização, ortetização e uso de outros recursos assistivos	
Quantos, quando, quem forneceu, tipo, tempo de uso, incompatibilidades	Recebeu todas próteses pelo SUS, segundo se recorda foram 5 no total,

Campo anteriores, outras informações relacionadas:	Valor tendo sido a primeira na ABBR e as demais na Pestalozzi.
Outras solicitações de recursos assistivos Há processo de concessão em andamento através do Sistema Único de Saúde - SUS, outras instituições ou por outros meios?	Não
Reabilitação física Fez fisioterapia e/ou terapia ocupacional para adaptação e uso da prótese ou outros recursos assistivos (duração, intercorrências): Especificar (Informar duração, intercorrência, etc)	Sim Só fez fisioterapia na primeira protetização.
Uso de prótese na atividade laboral: Necessidades específicas, dificuldades e outras informações relacionadas:	Fez curso de porteiro e vigia, sendo necessário permanecer períodos prolongados em pé pela função. Escolaridade 4a série.
História clínica Queixas atuais, hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo), lesões de órgãos alvos, em caso de ICC classificação de NYHA, tratamentos em curso, outras:	Nega HAS e DM. Ex tabagista (5 anos) e etilista social. Faz uso apenas de analgésicos.
Condições de acessibilidade Na habitação, no trabalho, nos trajetos:	Mora em rua asfaltada, plana. Mora também em casa plana.
Meio(s) de deslocamento(s) habitual(is):	Deslocamento todo de ônibus.
Descrição de barreiras arquitetônicas e outras, se houver:	Nega barreiras.
Atividades da Vida Diária (higiene, alimentação, vestuário, lazer, mobilidade, outras)	
Assinale:	Independente
Exame Físico	
Geral:	Lucido e orientado. Responde sem dificuldade às solicitações verbais. Deambula com 2 muletas. Força grau 5 membro inferior esquerdo e no coto de amputação.
Neurológico:	Nada digno de nota.
Cardiopulmonar:	Amputação transfemoral direita. Sem alterações de força e sensibilidade no membro inferior esquerdo.
Locomotor:	Nada digno de nota.
Outros (alterações cognitivas, visuais, auditivas, nutricionais, abdominais, digestivas, urinárias e outras):	Não se aplica
Nível de amputação - MMSS	04. Amputação Transfemoral - 1/3 médio
Nível de amputação - MMII	Direita.
Lateraldade da lesão:	Coto fino com musculatura hipotrofica. Cicatriz com bom aspecto, mas com hiperqueratose na borda lateral e área de hiperhormia medial. Retração de parte da cicatriz, com flacidez. Força grau 5 para flexo extensão e abdução/adução do quadril direito. 43 cm a partir da crista ilíaca/ 30 cm a partir do GT / 44 cm de diâmetro
Medição do coto:	Nada digno de nota.
Membro contralateral	Nada digno de nota.
Cicatrizes, desvios angulares e rotacionais, instabilidade e alterações degenerativas articulares, circulatórias, trofismo e força muscular, outros:	Nada digno de nota.
Membro(s) não acometido(s)	Nada digno de nota.
Amplitude de movimento, alterações tróficas, força muscular, alterações degenerativas articulares, instabilidades ligamentares, outros:	Não se aplica.
Trauma Raqui Medular	Nada digno de nota.
Nível, espasticidade, força muscular, controle de tronco, escaras, áreas de hiperpressão, outros:	Não se aplica.
Outros Aspectos	Sem prótese no momento.
Prótese/outro recurso assistivo atual (Tipo, modelo, estado de conservação, adequabilidade, outros):	Boa expectativa caso consiga se adaptar.
Expectativa em relação à nova prótese/recurso de Tecnologia Assistiva:	Sim
Deseja manter:	Não
Deseja manter:	Deambula com duas muletas. Não se adaptou à prótese.
Locomoção/ Marcha - Características (cadeira de rodas, andador, bengala, muleta axilar/canadense, prótese, caminha sem apoio, padrão da marcha, caminha com ou sem auxílio de terceiros, outros):	03. K 3 - Tem capacidade para deambular com cadência variável e para transportar barreiras arquitetônicas. Típico de um amputado que se desloca na comunidade e poderá ter atividade física, profissional ou terapêutica que exija a utilização da prótese além da simples locomoção.
Níveis de capacidade funcional K-Level	Não apresentou exames radiográficos.
Exames de imagem	
Descrever os achados radiográficos e outros, se houver:	
Caso sejam feitos registros tais como fotografias, vídeos e outros tipos de imagens, o perito médico deve, obrigatoriamente, preencher o formulário editável do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Uso de Imagens Relacionadas ao Processo de Concessão de OPM, disponível em <a 154="" 29="" 962="" 973"="" data-label="Page-Footer" href="http://www-prbi/na aba formulários, que deverá ser anexado ao processo eletrônico do PMF Tarefas em formato PDF, com as devidas assinaturas.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Conclusão</td> <td>Sim</td> </tr> <tr> <td>Concluída a avaliação, indica-se a prescrição de Órtese, Prótese Ortopédica não Implantável, Meios Auxiliares de Locomoção e Acessórios?</td> <td>Segurado de 45 anos, frentista do posto Ipiranga, baixa escolaridade. Fez curso de porteiro e vigia. Aguarda prótese para retorno ao trabalho.</td> </tr> <tr> <td>Considerações médico periciais:</td> <td>O curso escolhido de porteiro e vigia não é apropriado para a limitação apresentada.</td> </tr> <tr> <td>Encaminhamentos para o INSS:</td> <td></td> </tr> </table> </div> <div data-bbox=">Emitido em: 13/11/2023 15:00	

Campo	Valor
<p>Tipo de recurso material prescrito:</p> <p>Especificação detalhada do dispositivo de OPM prescrito, conforme parâmetros descritivos constantes em manual técnico:</p>	<p>Necessita melhorar escolaridade para fazer curso que permita trabalhar em função administrativa.</p> <p>A protese irá auxiliar nesse processo. Segurado jovem com bom potencial.</p> <p>Prótese ortopédica não implantável de MMSS/MMII</p> <p>Prótese ortopédica para amputação transfemoral endoesquelética (modular). Componentes em titânio. Encaixe de contenção isquiática, laminado em resina acrílica com reforço em fibras de carbono e fibras de vidro trançadas. Duas unidades de liner em silicone com anéis de vedação. Válvula com expulsão de ar automática, de manuseio e colocação rápida. Encaixe de prova em termoplástico transparente. Joelho hidráulico monocêntrico, que possibilite descer degraus com passos alternados para nível de atividade 3. Pé de resposta dinâmica em fibra de carbono para nível de atividade 3, com capa cosmética. Um par de calçados.</p>

Interessado(s)

CPF	Nome Completo	Data Nascimento	Nome Completo da Mãe
[REDACTED]	MARCIO DE OLIVEIRA FURTADO	09/11/1976	NILDA DE OLIVEIRA FURTADO

Procurador(es) / Representante(s) Legal(is)

A tarefa não possui procurador(es) / representante(s) legal(is).

CID Principal

T938 - Seqüelas de outros traumatismos especificados do membro inferior

Anexos

A tarefa não possui anexos.



Dados Básicos

Serviço Formulário - Perícia Médica Inicial de Reabilitação Profissional para Fins de Concessão de OPM	Status Exigência	Prioridade Normal
Unidade 01400 - SUBSECRETARIA DE PERÍCIA MÉDICA FEDERAL	Data de entrada do requerimento 05/09/2022 17:51	Canal de atendimento Aplicações Parceiras

Endereço para atendimento:

A tarefa não possui endereço para atendimento externo.

Campos adicionais:

Campo	Valor
ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM (a cargo do INSS)	
Origem do encaminhamento:	Espontâneo
O requerente é segurado do INSS?	Sim
Situação Funcional/Forma de Filiação:	Contribuinte Individual
Está em gozo de Benefício por Incapacidade/Auxílio-Accidente?	Não
Grau de instrução/escolaridade:	Ensino médio completo
Atividades profissionais em exercício (função, atividades, aspectos ergonômicos):	Assistente Administrativo: trabalho sentada com possibilidade de mudança de postura
CNH:	Sim
Informar a categoria, as restrições e a validade/última renovação:	Categoria B Restrições: G 05/12/2024 / 06/12/2019
Cursos e capacitações profissionais realizados anteriores ao PRP:	Relacionados a função na área administrativa
Experiências profissionais anteriores ao PRP:	Digitadora; Secretária e Operadora de Telemarketing
Já foi reabilitado anteriormente com certificado de conclusão do PRP? Caso afirmativo, informe Data de desligamento do PRP, Função/atividade para a qual foi reabilitado e Restrições Laborais:	Sim, em 26/08/18 Segurada foi readaptada na empresa de vínculo na função de Assistente Administrativo
Situação do requerente:	Em Programa para fins de recebimento, reparo ou manutenção de OPM
Para segurado em PRP, descreva a evolução. Informe sobre readaptação na empresa de vínculo, cursos/treinamentos profissionais, função proposta e outros dados pertinentes:	Programa concluído em 2018 após readaptação profissional
Para segurado em PRP, transcreva as Restrições Laborais definidas pela PMF:	Não há descrição nos laudos médicos
Registre e justifique o prognóstico de cumprimento do programa de reabilitação profissional (Favorável/Desfavorável):	Favorável considerando longa experiência em atividade administrativa e que respeita suas restrições Idade avançada é limitante Porém, como tratase de ajuste na prótese, avalio que possa ser um facilitador para sua funcionalidade
Contexto Socioeconômico	
Informações referentes a: acessibilidade à residência e na comunidade, acesso a transporte público, acesso a reabilitação física e outras informações pertinentes.	Não há restrições significativas
Outras informações:	Avaliação Socioprofissional para fins de OPM anexo à tarefa da PMF
AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM	
Anamnese	
Altura:	1,59 cm
Peso:	85 kg
Dominância:	Destra
Características da lesão/amputação:	
Etiologia:	Traumática
Traumática por:	Acidente de motocicleta
Membro(s) acometido(s):	Membro inferior esquerdo
Data da amputação/lesão/diagnóstico:	01/12/1998
Tempo de evolução:	24 anos
Queixas relatadas:	Informa dor e lesão na virilha esquerda, com uso da prótese atual. Relata também que sente dores na coluna quando fica em pé por longos períodos, assim como depende de muletas.
Histórico de protetização, ortetização e uso de outros recursos assistivos	
Quantos, quando, quem forneceu, tipo, tempo de uso, incompatibilidades anteriores, outras informações relacionadas:	- Primeira do SUS há cerca de 10 anos. - Prótese comprada por conta própria, há cerca de 10 anos.
Outras solicitações de recursos assistivos	
Há processo de concessão em andamento através do Sistema Único de Saúde - SUS, outras instituições ou por outros meios?	Não
Reabilitação física	

Campo	Valor
Fez fisioterapia e/ou terapia ocupacional para adaptação e uso da prótese ou outros recursos assistivos (duração, intercorrências):	Não
Uso de prótese na atividade laboral:	51 anos, ensino médio. Desempregada, há cerca de 1 ano. Última função exercida como analista de qualidade de atendimentos. Sempre exerceu atividades com caráter administrativo. Protetização adequada facilitaria o retorno ao mercado de trabalho.
História clínica	Sem comorbidades. Cirurgia bariátrica há cerca de 12 anos.
Queixas atuais, hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo), lesões de órgãos alvos, em caso de ICC classificação de NYHA, tratamentos em curso, outras:	
Condições de acessibilidade	Apartamento plano com elevador. Não consegue utilizar meios de transporte público como ônibus e trem. Uso de veículo como UBER e taxi. Mora em rua asfaltada e plana.
Atividades da Vida Diária (higiene, alimentação, vestuário, lazer, mobilidade, outras)	
Assinale:	Independente
Exame Físico	
Geral:	Lúcido e orientado no tempo e no espaço. Bom estado geral, vestes adequadas e discurso coerente
Neurológico:	Sem alterações.
Cardiopulmonar:	Sem alterações.
Locomotor:	Deambula com auxílio de 1 muleta canadense.
Outros (alterações cognitivas, visuais, auditivas, nutricionais, abdominais, digestivas, urinárias e outras):	Sem alterações.
Nível de amputação - MMSS	Não se aplica
Nível de amputação - MMII	04. Amputação Transfemoral - 1/3 médio
Lateralidade da lesão:	Esquerda.
Condições do coto (pele/fâneros, circulação, trofismo/força/tônus muscular, rigidez articular, sensibilidade, membro/dor fantasma, espículas, neuromas, úlceras, aderência, sinais flogísticos, outros):	Sem alterações. Cicatriz bem constituída com pequena retração. Mobilidade e força preservada. Lesões na virilha bem cicatrizada e sem sinais de infecção. Crista ilíaca 43 cm, tuberosidade 35 cm e diâmetro 57 cm
Medição do coto:	
Membro contralateral	Sem alterações.
Cicatrizes, desvios angulares e rotacionais, instabilidade e alterações degenerativas articulares, circulatórias, trofismo e força muscular, outros:	
Membro(s) não acometido(s)	Sem alterações.
Amplitude de movimento, alterações tróficas, força muscular, alterações degenerativas articulares, instabilidades ligamentares, outros:	
Trauma Raqui Medular	Não se aplica.
Nível, espasticidade, força muscular, controle de tronco, escaras, áreas de hiperpressão, outros:	
Outros Aspectos	
Prótese/outro recurso assistivo atual (Tipo, modelo, estado de conservação, adequabilidade, outros):	TPrótese ortopédica para amputação transfemoral endoesquelética (modular). Componentes em aço. Encaixe de apoio/contenção isquiático. Encaixe de prova em termoplástico transparente. Acessório para colocação da prótese. Joelho policêntrico pneumático. Pé de resposta dinâmica em fibra de carbono.
Expectativa em relação à nova prótese/recurso de Tecnologia Assistiva:	Protetização adequada facilitaria o retorno ao mercado de trabalho.
Deseja manter:	Não
Locomoção/ Marcha - Características (cadeira de rodas, andador, bengala, muleta axilar/canadense, prótese, caminha sem apoio, padrão da marcha, caminha com ou sem auxílio de terceiros, outros):	Deambula
Níveis de capacidade funcional K-Level	03. K 3 - Tem capacidade para deambular com cadência variável e para transpor barreiras arquitetônicas. Típico de um amputado que se desloca na comunidade e poderá ter atividade física, profissional ou terapêutica que exija a utilização da prótese além da simples locomoção.
Exames de imagem	
Descrever os achados radiográficos e outros, se houver:	Não apresenta.
Caso sejam feitos registros tais como fotografias, vídeos e outros tipos de imagens, o perito médico deve, obrigatoriamente, preencher o formulário editável do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Uso de Imagens Relacionadas ao Processo de Concessão de OPM, disponível em <a 154="" 28="" 961="" 973"="" data-label="Page-Footer" href="http://www-prbi/na aba formulários, que deverá ser anexado ao processo eletrônico do PMF Tarefas em formato PDF, com as devidas assinaturas.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Conclusão</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Concluída a avaliação, indica-se a prescrição de Órtese, Prótese Ortopédica não Implantável, Meios Auxiliares de Locomoção e Acessórios?</td> <td>Sim</td> </tr> <tr> <td>Considerações médico periciais:</td> <td>Protetização adequada facilitaria o retorno ao mercado de trabalho.</td> </tr> <tr> <td>Encaminhamentos para o INSS:</td> <td>....</td> </tr> <tr> <td>Tipo de recurso material prescrito:</td> <td>Prótese ortopédica não implantável de MMSS/MMII</td> </tr> <tr> <td>Especificação detalhada do dispositivo de OPM prescrito, conforme parâmetros descritivos constantes em manual técnico:</td> <td>TF32-Prótese ortopédica para amputação transfemoral endoesquelética (modular). Componentes em titânio. Encaixe de apoio/contenção isquiático, quadrílatero, em material termoplástico flexível, laminado em resina acrílica rígida, reforçada com</td> </tr> </tbody> </table> </div> <div data-bbox=">Emitido em: 13/11/2023 15:03	

Campo	Valor
	fibras de carbono e fibras de vidro trançadas, com abertura de janelas se necessário. Válvula com expulsão de ar automática, de manuseio e colocação rápida. Encaixe de prova em termoplástico transparente. Acessório para colocação da prótese. Joelho policêntrico pneumático para nível de atividade 2/3. Pé de resposta dinâmica em fibra de carbono para nível de atividade 2/3, com capa cosmética. Um par de calçados.

Interessado(s)

CPF	Nome Completo	Data Nascimento	Nome Completo da Mãe
[REDACTED]	SONIA MARIA DOS SANTOS BARBOSA	26/04/1971	MARIA DOS SANTOS ROLEMBERG

Procurador(es) / Representante(s) Legal(is)

A tarefa não possui procurador(es) / representante(s) legal(is).

Anexos

ID	Nome do Arquivo	Descrição do Arquivo	Tamanho	Enviado Por	Autenticado?
1102425	Anexo-II Sonia Maria dos Santos Barbosa.pdf		120,17kB	[REDACTED]	- 05/09/2022 17:58 Não
1948829784	- Formulário - Perícia Médica Inicial de Reabilitação Profissional para Fins de Concessão de OPM				



Dados Básicos

Serviço Formulário - Perícia Médica Inicial de Reabilitação Profissional para Fins de Concessão de OPM	Status Concluída	Prioridade Normal
Unidade 01400 - SUBSECRETARIA DE PERÍCIA MÉDICA FEDERAL	Data de entrada do requerimento 24/06/2022 15:14	Canal de atendimento Aplicações Parceiras

Endereço para atendimento:

A tarefa não possui endereço para atendimento externo.

Campos adicionais:

Campo	Valor
ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM (a cargo do INSS)	
Origem do encaminhamento:	Perícia Médica
O requerente é segurado do INSS?	Sim
Situação Funcional/Forma de Filiação:	Empregado
Empresa:	Malvelino de Souza
Está em gozo de Benefício por Incapacidade/Auxílio-Accidente?	Sim
Espécie/Nº do Benefício:	6221554555
Grau de instrução/escolaridade:	Ensino fundamental incompleto
Atividades profissionais em exercício (função, atividades, aspectos ergonômicos):	Trabalhava como servente de pedreiro
CNH:	Não
Cursos e capacitações profissionais realizados anteriores ao PRP:	Desprovido
Experiências profissionais anteriores ao PRP:	Repositor de mercadorias
Já foi reabilitado anteriormente com certificado de conclusão do PRP? Caso afirmativo, informe Data de desligamento do PRP, Função/atividade para a qual foi reabilitado e Restrições Laborais:	Não
Situação do requerente:	Em Programa de Reabilitação Profissional
Para segurado em PRP, descreva a evolução. Informe sobre readaptação na empresa de vínculo, cursos/treinamentos profissionais, função proposta e outros dados pertinentes:	Segurado em processo de melhoria de escolaridade, inicialmente, por ser empregado de uma construtora de pequeno porte, e para ter melhores oportunidades de empregabilidade futuramente
Para segurado em PRP, transcreva as Restrições Laborais definidas pela PMF:	Atividades que exijam esforço, posição ortostáticas contínuas
Registre e justifique o prognóstico de cumprimento do programa de reabilitação profissional (Favorável/Desfavorável):	Favorável
Contexto Socioeconômico	
Informações referentes a: acessibilidade à residência e na comunidade, acesso a transporte público, acesso a reabilitação física e outras informações pertinentes.	Reside em cidade de pequeno porte, com acesso a transporte intermunicipal
Outras informações:	Segurado com adesão ao processo de melhoria de escolaridade
AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM	
Anamnese	
Altura:	1,69
Peso:	71
Dominância:	direito
Características da lesão/amputação:	
Etiologia:	Traumática
Traumática por:	Acidente de motocicleta
Membro(s) acometido(s):	membro inferior esquerdo
Data da amputação/lesão/diagnóstico:	10/02/2018
Tempo de evolução:	4 anos de evolução
Queixas relatadas:	sem queixas
Histórico de protetização, ortetização e uso de outros recursos assistivos	
Quantos, quando, quem forneceu, tipo, tempo de uso, incompatibilidades anteriores, outras informações relacionadas:	Não tem histórico de protetização
Outras solicitações de recursos assistivos	
Há processo de concessão em andamento através do Sistema Único de Saúde - SUS, outras instituições ou por outros meios?	Não
Reabilitação física	
Fez fisioterapia e/ou terapia ocupacional para adaptação e uso da prótese ou outros recursos assistivos (duração, intercorrências):	Não

Campo	Valor
Uso de prótese na atividade laboral:	
Necessidades específicas, dificuldades e outras informações relacionadas:	deambula com auxílio de 2 muletas
História clínica	
Queixas atuais, hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo), lesões de órgãos alvos, em caso de ICC classificação de NYHA, tratamentos em curso, outras:	tabagista, etilista habitual
Condições de acessibilidade	
Na habitação, no trabalho, nos trajetos:	acesso sem muitas dificuldades
Meio(s) de deslocamento(s) habitual(is):	dirige carro adaptado
Descrição de barreiras arquitetônicas e outras, se houver:	algumas escadas, rua afastalda
Atividades da Vida Diária (higiene, alimentação, vestuário, lazer, mobilidade, outras)	
Assinale:	Independente
Exame Físico	
Geral:	Bom estado geral
Neurológico:	sem alterações
Cardiopulmonar:	nada digno de nota
Locomotor:	força muscular preservada
Outros (alterações cognitivas, visuais, auditivas, nutricionais, abdominais, digestivas, urinárias e outras):	nada digno de nota
Nível de amputação - MMSS	Não se aplica
Nível de amputação - MMII	03. Amputação Transfemoral - 1/3 proximal
Lateralidade da lesão:	membro inferior direito
Condições do coto (pele/fâneros, circulação, trofismo/força/tônus muscular, rigidez articular, sensibilidade, membro/dor fantasma, espículas, neuromas, úlceras, aderência, sinais flogísticos, outros):	coto em bom aspecto
Medição do coto:	45, 39 crista ilaca ant sup
Membro contralateral	
Cicatrizes, desvios angulares e rotacionais, instabilidade e alterações degenerativas articulares, circulatórias, trofismo e força muscular, outros:	nada digno de nota
Membro(s) não acometido(s)	
Amplitude de movimento, alterações tróficas, força muscular, alterações degenerativas articulares, instabilidades ligamentares, outros:	sem alterações, boa força muscular
Trauma Raqui Medular	
Nível, espasticidade, força muscular, controle de tronco, escaras, áreas de hiperpressão, outros:	não
Outros Aspectos	
Prótese/outro recurso assistivo atual (Tipo, modelo, estado de conservação, adequabilidade, outros):	não se aplica
Expectativa em relação à nova prótese/recurso de Tecnologia Assistiva:	melhora da qualidade de vida e retorno ao mercado de trabalho
Deseja manter:	Não
Locomoção/ Marcha - Características (cadeira de rodas, andador, bengala, muleta axilar/canadense, prótese, caminha sem apoio, padrão da marcha, caminha com ou sem auxílio de terceiros, outros):	deambula com auxílio de 2 muletas
Níveis de capacidade funcional K-Level	03. K 3 - Tem capacidade para deambular com cadência variável e para transportar barreiras arquitetônicas. Típico de um amputado que se desloca na comunidade e poderá ter atividade física, profissional ou terapêutica que exija a utilização da prótese além da simples locomoção.
Exames de imagem	
Descrever os achados radiográficos e outros, se houver:	não há registro de imagem recente
Caso sejam feitos registros tais como fotografias, vídeos e outros tipos de imagens, o perito médico deve, obrigatoriamente, preencher o formulário editável do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Uso de Imagens Relacionadas ao Processo de Concessão de OPM, disponível em <a 153="" 29="" 962="" 973"="" data-label="Page-Footer" href="http://www-prb1/na aba formulários, que deverá ser anexado ao processo eletrônico do PMF Tarefas em formato PDF, com as devidas assinaturas.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Conclusão</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Concluída a avaliação, indica-se a prescrição de Órtese, Prótese Ortopédica não Implantável, Meios Auxiliares de Locomoção e Acessórios?</td> <td>Sim</td> </tr> <tr> <td>Considerações médico periciais:</td> <td>Segurado faz juiz a protetização, tem boa expectativa, se encontrando em programa de reabilitação há cerca de 3 anos.</td> </tr> <tr> <td>Encaminhamentos para o INSS:</td> <td>Encaminho a prescrição de protetização ao INSS</td> </tr> <tr> <td>Tipo de recurso material prescrito:</td> <td>Prótese ortopédica não implantável de MMSS/MMII</td> </tr> <tr> <td>Especificação detalhada do dispositivo de OPM prescrito, conforme parâmetros descritivos constantes em manual técnico:</td> <td>Prótese ortopédica para amputação transfemoral endoesquelética (modular). Componentes em titânio. Encaixe de apoio total, em material termoplástico flexível, laminado em resina acrílica rígida, reforçada com fibras de carbono e fibras de vidro trançadas, com abertura de janelas se necessário. Válvula com expulsão de ar automática, de manuseio e colocação rápida. Encaixe de prova em termoplástico transparente. Acessório para colocação da prótese. Joelho policêntrico hidráulico com amortecedor da fase de apoio para nível de atividade 2/3. Pé de resposta dinâmica em fibra de carbono para nível de atividade 2/3, com capa cosmética. Um par de calçados.</td> </tr> </tbody> </table> </div> <div data-bbox=">Emitido em: 13/11/2023 15:09	

Interessado(s)

CPF	Nome Completo	Data Nascimento	Nome Completo da Mãe
██████████	MICHEL FILGUEIRAS PIRES KNUPP	16/06/1984	ANNA MARIA FILGUEIRAS

Procurador(es) / Representante(s) Legal(is)

A tarefa não possui procurador(es) / representante(s) legal(is).

CID Principal

S88 - Amputação traumática da perna

Anexos

A tarefa não possui anexos.



Dados Básicos

Serviço Formulário - Perícia Médica Inicial de Reabilitação Profissional para Fins de Concessão de OPM	Status Concluída	Prioridade Normal
Unidade 01400 - SUBSECRETARIA DE PERÍCIA MÉDICA FEDERAL	Data de entrada do requerimento 19/07/2022 14:50	Canal de atendimento Aplicações Parceiras

Endereço para atendimento:

A tarefa não possui endereço para atendimento externo.

Campos adicionais:

Campo	Valor
ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM (a cargo do INSS)	
Origem do encaminhamento:	Espontâneo
O requerente é segurado do INSS?	Sim
Situação Funcional/Forma de Filiação:	Aposentado
Está em gozo de Benefício por Incapacidade/Auxílio-Accidente?	Não
Grau de instrução/escolaridade:	Ensino médio completo
Atividades profissionais em exercício (função, atividades, aspectos ergonômicos):	ATENDENTE DE FARMÁCIA
CNH:	Sim
Informar a categoria, as restrições e a validade/última renovação:	B (05/02/2024)
Cursos e capacitações profissionais realizados anteriores ao PRP:	NÃO
Experiências profissionais anteriores ao PRP:	ATENDENTE DE FARMÁCIA E BALCONISTA
Já foi reabilitado anteriormente com certificado de conclusão do PRP? Caso afirmativo, informe Data de desligamento do PRP, Função/atividade para a qual foi reabilitado e Restrições Laborais:	2007 (NÃO HÁ INFORMAÇÃO DO PROCESSO DE REABILITAÇÃO, APENAS DE PRÓTESE)
Situação do requerente:	Em Programa para fins de recebimento, reparo ou manutenção de OPM
Para segurado em PRP, descreva a evolução. Informe sobre readaptação na empresa de vínculo, cursos/treinamentos profissionais, função proposta e outros dados pertinentes:	FOI REABILITADO EM 20072009, MAS CONTINUOU NA MESMA FUNÇÃO
Para segurado em PRP, transcreva as Restrições Laborais definidas pela PMF:	PERITO DEVE PREENCHER
Registre e justifique o prognóstico de cumprimento do programa de reabilitação profissional (Favorável/Desfavorável):	FAVORÁVEL
Contexto Socioeconômico	
Informações referentes a: acessibilidade à residência e na comunidade, acesso a transporte público, acesso a reabilitação física e outras informações pertinentes.	ACESSIBILIDADE INADEQUADA, MAS COMPENSADA ATRAVÉS DE USO DE CARRO AUTOMÁTICO
Outras informações:	SEGURADO, 66 ANOS, APOSENTADO (B42), EM ATIVIDADE COMO ATENDENTE DE FARMÁCIA, FAZ USO DA MESMA PRÓTESE QUE RECEBEU DO INSS EM 2009, A QUAL APRESENTA PRECISA SER
AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM	
Anamnese	
Altura:	1,67
Peso:	79
Dominância:	destro
Características da lesão/amputação:	
Etiologia:	Traumática
Traumática por:	Acidente de motocicleta
Membro(s) acometido(s):	membro inferior esquerdo
Data da amputação/lesão/diagnóstico:	11/06/1993
Tempo de evolução:	amputação por acidente de moto em 1993
Queixas relatadas:	amputação em 4 quirodactilo esquerdo no mesmo acidente
Histórico de protetização, ortetização e uso de outros recursos assistivos	
Quantos, quando, quem forneceu, tipo, tempo de uso, incompatibilidades anteriores, outras informações relacionadas:	possui protese pneumática a mais de 10 anos.
Outras solicitações de recursos assistivos	
Há processo de concessão em andamento através do Sistema Único de Saúde - SUS, outras instituições ou por outros meios?	Não
Reabilitação física	
Fez fisioterapia e/ou terapia ocupacional para adaptação e uso da prótese ou outros recursos assistivos (duração, intercorrências):	Não

Campo	Valor
Uso de prótese na atividade laboral:	
Necessidades específicas, dificuldades e outras informações relacionadas:	Uso para o trabalho e para desempenho em sua vida
História clínica	
Queixas atuais, hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo), lesões de órgãos alvos, em caso de ICC classificação de NYHA, tratamentos em curso, outras:	faz tratamento para hipertensão
Condições de acessibilidade	
Na habitação, no trabalho, nos trajetos:	Difícil acesso por escadas
Meio(s) de deslocamento(s) habitual(is):	protese
Descrição de barreiras arquitetônicas e outras, se houver:	escadas.
Atividades da Vida Diária (higiene, alimentação, vestuário, lazer, mobilidade, outras)	
Assinale:	Independente
Exame Físico	
Geral:	66 anos, bom estado geral
Neurológico:	nada digno de nota
Cardiopulmonar:	nada digno de nota
Locomotor:	força muscular preservada bilateralmente
Outros (alterações cognitivas, visuais, auditivas, nutricionais, abdominais, digestivas, urinárias e outras):	sem queixas
Nível de amputação - MMSS	Não se aplica
Nível de amputação - MMII	04. Amputação Transfemoral - 1/3 médio
Lateralidade da lesão:	membro inferior esquerdo
Condições do coto (pele/fâneros, circulação, trofismo/força/tônus muscular, rigidez articular, sensibilidade, membro/dor fantasma, espículas, neuromas, úlceras, aderência, sinais flogísticos, outros):	coto sem alterações
Medição do coto:	40
Membro contralateral	
Cicatrizes, desvios angulares e rotacionais, instabilidade e alterações degenerativas articulares, circulatórias, trofismo e força muscular, outros:	força muscular preservada em boas condições de protetização
Membro(s) não acometido(s)	
Amplitude de movimento, alterações tróficas, força muscular, alterações degenerativas articulares, instabilidades ligamentares, outros:	nada digno de nota
Trauma Raqui Medular	
Nível, espasticidade, força muscular, controle de tronco, escaras, áreas de hiperpressão, outros:	não
Outros Aspectos	
Prótese/outra recurso assistivo atual (Tipo, modelo, estado de conservação, adequabilidade, outros):	bom estao da protese atual, com boa manutenção
Expectativa em relação à nova prótese/recurso de Tecnologia Assistiva:	escapando ar, e o encaixe esta muito desgastado.
Deseja manter:	Não
Locomoção/ Marcha - Características (cadeira de rodas, andador, bengala, muleta axilar/canadense, prótese, caminha sem apoio, padrão da marcha, caminha com ou sem auxílio de terceiros, outros):	deambula com auxilio de sua protese atual
Níveis de capacidade funcional K-Level	02. K 2 - Tem capacidade ou potencial para deambular com um baixo nível de capacidade para atravessar barreiras arquitetônicas, tais como guias de calçadas, escadas, ou superfícies irregulares. Típico de um amputado que se desloca de forma limitada na comunidade.
Exames de imagem	
Descrever os achados radiográficos e outros, se houver:	não apresentou
Caso sejam feitos registros tais como fotografias, vídeos e outros tipos de imagens, o perito médico deve, obrigatoriamente, preencher o formulário editável do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Uso de Imagens Relacionadas ao Processo de Concessão de OPM, disponível em <a 154="" 28="" 961="" 973"="" data-label="Page-Footer" href="http://www-prbi/na aba formulários, que deverá ser anexado ao processo eletrônico do PMF Tarefas em formato PDF, com as devidas assinaturas.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Conclusão</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Concluída a avaliação, indica-se a prescrição de Órtese, Prótese Ortopédica não Implantável, Meios Auxiliares de Locomoção e Acessórios?</td> <td>Sim</td> </tr> <tr> <td>Considerações médico periciais:</td> <td>Segurado aposentado, ainda presente no mercado de trabalho, bem adaptado a sua prótese, porém a mesma encontra-se desgastada pelo uso</td> </tr> <tr> <td>Encaminhamentos para o INSS:</td> <td>Aquisição de prótese para o membro amputado conforme prescrição.</td> </tr> <tr> <td>Tipo de recurso material prescrito:</td> <td>Prótese ortopédica não implantável de MMSS/MMII</td> </tr> <tr> <td>Especificação detalhada do dispositivo de OPM prescrito, conforme parâmetros descritivos constantes em manual técnico:</td> <td>Prótese ortopédica para amputação transfemoral endoesquelética (modular). Componentes em titânio. Encaixe de apoio/contenção quadrilátero, em material termoplástico flexível, laminado em resina acrílica rígida, reforçada com fibras de carbono e fibras de vidro trançadas, com abertura de janelas se necessário. Válvula com expulsão de ar automática, de manuseio e colocação rápida. Encaixe de prova em termoplástico transparente. Acessório para colocação da prótese. Joelho monocêntrico com freio e impulsor, autobloqueante, em aço para nível de atividade 2. Pé de resposta dinâmica em fibra de carbono para nível de atividade 2/3, com capa cosmética. Um par de calçados.</td> </tr> </tbody> </table> </div> <div data-bbox=">Emitido em: 13/11/2023 15:15	

Interessado(s)

CPF	Nome Completo	Data Nascimento	Nome Completo da Mãe
██████████	ELSON ANACLETO	15/11/1955	MARIA VIRGINIA ANACLETO

Procurador(es) / Representante(s) Legal(is)

A tarefa não possui procurador(es) / representante(s) legal(is).

CID Principal

S88 - Amputação traumática da perna

Anexos

A tarefa não possui anexos.



Dados Básicos

Serviço Formulário - Perícia Médica Inicial de Reabilitação Profissional para Fins de Concessão de OPM	Status Concluída	Prioridade Normal
Unidade 01400 - SUBSECRETARIA DE PERÍCIA MÉDICA FEDERAL	Data de entrada do requerimento 17/08/2022 13:32	Canal de atendimento Aplicações Parceiras

Endereço para atendimento:

A tarefa não possui endereço para atendimento externo.

Campos adicionais:

Campo	Valor
ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM (a cargo do INSS)	
Origem do encaminhamento:	Perícia Médica
O requerente é segurado do INSS?	Sim
Situação Funcional/Forma de Filiação:	Empregado
Empresa:	Barcelgás Comércio de gás LTDA ME
Está em gozo de Benefício por Incapacidade/Auxílio-Accidente?	Sim
Espécie/Nº do Benefício:	91/6091044358
Grau de instrução/escolaridade:	Ensino fundamental incompleto
Atividades profissionais em exercício (função, atividades, aspectos ergonômicos):	TRabalhava como vendedor/entregador de gás
CNH:	Sim
Informar a categoria, as restrições e a validade/última renovação:	Não apresentada
Cursos e capacitações profissionais realizados anteriores ao PRP:	Não realizou
Experiências profissionais anteriores ao PRP:	frentista, boy (auxiliar de escritório e ajudante geral)
Já foi reabilitado anteriormente com certificado de conclusão do PRP? Caso afirmativo, informe Data de desligamento do PRP, Função/atividade para a qual foi reabilitado e Restrições Laborais:	Não
Situação do requerente:	Em Programa de Reabilitação Profissional
Para segurado em PRP, descreva a evolução. Informe sobre readaptação na empresa de vínculo, cursos/treinamentos profissionais, função proposta e outros dados pertinentes:	Segurado havia sido desligado por recusa Retornou e ainda não realizou nova avaliação socioprofissional
Para segurado em PRP, transcreva as Restrições Laborais definidas pela PMF:	Limitação para caminhadas e carregar peso
Registre e justifique o prognóstico de cumprimento do programa de reabilitação profissional (Favorável/Desfavorável):	Favorável
Contexto Socioeconômico	
Informações referentes a: acessibilidade à residência e na comunidade, acesso a transporte público, acesso a reabilitação física e outras informações pertinentes.	Segurado relatou intensas dores na coluna, dificultando a sua mobilidade por transporte público Sem outras informações pois a ASP ainda não foi realizada, mas reside em local asfaltado, com transporte público perto
Outras informações:	Segurado foi encaminhado para a RP em maio de 2015 Estava sendo incentivado a retomar os estudos para melhor possibilidade de reinserção no mercado de trabalho, porém, segurado abandonou a RP Manivemos o pedido de prótese por impossibilidade de utilização da que recebeu pelo SUS Foi reencaminhado à RP em BI judicial, por perícia médica em BI com implantação judicial
AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM	
Anamnese	
Altura:	1,76
Peso:	+/-80kg
Dominância:	destro
Características da lesão/amputação:	
Etiologia:	Traumática
Traumática por:	Acidente de motocicleta
Membro(s) acometido(s):	membro inferior direito
Data da amputação/lesão/diagnóstico:	06/12/2014
Tempo de evolução:	8 anos
Queixas relatadas:	Requerente se queixa de dores na coluna lombar muita caimbra na perna que amputou e sente dor no pé e tornozelo E onde tem parafuso, relata que não consegue dormir à noite
Histórico de protetização, ortetização e uso de outros recursos assistivos	
Quantos, quando, quem forneceu, tipo, tempo de uso, incompatibilidades	Recebeu prótese da ABBR na época da amputação porém não se adaptou

Campo	Valor
anteriores, outras informações relacionadas:	pois a machucava na região inguinal
Outras solicitações de recursos assistivos	
Há processo de concessão em andamento através do Sistema Único de Saúde - SUS, outras instituições ou por outros meios?	Não
Reabilitação física	
Fez fisioterapia e/ou terapia ocupacional para adaptação e uso da prótese ou outros recursos assistivos (duração, intercorrências):	Sim
Especificar (Informar duração, intercorrência, etc)	Fez na época da amputação e está fazendo atualmente para dor na coluna
Uso de prótese na atividade laboral:	
Necessidades específicas, dificuldades e outras informações relacionadas:	Necessita da prótese para facilitar seu deslocamento e retorno ao trabalho em função compatível
História clínica	
Queixas atuais, hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo), lesões de órgãos alvos, em caso de ICC classificação de NYHA, tratamentos em curso, outras:	Nega etilismo e tabagismo. Nega HAS e DM nega doenças hereditárias ou congénitas.
Condições de acessibilidade	
Na habitação, no trabalho, nos trajetos:	Acesso a residência por rampa e degraus
Meio(s) de deslocamento(s) habitual(is):	Carro de passeio alugado (taxi e uber) refere que não dirige
Descrição de barreiras arquitetônicas e outras, se houver:	Não há
Atividades da Vida Diária (higiene, alimentação, vestuário, lazer, mobilidade, outras)	
Assinale:	Semi-independente
Descrição das dificuldades	Tem dificuldade de locomoção usa muletas e ainda apoia na esposa para outros movimentos como subir na balança
Exame Físico	
Geral:	Segurado em bom estado geral e de higiene, pouco cooperativo respondendo as solicitações verbais com coerência e má vontade, lucido e orientado no tempo e no espaço, memória e humor preservados no momento da avaliação, juízo crítico mantido, normobulílico e normopragmático, sem alterações do curso e conteúdo do pensamento, reflexos e equilíbrio preservados. Membros superiores hipertróficos, bem adaptado à muleta tipo canadense e movimenta-se com agilidade apesar e no inicio da pericia necessita da ajuda da esposa para tudo. Amputação de membro inferior direito acima da patela com hipotrofia acentuada de coxa e cicatriz bem constituída.
Neurológico:	Com queixa de caimbra e parestesia em membro amputado
Cardiopulmonar:	RCR 2T BNF sem sopros ou arritmias Pulmões limpos
Locomotor:	Deambula com auxílio de muletas bem adaptado Com queixas de insônia e nervosismo
Outros (alterações cognitivas, visuais, auditivas, nutricionais, abdominais, digestivas, urinárias e outras):	Não se aplica
Nível de amputação - MMSS	05. Amputação Transfemoral - 1/3 distal
Nível de amputação - MMII	Direita
Lateralidade da lesão:	Coto de bom aspecto com cicatriz estavel sem flogose sem edema, sem dor a palpação porem com queixa de hipersensibilidade
Condições do coto (pele/fâneros, circulação, trofismo/força/tônus muscular, rigidez articular, sensibilidade, membro/dor fantasma, espículas, neuromas, úlceras, aderência, sinas flogísticos, outros):	34cm x 14cm
Medição do coto:	
Membro contralateral	
Cicatrizes, desvios angulares e rotacionais, instabilidade e alterações degenerativas articulares, circulatórias, trofismo e força muscular, outros:	Membro inferior esquerdo com força preservada boa mobilidade do joelho e discreta redução da mobilidade do tornozelo E com cicatrizes medial e lateral de bom aspecto antigas sem flogose
Membro(s) não acometido(s)	
Amplitude de movimento, alterações tróficas, força muscular, alterações degenerativas articulares, instabilidades ligamentares, outros:	Membro inferior esquerdo com força preservada boa mobilidade do joelho e discreta redução da mobilidade do tornozelo E com cicatrizes medial e lateral de bom aspecto antigas sem flogose
Trauma Raqui Medular	
Nível, espasticidade, força muscular, controle de tronco, escaras, áreas de hiperpressão, outros:	Não houve
Outros Aspectos	
Prótese/outro recurso assistivo atual (Tipo, modelo, estado de conservação, adequabilidade, outros):	Não tem prótese
Expectativa em relação à nova prótese/recurso de Tecnologia Assistiva:	Com expectativa boa com relação a ganhar a prótese e voltar a andar sem muletas
Deseja manter:	Não
Locomoção/ Marcha - Características (cadeira de rodas, andador, bengala, muleta axilar/canadense, prótese, caminha sem apoio, padrão da marcha, caminha com ou sem auxílio de terceiros, outros):	Deambula com auxílio de muletas atualmente
Níveis de capacidade funcional K-Level	02. K 2 - Tem capacidade ou potencial para deambular com um baixo nível de capacidade para atravessar barreiras arquitetônicas, tais como guias de calçadas, escadas, ou superfícies irregulares. Típico de um amputado que se desloca de forma limitada na comunidade.
Exames de imagem	
Descrever os achados radiográficos e outros, se houver:	Raio X de tornozelo E em 02/12/2021 revela placa e parafusos em fibula E e parafuso em maleolo lateral E
Caso sejam feitos registros tais como fotografias, vídeos e outros tipos de imagens, o perito médico deve, obrigatoriamente, preencher o formulário	

Campo	Valor
editável do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Uso de Imagens Relacionadas ao Processo de Concessão de OPM, disponível em www.prbi/naaba formulários, que deverá ser anexado ao processo eletrônico do PMF Tarefas em formato PDF, com as devidas assinaturas.	
Conclusão	
Concluída a avaliação, indica-se a prescrição de Ótese, Prótese Ortopédica não Implantável, Meios Auxiliares de Locomoção e Acessórios?	Sim
Considerações médico periciais:	Requerente com boa expectativa com relação a protese porém com não muito interessado no retorno ao trabalho devido a problemas emocionais e gastrointestinais alegados
Encaminhamentos para o INSS:	Para protetização e posterior retorno ao trabalho e conclusão do processo de reabilitação profissional judicial obrigatório
Tipo de recurso material prescrito:	Prótese ortopédica não implantável de MMSS/MMII
Especificação detalhada do dispositivo de OPM prescrito, conforme parâmetros descritivos constantes em manual técnico:	TF10- Prótese ortopédica para amputação transfemoral endoesquelética (modular). Componentes em titânio. Encaixe de contato total, laminado em resina acrílica com reforço em fibras de carbono e fibras de vidro trançadas. Duas unidades de liner em silicone, com tirante e pontos de fixação que evitem a rotação do encaixe, de manuseio e colocação rápida. Encaixe de prova em termoplástico transparente. Joelho pneumático monocêntrico, para nível de atividade 2/3. Pé de resposta dinâmica em fibra de carbono para nível de atividade 2/3, com capa cosmética. Um par de calçados.(preferencia tênis tamanho 41)

Interessado(s)

CPF	Nome Completo	Data Nascimento	Nome Completo da Mãe
██████████	LUIZ ANTONIO DE ABREU JUNIOR	19/11/1981	JUSSARA MARIA DE MELLO ABREU

Procurador(es) / Representante(s) Legal(is)

A tarefa não possui procurador(es) / representante(s) legal(is).

CID Principal

S87 - Traumatismo por esmagamento da perna

Anexos

A tarefa não possui anexos.



Dados Básicos

Serviço Formulário - Perícia Médica Inicial de Reabilitação Profissional para Fins de Concessão de OPM	Status Concluída	Prioridade Normal
Unidade 01400 - SUBSECRETARIA DE PERÍCIA MÉDICA FEDERAL	Data de entrada do requerimento 25/07/2022 16:37	Canal de atendimento Aplicações Parceiras

Endereço para atendimento:

A tarefa não possui endereço para atendimento externo.

Campos adicionais:

Campo	Valor
ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM (a cargo do INSS)	
Origem do encaminhamento:	Perícia Médica
O requerente é segurado do INSS?	Sim
Situação Funcional/Forma de Filiação:	Empregado
Empresa:	Transportadora Jolivan
Está em gozo de Benefício por Incapacidade/Auxílio-Accidente?	Sim
Espécie/Nº do Benefício:	31/6229873935
Grau de instrução/escolaridade:	Ensino médio incompleto
Atividades profissionais em exercício (função, atividades, aspectos ergonômicos):	Auxiliar Administrativo
CNH:	Não
Cursos e capacitações profissionais realizados anteriores ao PRP:	não
Experiências profissionais anteriores ao PRP:	a mesma
Já foi reabilitado anteriormente com certificado de conclusão do PRP? Caso afirmativo, informe Data de desligamento do PRP, Função/atividade para a qual foi reabilitado e Restrições Laborais:	NÃO É REABILITADO
Situação do requerente:	Em Programa de Reabilitação Profissional
Para segurado em PRP, descreva a evolução. Informe sobre readaptação na empresa de vínculo, cursos/treinamentos profissionais, função proposta e outros dados pertinentes:	está na vaga PCD da empresa, mas precisa de prótese para retornar
Para segurado em PRP, transcreva as Restrições Laborais definidas pela PMF:	Evitar sobrecarga de membro inferior esquerdo
Registre e justifique o prognóstico de cumprimento do programa de reabilitação profissional (Favorável/Desfavorável):	FAVORÁVEL
Contexto Socioeconômico	
Informações referentes a: acessibilidade à residência e na comunidade, acesso a transporte público, acesso a reabilitação física e outras informações pertinentes.	acessibilidade mediana
Outras informações:	SEGURADA, 54 ANOS, ESTÁ REALIZANDO O ENSINO MÉDIO QUE SERÁ CONCLUIDO NO FINAL DE 2022, vinculada como auxiliar administrativa na Transportadora Jolivan, mas sem a prótese não consegue trabalhar por causa de barreira de acessibilidade na empresa
AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM	
Anamnese	
Altura:	1,53
Peso:	45
Dominância:	destra
Características da lesão/amputação:	
Etiologia:	Traumática
Traumática por:	Acidente de motocicleta
Membro(s) acometido(s):	Membro inferior esquerdo
Data da amputação/lesão/diagnóstico:	27/03/1987
Tempo de evolução:	35 anos
Queixas relatadas:	Segurada, 54 anos, refere que sofreu acidente de moto em 22/03/1987 causando fratura exposta perna E evoluiu com isquemia e amputação do MIE em 27/03/1987. Em 1990 recebeu prótese da ABBR ficou 3 anos mas usava pouco porque machucava muito até que quebrou não teve conserto e recebeu outra na ABBR 5 anos depois mas era mais estética só servia para percursos pequenos e era muito pesada. Atualmente encontra-se em benefício devido a dor e artrose em joelho D desde 2018, vinculada como assistente administrativo em empresa de transporte.

Campo	Valor
Histórico de protetização, ortetização e uso de outros recursos assistivos	
Quantos, quando, quem forneceu, tipo, tempo de uso, incompatibilidades anteriores, outras informações relacionadas:	Recebeu 2 proteses pela ABBR. Em 1990 recebeu prótese da ABBR ficou 3 anos mas usava pouco porque machucava muito até que quebrou não teve conserto e recebeu outra na ABBR 5 anos depois mas era mais estética só servia para percursos pequenos e era muito pesada.
Outras solicitações de recursos assistivos	
Há processo de concessão em andamento através do Sistema Único de Saúde - SUS, outras instituições ou por outros meios?	Não
Reabilitação física	
Fez fisioterapia e/ou terapia ocupacional para adaptação e uso da prótese ou outros recursos assistivos (duração, intercorrências):	Sim
Especificar (Informar duração, intercorrência, etc)	Fez fisioterapia na época em que recebeu as proteses hoje em dia está em tratamento conservador para dor na coluna e artrose em joelho.
Uso de prótese na atividade laboral:	
Necessidades específicas, dificuldades e outras informações relacionadas:	Trabalha como auxiliar administrativa e se não usar muleta terá os membros superiores livres para suas tarefas alem de propiciar alívio dos sintomas dolorosos na coluna e MID
História clínica	
Queixas atuais, hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo), lesões de órgãos alvos, em caso de ICC classificação de NYHA, tratamentos em curso, outras:	Nega etilismo e tabagismo. Nega outras doenças graves
Condições de acessibilidade	
Na habitação, no trabalho, nos trajetos:	Reside sozinha em local de acesso de escadas (kitinete no 2º andar). Facil acesso ao trabalho mas encontra-se em benefício.
Meio(s) de deslocamento(s) habitual(is):	Transporte público Onibus
Descrição de barreiras arquitetônicas e outras, se houver:	Não há
Atividades da Vida Diária (higiene, alimentação, vestuário, lazer, mobilidade, outras)	
Assinale:	Independente
Exame Físico	
Geral:	Requerente em bom estado geral e de higiene, cooperativa, corada, eupneica, hidratada, lúcida e orientada no tempo e no espaço, memória e humor preservados, vestes alinhadas, sem edemas em membro inferior direito, deambulação com uso de muletas canadenses, coto em 1/3 proximal de fêmur esquerdo de bom aspecto sem lesões sem alterações na pele sem alterações neurológicas sem edema sem flogose com boa mobilidade coxofemoral E. Sem contratura paravertebral cervical e lombar sem sinais de compressão medular cervical ou lombar Joelho direito sem edema sem sinais de derrame com boa mobilidade com crepitações a mobilização ativa. Sem alterações neurológicas no MIE e sem sinais de radiculopatia cervical ou lombar RCR 2T BNF sem sopros ou arritmias no momento Pulmões limpos sem ruidos adventícios Dor na coluna lombar e cervical e joelho D devido a artrose. Deambula com auxílio de muletas devido a amputação transfemoral alta em MIE Não apresenta
Neurológico:	
Cardiopulmonar:	RCR 2T BNF sem sopros ou arritmias no momento Pulmões limpos sem ruidos adventícios
Locomotor:	Dor na coluna lombar e cervical e joelho D devido a artrose. Deambula com auxílio de muletas devido a amputação transfemoral alta em MIE
Outros (alterações cognitivas, visuais, auditivas, nutricionais, abdominais, digestivas, urinárias e outras):	Não apresenta
Nível de amputação - MMSS	Não se aplica
Nível de amputação - MMII	03. Amputação Transfemoral - 1/3 proximal
Lateralidade da lesão:	Membro inferior Esquerdo
Condições do coto (pele/fâneros, circulação, trofismo/força/tônus muscular, rigidez articular, sensibilidade, membro/dor fantasma, espículas, neuromas, úlceras, aderência, sinais flogísticos, outros):	Coto de bom aspecto sem ferimentos sem edema sem flogose medindo 45x11x14cm
Medição do coto:	45x11x14cm
Membro contralateral	
Cicatrizes, desvios angulares e rotacionais, instabilidade e alterações degenerativas articulares, circulatórias, trofismo e força muscular, outros:	Apresenta gonartrose em oelho direito em tratamento conservador sem indicação cirúrgica, com força preservada sem lesões cutâneas com crepitação moderada a mobilização ativa
Membro(s) não acometido(s)	
Amplitude de movimento, alterações tróficas, força muscular, alterações degenerativas articulares, instabilidades ligamentares, outros:	Sem alterações
Trauma Raqui Medular	
Nível, espasticidade, força muscular, controle de tronco, escaras, áreas de hiperpressão, outros:	Não houve
Outros Aspectos	
Prótese/outro recurso assistivo atual (Tipo, modelo, estado de conservação, adequabilidade, outros):	Não está usando nenhuma prótese somente muletas para deambular
Expectativa em relação à nova prótese/recurso de Tecnologia Assistiva:	Está esperançosa em ganhar uma prótese que facilite seu dia a dia e consequentemente possa deixar de usar as muletas e melhorar das dores na coluna e na perna D
Deseja manter:	Não
Locomoção/ Marcha - Características (cadeira de rodas, andador, bengala, muleta axilar/canadense, prótese, caminha sem apoio, padrão da marcha, caminha com ou sem auxílio de terceiros, outros):	Deambula com auxílio de muletas
Níveis de capacidade funcional K-Level	02. K 2 - Tem capacidade ou potencial para deambular com um baixo nível de capacidade para atravessar barreiras arquitetônicas, tais como

Campo	Valor
Exames de imagem	guias de calçadas, escadas, ou superfícies irregulares. Típico de um amputado que se desloca de forma limitada na comunidade.
Descrever os achados radiográficos e outros, se houver:	Não apresentou exames radiológicos
Caso sejam feitos registros tais como fotografias, vídeos e outros tipos de imagens, o perito médico deve, obrigatoriamente, preencher o formulário editável do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Uso de Imagens Relacionadas ao Processo de Concessão de OPM, disponível em <a 126="" 27="" 375="" 389"="" data-label="Section-Header" href="http://www-prbi/na aba formulários, que deverá ser anexado ao processo eletrônico do PMF Tarefas em formato PDF, com as devidas assinaturas.</td><td></td></tr> <tr> <td>Conclusão</td><td></td></tr> <tr> <td>Concluída a avaliação, indica-se a prescrição de Órtese, Prótese Ortopédica não Implantável, Meios Auxiliares de Locomoção e Acessórios?</td><td>Sim</td></tr> <tr> <td>Considerações médico periciais:</td><td>Segurada necessita da prótese para melhorar sua qualidade de vida e permitir retorno ao trabalho</td></tr> <tr> <td>Encaminhamentos para o INSS:</td><td>Permitir retorno ao trabalho melhoria na qualidade de vida e locomoção Artigo 137 & 2º e art. 139 do decreto 3048/99</td></tr> <tr> <td>Tipo de recurso material prescrito:</td><td>Prótese ortopédica não implantável de MMSS/MMII</td></tr> <tr> <td>Especificação detalhada do dispositivo de OPM prescrito, conforme parâmetros descritivos constantes em manual técnico:</td><td>TF24-Prótese ortopédica para amputação transfemoral endoesquelética (modular).
Componentes em titânio. Encaixe de contenção/ apoio isquiático, quadrilátero ou de contato total, laminado em resina acrílica com reforço em fibras de carbono e fibras de vidro trançadas. Duas unidades de liner em silicone com anéis de vedação. Válvula com expulsão de ar automática, de manuseio e colocação rápida. Encaixe de prova em termoplástico transparente. Joelho hidráulico monocêntrico, que possibilite descer degraus com passos alternados para nível de atividade 3. Pé de resposta dinâmica em fibra de carbono para nível de atividade 3, com capa cosmética. Um par de calçados número 36 (preferência tênis) Capa cosmética do MIE removível.</td></tr> </tbody> </table> </div> <div data-bbox="> <h3>Interessado(s)</h3> 	

CPF	Nome Completo	Data Nascimento	Nome Completo da Mãe
[REDACTED]	MARIAN CARNEIRO DE MIRANDA	27/08/1967	MIRIAN CARNEIRO DE MIRANDA

Procurador(es) / Representante(s) Legal(is)

A tarefa não possui procurador(es) / representante(s) legal(is).

CID Principal

S781 - Amputação traumática localizada entre o joelho e o quadril

Anexos

A tarefa não possui anexos.



Dados Básicos

Serviço Formulário - Perícia Médica Inicial de Reabilitação Profissional para Fins de Concessão de OPM	Status Concluída	Prioridade Normal
Unidade 01400 - SUBSECRETARIA DE PERÍCIA MÉDICA FEDERAL	Data de entrada do requerimento 11/08/2022 15:26	Canal de atendimento Aplicações Parceiras

Endereço para atendimento:

A tarefa não possui endereço para atendimento externo.

Campos adicionais:

Campo	Valor
ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM (a cargo do INSS)	
Origem do encaminhamento:	Perícia Médica
O requerente é segurado do INSS?	Sim
Está em gozo de Benefício por Incapacidade/Auxílio-Accidente?	Sim
Espécie/Nº do Benefício:	31/6064042587
Grau de instrução/escolaridade:	Ensino médio completo
Atividades profissionais em exercício (função, atividades, aspectos ergonômicos):	NENHUMA
CNH:	Sim
Informar a categoria, as restrições e a validade/última renovação:	CATEGORIA A & B, VENCIDA
Cursos e capacitações profissionais realizados anteriores ao PRP:	NAO
Experiências profissionais anteriores ao PRP:	POLICIAL APOSENTADO
Já foi reabilitado anteriormente com certificado de conclusão do PRP? Caso afirmativo, informe Data de desligamento do PRP, Função/atividade para a qual foi reabilitado e Restrições Laborais:	NÃO É REABILITADO
Situação do requerente:	Em Programa de Reabilitação Profissional
Para segurado em PRP, descreva a evolução. Informe sobre readaptação na empresa de vínculo, cursos/treinamentos profissionais, função proposta e outros dados pertinentes:	NAO HOUVE
Para segurado em PRP, transcreva as Restrições Laborais definidas pela PMF:	PERITO DEVE PREENCHER
Registre e justifique o prognóstico de cumprimento do programa de reabilitação profissional (Favorável/Desfavorável):	FAVORAVEL
Contexto Socioeconômico	
Informações referentes a: acessibilidade à residência e na comunidade, acesso a transporte público, acesso a reabilitação física e outras informações pertinentes.	ESCADAS DENTRO DA RESIDÊNCIA PARA CHEGAR NO QUARTO
Outras informações:	SEGURADO, 54 ANOS, EM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO, POLICIAL APOSENTADO POR INVALIDEZ, COM AMPUTAÇÃO DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, ENSINO MÉDIO COMPLETO
AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM	
Anamnese	
Altura:	1,78
Peso:	80
Dominância:	destro
Características da lesão/amputação:	
Etiologia:	Traumática
Traumática por:	Acidente de motocicleta
Membro(s) acometido(s):	membro inferior esquerdo
Data da amputação/lesão/diagnóstico:	13/05/2014
Tempo de evolução:	8 anos
Queixas relatadas:	Segurado se queixa de dor fantasma em perna E fez cirurgia em Belo Horizonte que aliviou mas continua tomando remédios fortes para dor e para conseguir dormir
Histórico de protetização, ortetização e uso de outros recursos assistivos	
Quantos, quando, quem forneceu, tipo, tempo de uso, incompatibilidades anteriores, outras informações relacionadas:	Já recebeu prótese na ABBR mas não se adaptou pq é pesada e machuca muito o coto
Outras solicitações de recursos assistivos	
Há processo de concessão em andamento através do Sistema Único de Saúde - SUS, outras instituições ou por outros meios?	Sim
Especificar:	É policial militar reformado e solicitou a prótese lá mas nunca foi chamado

Campo	Valor
Reabilitação física	
Fez fisioterapia e/ou terapia ocupacional para adaptação e uso da prótese ou outros recursos assistivos (duração, intercorrências):	Sim
Especificar (Informar duração, intercorrência, etc)	Fez fisioterapia assim que amputou
Uso de prótese na atividade laboral:	
Necessidades específicas, dificuldades e outras informações relacionadas:	Necessita de prótese para facilitar sua deambulação. Antes de entrar em BI era policial reformado e fazia serviço de segurança particular e já teve taxi
História clínica	
Queixas atuais, hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo), lesões de órgãos alvos, em caso de ICC classificação de NYHA, tratamentos em curso, outras:	Nega etilismo e tabagismo, nega cardiopatias e diabetes, nega doenças congénitas ou hereditárias
Condições de acessibilidade	
Na habitação, no trabalho, nos trajetos:	Reside em casa com acesso por escadas com ônibus e carro na porta. Encontra-se em BI por incapacidade desde 2014
Meio(s) de deslocamento(s) habitual(is):	Carro de passeio próprio Dirige carro automático com CNH válida
Descrição de barreiras arquitetônicas e outras, se houver:	Não há
Atividades da Vida Diária (higiene, alimentação, vestuário, lazer, mobilidade, outras)	
Assinale:	Independente
Exame Físico	
Geral:	Requerente em bom estado geral e de higiene, cooperativo, lucido e orientado no tempo e no espaço, memória e humor preservados no momento da perícia, vestes alinhadas, eupneico, hidratado, sem edema em membro inferior direito. Com amputação transfemoral suprapatelar a E com coto estavel sem lesões sem edema sem ferimentos
Neurológico:	Com dores fantasma em perna E melhor após cirurgia
Cardiopulmonar:	RCR 2T BNF sem sopros ou arritmias Pulmões limpos sem ruidos adventícios
Locomotor:	Deambula com auxílio de muletas sem prótese
Outros (alterações cognitivas, visuais, auditivas, nutricionais, abdominais, digestivas, urinárias e outras):	Sem alterações
Nível de amputação - MMSS	Não se aplica
Nível de amputação - MMII	04. Amputação Transfemoral - 1/3 médio
Lateraldade da lesão:	Esquerda
Condições do coto (pele/fâneros, circulação, trofismo/força/tônus muscular, rigidez articular, sensibilidade, membro/dor fantasma, espículas, neuromas, úlceras, aderência, sinais flogísticos, outros):	Com coto estavel sem lesões sem edema sem ferimentos
Medição do coto:	30cmx25cm
Membro contralateral	
Cicatrizes, desvios angulares e rotacionais, instabilidade e alterações degenerativas articulares, circulatórias, trofismo e força muscular, outros:	Membro inferior direito com crepitação leve em joelho direito com boa mobilidade sem flogose sem edema sem instabilidade
Membro(s) não acometido(s)	
Amplitude de movimento, alterações tróficas, força muscular, alterações degenerativas articulares, instabilidades ligamentares, outros:	Com boa mobilidade força
Trauma Raqui Medular	
Nível, espasticidade, força muscular, controle de tronco, escaras, áreas de hiperpressão, outros:	Não houve
Outros Aspectos	
Prótese/outro recurso assistivo atual (Tipo, modelo, estado de conservação, adequabilidade, outros):	Não usa prótese somente muletas para deambular
Expectativa em relação à nova prótese/recurso de Tecnologia Assistiva:	Boa pois vai ajudá-lo nos seus deslocamentos e quem sabe voltar a trabalhar como taxista
Deseja manter:	Não
Locomoção/ Marcha - Características (cadeira de rodas, andador, bengala, muleta axilar/canadense, prótese, caminha sem apoio, padrão da marcha, caminha com ou sem auxílio de terceiros, outros):	Deambula com auxílio de muletas
Níveis de capacidade funcional K-Level	03. K 3 - Tem capacidade para deambular com cadência variável e para transpor barreiras arquitetônicas. Típico de um amputado que se desloca na comunidade e poderá ter atividade física, profissional ou terapêutica que exija a utilização da prótese além da simples locomoção.
Exames de imagem	
Descrever os achados radiográficos e outros, se houver:	Não trouxe
Caso sejam feitos registros tais como fotografias, vídeos e outros tipos de imagens, o perito médico deve, obrigatoriamente, preencher o formulário editável do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Uso de Imagens Relacionadas ao Processo de Concessão de OPM, disponível em <a 154="" 28="" 961="" 972"="" data-label="Page-Footer" href="http://www-prbi/na/aba/formulários, que deverá ser anexado ao processo eletrônico do PMF Tarefas em formato PDF, com as devidas assinaturas.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Conclusão</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Concluída a avaliação, indica-se a prescrição de Ótese, Prótese Ortopédica não Implantável, Meios Auxiliares de Locomoção e Acessórios?</td> <td>Sim</td> </tr> <tr> <td>Considerações médico periciais:</td> <td>Segurado reformado da polícia militar após o acidente porem gostaria de poder complementar a renda com serviços de taxista pois segurança particular acredita não ser mais possível</td> </tr> </tbody> </table> </div> <div data-bbox=">Emitido em: 13/11/2023 15:37	

Campo	Valor
Encaminhamentos para o INSS:	Boa pois vai ajuda-lo nos seus deslocamentos e quem sabe voltar a trabalhar como taxista
Tipo de recurso material prescrito:	Prótese ortopédica não implantável de MMSS/MMII
Especificação detalhada do dispositivo de OPM prescrito, conforme parâmetros descritivos constantes em manual técnico:	TF32- Prótese ortopédica para amputação transfemoral endoesquelética (modular). Componentes em titânio. Encaixe de apoio quadrilátero, em material laminado em resina acrílica rígida, reforçada com fibras de carbono e fibras de vidro trançadas. Válvula com expulsão de ar automática, de manuseio e colocação rápida. Encaixe de prova em termoplástico transparente. Joelho policêntrico pneumático para nível de atividade 2/3. Pé de resposta dinâmica em fibra de carbono para nível de atividade 2/3, com capa cosmética. Um par de calçados (tênis) tamanho 41.

Interessado(s)

CPF	Nome Completo	Data Nascimento	Nome Completo da Mãe
[REDACTED]	PAULO ROBERTO LOPES ANDRADE	08/08/1968	MARLY DE LIMA ANDRADE

Procurador(es) / Representante(s) Legal(is)

A tarefa não possui procurador(es) / representante(s) legal(is).

CID Principal

S789 - Amputação traumática do quadril e coxa nível não especificado

Anexos

A tarefa não possui anexos.



Dados Básicos

Serviço Formulário - Perícia Médica Inicial de Reabilitação Profissional para Fins de Concessão de OPM	Status Concluída	Prioridade Normal
Unidade 01400 - SUBSECRETARIA DE PERÍCIA MÉDICA FEDERAL	Data de entrada do requerimento 03/11/2021 16:00	Canal de atendimento Aplicações Parceiras

Endereço para atendimento:

A tarefa não possui endereço para atendimento externo.

Campos adicionais:

Campo	Valor
ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM (a cargo do INSS)	
Origem do encaminhamento:	Perícia Médica
O requerente é segurado do INSS?	Sim
Está em gozo de Benefício por Incapacidade/Auxílio-Accidente?	Sim
Espécie/Nº do Benefício:	31/6063525088
Grau de instrução/escolaridade:	Ensino fundamental completo
Atividades profissionais em exercício (função, atividades, aspectos ergonômicos):	Servente de Obra
CNH:	Não
Cursos e capacitações profissionais realizados anteriores ao PRP:	Sem histórico de cursos
Experiências profissionais anteriores ao PRP:	A CONFIRMAR
Já foi reabilitado anteriormente com certificado de conclusão do PRP? Caso afirmativo, informe Data de desligamento do PRP, Função/atividade para a qual foi reabilitado e Restrições Laborais:	A confirmar
Situação do requerente:	Em Programa para fins de recebimento, reparo ou manutenção de OPM
Para segurado em PRP, descreva a evolução. Informe sobre readaptação na empresa de vínculo, cursos/treinamentos profissionais, função proposta e outros dados pertinentes:	Aguarda protetização para reprofissionalização
Para segurado em PRP, transcreva as Restrições Laborais definidas pela PMF:	A CONFIRMAR
Registre e justifique o prognóstico de cumprimento do programa de reabilitação profissional (Favorável/Desfavorável):	FAVORAVEL
Contexto Socioeconômico	
Informações referentes a: acessibilidade à residência e na comunidade, acesso a transporte público, acesso a reabilitação física e outras informações pertinentes.	A COMPLETAR
Outras informações:	SEM MAIS
AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM	
Anamnese	
Altura:	1,70
Peso:	71,5
Dominância:	Destro
Características da lesão/amputação:	
Etiologia:	Traumática
Traumática por:	Acidente de motocicleta
Membro(s) acometido(s):	Membro inferior esquerdo
Data da amputação/lesão/diagnóstico:	01/05/2014
Tempo de evolução:	7 anos
Queixas relatadas:	Dor no coto.
Histórico de protetização, ortetização e uso de outros recursos assistivos	
Quantos, quando, quem forneceu, tipo, tempo de uso, incompatibilidades anteriores, outras informações relacionadas:	Última prótese há 5 anos, mas não sabe especificar o modelo (concedida pelo SUS - ABBR). Não se adaptou a prótese por dor. Em processo nova protetização no SUS – consulta marcada para dezembro de 2021.
Outras solicitações de recursos assistivos	
Há processo de concessão em andamento através do Sistema Único de Saúde - SUS, outras instituições ou por outros meios?	Sim
Especificar:	ABBR
Reabilitação física	

Campo	Valor
Fez fisioterapia e/ou terapia ocupacional para adaptação e uso da prótese ou outros recursos assistivos (duração, intercorrências):	Sim
Especificar (Informar duração, intercorrência, etc)	Fisioterapia - 2 x/semana
Uso de prótese na atividade laboral:	
Necessidades específicas, dificuldades e outras informações relacionadas:	Mora em comunidade com ruas de terra, residência em casa, rua plana. Pequena rampa para entrada em casa.
História clínica	
Queixas atuais, hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo), lesões de órgãos alvos, em caso de ICC classificação de NYHA, tratamentos em curso, outras:	Sem co-morbidades. Sequela de fratura no membro superior esquerdo.
Condições de acessibilidade	
Na habitação, no trabalho, nos trajetos:	Comunidade com ruas de terra, residência em casa, rua plana. Pequena rampa para entrada em casa.
Meio(s) de deslocamento(s) habitual(is):	Ônibus e trem.
Descrição de barreiras arquitetônicas e outras, se houver:	Pequena rampa para entrada em casa, mas já colocado corrimão para auxiliar seu deslocamento.
Atividades da Vida Diária (higiene, alimentação, vestuário, lazer, mobilidade, outras)	
Assinale:	Independente
Exame Físico	
Geral:	Lúcido e orientado no tempo e no espaço. Bom estado geral. Vestes adequadas e discurso coerente. Deambula com uso de duas muletas. Amputação supra patelar do membro inferior esquerdo. Coto de amputação – 23 cm x 51 cm, sem lesões, com bom coxim gorduroso, sem espículas ósseas. Boa mobilidade e bom trofismo sem alterações de sensibilidade. Mm. quadríceps a direita bem desenvolvida. Membro superior esquerdo: Cicatrizes cirúrgicas bem constituídas no cotovelo esquerdo. Bloqueio da flexão do antebraço a partir de 30 G. Sem alterações.
Neurológico:	Sem alterações.
Cardiopulmonar:	Deambula com uso de duas muletas. Amputação supra patelar do membro inferior esquerdo. Coto de amputação – 23 cm x 51 cm, sem lesões, com bom coxim gorduroso, sem espículas ósseas. Boa mobilidade e bom trofismo sem alterações de sensibilidade. Mm. quadríceps a direita bem desenvolvida. Membro superior esquerdo: Cicatrizes cirúrgicas bem constituídas no cotovelo esquerdo. Bloqueio da flexão do antebraço a partir de 30 G. Sem alterações.
Locomotor:	Sem alterações.
Outros (alterações cognitivas, visuais, auditivas, nutricionais, abdominais, digestivas, urinárias e outras):	Nível de amputação - MMSS Nível de amputação - MMII Lateraldade da lesão: Condições do coto (pele/fâneros, circulação, trofismo/força/tônus muscular, rigidez articular, sensibilidade, membro/dor fantasma, espículas, neuromas, úlceras, aderência, sinas flogísticos, outros): Medição do coto: Membro contralateral Cicatrizes, desvios angulares e rotacionais, instabilidade e alterações degenerativas articulares, circulatórias, trofismo e força muscular, outros:
Membro(s) não acometido(s)	Não se aplica 04. Amputação Transfemoral - 1/3 médio Membro inferior esquerdo Coto de amputação – 23 cm x 51 cm, sem lesões, com bom coxim gorduroso, sem espículas ósseas. Boa mobilidade e bom trofismo sem alterações de sensibilidade 23 cm x 51 cm
Trauma Raqui Medular	Boa mobilidade Mm. quadríceps a direita bem desenvolvida
Nível, espasticidade, força muscular, controle de tronco, escaras, áreas de hiperpressão, outros:	Membro superior esquerdo: Cicatrizes cirúrgicas bem constituídas no cotovelo esquerdo. Bloqueio da flexão do antebraço a partir de 30 G.
Outros Aspectos	Não se aplica
Prótese/outro recurso assistivo atual (Tipo, modelo, estado de conservação, adequabilidade, outros):	Última prótese há 5 anos, mas não sabe informar o modelo. Não se adaptou ao encaixe da prótese. Acredita que a prótese melhorará o seu deslocamento, vida social e talvez possibilite o seu retorno ao mercado de trabalho.
Expectativa em relação à nova prótese/recurso de Tecnologia Assistiva:	Não Não Deambula com auxílio de muletas canadenses
Deseja manter:	03. K 3 - Tem capacidade para deambular com cadência variável e para transportar barreiras arquitetônicas. Típico de um amputado que se desloca na comunidade e poderá ter atividade física, profissional ou terapêutica que exija a utilização da prótese além da simples locomoção.
Exames de imagem	Não apresenta exames complementares.
Descrever os achados radiográficos e outros, se houver:	Caso sejam feitos registros tais como fotografias, vídeos e outros tipos de imagens, o perito médico deve, obrigatoriamente, preencher o formulário editável do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Uso de Imagens

Campo	Valor
Relacionadas ao Processo de Concessão de OPM, disponível em www-prbi/na aba formulários, que deverá ser anexado ao processo eletrônico do PMF Tarefas em formato PDF, com as devidas assinaturas.	
Conclusão	
Concluída a avaliação, indica-se a prescrição de Órtese, Prótese Ortopédica não Implantável, Meios Auxiliares de Locomoção e Acessórios?	Sim
Considerações médico periciais:	Segurado 36 anos, fundamental completo, última função exercida como pedreiro. Experiência prévio: porteiro. Amputação no membro inferior esquerdo que determina incapacidade laborativa parcial e temporária. Segurado 36 anos, fundamental completo. Amputação no membro inferior esquerdo que determina incapacidade laborativa parcial e temporária. Concluímos que a protetização pode auxiliar seu retorno ao mercado de trabalho. Vale ressaltar, que a ausência de prótese não determina nenhum impedimento para o processo de profissionalização. Prótese ortopédica não implantável de MMSS/MMII
Encaminhamentos para o INSS:	
Tipo de recurso material prescrito:	
Especificação detalhada do dispositivo de OPM prescrito, conforme parâmetros descritivos constantes em manual técnico:	Componentes em titânio. Encaixe de contenção isquiático, quadrilátero ou apoio total, em material termoplástico flexível, laminado em resina acrílica rígida, reforçada com fibras de carbono e fibras de vidro trançadas, com abertura de janelas se necessário. Válvula com expulsão de ar automática, de manuseio e colocação rápida. Encaixe de prova em termoplástico transparente. Acessório para colocação da prótese. Joelho hidráulico monocêntrico, que possibilite descer degraus com passos alternados para nível de atividade 3. Pé de resposta dinâmica em fibra de carbono para nível de atividade 3, com capa cosmética. Um par de calçados.

Interessado(s)

CPF	Nome Completo	Data Nascimento	Nome Completo da Mãe
██████████	FLAVIO DO SACRAMENTO NASCIMENTO	02/12/1985	IVANA EVANGELISTA DO SACRAMENTO

Procurador(es) / Representante(s) Legal(is)

A tarefa não possui procurador(es) / representante(s) legal(is).

CID Principal

S781 - Amputação traumática localizada entre o joelho e o quadril

Anexos

A tarefa não possui anexos.



Dados Básicos

Serviço Formulário - Perícia Médica Inicial de Reabilitação Profissional para Fins de Concessão de OPM	Status Concluída	Prioridade Normal
Unidade 01400 - SUBSECRETARIA DE PERÍCIA MÉDICA FEDERAL	Data de entrada do requerimento 31/08/2022 11:15	Canal de atendimento Aplicações Parceiras

Endereço para atendimento:

A tarefa não possui endereço para atendimento externo.

Campos adicionais:

Campo	Valor
ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM (a cargo do INSS)	
Origem do encaminhamento:	Perícia Médica
O requerente é segurado do INSS?	Sim
Situação Funcional/Forma de Filiação:	Empregado
Empresa:	EXPRESSO PÉGASO LTDA
Está em gozo de Benefício por Incapacidade/Auxílio-Accidente?	Sim
Espécie/Nº do Benefício:	NB ESP 31 = 5402456360
Grau de instrução/escolaridade:	Ensino fundamental incompleto
Atividades profissionais em exercício (função, atividades, aspectos ergonômicos):	AFASTADO DO TRABALHO
CNH:	Sim
Informar a categoria, as restrições e a validade/última renovação:	CNH CATEGORIA "D" APTO PARA VEÍCULOS ADAPTADOS
Cursos e capacitações profissionais realizados anteriores ao PRP:	APENAS MOTORISTA COM CNH PROFISSIONAL
Experiências profissionais anteriores ao PRP:	EMPRESAS DE TRANSPORTES COM VÍNCULOS COMO MOTORISTA
Já foi reabilitado anteriormente com certificado de conclusão do PRP? Caso afirmativo, informe Data de desligamento do PRP, Função/atividade para a qual foi reabilitado e Restrições Laborais:	NEGATIVO
Situação do requerente:	Em Programa de Reabilitação Profissional
Para segurado em PRP, descreva a evolução. Informe sobre readaptação na empresa de vínculo, cursos/treinamentos profissionais, função proposta e outros dados pertinentes:	EMPRESA DE VÍNCULO NÃO OFERECE FUNÇÃO PARA READAPTAÇÃO, NO MOMENTO AGUARDA REATIVAÇÃO DO CONVÉNIO COM SENAC PARA CURSAR PORTEIRO E VIGIA, CONSIDERADO COMPATÍVEL E CABE VERIFICAR A ATUALIZAÇÃO DA CNH PARA POSSIBILIDADE DE DIRIGIR VEÍCULO ADAPTADO CASO A EMPRESA TENHA NA SUA FROTA ESSE TIPO DE VEÍCULO E NOVAMENTE SER QUESTIONADA SOBRE A READAPTAÇÃO DA CNH
Para segurado em PRP, transcreva as Restrições Laborais definidas pela PMF:	PARA ATIVIDADES QUE EXIJAM DEAMBULAÇÃO FREQUENTE E PROLONGADA E/OU QUE EXIJAM MOVIMENTOS REPETITIVOS DE MEMBROS INFERIORES
Registre e justifique o prognóstico de cumprimento do programa de reabilitação profissional (Favorável/Desfavorável):	FAVORÁVEL PARA READAPTAÇÃO EM OUTRA ATIVIDADE OU COMO MOTORISTA EM VEÍCULO ADAPTADO
Contexto Socioeconômico	
Informações referentes a: acessibilidade à residência e na comunidade, acesso a transporte público, acesso a reabilitação física e outras informações pertinentes.	DESCONHEÇO
Outras informações:	DESCONHEÇO
AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM	
Anamnese	
Altura:	1,80 m
Peso:	113 kg
Dominância:	destro
Características da lesão/amputação:	
Etiologia:	Traumática
Traumática por:	Acidente de motocicleta
Membro(s) acometido(s):	esquerda
Data da amputação/lesão/diagnóstico:	08/03/2010
Tempo de evolução:	Informa colisão de carro com moto (estava na moto), sofrendo amputação transtibial esquerda, que evoluiu com necrose do coto, evoluindo com infecção e necessidade de amputação transfemural.
Queixas relatadas:	Sem queixas algícas. Informa sensação de dor fantasma nas alterações de temperatura.
Histórico de protetização, ortetização e uso de outros recursos assistivos	

Campo	Valor
Quantos, quando, quem forneceu, tipo, tempo de uso, incompatibilidades anteriores, outras informações relacionadas:	Unica tentativa de protetização antes da pandemia, mal sucedida devido ao peso da protese.
Outras solicitações de recursos assistivos	
Há processo de concessão em andamento através do Sistema Único de Saúde - SUS, outras instituições ou por outros meios?	Não
Reabilitação física	
Fez fisioterapia e/ou terapia ocupacional para adaptação e uso da prótese ou outros recursos assistivos (duração, intercorrências):	Sim
Especificar (Informar duração, intercorrência, etc)	Historico de reabilitação por dois meses na época da tentativa de protetização pelo INSS.
Uso de prótese na atividade laboral:	
Necessidades específicas, dificuldades e outras informações relacionadas:	Ainda não definiu nada quadro ao programa. CNH acautelada (sic) há 5 anos.
História clínica	
Queixas atuais, hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo), lesões de órgãos alvos, em caso de ICC classificação de NYHA, tratamentos em curso, outras:	Nada digno de nota. Nega tabagismo e etilismo. Nega uso de medicações.
Condições de acessibilidade	
Na habitação, no trabalho, nos trajetos:	Mora em rua não asfaltada. Escadas na casa.
Meio(s) de deslocamento(s) habitual(is):	Só se desloca de carro particular. Informa que não se adaptou ao uso de muletas, com perda de equilíbrio.
Descrição de barreiras arquitetônicas e outras, se houver:	Escadas no domicílio.
Atividades da Vida Diária (higiene, alimentação, vestuário, lazer, mobilidade, outras)	
Assinale:	Semi-independente
Descrição das dificuldades	Depende de auxilio para carregar o prato de comida. Toma banho sentado.
Exame Físico	
Geral:	Bom estado geral. Sem queixas.
Neurológico:	Força grau 5 membro inferior direito. Força grau 5 movimentos de adução/abdução/flexão/extensão coxa esquerda (coto).
Cardiopulmonar:	Nada digno de nota.
Locomotor:	Deambula com duas muletas.
Outros (alterações cognitivas, visuais, auditivas, nutricionais, abdominais, digestivas, urinárias e outras):	Nada digno de nota.
Nível de amputação - MMSS	Não se aplica
Nível de amputação - MMII	05. Amputação Transfemoral - 1/3 distal
Lateralidade da lesão:	Esquerdo.
Condições do coto (pele/fâneros, circulação, trofismo/força/tônus muscular, rigidez articular, sensibilidade, membro/dor fantasma, espículas, neuromas, úlceras, aderência, sinais flogísticos, outros):	Força grau 5 coto de amputação em todos os movimentos. Sem sinais de hipoestesia. Escurecimento pele na extremidade do coto.
Medição do coto:	31 cm a partir do GT/38 cm a partir da crista ilaca/ 57 cm diâmetro
Membro contralateral	
Cicatrizes, desvios angulares e rotacionais, instabilidade e alterações degenerativas articulares, circulatórias, trofismo e força muscular, outros:	Nada digno de nota.
Membro(s) não acometido(s)	
Amplitude de movimento, alterações tróficas, força muscular, alterações degenerativas articulares, instabilidades ligamentares, outros:	Nada digno de nota.
Trauma Raqui Medular	
Nível, espasticidade, força muscular, controle de tronco, escaras, áreas de hiperpressão, outros:	Não se aplica.
Outros Aspectos	
Prótese/outro recurso assistivo atual (Tipo, modelo, estado de conservação, adequabilidade, outros):	Não possui prótese atualmente.
Expectativa em relação à nova prótese/recurso de Tecnologia Assistiva:	Boas expectativas em relação à protetização.
Deseja manter:	Não
Locomoção/ Marcha - Características (cadeira de rodas, andador, bengala, muleta axilar/canadense, prótese, caminha sem apoio, padrão da marcha, caminha com ou sem auxílio de terceiros, outros):	Deambula com auxilio de duas muletas e com auxilio de terceiros.
Níveis de capacidade funcional K-Level	03. K 3 - Tem capacidade para deambular com cadência variável e para transpor barreiras arquitetônicas. Típico de um amputado que se desloca na comunidade e poderá ter atividade física, profissional ou terapêutica que exija a utilização da prótese além da simples locomoção.
Exames de imagem	
Descrever os achados radiográficos e outros, se houver:	Não apresenta exames de imagem.
Caso sejam feitos registros tais como fotografias, vídeos e outros tipos de imagens, o perito médico deve, obrigatoriamente, preencher o formulário editável do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Uso de Imagens Relacionadas ao Processo de Concessão de OPM, disponível em www-prb/1 na aba formulários, que deverá ser anexado ao processo eletrônico do PMF Tarefas em formato PDF, com as devidas assinaturas.	
Conclusão	
Concluída a avaliação, indica-se a prescrição de Órtese, Prótese Ortopédica não Implantável, Meios Auxiliares de Locomoção e Acessórios?	Sim
Considerações médico periciais:	Segurado de 42 anos, rodoviário empregado, escolaridade 5a serie. Aguardando definição de programa. Indicada protetização para dar prosseguimento ao programa.
Encaminhamentos para o INSS:	Necessário escolher programa profissional para dar continuidade ao

Campo	Valor
Tipo de recurso material prescrito:	processo de protetização. Indicada protetização. Prótese ortopédica não implantável de MMSS/MMII
Especificação detalhada do dispositivo de OPM prescrito, conforme parâmetros descritivos constantes em manual técnico:	Prótese ortopédica para amputação transfemoral endoesquelética (modular). Componentes titânio. Encaixe de contenção isquiático laminado em resina acrílica com reforço em fibras de carbono e fibras de vidro trançadas. Duas unidades de liner em silicone com anéis de vedação. Válvula com expulsão de ar automática, de manuseio e colocação rápida. Encaixe de prova em termoplástico transparente. Joelho hidráulico monocêntrico, que possibilite descer degraus com passos alternados para nível de atividade 3. Pé de resposta dinâmica em fibra de carbono para nível de atividade 3, com capa cosmética. Um par de calçados.

Interessado(s)

CPF	Nome Completo	Data Nascimento	Nome Completo da Mãe
██████████	ROBERTO DONATO DA SILVA	28/05/1981	MARIA DE LOUDES DONATO DA SILVA

Procurador(es) / Representante(s) Legal(is)

A tarefa não possui procurador(es) / representante(s) legal(is).

CID Principal

S88 - Amputação traumática da perna

Anexos

A tarefa não possui anexos.



Dados Básicos

Serviço Formulário - Perícia Médica Inicial de Reabilitação Profissional para Fins de Concessão de OPM	Status Concluída	Prioridade Normal
Unidade 01400 - SUBSECRETARIA DE PERÍCIA MÉDICA FEDERAL	Data de entrada do requerimento 03/11/2021 15:39	Canal de atendimento Aplicações Parceiras

Endereço para atendimento:

A tarefa não possui endereço para atendimento externo.

Campos adicionais:

Campo	Valor
ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM (a cargo do INSS)	
Origem do encaminhamento:	Perícia Médica
O requerente é segurado do INSS?	Sim
Situação Funcional/Forma de Filiação:	Empregado
Empresa:	Unidos Calhas Instalação e Manutenção
Está em gozo de Benefício por Incapacidade/Auxílio-Accidente?	Sim
Espécie/Nº do Benefício:	91/6063273712
Grau de instrução/escolaridade:	Ensino fundamental incompleto
Atividades profissionais em exercício (função, atividades, aspectos ergonômicos):	Instalador de Calhas
CNH:	Não
Cursos e capacitações profissionais realizados anteriores ao PRP:	Sem histórico de cursos
Experiências profissionais anteriores ao PRP:	A CONFIRMAR
Já foi reabilitado anteriormente com certificado de conclusão do PRP? Caso afirmativo, informe Data de desligamento do PRP, Função/atividade para a qual foi reabilitado e Restrições Laborais:	NÃO
Situação do requerente:	Em Programa para fins de recebimento, reparo ou manutenção de OPM
Para segurado em PRP, descreva a evolução. Informe sobre readaptação na empresa de vínculo, cursos/treinamentos profissionais, função proposta e outros dados pertinentes:	Segurado aguarda a protetização para iniciar a reprofissionalização Cursava melhoria de escolaridade
Para segurado em PRP, transcreva as Restrições Laborais definidas pela PMF:	Limitação para funções que exijam deambulação ou ortostatismo prolongados, subir e descer escadas"
Registre e justifique o prognóstico de cumprimento do programa de reabilitação profissional (Favorável/Desfavorável):	FAVORAVEL
Contexto Socioeconômico	
Informações referentes a: acessibilidade à residência e na comunidade, acesso a transporte público, acesso a reabilitação física e outras informações pertinentes.	A COMPLETAR
Outras informações:	SEM MAIS
AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM	
Anamnese	
Altura:	179 m
Peso:	76 com a protese
Dominância:	Destro
Características da lesão/amputação:	
Etiologia:	Traumática
Traumática por:	Acidente de carro
Membro(s) acometido(s):	perna esquerda
Data da amputação/lesão/diagnóstico:	17/04/2014
Tempo de evolução:	7 anos
Queixas relatadas:	em uso de proteses concedida pela ABBR
Histórico de protetização, ortetização e uso de outros recursos assistivos	
Quantos, quando, quem forneceu, tipo, tempo de uso, incompatibilidades anteriores, outras informações relacionadas:	recebeu 2 proteses pela ABBR ultima recebida ha 3 anos, atualmente em usa mas com pouco mobilidade , com dor no encaixe dificuldade deambular com dor na coluna e virilha
Outras solicitações de recursos assistivos	
Há processo de concessão em andamento através do Sistema Único de Saúde - SUS, outras instituições ou por outros meios?	Não
Reabilitação física	

Campo	Valor
Fez fisioterapia e/ou terapia ocupacional para adaptação e uso da prótese ou outros recursos assistivos (duração, intercorrências):	Sim
Especificar (Informar duração, intercorrência, etc)	não completou a fisioterapia
Uso de prótese na atividade laboral:	
Necessidades específicas, dificuldades e outras informações relacionadas:	necessita prótese para deambular e exercer atividades laborais
História clínica	
Queixas atuais, hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo), lesões de órgãos alvos, em caso de ICC classificação de NYHA, tratamentos em curso, outras:	nega patologias
Condições de acessibilidade	
Na habitação, no trabalho, nos trajetos:	habitação: terrea sem escadas
Meio(s) de deslocamento(s) habitual(is):	rua com ladeira ate cehar na sua casa
Descrição de barreiras arquitetônicas e outras, se houver:	onibus,ponto de onibus proximo a sua residencia dificuldade no transporte publico
Atividades da Vida Diária (higiene, alimentação, vestuário, lazer, mobilidade, outras)	
Assinale:	Independente
Exame Físico	
Geral:	Bom estado geral lucido e orientado corado hidratado eupneico afebril boa perfusão capilar sem alterações
Neurológico:	
Cardiopulmonar:	ACV RCR 2 T BNF sem sopros Ar MV universalmente audível sem RA deambula com marcha claudicante em uso de próteses em MIE hipotrofia coxa esq , restante normal sem alterações
Locomotor:	
Outros (alterações cognitivas, visuais, auditivas, nutricionais, abdominais, digestivas, urinárias e outras):	
Nível de amputação - MMSS	Não se aplica
Nível de amputação - MMII	04. Amputação Transfemoral - 1/3 médio esq 35 cm anterior e 30cm lateral a partir de grande trocante 49 diâmetro coxa
Lateraldade da lesão:	sem alterações de pele, tem invaginação em face lateral esquerda , sem alterações de sensibilidade 35 cm
Condições do coto (pele/fâneros, circulação, trofismo/força/tônus muscular, rigidez articular, sensibilidade, membro/dor fantasma, espículas, neuromas, úlcera, aderência, sinais flogísticos, outros):	
Medição do coto:	
Membro contralateral	
Cicatrizes, desvios angulares e rotacionais, instabilidade e alterações degenerativas articulares, circulatórias, trofismo e força muscular, outros:	sem alterações
Membro(s) não acometido(s)	
Amplitude de movimento, alterações tróficas, força muscular, alterações degenerativas articulares, instabilidades ligamentares, outros:	sem alterações
Trauma Raqui Medular	
Nível, espasticidade, força muscular, controle de tronco, escaras, áreas de hiperpressão, outros:	não se aplica
Outros Aspectos	
Prótese/outro recurso assistivo atual (Tipo, modelo, estado de conservação, adequabilidade, outros):	prótese transfemural MIE sem boa conservação encaixe quadrilatero com apoio isquiático melhora da mobilidade para permitir retorno ao trabalho
Expectativa em relação à nova prótese/recurso de Tecnologia Assistiva:	
Deseja manter:	Não
Locomoção/ Marcha - Características (cadeira de rodas, andador, bengala, muleta axilar/canadense, prótese, caminha sem apoio, padrão da marcha, caminha com ou sem auxílio de terceiros, outros):	marcha claudicante pela ma adaptação a prótese atual
Níveis de capacidade funcional K-Level	03. K 3 - Tem capacidade para deambular com cadência variável e para transpor barreiras arquitetônicas. Típico de um amputado que se desloca na comunidade e poderá ter atividade física, profissional ou terapêutica que exija a utilização da prótese além da simples locomoção.
Exames de imagem	
Descrever os achados radiográficos e outros, se houver:	não trouxe
Caso sejam feitos registros tais como fotografias, vídeos e outros tipos de imagens, o perito médico deve, obrigatoriamente, preencher o formulário editável do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Uso de Imagens Relacionadas ao Processo de Concessão de OPM, disponível em <a 154="" 28="" 961="" 972"="" data-label="Page-Footer" href="http://www-prbi/na aba formulários, que deverá ser anexado ao processo eletrônico do PMF Tarefas em formato PDF, com as devidas assinaturas.</td><td></td></tr> <tr> <td>Conclusão</td><td></td></tr> <tr> <td>Concluída a avaliação, indica-se a prescrição de Órtese, Prótese Ortopédica não Implantável, Meios Auxiliares de Locomoção e Acessórios?</td><td>Sim</td></tr> <tr> <td>Considerações médico periciais:</td><td>Segurado de 40 anos com ensino medio incompleto (2º ano) sofreu acidente de trabalho em 2014 com corrente eletrica levando a amputação transfemural necessitando protetização para retorno ao trabalho. seguir com programa profissional
protetização e seguir com programa profissional</td></tr> <tr> <td>Encaminhamentos para o INSS:</td><td>prótese ortopédica não implantável de MMSS/MMII</td></tr> <tr> <td>Tipo de recurso material prescrito:</td><td>Prótese ortopédica para amputação transfemoral endoesquelética (modular). Componentes titânio. Encaixe de apoio/contenção isquiático, em material termoplástico flexível, laminado em resina acrílica rígida,</td></tr> <tr> <td>Especificação detalhada do dispositivo de OPM prescrito, conforme parâmetros descritivos constantes em manual técnico:</td><td></td></tr> </tbody> </table> </div> <div data-bbox=">Emitido em: 13/11/2023 16:07	

Campo	Valor
	reforçada com fibras de carbono e fibras de vidro trançadas, com abertura de janelas se necessário. Válvula com expulsão de ar automática, de manuseio e colocação rápida. Encaixe de prova em termoplástico transparente. Acessório para colocação da prótese. Joelho hidráulico monocêntrico, que possibilite descer degraus com passos alternados para nível de atividade 3. Pé de resposta dinâmica em fibra de carbono para nível de atividade 3, com capa cosmética. Um par de calçados. Acompanha um rotador de joelho

Interessado(s)

CPF	Nome Completo	Data Nascimento	Nome Completo da Mãe
[REDACTED]	CARLOS JOSE BARBOSA FARIA	19/03/1981	ANA LUCIA BARBOSA FARIA

Procurador(es) / Representante(s) Legal(is)

A tarefa não possui procurador(es) / representante(s) legal(is).

CID Principal

S781 - Amputação traumática localizada entre o joelho e o quadril

Anexos

A tarefa não possui anexos.



Dados Básicos

Serviço Formulário - Perícia Médica Inicial de Reabilitação Profissional para Fins de Concessão de OPM	Status Concluída	Prioridade Normal
Unidade 01400 - SUBSECRETARIA DE PERÍCIA MÉDICA FEDERAL	Data de entrada do requerimento 03/11/2021 15:31	Canal de atendimento Aplicações Parceiras

Endereço para atendimento:

A tarefa não possui endereço para atendimento externo.

Campos adicionais:

Campo	Valor
ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM (a cargo do INSS)	
Origem do encaminhamento:	Perícia Médica
O requerente é segurado do INSS?	Sim
Situação Funcional/Forma de Filiação:	Empregado
Empresa:	Via Varejo SA
Está em gozo de Benefício por Incapacidade/Auxílio-Accidente?	Sim
Espécie/Nº do Benefício:	6033849098
Grau de instrução/escolaridade:	Ensino médio completo
Atividades profissionais em exercício (função, atividades, aspectos ergonômicos):	Montador de Móveis
CNH:	Não
Cursos e capacitações profissionais realizados anteriores ao PRP:	Sem histórico de cursos
Experiências profissionais anteriores ao PRP:	Sem informacoes
Já foi reabilitado anteriormente com certificado de conclusão do PRP? Caso afirmativo, informe Data de desligamento do PRP, Função/atividade para a qual foi reabilitado e Restrições Laborais:	não
Situação do requerente:	Em Programa de Reabilitação Profissional
Para segurado em PRP, descreva a evolução. Informe sobre readaptação na empresa de vínculo, cursos/treinamentos profissionais, função proposta e outros dados pertinentes:	O segurado aguardava curso em área administrativa no SENAC EV após longo período com postura omissa referente a readaptacao, ofertou funcao de Vendedor de loja, estamos aguardando retorno da EV quanto a cumprimento de período de treinamento
Para segurado em PRP, transcreva as Restrições Laborais definidas pela PMF:	Vencer obstáculos, subir e descer escadas, agachamentos
Registre e justifique o prognóstico de cumprimento do programa de reabilitação profissional (Favorável/Desfavorável):	Favorável
Contexto Socioeconômico	
Informações referentes a: acessibilidade à residência e na comunidade, acesso a transporte público, acesso a reabilitação física e outras informações pertinentes.	Sem informações
Outras informações:	Pode prosseguir para treinamento na EV sem o ajuste da prótese? O segurado informa que não está fazendo uso da prótese por falta de ajuste
AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM	
Anamnese	
Altura:	1,86m
Peso:	86kg
Dominância:	Destro
Características da lesão/amputação:	
Etiologia:	Traumática
Traumática por:	Acidente de motocicleta
Membro(s) acometido(s):	perna esquerda
Data da amputação/lesão/diagnóstico:	01/09/2013
Tempo de evolução:	Sofreu acidente de moto com fratura exposta e amputação posterior 10 dias após o acidente
Queixas relatadas:	dor em joelho D , redução do coto com folga no encaixe
Histórico de protetização, ortetização e uso de outros recursos assistivos	
Quantos, quando, quem forneceu, tipo, tempo de uso, incompatibilidades anteriores, outras informações relacionadas:	Em uso da primeira prótese , recebida pela empresa ethnوس em 2015
Outras solicitações de recursos assistivos	
Há processo de concessão em andamento através do Sistema Único de Saúde - SUS, outras instituições ou por outros meios?	Não

Campo	Valor
Reabilitação física	
Fez fisioterapia e/ou terapia ocupacional para adaptação e uso da prótese ou outros recursos assistivos (duração, intercorrências):	Não
Uso de prótese na atividade laboral:	
Necessidades específicas, dificuldades e outras informações relacionadas:	Tem dificuldade de deambular pela folga no encaixe. Necessita de prótese para reprofissionalização e retorno ao trabalho
História clínica	
Queixas atuais, hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo), lesões de órgãos alvos, em caso de ICC classificação de NYHA, tratamentos em curso, outras:	Se queixa de dor em joelho D mas sem laudo médico referente a este. Nega outras patologias
Condições de acessibilidade	
Na habitação, no trabalho, nos trajetos:	habitação: casa plana mas com 10 degraus para acesso, rua plana
Meio(s) de deslocamento(s) habitual(is):	tem carro próprio sua esposa que dirige, mas usa Uber e ônibus
Descrição de barreiras arquitetônicas e outras, se houver:	Usa pouco a portes de ônibus pois esta com folga usa muletas para sair de casa, dificuldade com degraus
Atividades da Vida Diária (higiene, alimentação, vestuário, lazer, mobilidade, outras)	
Assinale:	Independente
Exame Físico	
Geral:	Bom estado geral lucido e orientado, corado eupneico boa perfusão
Neurológico:	sem altas
Cardiopulmonar:	ACV RCR 2 T BNF sem sopros, pulsos amplos extremidades bem perfundidas. Ar MV universalmente audível sem RA
Locomotor:	deambula com marcha claudicante usando a prótese em MIE
Outros (alterações cognitivas, visuais, auditivas, nutricionais, abdominais, digestivas, urinárias e outras):	sem relato
Nível de amputação - MMSS	Não se aplica
Nível de amputação - MMII	04. Amputação Transfemoral - 1/3 médio
Lateraldade da lesão:	esquerdo
Condições do coto (pele/fâneros, circulação, trofismo/força/tônus muscular, rigidez articular, sensibilidade, membro/dor fantasma, espículas, neuromas, úlceras, aderência, sinâs flogísticos, outros):	pele sem altas, sem úlceras, sem altas de sensibilidade. Cicatriz cirúrgica bom aspecto invaginação lateral. Força grau 5, amplitude movimento reservada, hipotrofia muscular. 30cm coto, 49 diâmetro, 35 comprimento lateral
Medição do coto:	
Membro contralateral	
Cicatrizes, desvios angulares e rotacionais, instabilidade e alterações degenerativas articulares, circulatórias, trofismo e força muscular, outros:	sem alterações se queixa de dor em joelho mas com exame normal, sem crepitação
Membro(s) não acometido(s)	
Amplitude de movimento, alterações tróficas, força muscular, alterações degenerativas articulares, instabilidades ligamentares, outros:	normal
Trauma Raqui Medular	
Nível, espasticidade, força muscular, controle de tronco, escaras, áreas de hiperpressão, outros:	não se aplica
Outros Aspectos	
Prótese/outro recurso assistivo atual (Tipo, modelo, estado de conservação, adequabilidade, outros):	PROTESE ENDOESQUELÉTICA MODULAR EM ALUMÍNIO PARA AMPUTAÇÃO TRANSFEMURAL, ENCAIXE COM CONTENÇÃO ISQUIÁTICA LAMINADO EM RESINA ACRÍLICA, COM REFORÇO EM FIBRA DE CARBONO, VÁLVULA EM PLÁSTICO COM EXPULSÃO DE AR AUTOMÁTICO, DE MANUSEIO E COLOCAÇÃO RÁPIDA. ACOMPANHA ENCAIXE DE PROVA EM TERMOPLÁSTICO TRANSPARENTE. JOELHO MODULAR MONOCÉNTRICO COM HIDRÁULICO ROTATIVO, PÉ EM FIBRA DE CARBONO COM MOLA EM "C" E ANEL DE POLIIMERO PARA CONTROLE DA MOLA. UM PAR DE CALÇADO. ACOMPANHA LINER EM SILICONEGEL PARA AMPUTAÇÃO TRANSFEMURAL OBS: encaixe, válvula e pé necessitando reparos melhorar encaixe e pé
Expectativa em relação à nova prótese/recurso de Tecnologia Assistiva:	
Deseja manter:	Não
Locomoção/ Marcha - Características (cadeira de rodas, andador, bengala, muleta axilar/canadense, prótese, caminha sem apoio, padrão da marcha, caminha com ou sem auxílio de terceiros, outros):	deambula com a prótese marcha claudicante, mas alega que usa pouco
Níveis de capacidade funcional K-Level	03. K 3 - Tem capacidade para deambular com cadência variável e para transportar barreiras arquitetônicas. Típico de um amputado que se desloca na comunidade e poderá ter atividade física, profissional ou terapêutica que exija a utilização da prótese além da simples locomoção.
Exames de imagem	
Descrever os achados radiográficos e outros, se houver:	não traz
Caso sejam feitos registros tais como fotografias, vídeos e outros tipos de imagens, o perito médico deve, obrigatoriamente, preencher o formulário editável do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Uso de Imagens Relacionadas ao Processo de Concessão de OPM, disponível em <a 153="" 28="" 961="" 972"="" data-label="Page-Footer" href="http://www-prbi/na aba formulários, que deverá ser anexado ao processo eletrônico do PMF Tarefas em formato PDF, com as devidas assinaturas.</td><td></td></tr> <tr> <td>Conclusão</td><td></td></tr> <tr> <td>Concluída a avaliação, indica-se a prescrição de Órtese, Prótese Ortopédica não Implantável, Meios Auxiliares de Locomoção e Acessórios?</td><td>Sim</td></tr> <tr> <td>Considerações médico periciais:</td><td>segurado de 42 anos, ensino médio era montador e moveis sofreu acidente moto com amputação transfemoral MIE recebeu prótese pelo INSS mas não retornou ao trabalho, pois EV negou readaptação e não</td></tr> </tbody> </table> </div> <div data-bbox=">Emitido em: 13/11/2023 16:14	

Campo	Valor
Encaminhamentos para o INSS:	
Tipo de recurso material prescrito:	Prótese ortopédica não implantável de MMSS/MMII
Especificação detalhada do dispositivo de OPM prescrito, conforme parâmetros descritivos constantes em manual técnico:	Componentes em titânio. Encaixe de , quadrilátero , em material termoplástico flexível, laminado em resina acrílica rígida, reforçada com fibras de carbono e fibras de vidro trançadas, com abertura de janelas se necessário. Válvula com expulsão de ar automática, de manuseio e colocação rápida. Encaixe de prova em termoplástico transparente. Acessório para colocação da prótese. Joelho hidráulico monocêntrico, que possibilite descer degraus com passos alternados para nível de atividade 3. Pé de resposta dinâmica em fibra de carbono para nível de atividade 3, com capa cosmética. Um par de calçados

Interessado(s)

CPF	Nome Completo	Data Nascimento	Nome Completo da Mãe
[REDACTED]	PAULO ROBERTO DA SILVA SOUZA	14/01/1979	TEREZINHA MARQUES DA SILVA

Procurador(es) / Representante(s) Legal(is)

A tarefa não possui procurador(es) / representante(s) legal(is).

CID Principal

S781 - Amputação traumática localizada entre o joelho e o quadril

Anexos

A tarefa não possui anexos.



39

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

ANEXO III

**FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DESTINADO À CONCESSÃO DE ÓRTESES,
PRÓTESES ORTOPÉDICAS NÃO IMPLANTÁVEIS DE MEMBROS
SUPERIORES E INFERIORES, MEIOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO E
ACESSÓRIOS.**

Data: 22/11/19	GEX: RJ - NORTE	APS: APS Eng. Trindade
Ação Civil Pública: (x) Não () Sim. Especificar:		
DADOS DO REQUERENTE		
Nome: OTAVIO BRUNO DE MAGALHAES FARIAS		
Data de Nascimento: 02/09/1989	Idade: 30	
NIT: 12977152237	CPF: [REDACTED]	RG: [REDACTED]
Espécie/Nº benefício: 91/607916114-5		

ANAMNESE				
Altura: 1,84 m	Peso: 105 kg		Dominância: destro	
Características da lesão/amputação	Etiologia	() Congênita.	() Traumática	() Secundária a doença
		Especificar:	(x) Acidente de motocicleta	() Diabetes mellitus
		() Acidente de carro	() Infecciosa	
		() Ferimento por Arma de Fogo	() Vascular	
		() Outros.	() Neoplasia	
		Especificar:	() Poliomielite	
			() Outros.	
			Especificar:	
Membro (s) acometido (s): MIE				
Data da amputação/lesão/diagnóstico: 03/10/2017				
Tempo de evolução: 2 anos				
Queixas relatadas: Necessita de prótese para melhorar mobilidade e qualidade de vida				

Histórico de protetização, ortetização, uso de outros recursos assistivos:	Quantas, quando, quem forneceu, tipo, tempo de uso, incompatibilidades anteriores, outras informações relacionadas : Não
Outras solicitações de recursos assistivos:	Há processo de concessão em andamento através do Sistema Único de Saúde - SUS, outras instituições ou por outros meios? Especificar. Não

40

BEANCO

EX



41
MM

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

Reabilitação física	Fez fisioterapia e/ou terapia ocupacional para adaptação e uso da prótese ou outros recursos assistivos (duração, intercorrências): Não
Uso de prótese na atividade laboral	Necessidades específicas, dificuldade e outras informações relacionadas: NDN
Comorbidades	Tabagismo, alcoolismo, tratamentos, medicações, estabilidade clínica, em caso de ICC classificação de NYHA, em caso de DM lesões de órgãos alvos, outras: Não
Condições de acessibilidade	Na habitação, no trabalho, nos trajetos: NDN Meio (s) de deslocamento (s) habitual (is): ônibus Descrição de barreiras arquitetônicas e outras, se houver: escadas no trabalho
Atividades da Vida Diária (higiene, alimentação, vestir, lazer, independência para transferência, outras)	() Independente () Semi-independente () Dependente Descrição das dificuldades, se houver: Refere dificuldade em passar por local onde empresa de

EXAME FÍSICO

Geral	Neurológico: ndn Cardíaco pulmonar: ndn Locomotor: Amputação médio pé esquerdo Outros: ndn
Outras alterações	Alterações cognitivas, visuais, auditivas, nutricionais, abdominais, digestivas, urinárias e outras: ndn
Relacionado à amputação	Nível (membro acometido, terço proximal, médio, distal): médio Lateralidade: destro Condições do coto (pele e fâneros, circulatória, trofismo/força/tônus muscular, rigidez articular, sensibilidade, membro/dor fantasma, espículas, neuromas, ulceração, aderência, sinais flogísticos, outros): ndn Medição do coto: sem fita métrica
Membro contralateral	Cicatrizes, desvios angulares e rotacionais, instabilidade e alterações degenerativas articulares, circulatórias, trofismo e força muscular, outros: ndn
Membro (s) não acometido (s)	Amplitude de movimento, alterações tróficas, força muscular, alterações degenerativas articulares, instabilidades ligamentares, outros: boa

at centre

Ad
III



43

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

Trauma Raqui Medular	Nível, espasticidade, força muscular, controle de tronco, escaras, áreas de hiperpressão, outros:Não
-----------------------------	--

OUTROS ASPECTOS

Prótese/outro recurso assistivo atual	Tipo, modeio, estado de conservação, adequabilidade, outros: ainda não protetizado			
Expectativa em relação à nova prótese/recurso de Tecnologia Assistiva	BOA			
Espuma e meia cosmética	Utiliza? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Deseja manter? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		
Locomoção/ Marcha	Características (cadeira de rodas, andador, bengala, muleta axilar/canadense, prótese ou sem apoio, com ou sem auxílio de terceiros, outros), qualidade e padrão: Muletas axilares			
Nível de Atividade	<input type="checkbox"/> K0	<input type="checkbox"/> K1	<input type="checkbox"/> K2	<input checked="" type="checkbox"/> K3 <input type="checkbox"/> K4
Exames de imagem	Descrever os achados radiográficos e outros, se houver: sem RX			

CONCLUSÃO

Concluída a avaliação, indica-se a prescrição de Prótese Ortopédica não Implantável, Órtese, Meios Auxiliares de Locomoção e Acessórios?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Justificativa: facilitar deslocamentos e qualidade de vida do segurado Encaminhamentos: nenhum
---	--

TF23-Prótese ortopédica para amputação transfemoral endoesquelética (modular). Componentes em titânio. Encaixe de contenção/ apoio isquiático, laminado em resina acrílica com reforço em fibras de carbono e fibras de vidro trançadas. Duas unidades de liner em silicone com anéis de vedação. Válvula com expulsão de ar automática, de manuseio e colocação rápida. Encaixe de prova em termoplástico transparente. Joelho hidráulico monocêntrico, que possibilite descer degraus com passos alternados para nível de atividade 3. Pé com núcleo em *nylon* e função multiaxial compatível com nível de atividade 3, com capa cosmética. Um par de calçados.

Márcia F. Machado
Pereira Machado
Fone: 11 501278
Cel: 11 52612785



Dados Básicos

Serviço Formulário - Perícia Médica Inicial de Reabilitação Profissional para Fins de Concessão de OPM	Status Concluída	Prioridade Normal
Unidade 01400 - SUBSECRETARIA DE PERÍCIA MÉDICA FEDERAL	Data de entrada do requerimento 25/08/2022 09:01	Canal de atendimento Aplicações Parceiras

Endereço para atendimento:

A tarefa não possui endereço para atendimento externo.

Campos adicionais:

Campo	Valor
ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM (a cargo do INSS)	
Origem do encaminhamento:	Perícia Médica
O requerente é segurado do INSS?	Sim
Está em gozo de Benefício por Incapacidade/Auxílio-Accidente?	Sim
Espécie/Nº do Benefício:	5203332254
Grau de instrução/escolaridade:	Ensino médio incompleto
Atividades profissionais em exercício (função, atividades, aspectos ergonômicos):	auxiliar de perfumaria
CNH:	Não
Cursos e capacitações profissionais realizados anteriores ao PRP:	Sem informações
Experiências profissionais anteriores ao PRP:	atendente de lanchonete, empregada doméstica
Já foi reabilitado anteriormente com certificado de conclusão do PRP? Caso afirmativo, informe Data de desligamento do PRP, função/atividade para a qual foi reabilitado e Restrições Laborais:	Não
Situação do requerente:	Em Programa de Reabilitação Profissional
Para segurado em PRP, descreva a evolução. Informe sobre readaptação na empresa de vínculo, cursos/treinamentos profissionais, função proposta e outros dados pertinentes:	Aguarda Avaliação Socioprofissional
Para segurado em PRP, transcreva as Restrições Laborais definidas pela PMF:	PARA FUNÇÃO QUE EXIJA DEAMBULAÇÃO E ORTOSTATISMO PROLONGADOS SUBIDA E DESCIDA CONSTANTE DE DEGRAUS SUSTENTAÇÃO DE CARGA E ESFORÇO FÍSICO DE MMII
Registre e justifique o prognóstico de cumprimento do programa de reabilitação profissional (Favorável/Desfavorável):	A definir
Contexto Socioeconômico	
Informações referentes a: acessibilidade à residência e na comunidade, acesso a transporte público, acesso a reabilitação física e outras informações pertinentes.	Sem Informação
Outras informações:	Não há
AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM	
Anamnese	
Altura:	1,64m
Peso:	81,6 kg
Dominância:	destra
Características da lesão/amputação:	
Etiologia:	Secundária a doença
Secundária a doença:	Neoplasia
Membro(s) acometido(s):	Membro inferior direita
Data da amputação/lesão/diagnóstico:	01/12/2007
Tempo de evolução:	Informa que sofreu queda da própria altura em 2007 e na investigação foi descoberta neoplasia do femur direito. Submetida a amputação no INCA HCI em dezembro de 2007 (não se recorda a data). Posteriormente fez QT e tratamento psiquiátrico no HCII. Faz uso de bromazepam, alcitam.
Queixas relatadas:	Dor ocasional na mudança de temperatura. Sensação de membro fantasma.
Histórico de protetização, ortetização e uso de outros recursos assistivos	
Quantos, quando, quem forneceu, tipo, tempo de uso, incompatibilidades anteriores, outras informações relacionadas:	Nunca usou prótese.
Outras solicitações de recursos assistivos	
Há processo de concessão em andamento através do Sistema Único de Saúde - SUS, outras instituições ou por outros meios?	Não

Campo	Valor
Reabilitação física	
Fez fisioterapia e/ou terapia ocupacional para adaptação e uso da prótese ou outros recursos assistivos (duração, intercorrências):	Não
Uso de prótese na atividade laboral:	
Necessidades específicas, dificuldades e outras informações relacionadas:	Necessidade para deambulação, sem necessidades específicas. Possui ensino médio incompleto. Trabalhava como atendente. Informa que nunca foi conversado sobre desdobramentos do programa de reabilitação profissional.
História clínica	
Queixas atuais, hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo), lesões de órgãos alvos, em caso de ICC classificação de NYHA, tratamentos em curso, outras:	Hipertensa e diabetes tipo II. Faz tratamento psiquiátrico. Nega etilismo e tabagismo.
Condições de acessibilidade	
Na habitação, no trabalho, nos trajetos:	Mora em rua plana, asfaltada, com deslocamento de cerca de 20 minutos até o ponto de ônibus. Informa ser área de risco com tiroteios e medo de não conseguir se deslocar. Deambula com duas muletas.
Meio(s) de deslocamento(s) habitual(is):	Se desloca de ônibus para ir ao mercado, resolver coisas de casa.
Descrição de barreiras arquitetônicas e outras, se houver:	Possui escadas em casa.
Atividades da Vida Diária (higiene, alimentação, vestuário, lazer, mobilidade, outras)	
Assinale:	Semi-independente
Descrição das dificuldades	Precisa de ajuda em casa para atividades do lar.
Exame Físico	
Geral:	
Neurológico:	Lucida e orientada.
Cardiopulmonar:	Humor deprimido. Ansiosa.
Locomotor:	Força grau 5 flexo-extensão e /abdução adução do quadril direito.
Outros (alterações cognitivas, visuais, auditivas, nutricionais, abdominais, digestivas, urinárias e outras):	Hipertensa.
Nível de amputação - MMSS	Marcha com duas muletas.
Nível de amputação - MMII	Obesidade leve.
Lateraldade da lesão:	
Condições do coto (pele/fâneros, circulação, trofismo/força/tônus muscular, rigidez articular, sensibilidade, membro/dor fantasma, espículas, neuromas, úlceras, aderência, sinais flogísticos, outros):	Não se aplica
Medição do coto:	04. Amputação Transfemoral - 1/3 médio
	Membro inferior direito.
	Coto volumoso, flácido, com aumento do volume de partes moles. Sem dor à palpação da cicatriz. Sem alterações de sensibilidade. Dor leve à palpação profunda do coto, mas sem espícula óssea palpável.
	31 cm a partir do grande trocante/ 62 cm de diâmetro.
Membro contralateral	
Cicatrizes, desvios angulares e rotacionais, instabilidade e alterações degenerativas articulares, circulatórias, trofismo e força muscular, outros:	Nada digno de nota.
Membro(s) não acometido(s)	
Amplitude de movimento, alterações tróficas, força muscular, alterações degenerativas articulares, instabilidades ligamentares, outros:	Nada digno de nota.
Trauma Raqui Medular	
Nível, espasticidade, força muscular, controle de tronco, escaras, áreas de hiperpressão, outros:	Não se aplica.
Outros Aspectos	
Prótese/outro recurso assistivo atual (Tipo, modelo, estado de conservação, adequabilidade, outros):	Não possui nenhum tipo de prótese nem nunca recebeu.
Expectativa em relação à nova prótese/recurso de Tecnologia Assistiva:	Possui expectativa de andar de forma mais independente.
Deseja manter:	Não
Locomoção/ Marcha - Características (cadeira de rodas, andador, bengala, muleta axilar/canadense, prótese, caminha sem apoio, padrão da marcha, caminha com ou sem auxílio de terceiros, outros):	Deambula com duas muletas.
Níveis de capacidade funcional K-Level	03. K 3 - Tem capacidade para deambular com cadência variável e para transportar barreiras arquitetônicas. Típico de um amputado que se desloca na comunidade e poderá ter atividade física, profissional ou terapêutica que exija a utilização da prótese além da simples locomoção.
Exames de imagem	
Descrever os achados radiográficos e outros, se houver:	Não apresenta exames.
Caso sejam feitos registros tais como fotografias, vídeos e outros tipos de imagens, o perito médico deve, obrigatoriamente, preencher o formulário editável do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Uso de Imagens Relacionadas ao Processo de Concessão de OPM, disponível em <a 153="" 28="" 961="" 972"="" data-label="Page-Footer" href="http://www-prbi/na aba formulários, que deverá ser anexado ao processo eletrônico do PMF Tarefas em formato PDF, com as devidas assinaturas.</td><td></td></tr> <tr> <td>Conclusão</td><td></td></tr> <tr> <td>Concluída a avaliação, indica-se a prescrição de Órtese, Prótese Ortopédica não Implantável, Meios Auxiliares de Locomoção e Acessórios?</td><td>Sim</td></tr> <tr> <td>Considerações médico periciais:</td><td>Segurada de 41 anos, obesa, hipertensa e diabética, submetida à amputação da coxa direita em 2007 para tratamento de osteossarcoma do fêmur direito. Segue em acompanhamento psiquiátrico desde a amputação. Informa estar motivada para protetização, mas ainda sem definição quanto ao programa de reabilitação profissional. Desempregada, trabalhava como auxiliar de perfumaria. Há 15 anos fora do mercado de trabalho.</td></tr> <tr> <td>Encaminhamentos para o INSS:</td><td>Encaminhada prescrição de OPM. Independente da concessão imediata do recurso, necessita melhorar a escolaridade. Está há mais de 10 anos em RP e até hoje não completou o</td></tr> </tbody> </table> </div> <div data-bbox=">Emitido em: 13/11/2023 19:24	

Campo	Valor
Tipo de recurso material prescrito:	ensino médio. Também não possui definição de programa profissional até hoje. Prótese ortopédica não implantável de MMSS/MMII
Especificação detalhada do dispositivo de OPM prescrito, conforme parâmetros descritivos constantes em manual técnico:	Prótese ortopédica para amputação transfemoral endoesquelética (modular). Componentes em titânio. Encaixe de contenção isquiática laminado em resina acrílica com reforço em fibras de carbono e fibras de vidro trançadas. Duas unidades de liner em silicone com anéis de vedação. Válvula com expulsão de ar automática, de manuseio e colocação rápida. Encaixe de prova em termoplástico transparente. Joelho hidráulico monocêntrico, que possibilite descer degraus com passos alternados para nível de atividade 3. Pé de resposta dinâmica em fibra de carbono para nível de atividade 3, com capa cosmética. Um par de calçados.

Interessado(s)

CPF	Nome Completo	Data Nascimento	Nome Completo da Mãe
[REDACTED]	DANIELLE DOS SANTOS BASTOS	31/07/1981	MARIA ANGELICA FERREIRA DOS SANTOS

Procurador(es) / Representante(s) Legal(is)

A tarefa não possui procurador(es) / representante(s) legal(is).

CID Principal

C402 - Ossos longos dos membros inferiores

Anexos

A tarefa não possui anexos.



Dados Básicos

Serviço Formulário - Perícia Médica Inicial de Reabilitação Profissional para Fins de Concessão de OPM	Status Concluída	Prioridade Normal
Unidade 01400 - SUBSECRETARIA DE PERÍCIA MÉDICA FEDERAL	Data de entrada do requerimento 15/03/2022 15:27	Canal de atendimento Aplicações Parceiras

Endereço para atendimento:

A tarefa não possui endereço para atendimento externo.

Campos adicionais:

Campo	Valor
ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM (a cargo do INSS)	
Origem do encaminhamento:	Perícia Médica
O requerente é segurado do INSS?	Sim
Situação Funcional/Forma de Filiação:	Contribuinte Individual
Está em gozo de Benefício por Incapacidade/Auxílio-Accidente?	Sim
Espécie/Nº do Benefício:	31/ 6116022468
Grau de instrução/escolaridade:	Ensino médio incompleto
Atividades profissionais em exercício (função, atividades, aspectos ergonômicos):	Atividades de Pedreiro (trabalho que exige esforço físico; carregamento de peso, trabalho em posições forçadas da coluna; agachado etc)
CNH:	Sim
Informar a categoria, as restrições e a validade/última renovação:	AB ; G, Q , EAR 10/02/2026 E 06/04/2021
Cursos e capacitações profissionais realizados anteriores ao PRP:	Não possui
Experiências profissionais anteriores ao PRP:	Ajudante de pedreiro, pedreiro, carpinteiro, encarregado e mestre de obras
Já foi reabilitado anteriormente com certificado de conclusão do PRP? Caso afirmativo, informe Data de desligamento do PRP, Função/atividade para a qual foi reabilitado e Restrições Laborais:	Não
Situação do requerente:	Em Programa de Reabilitação Profissional
Para segurado em PRP, descreva a evolução. Informe sobre readaptação na empresa de vínculo, cursos/treinamentos profissionais, função proposta e outros dados pertinentes:	SEgurado contribuinte individual, atividade unica no ramo da construção civil Aguarda definição sobre o processo de OPM para definição no Programa
Para segurado em PRP, transcreva as Restrições Laborais definidas pela PMF:	: ATIVIDADES QUE EXIJAM DEAMBULAÇÃO POR LONGAS DISTÂNCIAS E LONGOS PERÍODOS EM PÉ E POSIÇÕES FORÇADAS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO
Registre e justifique o prognóstico de cumprimento do programa de reabilitação profissional (Favorável/Desfavorável):	Desfavorável pois o segurado já tentou ser protetizado 2x ee não teve exito Idade avançada para nova tentativa de protetização (se motivação) e posterior qualificação profissional Ou seja, vai concluir o trâmite com idade avançada, sem experiência e as chances de reinserção no mercado de trabalho serão infimas
Contexto Socioeconômico	
Informações referentes a: acessibilidade à residência e na comunidade, acesso a transporte público, acesso a reabilitação física e outras informações pertinentes.	Sem informações pertinentes
Outras informações:	Segurado adquiriu uma prótese por conta própria e posteriormente foi protetizado pela Andef Não conseguiu se adaptar, alegando agravamento das dores na coluna Se locomove através de muletas Há elementos favoráveis como escolaridade e relativa capacidade de aprendizado, além de parecer capaz para gerir o próprio negócio, por exemplo No entanto, a RP se prope a reabilitar o segurado para se reinserir no mercado de trabalho e o segurado, apesar de preencher o Anexo I, alegou que não consegue usar uma prótese, além de não ter experiência em outras atividades Avalio que o prognóstico seja desfavorável tanto para protetizar (próprio segurado não está motivado), quanto reabilitar Segue Anexo II
AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM	
Anamnese	
Altura:	1,73
Peso:	103 kg
Dominância:	Destro
Características da lesão/amputação:	
Etiologia:	Traumática
Traumática por:	Acidente de motocicleta
Membro(s) acometido(s):	Membro inferior esquerdo

Campo	Valor
Data da amputação/lesão/diagnóstico:	26/07/2015
Tempo de evolução:	7 anos
Queixas relatadas:	Não se adaptou a prótese do SUS, pois sente dores no local do encaixe.
Histórico de protetização, ortetização e uso de outros recursos assistivos	
Quantos, quando, quem forneceu, tipo, tempo de uso, incompatibilidades anteriores, outras informações relacionadas:	- Prótese SUS há cerca de 5 anos, mas nunca utilizou a prótese.
Outras solicitações de recursos assistivos	
Há processo de concessão em andamento através do Sistema Único de Saúde - SUS, outras instituições ou por outros meios?	Não
Reabilitação física	
Fez fisioterapia e/ou terapia ocupacional para adaptação e uso da prótese ou outros recursos assistivos (duração, intercorrências):	Não
Uso de prótese na atividade laboral:	
Necessidades específicas, dificuldades e outras informações relacionadas:	Assintomático.
História clínica	
Queixas atuais, hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo), lesões de órgãos alvos, em caso de ICC classificação de NYHA, tratamentos em curso, outras:	46 anos, sem comorbidades.
Condições de acessibilidade	
Na habitação, no trabalho, nos trajetos:	Mora em casa de cimento - pavimento único.
Meio(s) de deslocamento(s) habitual(is):	Meio de transporte público - ônibus (ponto distante de casa).
Descrição de barreiras arquitetônicas e outras, se houver:	Rua asfaltada e plana.
Atividades da Vida Diária (higiene, alimentação, vestuário, lazer, mobilidade, outras)	
Assinale:	Independente
Exame Físico	
Geral:	Lúcido e orientado no tempo e no espaço. Bom estado geral, vestes adequadas e discurso coerente.
Neurológico:	Sem alterações.
Cardiopulmonar:	Sem alterações.
Locomotor:	Deambula com auxílio de 2 muletas canadenses.
Outros (alterações cognitivas, visuais, auditivas, nutricionais, abdominais, digestivas, urinárias e outras):	Sem alterações.
Nível de amputação - MMSS	Não se aplica
Nível de amputação - MMII	04. Amputação Transfemoral - 1/3 médio
Lateraldade da lesão:	Esquerda.
Condições do coto (pele/fâneros, circulação, trofismo/força/tônus muscular, rigidez articular, sensibilidade, membro/dor fantasma, espículas, neuromas, úlceras, aderência, sinais flogísticos, outros):	Coto sem alterações. Força e mobilidade preservadas.
Medição do coto:	Crista ilaca: 38 cm Trocanter: 30 cm Dimetro: 52 cm
Membro contralateral	
Cicatrizes, desvios angulares e rotacionais, instabilidade e alterações degenerativas articulares, circulatórias, trofismo e força muscular, outros:	Sem alterações.
Membro(s) não acometido(s)	
Amplitude de movimento, alterações tróficas, força muscular, alterações degenerativas articulares, instabilidades ligamentares, outros:	Sem alterações.
Trauma Raqui Medular	
Nível, espasticidade, força muscular, controle de tronco, escaras, áreas de hiperpressão, outros:	Não se aplica.
Outros Aspectos	
Prótese/outro recurso assistivo atual (Tipo, modelo, estado de conservação, adequabilidade, outros):	Componentes em aço. Encaixe de contenção/ apoio isquiático. Joelho policêntrico pneumático. Pé com núcleo em nylon.
Expectativa em relação à nova prótese/recurso de Tecnologia Assistiva:	Retorno ao mercado de trabalho.
Deseja manter:	Não
Locomoção/ Marcha - Características (cadeira de rodas, andador, bengala, muleta axilar/canadense, prótese, caminha sem apoio, padrão da marcha, caminha com ou sem auxílio de terceiros, outros):	Deambula com auxílio de muletas canadenses.
Níveis de capacidade funcional K-Level	03. K 3 - Tem capacidade para deambular com cadência variável e para transpor barreiras arquitetônicas. Típico de um amputado que se desloca na comunidade e poderá ter atividade física, profissional ou terapêutica que exija a utilização da prótese além da simples locomoção.
Exames de imagem	
Descrever os achados radiográficos e outros, se houver:	Não apresenta.
Caso sejam feitos registros tais como fotografias, vídeos e outros tipos de imagens, o perito médico deve, obrigatoriamente, preencher o formulário editável do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Uso de Imagens Relacionadas ao Processo de Concessão de OPM, disponível em <a 154="" 29="" 961="" 972"="" data-label="Page-Footer" href="http://www-prbi/na aba formulários, que deverá ser anexado ao processo eletrônico do PMF Tarefas em formato PDF, com as devidas assinaturas.</td> </tr> <tr> <td>Concluída a avaliação, indica-se a prescrição de Órtese, Prótese Ortopédica não Implantável, Meios Auxiliares de Locomoção e Acessórios?</td> <td>Sim</td> </tr> <tr> <td>Considerações médico periciais:</td> <td>Segurado 45 anos, fundamental incompleto (3 ano), mestre de obras. Não realizou nenhuma atividade (curso ou melhoria de escolaridade) no Programa de Reabilitação Profissional.</td> </tr> </tbody> </table> </div> <div data-bbox=">Emitido em: 13/11/2023 19:28	

Campo	Valor
Encaminhamentos para o INSS:	Incapacidade total e temporária.
Tipo de recurso material prescrito:	Conclui-se por incapacidade total e temporária. Sugestão de protetização para reinserção no mercado de trabalho. Prótese ortopédica não implantável de MMSS/MMII
Especificação detalhada do dispositivo de OPM prescrito, conforme parâmetros descritivos constantes em manual técnico:	TF24-Prótese ortopédica para amputação transfemoral endoesquelética (modular). Componentes em aço, alumínio ou titânio. Encaixe de contenção/apoio isquiático, quadrilátero, laminado em resina acrílica com reforço em fibras de carbono e fibras de vidro trançadas. Duas unidades de liner em silicone com anéis de vedação. Válvula com expulsão de ar automática, de manuseio e colocação rápida. Encaixe de prova em termoplástico transparente. Joelho hidráulico monocêntrico, que possibilita descer degraus com passos alternados para nível de atividade 3. Pé de resposta dinâmica em fibra de carbono para nível de atividade 3, com capa cosmética. Um par de calçados.

Interessado(s)

CPF	Nome Completo	Data Nascimento	Nome Completo da Mãe
██████████	EUCLIDES VERAS DE MACEDO	21/12/1976	MARIA DO CARMO VERAS DE MACEDO

Procurador(es) / Representante(s) Legal(is)

A tarefa não possui procurador(es) / representante(s) legal(is).

CID Principal

S781 - Amputação traumática localizada entre o joelho e o quadril

Anexos

ID	Nome do Arquivo	Descrição do Arquivo	Tamanho	Enviado Por	Autenticado?
935435	Anexo-II- Euclides Veras de Macedo.pdf		119,07kB	██████████	15/03/2022 15:28 Não
392177828	- Formulário - Perícia Médica Inicial de Reabilitação Profissional para Fins de Concessão de OPM				



24

ANEXO III

**FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DESTINADO À CONCESSÃO DE ÓRTESES,
PRÓTESES ORTOPÉDICAS NÃO IMPLANTÁVEIS DE MEMBROS
SUPERIORES E INFERIORES, MEIOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO E
ACESSÓRIOS.**

Data: 02/08/19	GEX:RJ -NORTE	APS:APS Av Brasil
Ação Civil Pública: (<input checked="" type="checkbox"/>) Não (<input type="checkbox"/>) Sim. Especificar:		
DADOS DO REQUERENTE		
Nome: Ives Bruno da Silva Matheus		
Data de Nascimento:14/04/1991	Idade: 26	
NIT: 13012432565	CPF: [REDACTED]	RG: [REDACTED]
Espécie/Nº benefício: 316160570530		

ANAMNESE				
Altura: 1,72m	Peso: 77kg		Dominância: destro	
Características da lesão/amputação	Etiologia	(<input type="checkbox"/>) Congênita.	(<input type="checkbox"/>) Traumática	(<input type="checkbox"/>) Secundária a doença
		Especificar:	(X) Acidente de motocicleta	(<input type="checkbox"/>) Diabetes mellitus
		(<input type="checkbox"/>) Acidente de carro	(<input type="checkbox"/>) Infecciosa	
		(<input type="checkbox"/>) Ferimento por Arma de Fogo	(<input type="checkbox"/>) Vascular	
		(<input checked="" type="checkbox"/>) Outros.	(<input type="checkbox"/>) Neoplasia	
		Especificar: acidente de caminhão	(<input type="checkbox"/>) Poliomielite	
			(<input type="checkbox"/>) Outros.	
			Especificar:	
Membro (s) acometido (s): MID				
Data da amputação/lesão/diagnóstico: 05/09/2016				
Tempo de evolução: 34anos				
Queixas relatadas: Necessita de prótese para melhorar mobilidade e qualidade de vida				

Histórico de protetização, ortetização, uso de outros recursos assistivos:	Quantas, quando, quem forneceu, tipo, tempo de uso, incompatibilidades anteriores, outras informações relacionadas : Não
Outras solicitações de recursos assistivos:	Há processo de concessão em andamento através do Sistema Único de Saúde - SUS, outras instituições ou por outros meios? Especificar.



26

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

	Não
Reabilitação física	Fez fisioterapia e/ou terapia ocupacional para adaptação e uso da prótese ou outros recursos assistivos (duração, intercorrências): Não
Uso de prótese na atividade laboral	Necessidades específicas, dificuldade e outras informações relacionadas: NDN
Comorbidades	Tabagismo, alcoolismo, tratamentos, medicações, estabilidade clínica, em caso de ICC classificação de NYHA, em caso de DM lesões de órgãos alvos, outras: Não
Condições de acessibilidade	Na habitação, no trabalho, nos trajetos: NDN Meio (s) de deslocamento (s) habitual (is): ônibus Descrição de barreiras arquitetônicas e outras, se houver: Não
Atividades da Vida Diária (higiene, alimentação, vestir, lazer, independência para transferência, outras)	(x) Independente () Semi-independente () Dependente Descrição das dificuldades, se houver:

EXAME FÍSICO

Geral	Neurológico: ndn Cardíaco pulmonar:ndn Locomotor: Amputação transfêmural direita Outros: ndn
Outras alterações	Alterações cognitivas, visuais, auditivas, nutricionais, abdominais, digestivas, urinárias e outras: ndn
Relacionado à amputação	Nível (membro acometido, terço proximal, médio, distal) : médio Laterali(dade: destro Condições do coto (pele e fâneros, circulatória, trofismo/força/tônus muscular, rigidez articular, sensibilidade, membro/dor fantasma, espículas, neuromas, ulceração, aderência, sinais flogísticos, outros): ndn Medição do coto: sem fita métrica
Membro contralateral	Cicatrizes, desvios angulares e rotacionais, instabilidade e alterações degenerativas articulares, circulatórias, trofismo e força muscular, outros:ndn
Membro (s) não acometido (s)	Amplitude de movimento, alterações tróficas, força muscular, alterações degenerativas articulares, instabilidades ligamentares, outros: boa



Trauma Raqui Medular	Nível, espasticidade, força muscular, controle de tronco, escaras, áreas de hiperpressão, outros: Não
-----------------------------	---

OUTROS ASPECTOS

Prótese/outro recurso assistivo atual	Tipo, modelo, estado de conservação, adequabilidade, outros: ainda não protetizado				
Expectativa em relação à nova prótese/recurso de Tecnologia Assistiva	BOA				
Espuma e meia cosmética	Utiliza? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Deseja manter? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não			
Locomoção/ Marcha	Características (cadeira de rodas, andador, bengala, muleta axilar/canadense, prótese ou sem apoio, com ou sem auxílio de terceiros, outros), qualidade e padrão: Muletas axilares				
Nível de Atividade	<input type="checkbox"/> K0	<input type="checkbox"/> K1	<input type="checkbox"/> K2	<input checked="" type="checkbox"/> K3	<input type="checkbox"/> K4
Exames de imagem	Descrever os achados radiográficos e outros, se houver: sem RX				

CONCLUSÃO

Concluída a avaliação, indica-se a prescrição de Prótese Ortopédica não Implantável, Ótese, Meios Auxiliares de Locomoção e Acessórios?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Justificativa: facilitar deslocamentos e qualidade de vida do segurado Encaminhamentos: nenhum
TF24-Prótese ortopédica para amputação transfemoral endoesquelética (modular). Componentes em titânio. Encaixe de contenção/ apoio isquiático, laminado em resina acrílica com reforço em fibras de carbono e fibras de vidro trançadas. Duas unidades de liner em silicone com anéis de vedação. Válvula com expulsão de ar automática, de manuseio e colocação rápida. Encaixe de prova em termoplástico transparente. Joelho hidráulico monocêntrico, que possibilite descer degraus com passos alternados para nível de atividade 3. Pé de resposta dinâmica em fibra de carbono para nível de atividade 3, com capa cosmética. Um par de calçados.	

Adriana F. Machado
Pereira Neto
CRM 190279
CRF 12779-3



Dados Básicos

Serviço Formulário - Perícia Médica Inicial de Reabilitação Profissional para Fins de Concessão de OPM	Status Concluída	Prioridade Normal
Unidade 01400 - SUBSECRETARIA DE PERÍCIA MÉDICA FEDERAL	Data de entrada do requerimento 25/08/2022 08:24	Canal de atendimento Aplicações Parceiras

Endereço para atendimento:

A tarefa não possui endereço para atendimento externo.

Campos adicionais:

Campo	Valor
ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM (a cargo do INSS)	
Origem do encaminhamento:	Perícia Médica
O requerente é segurado do INSS?	Sim
Está em gozo de Benefício por Incapacidade/Auxílio-Accidente?	Sim
Espécie/Nº do Benefício:	6101513754
Grau de instrução/escolaridade:	Ensino médio completo
Atividades profissionais em exercício (função, atividades, aspectos ergonômicos):	TECNICO DE REFRIGERAÇÃO atividade exercida anteriormente ao PRP
CNH:	Não
Cursos e capacitações profissionais realizados anteriores ao PRP:	Sem informações
Experiências profissionais anteriores ao PRP:	Sem informações
Já foi reabilitado anteriormente com certificado de conclusão do PRP? Caso afirmativo, informe Data de desligamento do PRP, Função/atividade para a qual foi reabilitado e Restrições Laborais:	Não
Situação do requerente:	Em Programa de Reabilitação Profissional
Para segurado em PRP, descreva a evolução. Informe sobre readaptação na empresa de vínculo, cursos/treinamentos profissionais, função proposta e outros dados pertinentes:	Aguarda Avaliação Socioprofissional
Para segurado em PRP, transcreva as Restrições Laborais definidas pela PMF:	Inapto para atividades que exijam ortostatismo ou esforço físico
Registre e justifique o prognóstico de cumprimento do programa de reabilitação profissional (Favorável/Desfavorável):	A definir
Contexto Socioeconômico	
Informações referentes a: acessibilidade à residência e na comunidade, acesso a transporte público, acesso a reabilitação física e outras informações pertinentes.	Sem Informação
Outras informações:	Não há
AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM	
Anamnese	
Altura:	1,70m
Peso:	78 kg
Dominância:	canhoto
Características da lesão/amputação:	
Etiologia:	Traumática
Traumática por:	Acidente de motocicleta
Membro(s) acometido(s):	esquerdo
Data da amputação/lesão/diagnóstico:	04/04/2015
Tempo de evolução:	Informa acidente de moto em 2015, com fratura exposta da tibia esquerda (sic), evoluindo com necessidade de amputação acima do joelho realizada no HEAS no mesmo dia. Permaneceu cerca de 9 dias internado. Após cerca de 3/4 meses foi encaminhado à ABBR para reabilitação de prescrição de protese. Relata que não se adaptou devido ao encaixe machucar o coto.
Queixas relatadas:	Queixa-se de dores fantasma no membro operado e dor no ombro esquerdo.
Histórico de protetização, ortetização e uso de outros recursos assistivos	
Quantos, quando, quem forneceu, tipo, tempo de uso, incompatibilidades anteriores, outras informações relacionadas:	Informa protetização anterior na ABBR, mas não sabe informar qual a protese prescrita, apenas que o encaixe incomodava muito.
Outras solicitações de recursos assistivos	
Há processo de concessão em andamento através do Sistema Único de Saúde - SUS, outras instituições ou por outros meios?	Não
Reabilitação física	

Campo	Valor
Fez fisioterapia e/ou terapia ocupacional para adaptação e uso da prótese ou outros recursos assistivos (duração, intercorrências):	Sim
Especificar (Informar duração, intercorrência, etc)	Relata um ano e alguns meses de reabilitação na ABBR, para recuperação e para protetização.
Uso de prótese na atividade laboral:	
Necessidades específicas, dificuldades e outras informações relacionadas:	Informa que mesmo com a prótese acha difícil retornar à função original de técnico de refrigeração. Informa que já trabalhou como frentista. Possui ensino médio completo.
História clínica	
Queixas atuais, hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo), lesões de órgãos alvos, em caso de ICC classificação de NYHA, tratamentos em curso, outras:	Hipertensão arterial em tratamento medicamentoso. Ex-etalista. Nega tabagismo.
Condições de acessibilidade	
Na habitação, no trabalho, nos trajetos:	Informa que mora no segundo andar e que os corredores não são adaptados. Relata que em casa deambula com muletas.
Meio(s) de deslocamento(s) habitual(is):	Trabalhava de moto antes do acidente. Desloca-se de carona e metro. Dificuldade para andar de ônibus devido aos degraus.
Descrição de barreiras arquitetônicas e outras, se houver:	Casa com escadas. Rua asfaltada, mas relata buracos e obstáculos colocados pelos traficantes (sic). De transporte público anda cerca de 700 metros de terreno plano.
Atividades da Vida Diária (higiene, alimentação, vestuário, lazer, mobilidade, outras)	
Assinale:	Independente
Exame Físico	
Geral:	Lucido e orientado.
Neurológico:	Responde sem dificuldade às solicitações verbais.
Cardiopulmonar:	Força grau 5 coto de amputação para flexo-extensão e abdução/adução do coto
Locomotor:	PA 158/104 mmHg
Outros (alterações cognitivas, visuais, auditivas, nutricionais, abdominais, digestivas, urinárias e outras):	Deambula com muletas no domicílio e em cadeira de rodas para locais distantes (sic). Comparece à pericia em cadeira de rodas.
Nível de amputação - MMSS	Nada digno de nota.
Nível de amputação - MMII	Não se aplica
Lateraldade da lesão:	04. Amputação Transfemoral - 1/3 médio
Condições do coto (pele/fâneros, circulação, trofismo/força/tônus muscular, rigidez articular, sensibilidade, membro/dor fantasma, espículas, neuromas, úlceras, aderência, sinais flogísticos, outros):	esquerdo
Medição do coto:	Coto com bom aspecto, bom trofismo muscular, força grau 5.
	Vestido com liner de silicone que alega ser para substituir o enfaixamento.
	Medição do coto prejudicada pelo tecido do coto e por permanecer sentado na cadeira de rodas.
	37 cm a partir da crista ilíaca e 29 cm do grande trocante, 50 cm de diâmetro
Membro contralateral	
Cicatrizes, desvios angulares e rotacionais, instabilidade e alterações degenerativas articulares, circulatórias, trofismo e força muscular, outros:	Sem alterações. Queixa-se de dor no joelho contralateral.
Membro(s) não acometido(s)	
Amplitude de movimento, alterações tróficas, força muscular, alterações degenerativas articulares, instabilidades ligamentares, outros:	nada digno de nota.
Trauma Raqui Medular	
Nível, espasticidade, força muscular, controle de tronco, escaras, áreas de hiperpressão, outros:	Não se aplica.
Outros Aspectos	
Prótese/outra recurso assistivo atual (Tipo, modelo, estado de conservação, adequabilidade, outros):	Não apresenta prótese atual. Informa que não possui.
Expectativa em relação à nova prótese/recurso de Tecnologia Assistiva:	Informa que possui boa expectativa por conta de grupo de amputados e que espera poder realizar suas atividades após protetização.
Deseja manter:	Não
Locomoção/ Marcha - Características (cadeira de rodas, andador, bengala, muleta axilar/canadense, prótese, caminha sem apoio, padrão da marcha, caminha com ou sem auxílio de terceiros, outros):	Na pericia comparece em cadeira de rodas, mas faz uso de muletas no domicílio.
Níveis de capacidade funcional K-Level	03. K 3 - Tem capacidade para deambular com cadência variável e para transpor barreiras arquitetônicas. Típico de um amputado que se desloca na comunidade e poderá ter atividade física, profissional ou terapêutica que exija a utilização da prótese além da simples locomoção.
Exames de imagem	
Descrever os achados radiográficos e outros, se houver:	Não apresenta exames de imagem.
Caso sejam feitos registros tais como fotografias, vídeos e outros tipos de imagens, o perito médico deve, obrigatoriamente, preencher o formulário editável do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Uso de Imagens Relacionadas ao Processo de Concessão de OPM, disponível em <a 154="" 28="" 962="" 973"="" data-label="Page-Footer" href="http://www-prbi/na aba formulários, que deverá ser anexado ao processo eletrônico do PMF Tarefas em formato PDF, com as devidas assinaturas.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Conclusão</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Concluída a avaliação, indica-se a prescrição de Órtese, Prótese Ortopédica não Implantável, Meios Auxiliares de Locomoção e Acessórios?</td> <td>Sim</td> </tr> <tr> <td>Considerações médico periciais:</td> <td>Segurado de 37 anos técnico de refrigeração empregado, experiência profissional como frentista, ensino médio completo. Acidente de moto em 2015 grave com amputação suprapatelar esquerda. Possui boa expectativa quanto à protetização. Há indicação de protetização para dar seguimento ao PRP e retorno ao trabalho.</td> </tr> <tr> <td>Encaminhamentos para o INSS:</td> <td>Há indicação de prescrição de OPM para dar continuidade ao PRP visando</td> </tr> </tbody> </table> </div> <div data-bbox=">Emitido em: 13/11/2023 16:49	

Campo	Valor
Tipo de recurso material prescrito:	o retorno ao mercado de trabalho.
Especificação detalhada do dispositivo de OPM prescrito, conforme parâmetros descritivos constantes em manual técnico:	Prótese ortopédica não implantável de MMSS/MMII Prótese ortopédica para amputação transfemoral endoesquelética (modular). Componentes em titânio. Encaixe de contenção isquiática, laminado em resina acrílica com reforço em fibras de carbono e fibras de vidro trançadas. Duas unidades de liner em silicone com anéis de vedação. Válvula com expulsão de ar automática, de manuseio e colocação rápida. Encaixe de prova em termoplástico transparente. Joelho hidráulico monocêntrico, que possibilita descer degraus com passos alternados para nível de atividade 3. Pé de resposta dinâmica em fibra de carbono para nível de atividade 3, com capa cosmética. Um par de calçados.

Interessado(s)

CPF	Nome Completo	Data Nascimento	Nome Completo da Mãe
[REDACTED]	LEANDRO INOCENCIO DE FARIAS	08/12/1984	MARILENE INOCENCIO DE FARIAS

Procurador(es) / Representante(s) Legal(is)

A tarefa não possui procurador(es) / representante(s) legal(is).

CID Principal

Y835 - Amputação de membro(s)

Anexos

A tarefa não possui anexos.



ANEXO III

**FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DESTINADO À CONCESSÃO DE ÓRTESES,
PRÓTESES ORTOPÉDICAS NÃO IMPLANTÁVEIS DE MEMBROS
SUPERIORES E INFERIORES, MEIOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO E
ACESSÓRIOS.**

Data: 11/10/19	GEX: RJ - NORTE	APS: APS Av Brasil
Ação Civil Pública: (<input checked="" type="checkbox"/>) Não (<input type="checkbox"/>) Sim. Especificar:		
DADOS DO REQUERENTE		
Nome: Luiz Carlos Rodrigues da Silva		
Data de Nascimento: 11/03/1972		
NIT: 12328205625	CPF: [REDACTED]	Idade: 47
Espécie/Nº benefício: 91/625.541.775-5		
ANAMNESE		

Altura: 1,78 m	Peso: 95kg	Dominância: destro
Características da lesão/amputação	Etiologia	<input type="checkbox"/> Congênita. <input type="checkbox"/> Traumática <input type="checkbox"/> Especificar: <input type="checkbox"/> Acidente de motocicleta <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Acidente de carro <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ferimento por Arma de Fogo <input checked="" type="checkbox"/> Outros. <input type="checkbox"/> Neoplasia <input type="checkbox"/> Especificar: acidente de trabalho <input type="checkbox"/> Poliomielite <input type="checkbox"/> Especificar: <input type="checkbox"/> Secundária a doença <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Infeciosa <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Outros. <input type="checkbox"/> Especificar:
		Membro (s) acometido (s): MIE Data da amputação/lesão/diagnóstico: 19/10/2018 Tempo de evolução: 1 ano Queixas relatadas: Necessita de prótese para melhorar mobilidade e qualidade de vida

Histórico de protetização, ortetização, uso de outros recursos assistivos:	Quantas, quando, quem forneceu, tipo, tempo de uso, incompatibilidades anteriores, outras informações relacionadas: não recebeu protetização ainda
Outras solicitações de recursos assistivos:	Há processo de concessão em andamento através do Sistema Único de Saúde - SUS, outras instituições ou por outros meios? Especificar:



33

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

Reabilitação física	Não Fez fisioterapia e/ou terapia ocupacional para adaptação e uso da prótese ou outros recursos assistivos (duração, intercorrências): Não
Uso de prótese na atividade laboral	Necessidades específicas, dificuldade e outras informações relacionadas: NDN
Comorbidades	Tabagismo, alcoolismo, tratamentos, medicações, estabilidade clínica, em caso de ICC classificação de NYHA, em caso de DM lesões de órgãos alvos, outras; Não
Condições de acessibilidade	Na habitação, no trabalho, nos trajetos: NDN Meio (s) de deslocamento (s) habitual (is): ônibus Descrição de barreiras arquitetônicas e outras, se houver: escadas no trabalho
Atividades da Vida Diária (higiene, alimentação, vestir, lazer, independência para transferência, outras)	(x) Independente () Semi-independente () Dependente Descrição das dificuldades, se houver:

EXAME FÍSICO

Geral	Neuroológico: ndn Cardíaco pulmonar: ndn Locomotor: Amputação médio pé esquerdo Outros: ndn
Outras alterações	Alterações cognitivas, visuais, auditivas, nutricionais, abdominais, digestivas, urinárias e outras: ndn
Relacionado à amputação	Nível (membro acometido, terço proximal, médio, distal): médio Lateraldade: destro Condições do coto (pele e fúneros, circulatória, trofismo/força/tônus muscular, rigidez articular, sensibilidade, membro/dor fantasma, espículas, neuromas, ulceração, aderência, sinais flogísticos, outros): ndn Medição do coto: sem fita métrica
Membro contralateral	Cicatrizes, desvios angulares e rotacionais, instabilidade e alterações degenerativas articulares, circulatórias, trofismo e força muscular, outros: ndn
Membro (s) não acometido (s)	Amplitude de movimento, alterações tróficas, força muscular, alterações degenerativas articulares, instabilidades ligamentares, outros: boa



Trauma Raqui Medular	Nível, espasticidade, força muscular, controle de tronco, escaras, áreas de hiperpressão, outros: Não
-----------------------------	---

OUTROS ASPECTOS				
Prótese/outro recurso assistivo atual	Tipo, modelo, estado de conservação, adequabilidade, outros: ainda não protetizado			
Expectativa em relação à nova prótese/recurso de Tecnologia Assistiva	BOA			
Espuma e meia cosmética	Utiliza? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Deseja manter? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		
Locomoção/ Marcha	Características (cadeira de rodas, andador, bengala, muleta axilar/canadense, prótese ou sem apoio, com ou sem auxílio de terceiros, outros), qualidade e padrão: Muletas axilares			
Nível de Atividade	<input type="checkbox"/> K0	<input type="checkbox"/> K1	<input type="checkbox"/> K2	<input checked="" type="checkbox"/> K3
Exames de imagem	Descrever os achados radiográficos e outros, se houver: sem RX			

CONCLUSÃO

Concluída a avaliação, indica-se a prescrição de Prótese Ortopédica não Implantável, Órtese, Meios Auxiliares de Locomoção e Acessórios?

Sim
 Não

Justificativa: facilitar deslocamentos e qualidade de vida do segurado

Encaminhamentos: nenhum

DTPPS-Prótese ortopédica para amputação parcial do pé em silicone para Lisfranc sob TF24-Prótese ortopédica para amputação transfemoral endoesquelética (modular). Componentes em titânio. Encaixe de contenção/ apoio isquiático laminado em resina acrílica com reforço em fibras de carbono e fibras de vidro trançadas. Duas unidades de liner em silicone com anéis de vedação. Válvula com expulsão de ar automática, de manuseio e colocação rápida. Encaixe de prova em termoplástico transparente. Joelho hidráulico monocêntrico, que possibilite descer degraus com passos alternados para nível de atividade 3. Pé de resposta dinâmica em fibra de carbono para nível de atividade 3, com capa cosmética. Um par de calçados.

MARCOS RICARDO
2017/2018
COLLETA



Dados Básicos

Serviço Formulário - Perícia Médica Inicial de Reabilitação Profissional para Fins de Concessão de OPM	Status Concluída	Prioridade Normal
Unidade 01400 - SUBSECRETARIA DE PERÍCIA MÉDICA FEDERAL	Data de entrada do requerimento 24/08/2022 09:47	Canal de atendimento Aplicações Parceiras

Endereço para atendimento:

A tarefa não possui endereço para atendimento externo.

Campos adicionais:

Campo	Valor
ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM (a cargo do INSS)	
Origem do encaminhamento:	Perícia Médica
O requerente é segurado do INSS?	Sim
Situação Funcional/Forma de Filiação:	Empregado
Empresa:	SIMARIDA filial Guadalupe
Está em gozo de Benefício por Incapacidade/Auxílio-Accidente?	Não
Grau de instrução/escolaridade:	Ensino superior completo
Atividades profissionais em exercício (função, atividades, aspectos ergonômicos):	vendedora
CNH:	Não
Cursos e capacitações profissionais realizados anteriores ao PRP:	Sem inf
Experiências profissionais anteriores ao PRP:	Sem inf
Já foi reabilitado anteriormente com certificado de conclusão do PRP? Caso afirmativo, informe Data de desligamento do PRP, Função/atividade para a qual foi reabilitado e Restrições Laborais:	Sem inf
Situação do requerente:	Em Programa de Reabilitação Profissional
Para segurado em PRP, descreva a evolução. Informe sobre readaptação na empresa de vínculo, cursos/treinamentos profissionais, função proposta e outros dados pertinentes:	Não
Para segurado em PRP, transcreva as Restrições Laborais definidas pela PMF:	Trabalhos cujas atividades requeiram ortostatismo para a sua realização, sem possibilidade de apoio de prótese
Registre e justifique o prognóstico de cumprimento do programa de reabilitação profissional (Favorável/Desfavorável):	favorável
Contexto Socioeconômico	
Informações referentes a: acessibilidade à residência e na comunidade, acesso a transporte público, acesso a reabilitação física e outras informações pertinentes.	Sem inf
Outras informações:	BI 31, vinculada como vendedora, graduação em letras
AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM	
Anamnese	
Altura:	1,62 m
Peso:	68,40 kg
Dominância:	destra
Características da lesão/amputação:	
Etiologia:	Traumática
Traumática por:	Acidente de motocicleta
Membro(s) acometido(s):	Transfemural esquerda.
Data da amputação/lesão/diagnóstico:	18/04/2014
Tempo de evolução:	8 anos de trauma com amputação imediata no local do acidente. Operada no Hospital Estadual Adão Pereira Nunes.
Queixas relatadas:	Nega queixas médicas relacionadas ao coto.
Histórico de protetização, ortetização e uso de outros recursos assistivos	
Quantos, quando, quem forneceu, tipo, tempo de uso, incompatibilidades anteriores, outras informações relacionadas:	Informa ter recebido protese da ABBR, mas não se adaptou devido a problemas no encaixe. Informa que não fez molde gessado, que o joelho não dobrava e que o pé era rígido. Relata que não conseguia usar a protese, que a mesma cortava sua coxa.
Outras solicitações de recursos assistivos	
Há processo de concessão em andamento através do Sistema Único de Saúde - SUS, outras instituições ou por outros meios?	Não
Reabilitação física	

Campo	Valor
Fez fisioterapia e/ou terapia ocupacional para adaptação e uso da prótese ou outros recursos assistivos (duração, intercorrências):	Não
Uso de prótese na atividade laboral:	
Necessidades específicas, dificuldades e outras informações relacionadas:	Nada digno de nota.
História clínica	
Queixas atuais, hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo), lesões de órgãos alvos, em caso de ICC classificação de NYHA, tratamentos em curso, outras:	Informa uso de carbolito e depakene, por conta de problemas psiquiátricos após o acidente. Nega tabagismo e etilismo.
Condições de acessibilidade	
Na habitação, no trabalho, nos trajetos:	Informa que reside em Inhoáiba, com difícil acesso devido transporte publico escasso. Parte das estradas são de barro, com ruas esburacadas. Estação de trem apresenta grande inclinação e numero de degraus, sem rampa de acesso. Relata que mora sozinha e que o parente mais proximo, uma tia, mora a cerca de 15 minutos de sua residencia.
Meio(s) de deslocamento(s) habitual(is):	Informa deslocamento por trem ou onibus.
Descrição de barreiras arquitetônicas e outras, se houver:	Parte das estradas são de barro, com ruas esburacadas. Estação de trem apresenta grande inclinação e numero de degraus, sem rampa de acesso. Na residencia possui alguns degraus para chegar a propria casa, como se fosse um segundo andar.
Atividades da Vida Diária (higiene, alimentação, vestuário, lazer, mobilidade, outras)	
Assinale:	Independente
Exame Físico	
Geral:	Lúcida e orientada. Responde sem dificuldade às solicitações verbais.
Neurológico:	Força grau 5 para flexo-extensao, abdução e adução coto do 1/3 medio da coxa esquerda.
Cardiopulmonar:	Nada digno de nota.
Locomotor:	Marcha com um par de muletas.
Outros (alterações cognitivas, visuais, auditivas, nutricionais, abdominais, digestivas, urinárias e outras):	Nada digno de nota.
Nível de amputação - MMSS	Não se aplica
Nível de amputação - MMII	04. Amputação Transfemoral - 1/3 médio
Lateraldade da lesão:	Lado esquerdo.
Condições do coto (pele/fâneros, circulação, trofismo/força/tônus muscular, rigidez articular, sensibilidade, membro/dor fantasma, espículas, neuromas, úlceras, aderência, sinais flogísticos, outros):	Coto flacido, cicatriz extensa, sem espículas osseas palpaveis, sem dor à palpação, sem alteração de sensibilidade no coto.
Medição do coto:	30 cm o grande trocanter/40 cm da crista ilíaca/50 cm diâmetro
Membro contralateral	
Cicatrizes, desvios angulares e rotacionais, instabilidade e alterações degenerativas articulares, circulatórias, trofismo e força muscular, outros:	Nada digno de nota.
Membro(s) não acometido(s)	
Amplitude de movimento, alterações tróficas, força muscular, alterações degenerativas articulares, instabilidades ligamentares, outros:	Informa hernia discal lombar e dismetria. Queixa-se de dor no quadril direito.
Trauma Raqui Medular	
Nível, espasticidade, força muscular, controle de tronco, escaras, áreas de hiperpressão, outros:	Não se aplica.
Outros Aspectos	
Prótese/outra recurso assistivo atual (Tipo, modelo, estado de conservação, adequabilidade, outros):	Usa apenas um par de muletas em bom estado.
Expectativa em relação à nova prótese/recurso de Tecnologia Assistiva:	Um pouco apreensiva em relação à prótese, devido à má experiência anterior.
Deseja manter:	Não
Locomoção/ Marcha - Características (cadeira de rodas, andador, bengala, muleta axilar/canadense, prótese, caminha sem apoio, padrão da marcha, caminha com ou sem auxílio de terceiros, outros):	Deambula com um par de muletas.
Níveis de capacidade funcional K-Level	03. K 3 - Tem capacidade para deambular com cadência variável e para transpor barreiras arquitetônicas. Típico de um amputado que se desloca na comunidade e poderá ter atividade física, profissional ou terapêutica que exija a utilização da prótese além da simples locomoção.
Exames de imagem	
Descrever os achados radiográficos e outros, se houver:	Não possui.
Caso sejam feitos registros tais como fotografias, vídeos e outros tipos de imagens, o perito médico deve, obrigatoriamente, preencher o formulário editável do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Uso de Imagens Relacionadas ao Processo de Concessão de OPM, disponível em <a 153="" 28="" 962="" 973"="" data-label="Page-Footer" href="http://www-prbi/na aba formulários, que deverá ser anexado ao processo eletrônico do PMF Tarefas em formato PDF, com as devidas assinaturas.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Conclusão</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Concluída a avaliação, indica-se a prescrição de Ótese, Prótese Ortopédica não Implantável, Meios Auxiliares de Locomoção e Acessórios?</td> <td>Sim</td> </tr> <tr> <td>Considerações médico periciais:</td> <td>Segurada de 38 anos, vendedora empregada, superior completo em letras. Sofreu amputação transfemoral esquerda em abril de 2014. Relata que recebeu prótese na ABBR, mas que não se adaptou pois o encaixe machucava. Pouco motivada com a protetização e com o PRP por alegar morar longe e com grande deslocamento de trem/onibus, além das barreiras arquitetonicas. Entretanto, é jovem e possui ensino superior, de modo que a protetização pode ser um fator modificador do prognostico</td> </tr> </tbody> </table> </div> <div data-bbox=">Emitido em: 13/11/2023 18:52	

Campo	Valor
Encaminhamentos para o INSS:	para retorno ao trabalho. Indicada manutenção em PRP para recebimento de OPM. Como possui nível superior, espera-se que com o recebimento da OPM possa desempenhar a atividade habitual ou mesmo a profissão para a qual possui nível superior. Realizada a prescrição da OPM.
Tipo de recurso material prescrito:	Prótese ortopédica não implantável de MMSS/MMII
Especificação detalhada do dispositivo de OPM prescrito, conforme parâmetros descritivos constantes em manual técnico:	Prótese ortopédica para amputação transfemoral endoesquelética (modular). Componentes em titânio. Encaixe de contenção isquiática, laminado em resina acrílica com reforço em fibras de carbono e fibras de vidro trançadas. Duas unidades de liner em silicone com anéis de vedação. Válvula com expulsão de ar automática, de manuseio e colocação rápida. Encaixe de prova em termoplástico transparente. Joelho hidráulico monocêntrico, que possibilite descer degraus com passos alternados para nível de atividade 3. Pé de resposta dinâmica em fibra de carbono para nível de atividade 3, com capa cosmética. Um par de calçados.

Interessado(s)

CPF	Nome Completo	Data Nascimento	Nome Completo da Mãe
[REDACTED]	MICHELLE BETTA MELO DE OLIVEIRA	15/10/1983	MARA SILVIA BETTA DE MELO

Procurador(es) / Representante(s) Legal(is)

A tarefa não possui procurador(es) / representante(s) legal(is).

CID Principal

T13 - Outros traumatismos de membro inferior, nível não especificado

Anexos

A tarefa não possui anexos.



Dados Básicos

Serviço Formulário - Perícia Médica Inicial de Reabilitação Profissional para Fins de Concessão de OPM	Status Concluída	Prioridade Normal
Unidade 01400 - SUBSECRETARIA DE PERÍCIA MÉDICA FEDERAL	Data de entrada do requerimento 24/08/2022 11:14	Canal de atendimento Aplicações Parceiras

Endereço para atendimento:

A tarefa não possui endereço para atendimento externo.

Campos adicionais:

Campo	Valor
ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM (a cargo do INSS)	
Origem do encaminhamento:	Perícia Médica
O requerente é segurado do INSS?	Sim
Situação Funcional/Forma de Filiação:	Empregado
Empresa:	VIAÇÃO PAVUNENSE S/A
Está em gozo de Benefício por Incapacidade/Auxílio-Accidente?	Não
Grau de instrução/escolaridade:	Ensino fundamental incompleto
Atividades profissionais em exercício (função, atividades, aspectos ergonômicos):	Cobradora
CNH:	Não
Cursos e capacitações profissionais realizados anteriores ao PRP:	Sem inf
Experiências profissionais anteriores ao PRP:	Sem inf
Já foi reabilitado anteriormente com certificado de conclusão do PRP? Caso afirmativo, informe Data de desligamento do PRP, Função/atividade para a qual foi reabilitado e Restrições Laborais:	Não
Situação do requerente:	Em Programa de Reabilitação Profissional
Para segurado em PRP, descreva a evolução. Informe sobre readaptação na empresa de vínculo, cursos/treinamentos profissionais, função proposta e outros dados pertinentes:	Sem inf
Para segurado em PRP, transcreva as Restrições Laborais definidas pela PMF:	FAPL com resposta a este tópico: necessidade de protetização para retornar à sua função favorável
Registre e justifique o prognóstico de cumprimento do programa de reabilitação profissional (Favorável/Desfavorável):	
Contexto Socioeconômico	
Informações referentes a: acessibilidade à residência e na comunidade, acesso a transporte público, acesso a reabilitação física e outras informações pertinentes.	Sem inf
Outras informações:	Não
AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM	
Anamnese	
Altura:	1,65 m
Peso:	73 kg
Dominância:	destra
Características da lesão/amputação:	
Etiologia:	Secundária a doença
Secundária a doença:	Neoplasia
Membro(s) acometido(s):	esquerda
Data da amputação/lesão/diagnóstico:	15/10/2015
Tempo de evolução:	Informa que em 2013/2014 descobriu lesão na fibula esquerda que começou com uma nodulação que foi aumentando de tamanho. Atendida inicialmente no posto de saúde e em consulta particular, tendo realizada RNM que descobriu o TCG. Foi então encaminhada ao HUCFF e posteriormente ao INTO para tratamento definitivo. Fez a amputação no INTO. Não fez mais nenhum procedimento desde então.
Queixas relatadas:	Informa dor no coto de amputação e dor fantasma, tipo choque.
Histórico de protetização, ortetização e uso de outros recursos assistivos	
Quantos, quando, quem forneceu, tipo, tempo de uso, incompatibilidades anteriores, outras informações relacionadas:	Nunca usou prótese.
Outras solicitações de recursos assistivos	
Há processo de concessão em andamento através do Sistema Único de Saúde - SUS, outras instituições ou por outros meios?	Não

Campo	Valor
Reabilitação física	
Fez fisioterapia e/ou terapia ocupacional para adaptação e uso da prótese ou outros recursos assistivos (duração, intercorrências):	Não
Uso de prótese na atividade laboral:	
Necessidades específicas, dificuldades e outras informações relacionadas:	Informa dificuldade para subir e descer do onibus, além do cansaço e machucado nas mãos devido às muletas.
História clínica	
Queixas atuais, hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo), lesões de órgãos alvos, em caso de ICC classificação de NYHA, tratamentos em curso, outras:	Ex etilista e ex tabagista (há 7 anos), nega uso de medicações. Nega alergias.
Condições de acessibilidade	
Na habitação, no trabalho, nos trajetos:	Informa dificuldade para transporte publico. Rua asfaltada, plana, sem ladeiras. Anda 15 minutos de casa até o trabalho. Em casa tem escadas (dois lances).
Meio(s) de deslocamento(s) habitual(is):	Geralmente se desloca de onibus.
Descrição de barreiras arquitetônicas e outras, se houver:	Escadas no domicilio.
Atividades da Vida Diária (higiene, alimentação, vestuário, lazer, mobilidade, outras)	
Assinale:	Semi-independente
Descrição das dificuldades	Consegue cozinhar e tomar banho sozinha. Tem auxilio de uma pessoa para limpeza da casa.
Exame Físico	
Geral:	Lúcida e orientada. Responde sem dificuldade às solicitações verbais.
Neurológico:	Força grau 5 de abdução/adução/flexo extensão do quadril esquerdo.
Cardiopulmonar:	Nada digno de nota.
Locomotor:	Coto com bom aspecto, sem hipotrofia, cicatriz com bom aspecto, sem sinais de infecção, parestesia medial da coxa leve. Força grau 5 de abdução/adução/flexo extensão do quadril esquerdo. Membro contralateral sem alterações. Usa oculos para miopia e hipermetropia.
Outros (alterações cognitivas, visuais, auditivas, nutricionais, abdominais, digestivas, urinárias e outras):	
Nível de amputação - MMSS	Não se aplica
Nível de amputação - MMII	04. Amputação Transfemoral - 1/3 médio esquerda
Lateraldade da lesão:	Coto com bom aspecto, sem hipotrofia, cicatriz com bom aspecto, sem sinais de infecção, parestesia medial da coxa leve. Força grau 5 de abdução/adução/flexo extensão do quadril esquerdo. 41cm a partir da crista ilaca; 31cm a partir do GT; 48 de diâmetro.
Condições do coto (pele/fâneros, circulação, trofismo/força/tônus muscular, rigidez articular, sensibilidade, membro/dor fantasma, espículas, neuromas, úlceras, aderência, sinais flogísticos, outros):	
Medição do coto:	
Membro contralateral	
Cicatrizes, desvios angulares e rotacionais, instabilidade e alterações degenerativas articulares, circulatórias, trofismo e força muscular, outros:	Nada digno de nota.
Membro(s) não acometido(s)	
Amplitude de movimento, alterações tróficas, força muscular, alterações degenerativas articulares, instabilidades ligamentares, outros:	Amplitude de movimentos e força normal no quadril, joelho e tornozelo direitos.
Trauma Raqui Medular	
Nível, espasticidade, força muscular, controle de tronco, escaras, áreas de hiperpressão, outros:	Não se aplica.
Outros Aspectos	
Prótese/outro recurso assistivo atual (Tipo, modelo, estado de conservação, adequabilidade, outros):	Não possui protese.
Expectativa em relação à nova prótese/recurso de Tecnologia Assistiva:	Não tem boas expectativas em relação à protese, pois tem se adaptado bem à muleta.
Deseja manter:	Não
Locomoção/ Marcha - Características (cadeira de rodas, andador, bengala, muleta axilar/canadense, prótese, caminha sem apoio, padrão da marcha, caminha com ou sem auxílio de terceiros, outros):	Usa duas muletas para deambulação.
Níveis de capacidade funcional K-Level	03. K 3 - Tem capacidade para deambular com cadência variável e para transpor barreiras arquitetônicas. Típico de um amputado que se desloca na comunidade e poderá ter atividade física, profissional ou terapêutica que exija a utilização da prótese além da simples locomoção.
Exames de imagem	
Descrever os achados radiográficos e outros, se houver:	Não apresenta prescrições.
Caso sejam feitos registros tais como fotografias, vídeos e outros tipos de imagens, o perito médico deve, obrigatoriamente, preencher o formulário editável do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Uso de Imagens Relacionadas ao Processo de Concessão de OPM, disponível em <a 154="" 28="" 962="" 973"="" data-label="Page-Footer" href="http://www-prbi/na aba formulários, que deverá ser anexado ao processo eletrônico do PMF Tarefas em formato PDF, com as devidas assinaturas.</td><td></td></tr> <tr> <td>Conclusão</td><td></td></tr> <tr> <td>Concluída a avaliação, indica-se a prescrição de Órtese, Prótese Ortopédica não Implantável, Meios Auxiliares de Locomoção e Acessórios?</td><td>Sim</td></tr> <tr> <td>Considerações médico periciais:</td><td>Segurada de 37 anos, cobrador de onibus empregada, escolaridade ensino médio completo. Sofreu amputação transfemural esquerda devido a tumor de células gigantes.</td></tr> <tr> <td>Encaminhamentos para o INSS:</td><td>Necessita de prescrição de protese para permitir o retorno ao trabalho.</td></tr> <tr> <td>Tipo de recurso material prescrito:</td><td>Prótese ortopédica não implantável de MMSS/MMII</td></tr> <tr> <td>Especificação detalhada do dispositivo de OPM prescrito, conforme parâmetros descritivos constantes em manual técnico:</td><td>Prótese ortopédica para amputação transfemoral endoesquelética (modular). Componentes em titânio. Encaixe de contenção isquiártico.</td></tr> </tbody> </table> </div> <div data-bbox=">Emitido em: 13/11/2023 18:38	

Campo	Valor
	laminado em resina acrílica com reforço em fibras de carbono e fibras de vidro trançadas. Duas unidades de liner em silicone com anéis de vedação. Válvula com expulsão de ar automática, de manuseio e colocação rápida. Encaixe de prova em termoplástico transparente. Joelho hidráulico monocêntrico, que possibilite descer degraus com passos alternados para nível de atividade 3. Pé de resposta dinâmica em fibra de carbono para nível de atividade 3, com capa cosmética. Um par de calçados.

Interessado(s)

CPF	Nome Completo	Data Nascimento	Nome Completo da Mãe
[REDACTED]	PATRICIA PEREIRA DE ALMEIDA	20/01/1985	ISABETE PEREIRA DE ALMEIDA

Procurador(es) / Representante(s) Legal(is)

A tarefa não possui procurador(es) / representante(s) legal(is).

CID Principal

C40 - Neoplasia maligna dos ossos e cartilagens articulares dos membros

Anexos

A tarefa não possui anexos.



Dados Básicos

Serviço Formulário - Perícia Médica Inicial de Reabilitação Profissional para Fins de Concessão de OPM	Status Concluída	Prioridade Normal
Unidade 01400 - SUBSECRETARIA DE PERÍCIA MÉDICA FEDERAL	Data de entrada do requerimento 24/08/2022 10:32	Canal de atendimento Aplicações Parceiras

Endereço para atendimento:

A tarefa não possui endereço para atendimento externo.

Campos adicionais:

Campo	Valor
ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM (a cargo do INSS)	
Origem do encaminhamento:	Perícia Médica
O requerente é segurado do INSS?	Sim
Situação Funcional/Forma de Filiação:	Empregado
Empresa:	SIMARIDA comercial de modas Itda
Está em gozo de Benefício por Incapacidade/Auxílio-Accidente?	Não
Grau de instrução/escolaridade:	Ensino médio completo
Atividades profissionais em exercício (função, atividades, aspectos ergonômicos):	estoquista
CNH:	Não
Cursos e capacitações profissionais realizados anteriores ao PRP:	Sem inf
Experiências profissionais anteriores ao PRP:	Sem inf
Já foi reabilitado anteriormente com certificado de conclusão do PRP? Caso afirmativo, informe Data de desligamento do PRP, Função/atividade para a qual foi reabilitado e Restrições Laborais:	Sem inf
Situação do requerente:	Em Programa de Reabilitação Profissional
Para segurado em PRP, descreva a evolução. Informe sobre readaptação na empresa de vínculo, cursos/treinamentos profissionais, função proposta e outros dados pertinentes:	Empresa não ofereceu função O segurado aguarda o curso de assistente administrativo compatibilizado por PMF
Para segurado em PRP, transcreva as Restrições Laborais definidas pela PMF:	Ficar em pé por periodos prolongados, andar longas distâncias, carregar carga e subir e descer escadas com frequência
Registre e justifique o prognóstico de cumprimento do programa de reabilitação profissional (Favorável/Desfavorável):	favorável
Contexto Socioeconômico	
Informações referentes a: acessibilidade à residência e na comunidade, acesso a transporte público, acesso a reabilitação física e outras informações pertinentes.	Sem inf
Outras informações:	Não
AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM	
Anamnese	
Altura:	1,68
Peso:	96,50Kg
Dominância:	Destro
Características da lesão/amputação:	
Etiologia:	Traumática
Traumática por:	Acidente de motocicleta
Membro(s) acometido(s):	Membro inferior esquerdo
Data da amputação/lesão/diagnóstico:	18/04/2014
Tempo de evolução:	8 anos
Queixas relatadas:	Relata grande dificuldade para subir e descer escadas, assim como utilizar meios de transportes públicos. Está sem uso de prótese há cerca de 2 anos, pois a mesma quebrou.
Histórico de protetização, ortetização e uso de outros recursos assistivos	
Quantos, quando, quem forneceu, tipo, tempo de uso, incompatibilidades anteriores, outras informações relacionadas:	1 prótese fornecida pelo INSS que quebrou, há 2 anos.
Outras solicitações de recursos assistivos	
Há processo de concessão em andamento através do Sistema Único de Saúde - SUS, outras instituições ou por outros meios?	Não
Reabilitação física	
Fez fisioterapia e/ou terapia ocupacional para adaptação e uso da prótese ou	Não

Campo	Valor
outros recursos assistivos (duração, intercorrências):	
Uso de prótese na atividade laboral:	
Necessidades específicas, dificuldades e outras informações relacionadas:	Sem comorbidades.
História clínica	
Queixas atuais, hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo), lesões de órgãos alvos, em caso de ICC classificação de NYHA, tratamentos em curso, outras:	Sem comorbidades.
Condições de acessibilidade	
Na habitação, no trabalho, nos trajetos:	Casa com 3 pavimentos e necessidade do uso de escadas.
Meio(s) de deslocamento(s) habitual(is):	Uso meio de transporte público - ônibus.
Descrição de barreiras arquitetônicas e outras, se houver:	Rua asfaltada e plana.
Atividades da Vida Diária (higiene, alimentação, vestuário, lazer, mobilidade, outras)	
Assinale:	Independente
Exame Físico	
Geral:	Bom estado geral. Vestes adequadas e discurso coerente.
Neurológico:	Sem alterações.
Cardiopulmonar:	Sem alterações.
Locomotor:	Deambula com uso de muletas.
Outros (alterações cognitivas, visuais, auditivas, nutricionais, abdominais, digestivas, urinárias e outras):	Sem alterações.
Nível de amputação - MMSS	Não se aplica
Nível de amputação - MMII	04. Amputação Transfemoral - 1/3 médio
Lateraldade da lesão:	Esquerda
Condições do coto (pele/fâneros, circulação, trofismo/força/tônus muscular, rigidez articular, sensibilidade, membro/dor fantasma, espículas, neuromas, úlceras, aderência, sinais flogísticos, outros):	Cicatriz bem constituída. Sem úlceras. Sem espículas.
Medição do coto:	48 cm da crista ilíaca, 26 cm do grande trocanter e 56 de diâmetro
Membro contralateral	
Cicatrizes, desvios angulares e rotacionais, instabilidade e alterações degenerativas articulares, circulatórias, trofismo e força muscular, outros:	Sem alterações.
Membro(s) não acometido(s)	
Amplitude de movimento, alterações tróficas, força muscular, alterações degenerativas articulares, instabilidades ligamentares, outros:	Força muscular preservada e com boa amplitude de movimentos.
Trauma Raqui Medular	
Nível, espasticidade, força muscular, controle de tronco, escaras, áreas de hiperpressão, outros:	Não se aplica.
Outros Aspectos	
Prótese/outro recurso assistivo atual (Tipo, modelo, estado de conservação, adequabilidade, outros):	Sem prótese há 2 anos.
Expectativa em relação à nova prótese/recurso de Tecnologia Assistiva:	Facilitar o deslocamento e reinserção no mercado de trabalho.
Deseja manter:	Não
Locomoção/ Marcha - Características (cadeira de rodas, andador, bengala, muleta axilar/canadense, prótese, caminha sem apoio, padrão da marcha, caminha com ou sem auxílio de terceiros, outros):	Deambula com auxílio de muletas.
Níveis de capacidade funcional K-Level	03. K 3 - Tem capacidade para deambular com cadência variável e para transpor barreiras arquitetônicas. Típico de um amputado que se desloca na comunidade e poderá ter atividade física, profissional ou terapêutica que exija a utilização da prótese além da simples locomoção.
Exames de imagem	
Descrever os achados radiográficos e outros, se houver:	Não apresenta.
Caso sejam feitos registros tais como fotografias, vídeos e outros tipos de imagens, o perito médico deve, obrigatoriamente, preencher o formulário editável do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Uso de Imagens Relacionadas ao Processo de Concessão de OPM, disponível em <a 154="" 28="" 961="" 972"="" data-label="Page-Footer" href="http://www-prbi/na aba formulários, que deverá ser anexado ao processo eletrônico do PMF Tarefas em formato PDF, com as devidas assinaturas.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Conclusão</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Concluída a avaliação, indica-se a prescrição de Órtese, Prótese Ortopédica não Implantável, Meios Auxiliares de Locomoção e Acessórios?</td> <td>Sim</td> </tr> <tr> <td>Considerações médico periciais:</td> <td>Segurado 42 anos, nível médio.
Em programa de Reabilitação Profissional aguardando profissionalização.</td> </tr> <tr> <td>Encaminhamentos para o INSS:</td> <td>Segurado 42 anos, nível médio. Estoquista em loja de roupas.
Amputação transfemural que determina limitação funcional para sua função.
Em programa de Reabilitação Profissional aguardando profissionalização.
Conclui-se por incapacidade parcial e indefinida.</td> </tr> <tr> <td>Tipo de recurso material prescrito:</td> <td>Prótese ortopédica não implantável de MMSS/MMII</td> </tr> <tr> <td>Especificação detalhada do dispositivo de OPM prescrito, conforme parâmetros descritivos constantes em manual técnico:</td> <td>TF24-Prótese ortopédica para amputação transfemoral endoesquelética (modular). Componentes em aço, alumínio ou titânio. Encaixe de contenção/ apoio isquiático, quadrilátero ou de contato total, laminado em resina acrílica com reforço em fibras de carbono e fibras de vidro trançadas. Duas unidades de liner em silicone com anéis de vedação. Válvula com expulsão de ar automática, de manuseio e colocação rápida. Encaixe de prova em termoplástico transparente. Joelho hidráulico monocêntrico, que possibilita descer degraus com passos alternados para nível de atividade 3. Pé de resposta dinâmica em fibra de carbono</td> </tr> </tbody> </table> </div> <div data-bbox=">Emitido em: 13/11/2023 19:37	

Campo	Valor
para nível de atividade 3, com capa cosmética. Um par de calçados.	

Interessado(s)

CPF	Nome Completo	Data Nascimento	Nome Completo da Mãe
██████████	RODRIGO DA SILVA QUEIROZ RODRIGUES	07/08/1980	REGINA SILVA QUEIROZ RODRIGUES

Procurador(es) / Representante(s) Legal(is)

A tarefa não possui procurador(es) / representante(s) legal(is).

CID Principal

S880 - Amputação traumática ao nível do joelho

Anexos

A tarefa não possui anexos.



Dados Básicos

Serviço Formulário - Perícia Médica Inicial de Reabilitação Profissional para Fins de Concessão de OPM	Status Concluída	Prioridade Normal
Unidade 01400 - SUBSECRETARIA DE PERÍCIA MÉDICA FEDERAL	Data de entrada do requerimento 29/08/2022 11:04	Canal de atendimento Aplicações Parceiras

Endereço para atendimento:

A tarefa não possui endereço para atendimento externo.

Campos adicionais:

Campo	Valor
ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM (a cargo do INSS)	
Origem do encaminhamento:	Perícia Médica
O requerente é segurado do INSS?	Sim
Está em gozo de Benefício por Incapacidade/Auxílio-Accidente?	Sim
Espécie/Nº do Benefício:	31/6143302239
Grau de instrução/escolaridade:	Ensino médio completo
Atividades profissionais em exercício (função, atividades, aspectos ergonômicos):	NÃO RELATA
CNH:	Não
Cursos e capacitações profissionais realizados anteriores ao PRP:	NÃO RELATA
Experiências profissionais anteriores ao PRP:	NÃO RELATA
Já foi reabilitado anteriormente com certificado de conclusão do PRP? Caso afirmativo, informe Data de desligamento do PRP, função/atividade para a qual foi reabilitado e Restrições Laborais:	NÃO
Situação do requerente:	Em Programa para fins de recebimento, reparo ou manutenção de OPM
Para segurado em PRP, descreva a evolução. Informe sobre readaptação na empresa de vínculo, cursos/treinamentos profissionais, função proposta e outros dados pertinentes:	NÃO SE APLICA
Para segurado em PRP, transcreva as Restrições Laborais definidas pela PMF:	Amputação traumática ao nível do joelho
Registre e justifique o prognóstico de cumprimento do programa de reabilitação profissional (Favorável/Desfavorável):	FAVORÁVEL
Contexto Socioeconômico	
Informações referentes a: acessibilidade à residência e na comunidade, acesso a transporte público, acesso a reabilitação física e outras informações pertinentes.	Acessibilidade adequada
Outras informações:	SEGURADO AGUARDA PRÓTES HÁ LONGO TEMPO
AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM	
Anamnese	
Altura:	1,70
Peso:	74 kg
Dominância:	Destro
Características da lesão/amputação:	
Etiologia:	Traumática
Traumática por:	Ferimento por Arma de Fogo
Membro(s) acometido(s):	Membro inferior direito
Data da amputação/lesão/diagnóstico:	01/05/2016
Tempo de evolução:	6 anos.
Queixas relatadas:	Informa dificuldade para subir e descer escadas, assim como utilizar meio de transporte coletivo (ônibus). Nunca foi protetizado.
Histórico de protetização, ortetização e uso de outros recursos assistivos	
Quantos, quando, quem forneceu, tipo, tempo de uso, incompatibilidades anteriores, outras informações relacionadas:	Nunca foi protetizado.
Outras solicitações de recursos assistivos	
Há processo de concessão em andamento através do Sistema Único de Saúde - SUS, outras instituições ou por outros meios?	Não
Reabilitação física	
Fez fisioterapia e/ou terapia ocupacional para adaptação e uso da prótese ou outros recursos assistivos (duração, intercorrências):	Não
Uso de prótese na atividade laboral:	

Campo	Valor
Necessidades específicas, dificuldades e outras informações relacionadas:	Sem outras queixas.
História clínica	
Queixas atuais, hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo), lesões de órgãos alvos, em caso de ICC classificação de NYHA, tratamentos em curso, outras:	Sem comorbidades.
Condições de acessibilidade	
Na habitação, no trabalho, nos trajetos:	Mora em casa, 2 pavimento com necessidade de subir 1 lance de degraus.
Meio(s) de deslocamento(s) habitual(is):	Ônibus.
Descrição de barreiras arquitetônicas e outras, se houver:	Rua asfaltada e plana.
Atividades da Vida Diária (higiene, alimentação, vestuário, lazer, mobilidade, outras)	
Assinale:	Independente
Exame Físico	
Geral:	Lúcido e orientado no tempo e no espaço. Bom estado geral. Vestes adequadas e discurso coerente.
Neurológico:	Sem alterações.
Cardiopulmonar:	Sem alterações.
Locomotor:	Deambula com auxílio de 2 muletas canadenses.
Outros (alterações cognitivas, visuais, auditivas, nutricionais, abdominais, digestivas, urinárias e outras):	Sem alterações.
Nível de amputação - MMSS	Não se aplica
Nível de amputação - MMII	03. Amputação Transfemoral - 1/3 proximal
Lateraldade da lesão:	Direita.
Condições do coto (pele/fâneros, circulação, trofismo/força/tônus muscular, rigidez articular, sensibilidade, membro/dor fantasma, espículas, neuromas, úlceras, aderência, sinais flogísticos, outros):	Coto com cicatriz cirúrgica retráida. Sem úlceras. Protuberância óssea e coxim
Medição do coto:	29 cm da crista ilíaca, 19 cm do grande trocante e 49 cm de diâmetro
Membro contralateral	
Cicatrizes, desvios angulares e rotacionais, instabilidade e alterações degenerativas articulares, circulatórias, trofismo e força muscular, outros:	Sem alterações.
Membro(s) não acometido(s)	
Amplitude de movimento, alterações tróficas, força muscular, alterações degenerativas articulares, instabilidades ligamentares, outros:	Força muscular preservada. Boa amplitude de movimento.
Trauma Raqui Medular	
Nível, espasticidade, força muscular, controle de tronco, escaras, áreas de hiperpressão, outros:	Não se aplica.
Outros Aspectos	
Prótese/outro recurso assistivo atual (Tipo, modelo, estado de conservação, adequabilidade, outros):	Nunca foi protetizado
Expectativa em relação à nova prótese/recurso de Tecnologia Assistiva:	Facilitar o deslocamento e reinserção no mercado de trabalho.
Deseja manter:	Não
Locomoção/ Marcha - Características (cadeira de rodas, andador, bengala, muleta axilar/canadense, prótese, caminha sem apoio, padrão da marcha, caminha com ou sem auxílio de terceiros, outros):	Deambula com auxílio de 2 muletas canadenses.
Níveis de capacidade funcional K-Level	03. K 3 - Tem capacidade para deambular com cadência variável e para transpor barreiras arquitetônicas. Típico de um amputado que se desloca na comunidade e poderá ter atividade física, profissional ou terapêutica que exija a utilização da prótese além da simples locomoção.
Exames de imagem	
Descrever os achados radiográficos e outros, se houver:	Não apresenta exames complementares.
Caso sejam feitos registros tais como fotografias, vídeos e outros tipos de imagens, o perito médico deve, obrigatoriamente, preencher o formulário editável do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Uso de Imagens Relacionadas ao Processo de Concessão de OPM, disponível em <a 154="" 28="" 961="" 973"="" data-label="Page-Footer" href="http://www-prbi/na aba formulários, que deverá ser anexado ao processo eletrônico do PMF Tarefas em formato PDF, com as devidas assinaturas.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Conclusão</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Concluída a avaliação, indica-se a prescrição de Órtese, Prótese Ortopédica não Implantável, Meios Auxiliares de Locomoção e Acessórios?</td> <td>Sim</td> </tr> <tr> <td>Considerações médico periciais:</td> <td>Segurado 36 anos, concluiu o ensino médio durante o programa de Reabilitação Profissional.
Desempregado e última função exercida como operador de máquina em indústria de concretos.
Amputação transfemural que determina limitação funcional para sua função usual.
Em programa de Reabilitação Profissional aguardando profissionalização.
Conclui-se por incapacidade parcial e indefinida.
Prótese ortopédica não implantável de MMSS/MMII</td> </tr> <tr> <td>Encaminhamentos para o INSS:</td> <td>TF24-Prótese ortopédica para amputação transfemoral endoesquelética (modular). Componentes em aço, alumínio ou titânio. Encaixe de contenção/ apoio isquiático, quadrítero ou de contato total, laminado em resina acrílica com reforço em fibras de carbono e fibras de vidro trançadas. Duas unidades de liner em silicone com anéis de vedação. Válvula com expulsão de ar automática, de manuseio e colocação rápida. Encaixe de prova em termoplástico transparente. Joelho hidráulico monocêntrico, que possibilite descer degraus com passos alternados para nível de atividade 3. Pé de resposta dinâmica em fibra de carbono</td> </tr> <tr> <td>Tipo de recurso material prescrito:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Especificação detalhada do dispositivo de OPM prescrito, conforme parâmetros descritivos constantes em manual técnico:</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> </div> <div data-bbox=">Emitido em: 13/11/2023 19:40	

Campo	Valor
para nível de atividade 3, com capa cosmética. Um par de calçados.	

Interessado(s)

CPF	Nome Completo	Data Nascimento	Nome Completo da Mãe
[REDACTED]	THIAGO AZEVEDO DE SALES	22/01/1986	CLAUDIA CRISTINA DE AZEVEDO

Procurador(es) / Representante(s) Legal(is)

A tarefa não possui procurador(es) / representante(s) legal(is).

CID Principal

S880 - Amputação traumática ao nível do joelho

Anexos

A tarefa não possui anexos.



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

100

ANEXO III

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DESTINADO À CONCESSÃO DE ÓRTESES,
PRÓTESES ORTOPÉDICAS NÃO IMPLANTÁVEIS DE MEMBROS
SUPERIORES E INFERIORES, MEIOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO E
ACESSÓRIOS.

Data: 29/11/19

GEX: RJ - NORTE

APS: APS Av Brasil

Ação Civil Pública: (x) Não () Sim. Especificar:

DADOS DO REQUERENTE

Nome: ROBERTO GIL DOS SANTOS PIMENTA

Data de Nascimento: 29/07/1969

Idade: 50

NIT: 12395771319

CPF:

RG:

Altura: 1,77m

ANAMNESE

Peso: 74 kg

Dominância: destro

- | | | | |
|--|---|--|--|
| Etiologia | <input type="checkbox"/> Congênita. | <input checked="" type="checkbox"/> Traumática | <input type="checkbox"/> Secundária a doença |
| | Especificar: | <input type="checkbox"/> Acidente de motocicleta | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus |
| Características da lesão/amputação | <input type="checkbox"/> Acidente de carro | <input type="checkbox"/> Infeciosa | |
| | <input type="checkbox"/> Ferimento por Arma de Fogo | <input type="checkbox"/> Vascular | |
| Histórico de protetização, ortetização, uso de outros recursos assistivos: | <input type="checkbox"/> Outros. | <input type="checkbox"/> Neoplasia | |
| | Especificar: TREM | <input type="checkbox"/> Poliomielite | |
| Outras solicitações de recursos assistivos: | <input type="checkbox"/> Outros. | | |
| | Especificar: | | |

Membro (s) acometido (s): MID

Data da amputação/lesão/diagnóstico: 02/06/2011

Tempo de evolução: 1 ano e meio

Queixas relatadas: Necessita de prótese para melhorar mobilidade e qualidade de vida

Histórico de protetização, ortetização, uso de outros recursos assistivos:

Quantas, quando, quem forneceu, tipo, tempo de uso, incompatibilidades anteriores, outras informações relacionadas: ainda sem protetização

Outras solicitações de recursos assistivos:

Há processo de concessão em andamento através do Sistema Único de Saúde - SUS, outras instituições ou por outros meios? Especificar.
Não



Reabilitação física

Fez fisioterapia e/ou terapia ocupacional para adaptação e uso da prótese ou outros recursos assistivos (duração, intercorrências): Não

Uso de prótese na atividade laboral

Necessidades específicas, dificuldade e outras informações relacionadas: NDN

Comorbidades

Tabagismo, alcoolismo, tratamentos, medicações, estabilidade clínica, em caso de ICC classificação de NYHA, em caso de DM lesões de órgãos alvos, outras:

Não

Condições de acessibilidade

Na habitação, no trabalho, nos trajetos: NDN

Meio (s) de deslocamento (s) habitual (is): ônibus/ trem

Descrição de barreiras arquitetônicas e outras, se houver: escadas no trabalho

Atividades da Vida Diária (higiene, alimentação, vestir, lazer, independência para transferência, outras)

(x) Independente () Semi-independente () Dependente

Descrição das dificuldades, se houver:

EXAME FÍSICO

Geral

Neurológico: ndn

Cardíaco pulmonar: ndn

Locomotor: Amputação transfemoral D

Outros: ndn

Outras alterações

Alterações cognitivas, visuais, auditivas, nutricionais, abdominais, digestivas, urinárias e outras: ndn

Relacionado à amputação

Nível (membro acometido, terço proximal, médio, distal) : médio

Lateralidade: destro

Condições do coto (pele e fâneros, circulatória, trofismo/força/tônus muscular, rigidez articular, sensibilidade, membro/dor fantasma, espículas, neuromas, ulceração, aderência, sinais flogísticos, outros): ndn

Membro contralateral

Medição do coto: sem fita métrica

Cicatrizes, desvios angulares e rotacionais, instabilidade e alterações degenerativas articulares, circulatórias, trofismo e força muscular, outros: ndn

Membro (s) não acometido (s)

Amplitude de movimento, alterações tróficas, força muscular, alterações degenerativas articulares, instabilidades ligamentares, outros: boa

Trauma Raqui
Medular

Nível, espasticidade, força muscular, controle de tronco, escaras, áreas de hipotensão, outros: Não

OUTROS ASPECTOS				
Prótese/outro recurso assistivo atual	Tipo, modelo, estado de conservação, adequabilidade, outros: Prótese atual danificada			
Expectativa em relação à nova prótese/recurso de Tecnologia Assistiva	BOA			
Espuma e meia cosmética	Utiliza?	Deseja manter?		
Locomoção/ Marcha	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		
Nível de Atividade	<input type="checkbox"/> K0	<input type="checkbox"/> K1	<input type="checkbox"/> K2	<input checked="" type="checkbox"/> K3
Exames de imagem	Descrever os achados radiográficos e outros, se houver: sem RX			

CONCLUSÃO

Concluída a avaliação, indica-se a prescrição de Prótese Ortopédica não Implantável, Órtese, Meios Auxiliares de Locomoção e Acessórios?

Sim
 Não

Justificativa: facilitar deslocamentos e qualidade de vida do segurado

Encaminhamentos: nenhum

TF35-Prótese ortopédica para amputação transfemoral endoesquelética (modular).
 Componentes em titânio. Encaixe de apoio/contenção isquiático, em material termoplástico flexível, laminado em resina acrílica rígida, reforçada com fibras de carbono e fibras de vidro trançadas, com abertura de janelas se necessário. Válvula com expulsão de ar automática, de manuseio e colocação rápida. Encaixe de prova em termoplástico transparente. Acessório para colocação da prótese. Joelho hidráulico monocêntrico, que possibilite descer degraus com passos alternados para nível de atividade 3. Pé com núcleo em nylon e função multiaxial compatível com nível de atividade 3, com capa cosmética. Um par de calçados.





Dados Básicos

Serviço Formulário - Perícia Médica Inicial de Reabilitação Profissional para Fins de Concessão de OPM	Status Concluída	Prioridade Normal
Unidade 01400 - SUBSECRETARIA DE PERÍCIA MÉDICA FEDERAL	Data de entrada do requerimento 05/10/2021 15:47	Canal de atendimento Aplicações Parceiras

Endereço para atendimento:

A tarefa não possui endereço para atendimento externo.

Campos adicionais:

Campo	Valor
ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM (a cargo do INSS)	
Origem do encaminhamento:	Espontâneo
O requerente é segurado do INSS?	Sim
Situação Funcional/Forma de Filiação:	Empregado
Empresa:	BANCO SANTANDER
Está em gozo de Benefício por Incapacidade/Auxílio-Accidente?	Não
Grau de instrução/escolaridade:	Ensino médio completo
Atividades profissionais em exercício (função, atividades, aspectos ergonômicos):	NÃO É POSSÍVEL INFORMAR
CNH:	Sim
Informar a categoria, as restrições e a validade/última renovação:	NÃO É POSSÍVEL INFORMAR
Cursos e capacitações profissionais realizados anteriores ao PRP:	NÃO HÁ
Experiências profissionais anteriores ao PRP:	CONFERENTE DE MERCADORIAS
Já foi reabilitado anteriormente com certificado de conclusão do PRP? Caso afirmativo, informe Data de desligamento do PRP, Função/atividade para a qual foi reabilitado e Restrições Laborais:	SIM DIGITADOR 26/05/2014
Situação do requerente:	Em Programa para fins de recebimento, reparo ou manutenção de OPM
Para segurado em PRP, descreva a evolução. Informe sobre readaptação na empresa de vínculo, cursos/treinamentos profissionais, função proposta e outros dados pertinentes:	NÃO SE APLICA
Para segurado em PRP, transcreva as Restrições Laborais definidas pela PMF:	NÃO SE APLICA
Registre e justifique o prognóstico de cumprimento do programa de reabilitação profissional (Favorável/Desfavorável):	FAVORAVEL
Contexto Socioeconômico	
Informações referentes a: acessibilidade à residência e na comunidade, acesso a transporte público, acesso a reabilitação física e outras informações pertinentes.	NÃO É POSSÍVEL INFORMAR
Outras informações:	FORMULÁRIO FOI PREENCHIDO NA AUSENCIA DO SEGURADO
AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM	
Anamnese	
Altura:	1,76
Peso:	107
Dominância:	destro
Características da lesão/amputação:	
Etiologia:	Traumática
Traumática por:	Acidente de motocicleta
Membro(s) acometido(s):	Membro inferior direito
Data da amputação/lesão/diagnóstico:	29/05/2009
Tempo de evolução:	12 anos
Queixas relatadas:	Ganhou peso e com isso o encaixe está machucando.
Histórico de protetização, ortetização e uso de outros recursos assistivos	
Quantos, quando, quem forneceu, tipo, tempo de uso, incompatibilidades anteriores, outras informações relacionadas:	Primeira prótese pela ABBR 2011. Segunda pela reabilitação profissional do INSS - ficou gasta e sem possibilidade de ajuste. Terceira financiou para não se afastar do trabalho e correr o risco de perder o emprego - encaixe machucando..
Outras solicitações de recursos assistivos	
Há processo de concessão em andamento através do Sistema Único de Saúde - SUS, outras instituições ou por outros meios?	Não
Reabilitação física	

Campo	Valor
Fez fisioterapia e/ou terapia ocupacional para adaptação e uso da prótese ou outros recursos assistivos (duração, intercorrências):	Não
Uso de prótese na atividade laboral:	Deambula muito no local de trabalho. Tem escadas e elevadores no local de trabalho original. Está em agência que funciona dentro de uma fábrica de pneus em que tudo é longe. Terreno irregular. Pedras pequenas com possibilidade de escorregar e cair.
História clínica	
Queixas atuais, hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo), lesões de órgãos alvos, em caso de ICC classificação de NYHA, tratamentos em curso, outras:	Lombalgia.
Condições de acessibilidade	
Na habitação, no trabalho, nos trajetos:	Tem escadas na casa. trabalho piso irregular. Buracos na via.
Meio(s) de deslocamento(s) habitual(is):	Veículo próprio.
Descrição de barreiras arquitetônicas e outras, se houver:	Mais as escadas. Piso escorregadio.
Atividades da Vida Diária (higiene, alimentação, vestuário, lazer, mobilidade, outras)	
Assinale:	Independente
Exame Físico	
Geral:	Bom estado geral.
Neurológico:	Lúcido e orientado. Sem lesões neurológicas localizadas.
Cardiopulmonar:	Ritmo cardíaco regular em dois tempos. Pulmões limpos.
Locomotor:	Deambula com prótese em membro inferior direito, claudicante. Coto de bom aspecto, com área arroxeadas em topografia de maior contato e pressão. Cicatriz de bom aspecto.
Outros (alterações cognitivas, visuais, auditivas, nutricionais, abdominais, digestivas, urinárias e outras):	Obesidade abdominal e em coxas.
Nível de amputação - MMSS	Não se aplica
Nível de amputação - MMII	05. Amputação Transfemoral - 1/3 distal direita.
Lateraldade da lesão:	Coto de bom aspecto, com área arroxeadas em topografia de maior contato e pressão. Cicatriz de bom aspecto.
Condições do coto (pele/fâneros, circulação, trofismo/força/tônus muscular, rigidez articular, sensibilidade, membro/dor fantasma, espículas, neuromas, úlcera, aderência, sinais flogísticos, outros):	44,5cm
Medição do coto:	
Membro contralateral	
Cicatrizes, desvios angulares e rotacionais, instabilidade e alterações degenerativas articulares, circulatórias, trofismo e força muscular, outros:	Áreas de hiperpigmentação em terço distal do membro inferior esquerdo compatível com insuficiência venosa leve.
Membro(s) não acometido(s)	
Amplitude de movimento, alterações tróficas, força muscular, alterações degenerativas articulares, instabilidades ligamentares, outros:	Força muscular preservada. Arcos de movimento preservados.
Trauma Raqui Medular	
Nível, espasticidade, força muscular, controle de tronco, escaras, áreas de hiperpressão, outros:	área de hiperpressão em coto distal.
Outros Aspectos	
Prótese/outro recurso assistivo atual (Tipo, modelo, estado de conservação, adequabilidade, outros):	Prótese atual com aspecto preservado. Encaixe apertado.
Expectativa em relação à nova prótese/recurso de Tecnologia Assistiva:	Poder continuar suas atividades diárias, ir e vir sem problemas.
Deseja manter:	Sim
Deseja manter:	Sim
Locomoção/ Marcha - Características (cadeira de rodas, andador, bengala, muleta axilar/canadense, prótese, caminha sem apoio, padrão da marcha, caminha com ou sem auxílio de terceiros, outros):	Caminha sem apoio.
Níveis de capacidade funcional K-Level	04. K 4 - Tem capacidade ou potencial para deambular além das competências básicas de deambulação apresentando níveis de impacto, stress ou energia elevados. Este nível inclui a maioria das crianças, adultos ativos ou atletas.
Exames de imagem	
Descrever os achados radiográficos e outros, se houver:	Não apresentou raio x.
Caso sejam feitos registros tais como fotografias, vídeos e outros tipos de imagens, o perito médico deve, obrigatoriamente, preencher o formulário editável do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Uso de Imagens Relacionadas ao Processo de Concessão de OPM, disponível em <a 153="" 28="" 961="" 972"="" data-label="Page-Footer" href="http://www-prbi/na aba formulários, que deverá ser anexado ao processo eletrônico do PMF Tarefas em formato PDF, com as devidas assinaturas.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Conclusão</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Concluída a avaliação, indica-se a prescrição de Órtese, Prótese Ortopédica não Implantável, Meios Auxiliares de Locomoção e Acessórios?</td> <td>Sim</td> </tr> <tr> <td>Considerações médico periciais:</td> <td>Avaliado bem adaptado a próteses, foi readaptado e mantém-se no local de trabalho. Não tem queixas impeditivas de nova concessão.</td> </tr> <tr> <td>Encaminhamentos para o INSS:</td> <td>Sugiro concessão de nova prótese completa e não apenas o encaixe pois o tempo para tomada de preços, pregão eletrônico, teste e entrega da prótese geralmente são longos, já havendo desgaste natural da prótese atual.</td> </tr> <tr> <td>Tipo de recurso material prescrito:</td> <td>Prótese ortopédica não implantável de MMSS/MMII</td> </tr> <tr> <td>Especificação detalhada do dispositivo de OPM prescrito, conforme parâmetros descritivos constantes em manual técnico:</td> <td>Prótese ortopédica para amputação transfemoral endoesquelética (modular) - componentes em aço, alumínio ou titânio. Encaixe de contenção - apoio isquiático, quadrilátero ou de contato total; duplo encaixe - rígido e face interna em silicone moldável e face externa</td> </tr> </tbody> </table> </div> <div data-bbox=">Emitido em: 14/11/2023 07:44	

Campo	Valor
	laminado em resina acrílica com reforço em fibras de carbono e fibras de vidro trançado, com janelas. Válvula de sucção incorporada 2 unidade de liner com anéis de vedação e dois acessórios da colocação da prótese se necessário. Encaixe de prova em termoplástico transparente. Joelho hidráulico, policêntrico, com sistema de rotação e possibilidade de dobrar (para ajoelhar), que possibilite descer e subir escadas com passos alternados para nível de atividade K3-K4; Pé de resposta dinâmica em fibra de carbono para nível de atividade K3K4, se possível bipartido com capa cosmética. Capa cosmética em material rígido para o módulo - removível e com fins de uso com calças.

Interessado(s)

CPF	Nome Completo	Data Nascimento	Nome Completo da Mãe
[REDACTED]	FELIPE GABRY VERDAN ROVETTA	20/03/1991	CLAUDETE GABRY VERDAN

Procurador(es) / Representante(s) Legal(is)

A tarefa não possui procurador(es) / representante(s) legal(is).

CID Principal

S781 - Amputação traumática localizada entre o joelho e o quadril

Anexos

A tarefa não possui anexos.



Dados Básicos

Serviço Formulário - Perícia Médica Inicial de Reabilitação Profissional para Fins de Concessão de OPM	Status Concluída	Prioridade Normal
Unidade 01400 - SUBSECRETARIA DE PERÍCIA MÉDICA FEDERAL	Data de entrada do requerimento 11/11/2021 12:56	Canal de atendimento Aplicações Parceiras

Endereço para atendimento:

A tarefa não possui endereço para atendimento externo.

Campos adicionais:

Campo	Valor
ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM (a cargo do INSS)	
Origem do encaminhamento:	Perícia Médica
O requerente é segurado do INSS?	Sim
Situação Funcional/Forma de Filiação:	Empregado
Empresa:	Peugeot Citroen do Brasil Automóveis LTDA
Está em gozo de Benefício por Incapacidade/Auxílio-Accidente?	Sim
Espécie/Nº do Benefício:	31/6007763211
Grau de instrução/escolaridade:	Ensino superior incompleto
Atividades profissionais em exercício (função, atividades, aspectos ergonômicos):	Empregado como operador de empilhadeira, mas relata que atuava como conferente. Realizava recepção de nota fiscal, baixa de material, conferência de material no estoque
CNH:	Sim
Informar a categoria, as restrições e a validade/última renovação:	Categoria: B Restrições: A, G, Q Validade: 19/05/2024 Última renovação: 21/05/2019
Cursos e capacitações profissionais realizados anteriores ao PRP:	Curso de informática
Experiências profissionais anteriores ao PRP:	Vendedor externo, frentista, motoboy e mensageiro
Já foi reabilitado anteriormente com certificado de conclusão do PRP? Caso afirmativo, informe Data de desligamento do PRP, Função/atividade para a qual foi reabilitado e Restrições Laborais:	Sim Desligado em 20/04/2011 na função de operador de empilhadeira
Situação do requerente:	Em Programa de Reabilitação Profissional
Para segurado em PRP, descreva a evolução. Informe sobre readaptação na empresa de vínculo, cursos/treinamentos profissionais, função proposta e outros dados pertinentes:	Ofício à empresa de vínculo foi reiterado
Para segurado em PRP, transcreva as Restrições Laborais definidas pela PMF:	Deambular longas distâncias
Registre e justifique o prognóstico de cumprimento do programa de reabilitação profissional (Favorável/Desfavorável):	Favorável
Contexto Socioeconômico	
Informações referentes a: acessibilidade à residência e na comunidade, acesso a transporte público, acesso a reabilitação física e outras informações pertinentes.	Formulário preenchido na ausência do segurado
Outras informações:	Segurado recebeu uma prótese pelo INSS em 2019, no entanto, o encaixe não está servindo
AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM	
Anamnese	
Altura:	1,85
Peso:	100
Dominância:	destro
Características da lesão/amputação:	
Etiologia:	Traumática
Traumática por:	Acidente de motocicleta
Membro(s) acometido(s):	Esquerdo
Data da amputação/lesão/diagnóstico:	14/07/2007
Tempo de evolução:	14 anos.
Queixas relatadas:	Encaixe não encaixa, dificuldade de manter peso.
Histórico de protetização, ortetização e uso de outros recursos assistivos	
Quantos, quando, quem forneceu, tipo, tempo de uso, incompatibilidades anteriores, outras informações relacionadas:	4 próteses - 2 fornecidas pelo INSS (3 encaixes), uma pelo SUS; outra comprada.
Outras solicitações de recursos assistivos	
Há processo de concessão em andamento através do Sistema Único de Saúde -	Não

Campo	Valor
Campo SUS, outras instituições ou por outros meios?	
Reabilitação física Fez fisioterapia e/ou terapia ocupacional para adaptação e uso da prótese ou outros recursos assistivos (duração, intercorrências):	Não
Uso de prótese na atividade laboral: Necessidades específicas, dificuldades e outras informações relacionadas:	Locomoção por grandes distâncias. Ajoelhar.
História clínica Queixas atuais, hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo), lesões de órgãos alvos, em caso de ICC classificação de NYHA, tratamentos em curso, outras:	Úlcera gástrica.
Condições de acessibilidade Na habitação, no trabalho, nos trajetos:	Subir/descer morros, trajeto distante, ônibus não adaptado.
Meio(s) de deslocamento(s) habitual(is):	carro, ônibus.
Descrição de barreiras arquitetônicas e outras, se houver:	Buracos na via, morro/ladeira.
Atividades da Vida Diária (higiene, alimentação, vestuário, lazer, mobilidade, outras)	
Assinale:	Independente
Exame Físico	
Geral:	Bom estado geral.
Neurológico:	Sem déficits neurológicos localizados.
Cardiopulmonar:	Ritmo cardíaco regular em dois tempos. Pulmões limpos.
Locomotor:	Deambulando com apoio de muleta.
Outros (alterações cognitivas, visuais, auditivas, nutricionais, abdominais, digestivas, urinárias e outras):	Dor epigástrica.
Nível de amputação - MMSS	Não se aplica
Nível de amputação - MMII	04. Amputação Transfemoral - 1/3 médio
Lateralidade da lesão:	esquerda
Condições do coto (pele/fâneros, circulação, trofismo/força/tônus muscular, rigidez articular, sensibilidade, membro/dor fantasma, espículas, neuromas, úlcera, aderência, sinais flogísticos, outros):	Sem lesões, bom coxim.
Medição do coto:	31 cm
Membro contralateral	
Cicatrizes, desvios angulares e rotacionais, instabilidade e alterações degenerativas articulares, circulatórias, trofismo e força muscular, outros:	Cicatriz de safenectomia.
Membro(s) não acometido(s)	
Amplitude de movimento, alterações tróficas, força muscular, alterações degenerativas articulares, instabilidades ligamentares, outros:	Sem alterações.
Trauma Raqui Medular	
Nível, espasticidade, força muscular, controle de tronco, escaras, áreas de hiperpressão, outros:	Sem alterações dignas de nota.
Outros Aspectos	
Prótese/outro recurso assistivo atual (Tipo, modelo, estado de conservação, adequabilidade, outros):	Inutilizada.
Expectativa em relação à nova prótese/recurso de Tecnologia Assistiva:	Gostaria que o encaixe fosse moldável em silicone.
Deseja manter:	Não
Locomoção/ Marcha - Características (cadeira de rodas, andador, bengala, muleta axilar/canadense, prótese, caminha sem apoio, padrão da marcha, caminha com ou sem auxílio de terceiros, outros):	Muletas.
Níveis de capacidade funcional K-Level	04. K 4 - Tem capacidade ou potencial para deambular além das competências básicas de deambulação apresentando níveis de impacto, stress ou energia elevados. Este nível inclui a maioria das crianças, adultos ativos ou atletas.
Exames de imagem	
Descrever os achados radiográficos e outros, se houver:	Não trouxe.
Caso sejam feitos registros tais como fotografias, vídeos e outros tipos de imagens, o perito médico deve, obrigatoriamente, preencher o formulário editável do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Uso de Imagens Relacionadas ao Processo de Concessão de OPM, disponível em www.prbi.br na aba formulários, que deverá ser anexado ao processo eletrônico do PMF Tarefas em formato PDF, com as devidas assinaturas.	
Conclusão	
Concluída a avaliação, indica-se a prescrição de Ótese, Prótese Ortopédica não Implantável, Meios Auxiliares de Locomoção e Acessórios?	Sim
Considerações médico periciais:	Necessita prótese para retorno ao trabalho.
Encaminhamentos para o INSS:	Proceder aos trâmites para concessão.
Tipo de recurso material prescrito:	Prótese ortopédica não implantável de MMSS/MMII
Especificação detalhada do dispositivo de OPM prescrito, conforme parâmetros descritivos constantes em manual técnico:	Prótese ortopédica para amputação transfemoral endoesquelética (modular) - componentes em aço, alumínio ou titânio. Encaixe de contenção - apoio isquiático, quadrilátero ou de contato total; encaixe (se possível em silicone moldável (sistema FBS) face externa laminado em resina acrílica com reforço em fibras de carbono e fibras de vidro trançado. Válvula de sucção incorporada; 2 unidades de liner em poliuretano com anéis de vedação e dois acessórios da colocação da prótese se necessário. Encaixe de prova em termoplástico transparente. Joelho hidráulico, policêntrico, com sistema de rotação e possibilidade de dobrar (para ajoelhar), que possibilite descer e subir escadas com passos alternados para nível de atividade K3-K4; Pé de resposta

Campo	Valor
	dinâmica em fibra de carbono para nível de atividade K3K4, se possível bipartido com capa cosmética (que possibilite uso de chinelo). Capa cosmética em material rígido para o módulo - removível e com fins de uso com calças.

Interessado(s)

CPF	Nome Completo	Data Nascimento	Nome Completo da Mãe
██████████	PAULO MESSIAS PINHEIRO RANGEL	25/07/1985	FATIMA REGINA PINHEIRO RANGEL

Procurador(es) / Representante(s) Legal(is)

A tarefa não possui procurador(es) / representante(s) legal(is).

CID Principal

S781 - Amputação traumática localizada entre o joelho e o quadril

Anexos

A tarefa não possui anexos.



Dados Básicos

Serviço Formulário - Perícia Médica Inicial de Reabilitação Profissional para Fins de Concessão de OPM	Status Concluída	Prioridade Normal
Unidade 01400 - SUBSECRETARIA DE PERÍCIA MÉDICA FEDERAL	Data de entrada do requerimento 11/11/2021 12:12	Canal de atendimento Aplicações Parceiras

Endereço para atendimento:

A tarefa não possui endereço para atendimento externo.

Campos adicionais:

Campo	Valor
ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM (a cargo do INSS)	
Origem do encaminhamento:	Perícia Médica
O requerente é segurado do INSS?	Sim
Situação Funcional/Forma de Filiação:	Empregado
Empresa:	Dona Geralda Administração e Participações LTDA ME
Está em gozo de Benefício por Incapacidade/Auxílio-Accidente?	Sim
Espécie/Nº do Benefício:	6091102293
Grau de instrução/escolaridade:	Ensino médio incompleto
Atividades profissionais em exercício (função, atividades, aspectos ergonômicos):	Exercia a atividade de serviços gerais Realizava manutenção de uma residência, arrumava os quartos, limpava a piscina, jardim, quintal e servia café da manhã
CNH:	Sim
Informar a categoria, as restrições e a validade/última renovação:	Categoria: B Restrição: G Validade: 02/05/2021
Cursos e capacitações profissionais realizados anteriores ao PRP:	Curso de massagem, barman, copeiro e etiqueta
Experiências profissionais anteriores ao PRP:	Ajudante de vidente e ajudante de mecânico de bicicleta
Já foi reabilitado anteriormente com certificado de conclusão do PRP? Caso afirmativo, informe Data de desligamento do PRP, Função/atividade para a qual foi reabilitado e Restrições Laborais:	Não
Situação do requerente:	Em Programa de Reabilitação Profissional
Para segurado em PRP, descreva a evolução. Informe sobre readaptação na empresa de vínculo, cursos/treinamentos profissionais, função proposta e outros dados pertinentes:	Empresa de vínculo negou readaptação Segurado elevando a escolaridade
Para segurado em PRP, transcreva as Restrições Laborais definidas pela PMF:	Realizar atividade que demande deambulação e posição ortostática prolongada
Registre e justifique o prognóstico de cumprimento do programa de reabilitação profissional (Favorável/Desfavorável):	Favorável
Contexto Socioeconômico	
Informações referentes a: acessibilidade à residência e na comunidade, acesso a transporte público, acesso a reabilitação física e outras informações pertinentes.	Formulário preenchido na ausência do segurado
Outras informações:	Formulário preenchido na ausência do segurado, com as informações colhidas no prontuário
AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM	
Anamnese	
Altura:	1,89
Peso:	69
Dominância:	destro
Características da lesão/amputação:	
Etiologia:	Traumática
Traumática por:	Acidente de motocicleta
Membro(s) acometido(s):	Membro inferior esquerdo
Data da amputação/lesão/diagnóstico:	26/08/2014
Tempo de evolução:	7 anos
Queixas relatadas:	Sequela de fratura do braço esquerdo, que é encurtado, dificultando deambular longas distâncias se apoiando em muleta.
Histórico de protetização, ortetização e uso de outros recursos assistivos	
Quantos, quando, quem forneceu, tipo, tempo de uso, incompatibilidades anteriores, outras informações relacionadas:	Uma prótese concedida pela ABBR em 2016. Muita dificuldade por encaixe ser rígido.
Outras solicitações de recursos assistivos	

Campo	Valor
Há processo de concessão em andamento através do Sistema Único de Saúde - SUS, outras instituições ou por outros meios?	Não
Reabilitação física	
Fez fisioterapia e/ou terapia ocupacional para adaptação e uso da prótese ou outros recursos assistivos (duração, intercorrências):	Sim
Especificar (Informar duração, intercorrência, etc)	Fez treinamento e preparo do coto em 2015/2016.
Uso de prótese na atividade laboral:	
Necessidades específicas, dificuldades e outras informações relacionadas:	Tenta desenvolver sua independência. não consegue identificar dificuldades.
História clínica	
Queixas atuais, hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo), lesões de orgãos alvos, em caso de ICC classificação de NYHA, tratamentos em curso, outras:	Etilismo social.
Condições de acessibilidade	
Na habitação, no trabalho, nos trajetos:	Escadas. Paralelepípedos. Pedras.
Meio(s) de deslocamento(s) habitual(is):	carro.
Descrição de barreiras arquitônicas e outras, se houver:	Centro histórico da cidade de Paraty com pedras etc.
Atividades da Vida Diária (higiene, alimentação, vestuário, lazer, mobilidade, outras)	
Assinale:	Independente
Exame Físico	
Geral:	Bom estado geral.
Neurológico:	Sem déficits neurológicos.
Cardiopulmonar:	Ritmo cardíaco regular em dois tempos. Pulmões limpos.
Locomotor:	Deambula com apoio de muleta. Limitação da flexão completa do braço esquerdo.
Outros (alterações cognitivas, visuais, auditivas, nutricionais, abdominais, digestivas, urinárias e outras):	Queixas ansiosas iniciadas após pandemia por covid.
Nível de amputação - MMSS	Não se aplica
Nível de amputação - MMII	05. Amputação Transfemoral - 1/3 distal
Lateraldade da lesão:	Esquerdo.
Condições do coto (pele/fâneros, circulação, trofismo/força/tônus muscular, rigidez articular, sensibilidade, membro/dor fantasma, espículas, neuromas, úlceras, aderência, sinal flogísticos, outros):	bom aspecto, sem lesões, cicatriz invaginada. Avaliado mantém uso de faixa elástica e refere fazer atividades de força com o coto.
Medição do coto:	39 cm
Membro contralateral	
Cicatrizes, desvios angulares e rotacionais, instabilidade e alterações degenerativas articulares, circulatórias, trofismo e força muscular, outros:	Sem alterações.
Membro(s) não acometido(s)	
Amplitude de movimento, alterações tróficas, força muscular, alterações degenerativas articulares, instabilidades ligamentares, outros:	Sem alterações.
Trauma Raqui Medular	
Nível, espasticidade, força muscular, controle de tronco, escaras, áreas de hiperpressão, outros:	Não se aplica.
Outros Aspectos	
Prótese/outro recurso assistivo atual (Tipo, modelo, estado de conservação, adequabilidade, outros):	Inutilizada por desgaste.
Expectativa em relação à nova prótese/recurso de Tecnologia Assistiva:	Melhor possível . Gostaria de andar de bicicleta.
Deseja manter:	Não
Locomoção/ Marcha - Características (cadeira de rodas, andador, bengala, muleta axilar/canadense, prótese, caminha sem apoio, padrão da marcha, caminha com ou sem auxílio de terceiros, outros):	Deambula com auxílio de muletas.
Níveis de capacidade funcional K-Level	04. K 4 - Tem capacidade ou potencial para deambular além das competências básicas de deambulação apresentando níveis de impacto, stress ou energia elevados. Este nível inclui a maioria das crianças, adultos ativos ou atletas.
Exames de imagem	
Descrever os achados radiográficos e outros, se houver:	Não trouxe.
Caso sejam feitos registros tais como fotografias, vídeos e outros tipos de imagens, o perito médico deve, obrigatoriamente, preencher o formulário editável do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Uso de Imagens Relacionadas ao Processo de Concessão de OPM, disponível em <a 153="" 28="" 962="" 973"="" data-label="Page-Footer" href="http://www-prbi/na aba formulários, que deverá ser anexado ao processo eletrônico do PMF Tarefas em formato PDF, com as devidas assinaturas.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Conclusão</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Concluída a avaliação, indica-se a prescrição de Ótese, Prótese Ortopédica não Implantável, Meios Auxiliares de Locomoção e Acessórios?</td> <td>Sim</td> </tr> <tr> <td>Considerações médico periciais:</td> <td>Prognóstico de protetização favorável.</td> </tr> <tr> <td>Encaminhamentos para o INSS:</td> <td>Proceder aos trâmites para concessão da prótese.</td> </tr> <tr> <td>Tipo de recurso material prescrito:</td> <td>Prótese ortopédica não implantável de MMSS/MMII</td> </tr> <tr> <td>Especificação detalhada do dispositivo de OPM prescrito, conforme parâmetros descritivos constantes em manual técnico:</td> <td>Prótese ortopédica para amputação transfemoral endoesquelética (modular) - componentes em aço, alumínio ou titânio. Encaixe de contenção - apoio isquiático, quadrilátero ou de contato total; duplo encaixe - rígido e face interna em silicone moldável e face externa laminado em resina acrílica com reforço em fibras de carbono e fibras de vidro trançado, com janelas. Válvula de sucção incorporada; dois acessórios da colocação da prótese se necessário. Encaixe de prova em</td> </tr> </tbody> </table> </div> <div data-bbox=">Emitido em: 14/11/2023 07:51	

Campo	Valor
	termoplástico transparente. Joelho hidráulico, policêntrico, com possibilidade de dobrar (para ajoelhar e pedalar, que possibilite descer e subir escadas com passos alternados para nível de atividade K3-K4; Pé de resposta dinâmica em fibra de carbono para nível de atividade K3K4, se possível bipartido com capa cosmética. Capa cosmética em material rígido para o módulo - removível e com fins de uso com calças.

Interessado(s)

CPF	Nome Completo	Data Nascimento	Nome Completo da Mãe
██████████	FABIOLO DE CARVALHO RIBEIRO	22/03/1988	MARIANGELA MOREIRA DE CARVALHO

Procurador(es) / Representante(s) Legal(is)

A tarefa não possui procurador(es) / representante(s) legal(is).

CID Principal

S781 - Amputação traumática localizada entre o joelho e o quadril

Anexos

A tarefa não possui anexos.



Dados Básicos

Serviço Formulário - Perícia Médica Inicial de Reabilitação Profissional para Fins de Concessão de OPM	Status Concluída	Prioridade Normal
Unidade 01400 - SUBSECRETARIA DE PERÍCIA MÉDICA FEDERAL	Data de entrada do requerimento 05/10/2021 14:36	Canal de atendimento Aplicações Parceiras

Endereço para atendimento:

A tarefa não possui endereço para atendimento externo.

Campos adicionais:

Campo	Valor
ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM (a cargo do INSS)	
Origem do encaminhamento:	Decisão judicial
Informe o teor da Decisão Judicial:	ENCAMINHADO AO PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL
O requerente é segurado do INSS?	Sim
Situação Funcional/Forma de Filiação:	Empregado
Empresa:	COMPANHIA SIDERURGICA NACIONAL
Está em gozo de Benefício por Incapacidade/Auxílio-Accidente?	Sim
Espécie/Nº do Benefício:	5521148546
Grau de de instrução/escolaridade:	Ensino fundamental completo
Atividades profissionais em exercício (função, atividades, aspectos ergonômicos):	MECANICO II
CNH:	Não
Cursos e capacitações profissionais realizados anteriores ao PRP:	CURSO DE SOLDA COM ELETRODO REVESTIDO
Experiências profissionais anteriores ao PRP:	SOLDADOR, ALINHADOR, MECANICO, AJUDANTE
Já foi reabilitado anteriormente com certificado de conclusão do PRP? Caso afirmativo, informe Data de desligamento do PRP, Função/atividade para a qual foi reabilitado e Restrições Laborais:	NÃO
Situação do requerente:	Em Programa de Reabilitação Profissional
Para segurado em PRP, descreva a evolução. Informe sobre readaptação na empresa de vínculo, cursos/treinamentos profissionais, função proposta e outros dados pertinentes:	AGUARDA ENCAMINHAMENTO PARA CURSO
Para segurado em PRP, transcreva as Restrições Laborais definidas pela PMF:	FUNÇÕES QUE EXIJAM CONSTANTE DESLOCAMENTO, USO DE ESCADAS, AGACHAMENTO E USO DAS MÃOS EM POSIÇÃO FAVORAVEL
Registre e justifique o prognóstico de cumprimento do programa de reabilitação profissional (Favorável/Desfavorável):	
Contexto Socioeconômico	
Informações referentes a: acessibilidade à residência e na comunidade, acesso a transporte público, acesso a reabilitação física e outras informações pertinentes.	NAO SE APLICA
Outras informações:	NAO HA
AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM	
Anamnese	
Altura:	173
Peso:	80
Dominância:	destro
Características da lesão/amputação:	
Etiologia:	Traumática
Traumática por:	Acidente de motocicleta
Membro(s) acometido(s):	membro inferior esquerdo
Data da amputação/lesão/diagnóstico:	13/06/2012
Tempo de evolução:	9 anos.
Queixas relatadas:	Queixou que o pé da prótese quebrou muito fácil e sobrecarregou membro contralateral.
Histórico de protetização, ortetização e uso de outros recursos assistivos	
Quantos, quando, quem forneceu, tipo, tempo de uso, incompatibilidades anteriores, outras informações relacionadas:	Protetizado pela RP do INSS em 2017, não tendo sido readaptado na empresa de vínculo. Queixou que o pé protético é frágil. Machuca no apoio isquiático.
Outras solicitações de recursos assistivos	
Há processo de concessão em andamento através do Sistema Único de Saúde - SUS, outras instituições ou por outros meios?	Não

Campo	Valor
Reabilitação física	
Fez fisioterapia e/ou terapia ocupacional para adaptação e uso da prótese ou outros recursos assistivos (duração, intercorrências):	Sim
Especificar (Informar duração, intercorrência, etc)	Quando da concessão da prótese em 2017.
Uso de prótese na atividade laboral:	
Necessidades específicas, dificuldades e outras informações relacionadas:	Solicita a possibilidade de pé bipartido para uso de chinelos e melhor resistência do joelho, e que este possa girar facilitando entrar no carro por exemplo em locais apertados. Encaixe mais ergonômico pois machuca no apoio isquiático. FEZ VÁRIAS ALTERAÇÕES NA PRÓTESE EM OFICINA NÃO ESPECIALIZADA, COMPROMETENDO INCLUSIVE A SEGURANÇA DO EQUIPAMENTO ALÉM DA PERDA DA GARANTIA DE FÁBRICA.
História clínica	
Queixas atuais, hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo), lesões de órgãos alvos, em caso de ICC classificação de NYHA, tratamentos em curso, outras:	Queixa dor em joelho e tornozelo direitos.
Condições de acessibilidade	
Na habitação, no trabalho, nos trajetos:	Escadas, áreas de risco para si e terceiros, irregularidades nas calçadas, carro.
Meio(s) de deslocamento(s) habitual(is):	Buracos nas vias.
Descrição de barreiras arquitetônicas e outras, se houver:	
Atividades da Vida Diária (higiene, alimentação, vestuário, lazer, mobilidade, outras)	
Assinale:	Independente
Exame Físico	
Geral:	Bom estado geral, saudável.
Neurológico:	Nada digno de nota.
Cardiopulmonar:	Ritmo cardíaco regular em dois tempos sem sopros.
Locomotor:	Deambula com claudicação e atribui ao pé protético quebrado. Queixa dor em joelho e tornozelo direito, sem edemas e sem limitações ao exame físico.
Outros (alterações cognitivas, visuais, auditivas, nutricionais, abdominais, digestivas, urinárias e outras):	nada digno de nota.
Nível de amputação - MMSS	Não se aplica
Nível de amputação - MMII	04. Amputação Transfemoral - 1/3 médio
Lateraldade da lesão:	Esquerda
Condições do coto (pele/fâneros, circulação, trofismo/força/tônus muscular, rigidez articular, sensibilidade, membro/dor fantasma, espículas, neuromas, úlceras, aderência, sinais flogísticos, outros):	Sem sinais de lesões cutâneas.
Medição do coto:	20 cm
Membro contralateral	
Cicatrizes, desvios angulares e rotacionais, instabilidade e alterações degenerativas articulares, circulatórias, trofismo e força muscular, outros:	Dor em tornozelo e joelho direito, sem sinais de edema ou limitação funcional.
Membro(s) não acometido(s)	
Amplitude de movimento, alterações tróficas, força muscular, alterações degenerativas articulares, instabilidades ligamentares, outros:	Sem instabilidade ligamentar ou edema ou limitação de força e amplitude de movimento do membro contralateral.
Trauma Raqui Medular	
Nível, espasticidade, força muscular, controle de tronco, escaras, áreas de hiperpressão, outros:	não se aplica.
Outros Aspectos	
Prótese/outro recurso assistivo atual (Tipo, modelo, estado de conservação, adequabilidade, outros):	encaixe em resina acrílica e válvula de expulsão com liner de com anéis de vedação. Joelho hidráulico com segurança na fase de apoio e balanço. Pé quebrado.
Expectativa em relação à nova prótese/recurso de Tecnologia Assistiva:	que não machuque no apoio isquiático, que joelho tenha rotação e pé bipartido para poder usar chinelos em dias quentes.
Deseja manter:	Não
Locomoção/ Marcha - Características (cadeira de rodas, andador, bengala, muleta axilar/canadense, prótese, caminha sem apoio, padrão da marcha, caminha com ou sem auxílio de terceiros, outros):	Deambula com leve claudicação sem apoio.
Níveis de capacidade funcional K-Level	04. K 4 - Tem capacidade ou potencial para deambular além das competências básicas de deambulação apresentando níveis de impacto, stress ou energia elevados. Este nível inclui a maioria das crianças, adultos ativos ou atletas.
Exames de imagem	
Descrever os achados radiográficos e outros, se houver:	Não levou. Consta perícia no SABI recente que possui sinais de lesão ligamentar antiga em tornozelo direito.
Caso sejam feitos registros tais como fotografias, vídeos e outros tipos de imagens, o perito médico deve, obrigatoriamente, preencher o formulário editável do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Uso de Imagens Relacionadas ao Processo de Concessão de OPM, disponível em <a 153="" 28="" 962="" 973"="" data-label="Page-Footer" href="http://www-prbi/na aba formulários, que deverá ser anexado ao processo eletrônico do PMF Tarefas em formato PDF, com as devidas assinaturas.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Conclusão</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Concluída a avaliação, indica-se a prescrição de Órtese, Prótese Ortopédica não Implantável, Meios Auxiliares de Locomoção e Acessórios?</td> <td>Sim</td> </tr> <tr> <td>Considerações médico periciais:</td> <td>Requerente jovem e já protetizado sem reabilitação efetiva pelo INSS. Parece estar com vida altamente ativa, pelo estado atual de sua prótese. Há que se providenciar seu treinamento na empresa de vínculo ou comunidade o quanto antes, mesmo enquanto aguarda a concessão da prótese.</td> </tr> </tbody> </table> </div> <div data-bbox=">Emitido em: 14/11/2023 07:54	

Campo	Valor
Encaminhamentos para o INSS:	Fornecimento da prótese conforme prescrição. Há que se providenciar seu treinamento na empresa de vínculo ou comunidade o quanto antes, mesmo enquanto aguarda a concessão da prótese.
Tipo de recurso material prescrito:	Prótese ortopédica não implantável de MMSS/MMII
Especificação detalhada do dispositivo de OPM prescrito, conforme parâmetros descritivos constantes em manual técnico:	Prótese ortopédica para amputação transfemoral endoesquelética (modular) - componentes em aço, alumínio ou titânio. Encaixe de contenção - apoio isquiático, quadrilátero ou de contato total; duplo encaixe - rígido e face interna em silicone moldável e face externa laminado em resina acrílica com reforço em fibras de carbono e fibras de vidro trançado, com janelas. Válvula de sucção incorporada 2 unidades de liner com anéis de vedação e dois acessórios da colocação da prótese se necessário. Encaixe de prova em termoplástico transparente. Joelho hidráulico, policêntrico, com sistema de rotação e possibilidade de dobrar (para ajoelhar), que possibilite descer e subir escadas com passos alternados para nível de atividade K3-K4; Pé de resposta dinâmica em fibra de carbono para nível de atividade K3K4, se possível bipartido com capa cosmética. Capa cosmética para módulo - removível e com fins de uso com calças.

Interessado(s)

CPF	Nome Completo	Data Nascimento	Nome Completo da Mãe
[REDACTED]	DIONATAS NOVAES QUEIROZ	15/05/1988	LINDALVA DE QUEIROS NOVAES

Procurador(es) / Representante(s) Legal(is)

A tarefa não possui procurador(es) / representante(s) legal(is).

CID Principal

S781 - Amputação traumática localizada entre o joelho e o quadril

Anexos

A tarefa não possui anexos.



Dados Básicos

Serviço Formulário - Perícia Médica Inicial de Reabilitação Profissional para Fins de Concessão de OPM	Status Concluída	Prioridade Normal
Unidade 01400 - SUBSECRETARIA DE PERÍCIA MÉDICA FEDERAL	Data de entrada do requerimento 11/11/2021 13:08	Canal de atendimento Aplicações Parceiras

Endereço para atendimento:

A tarefa não possui endereço para atendimento externo.

Campos adicionais:

Campo	Valor
ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM (a cargo do INSS)	
Origem do encaminhamento:	Perícia Médica
O requerente é segurado do INSS?	Sim
Situação Funcional/Forma de Filiação:	Empregado
Empresa:	Viação Agulhas Negras LTDA
Está em gozo de Benefício por Incapacidade/Auxílio-Accidente?	Sim
Espécie/Nº do Benefício:	31/6078009854
Grau de instrução/escolaridade:	Ensino médio completo
Atividades profissionais em exercício (função, atividades, aspectos ergonômicos):	Motorista de ônibus urbano
CNH:	
Informar a categoria, as restrições e a validade/última renovação:	Categoria: AE Restrições: GQ Validade: 08/12/2025 Última renovação: 27/09/2021
Cursos e capacitações profissionais realizados anteriores ao PRP:	Cursos na área de transporte
Experiências profissionais anteriores ao PRP:	Motorista, vendedor, operador de máquina, almoxarife, mecânico manutenção, office boy
Já foi reabilitado anteriormente com certificado de conclusão do PRP? Caso afirmativo, informe Data de desligamento do PRP, Função/atividade para a qual foi reabilitado e Restrições Laborais:	Não
Situação do requerente:	Em Programa de Reabilitação Profissional
Para segurado em PRP, descreva a evolução. Informe sobre readaptação na empresa de vínculo, cursos/treinamentos profissionais, função proposta e outros dados pertinentes:	Empresa não respondeu ofício Buscaremos curso profissionalizante
Para segurado em PRP, transcreva as Restrições Laborais definidas pela PMF:	Realizar atividade que exija ortostatismo prolongado e deambulação constante Deverá alternar a postura
Registre e justifique o prognóstico de cumprimento do programa de reabilitação profissional (Favorável/Desfavorável):	Favorável
Contexto Socioeconômico	
Informações referentes a: acessibilidade à residência e na comunidade, acesso a transporte público, acesso a reabilitação física e outras informações pertinentes.	Formulário preenchido na ausência do segurado
Outras informações:	Segurado possui uma prótese, adquiriu por conta própria em 2015 Acredita que necessita de ajustes
AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM	
Anamnese	
Altura:	1,68
Peso:	86
Dominância:	destro
Características da lesão/amputação:	
Etiologia:	Traumática
Traumática por:	Acidente de carro
Membro(s) acometido(s):	Membro inferior esquerdo.
Data da amputação/lesão/diagnóstico:	21/08/2014
Tempo de evolução:	7 anos
Queixas relatadas:	Joelho hidráulico não está travando. Apresenta quedas. Encaixe machuca um pouco na virilha.
Histórico de protetização, ortetização e uso de outros recursos assistivos	
Quantos, quando, quem forneceu, tipo, tempo de uso, incompatibilidades anteriores, outras informações relacionadas:	Uma protetização, Comprou pois não sabia de serviços públicos.
Outras solicitações de recursos assistivos	
Há processo de concessão em andamento através do Sistema Único de Saúde -	Não

Campo	Valor
SUS, outras instituições ou por outros meios?	
Reabilitação física	
Fez fisioterapia e/ou terapia ocupacional para adaptação e uso da prótese ou outros recursos assistivos (duração, intercorrências):	Sim
Especificar (Informar duração, intercorrência, etc)	Em 2015 fez fisioterapia e treinamento para uso da prótese.
Uso de prótese na atividade laboral:	
Necessidades específicas, dificuldades e outras informações relacionadas:	Na função original a maior dificuldade seria mesmo entrar no ônibus e acessar o banco do motorista em ônibus que ainda tem o motor no meio.
História clínica	
Queixas atuais, hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo), lesões de órgãos alvos, em caso de ICC classificação de NYHA, tratamentos em curso, outras:	Faz tratamento para hipertensão arterial.
Condições de acessibilidade	
Na habitação, no trabalho, nos trajetos:	Subida e descida em morros. Escadas.
Meio(s) de deslocamento(s) habitual(is):	ônibus e carro.
Descrição de barreiras arquitetônicas e outras, se houver:	Morro.
Atividades da Vida Diária (higiene, alimentação, vestuário, lazer, mobilidade, outras)	
Assinale:	Independente
Exame Físico	
Geral:	Bom estado geral.
Neurológico:	Sem déficit neurológico localizado.
Cardiopulmonar:	Ritmo cardíaco regular em dois tempos. Pulmões limpos.
Locomotor:	deambula com claudicação. cicatrizes em coxa direita por fratura de fêmur passada. nada digno de nota.
Outros (alterações cognitivas, visuais, auditivas, nutricionais, abdominais, digestivas, urinárias e outras):	
Nível de amputação - MMSS	Não se aplica
Nível de amputação - MMII	05. Amputação Transfemoral - 1/3 distal
Lateraldade da lesão:	Esquerdo
Condições do coto (pele/fâneros, circulação, trofismo/força/tônus muscular, rigidez articular, sensibilidade, membro/dor fantasma, espículas, neuromas, úlceras, aderência, sinais flogísticos, outros):	Bom aspecto, sem lesões, eventualmente dor. Sem sinais flogísticos.
Medição do coto:	38cm
Membro contralateral	
Cicatrizes, desvios angulares e rotacionais, instabilidade e alterações degenerativas articulares, circulatórias, trofismo e força muscular, outros:	cicatriz de cirurgia de fratura do fêmur.
Membro(s) não acometido(s)	
Amplitude de movimento, alterações tróficas, força muscular, alterações degenerativas articulares, instabilidades ligamentares, outros:	Função preservada.
Trauma Raqui Medular	
Nível, espasticidade, força muscular, controle de tronco, escaras, áreas de hiperpressão, outros:	não se aplica.
Outros Aspectos	
Prótese/outro recurso assistivo atual (Tipo, modelo, estado de conservação, adequabilidade, outros):	prótese transfemural com joelho hidráulico, pé bipartido.
Expectativa em relação à nova prótese/recurso de Tecnologia Assistiva:	Espera obter maior segurança.
Deseja manter:	Sim
Deseja manter:	Sim
Locomoção/ Marcha - Características (cadeira de rodas, andador, bengala, muleta axilar/canadense, prótese, caminha sem apoio, padrão da marcha, caminha com ou sem auxílio de terceiros, outros):	Marcha levemente claudicante sem apoio.
Níveis de capacidade funcional K-Level	03. K 3 - Tem capacidade para deambular com cadência variável e para transportar barreiras arquitetônicas. Típico de um amputado que se desloca na comunidade e poderá ter atividade física, profissional ou terapêutica que exija a utilização da prótese além da simples locomoção.
Exames de imagem	
Descrever os achados radiográficos e outros, se houver:	não trouxe raio x.
Caso sejam feitos registros tais como fotografias, vídeos e outros tipos de imagens, o perito médico deve, obrigatoriamente, preencher o formulário editável do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Uso de Imagens Relacionadas ao Processo de Concessão de OPM, disponível em <a 153="" 28="" 961="" 972"="" data-label="Page-Footer" href="http://www-prbi/na aba formulários, que deverá ser anexado ao processo eletrônico do PMF Tarefas em formato PDF, com as devidas assinaturas.</td><td></td></tr> <tr> <td>Conclusão</td><td></td></tr> <tr> <td>Concluída a avaliação, indica-se a prescrição de Órtese, Prótese Ortopédica não Implantável, Meios Auxiliares de Locomoção e Acessórios?</td><td>Sim</td></tr> <tr> <td>Considerações médico periciais:</td><td>Avaliado em programa de reabilitação profissional com prótese atual que não lhe confere estabilidade.</td></tr> <tr> <td>Encaminhamentos para o INSS:</td><td>Proceder aos trâmites para concessão da prótese.</td></tr> <tr> <td>Tipo de recurso material prescrito:</td><td>Prótese ortopédica não implantável de MMSS/MMII</td></tr> <tr> <td>Especificação detalhada do dispositivo de OPM prescrito, conforme parâmetros descritivos constantes em manual técnico:</td><td>Prótese ortopédica para amputação transfemoral endoesquelética (modular) - componentes em aço, alumínio ou titânio. Encaixe de contenção - apoio isquiático, quadrílatero ou de contato total; duplo encaixe - rígido e face interna em silicone moldável e face externa laminado em resina acrílica com reforço em fibras de carbono e fibras de</td></tr> </tbody> </table> </div> <div data-bbox=">Emitido em: 14/11/2023 07:57	

Campo	Valor
	vidro trançado, com janelas. Válvula de sucção incorporada; 2 unidade de liner com anéis de vedação (avaliar adaptabilidade do requerente e o tipo do encaixe) e dois acessórios da colocação da prótese se necessário. Encaixe de prova em termoplástico transparente. Joelho hidráulico, policêntrico, com sistema de rotação e possibilidade de dobrar (para ajoelhar), que possibilite descer e subir escadas com passos alternados para nível de atividade K3-K4; Pé de resposta dinâmica em fibra de carbono para nível de atividade K3K4, se possível bipartido com capa cosmética. Capa cosmética em material rígido para o módulo - removível e com fins de uso com calças.

Interessado(s)

CPF	Nome Completo	Data Nascimento	Nome Completo da Mãe
[REDACTED]	RUDNEY DE ALMEIDA GONSALVES	23/10/1974	ELENICE DE ALMEIDA GONSALVES

Procurador(es) / Representante(s) Legal(is)

A tarefa não possui procurador(es) / representante(s) legal(is).

CID Principal

S781 - Amputação traumática localizada entre o joelho e o quadril

Anexos

A tarefa não possui anexos.



Dados Básicos

Serviço Formulário - Perícia Médica Inicial de Reabilitação Profissional para Fins de Concessão de OPM	Status Concluída	Prioridade Normal
Unidade 01400 - SUBSECRETARIA DE PERÍCIA MÉDICA FEDERAL	Data de entrada do requerimento 30/08/2022 19:47	Canal de atendimento Aplicações Parceiras

Endereço para atendimento:

A tarefa não possui endereço para atendimento externo.

Campos adicionais:

Campo	Valor
ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM (a cargo do INSS)	
Origem do encaminhamento:	Perícia Médica
O requerente é segurado do INSS?	Sim
Situação Funcional/Forma de Filiação:	Empregado
Empresa:	BRAGA E LOUBACK LTDA
Está em gozo de Benefício por Incapacidade/Auxílio-Accidente?	Sim
Espécie/Nº do Benefício:	31/6131805990
Grau de instrução/escolaridade:	Ensino fundamental completo
Atividades profissionais em exercício (função, atividades, aspectos ergonômicos):	Cozinheiro, trabalho em pé, com exigência de esforço físico
CNH:	Não
Cursos e capacitações profissionais realizados anteriores ao PRP:	Não possui
Experiências profissionais anteriores ao PRP:	Lavador de carros – 2000 a 2001 – 1 ano; Ajudante – 2003 – 2 meses; Faxineiro – 2003 – 2 meses; Operador de máquina copiadora – 2005 a 2007 – 2 anos; Depositor / chefe de balcão laticínios – 2007 a 2012 – 5 anos; Balconista de laticínios – 2012 – 6 meses; Auxiliar de Serviços Gerais (efetivamente churrasqueiro) – 2012 a 2013 – 4 meses; Repositor – 2013 – 3 meses; Auxiliar de Serviços Gerais – 2014 – 2 meses; Cozinheiro – 2014 até hoje – laborou por aproximadamente 5 meses;
Já foi reabilitado anteriormente com certificado de conclusão do PRP? Caso afirmativo, informe Data de desligamento do PRP, função/atividade para a qual foi reabilitado e Restrições Laborais:	Não
Situação do requerente:	Em Programa de Reabilitação Profissional
Para segurado em PRP, descreva a evolução. Informe sobre readaptação na empresa de vínculo, cursos/treinamentos profissionais, função proposta e outros dados pertinentes:	Não houve sucesso no processo de readaptação profissional. Está em melhoria da escolaridade até a protetização e realização de curso de qualificação profissional
Para segurado em PRP, transcreva as Restrições Laborais definidas pela PMF:	restrições para o exercício de atividades que exijam grandes deslocamentos, subir e descer escadas com frequência e/ou posturas ortostáticas por longos períodos, elevação ou deslocamento de cargas e posturas inadequadas
Registre e justifique o prognóstico de cumprimento do programa de reabilitação profissional (Favorável/Desfavorável):	Perfil favorável devido a idade, diversas experiências laborais (embora sejam incompatíveis as restrições atuais, demonstram capacidade de mudança de atividade), em processo de melhoria da escolaridade
Contexto Socioeconômico	
Informações referentes a: acessibilidade à residência e na comunidade, acesso a transporte público, acesso a reabilitação física e outras informações pertinentes.	Há acessibilidade no local de moradia, mas alega que a prótese atual limita sua locomoção em determinados ambientes ou meios de transporte (ônibus)
Outras informações:	Segue Avaliação Socioprofissional para fins de protetização no PRP
AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM	
Anamnese	
Altura:	1,74 m
Peso:	90 kg
Dominância:	Destro
Características da lesão/amputação:	
Etiologia:	Traumática
Traumática por:	Ferimento por Arma de Fogo
Membro(s) acometido(s):	Coxa esquerda
Data da amputação/lesão/diagnóstico:	05/04/2015
Tempo de evolução:	Informa agressão por PAF em 2015, sendo atendido no HEAL e operado, necessitando amputação no mesmo dia do atendimento. Fez acompanhamento pela AFR para protetização, mas não se adaptou (2019).

Campo	Valor
Queixas relatadas:	Informa que se desloca bem com as muletas. Relata sensação constante de membro fantasma.
Histórico de protetização, ortetização e uso de outros recursos assistivos	Quantos, quando, quem forneceu, tipo, tempo de uso, incompatibilidades anteriores, outras informações relacionadas: 01 prótese fornecida pela AFR em 2019 mas não se adaptou devido ao peso, o que limitava a locomoção, subir e descer escadas.
Outras solicitações de recursos assistivos	Não
Há processo de concessão em andamento através do Sistema Único de Saúde - SUS, outras instituições ou por outros meios?	Não
Reabilitação física	Sim
Fez fisioterapia e/ou terapia ocupacional para adaptação e uso da prótese ou outros recursos assistivos (duração, intercorrências):	Fez fisioterapia em 2019 para adaptação à prótese.
Especificiar (Informar duração, intercorrência, etc)	
Uso de prótese na atividade laboral:	
Necessidades específicas, dificuldades e outras informações relacionadas:	Informa que trabalhava como cozinheiro, expectativa de realizar curso de assistente administrativo, trabalhando a maioria do tempo sentado.
História clínica	
Queixas atuais, hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo), lesões de órgãos alvos, em caso de ICC classificação de NYHA, tratamentos em curso, outras:	Nega HAS e DM. Faz uso ocasional de analgésicos. Ex etilista e ex tabagista (há 2 anos).
Condições de acessibilidade	
Na habitação, no trabalho, nos trajetos:	Rua plana com escadas de acesso em alguns pontos. Mora em casa plana.
Meio(s) de deslocamento(s) habitual(is):	Transporte sempre de ônibus.
Descrição de barreiras arquitetônicas e outras, se houver:	Rua plana com escadas de acesso em alguns pontos. Mora em casa plana.
Atividades da Vida Diária (higiene, alimentação, vestuário, lazer, mobilidade, outras)	
Assinale:	Independente
Exame Físico	
Geral:	Lucido e orientado. Responde sem dificuldade às solicitações verbais
Neurológico:	Força preservada no membro contralateral. Sensação de membro fantasma à esquerda.
Cardiopulmonar:	Nada digno de nota.
Locomotor:	Desarticulação quadril esquerdo. Amplitude de movimento preservada quadril, joelho e tornozelo direitos.
Outros (alterações cognitivas, visuais, auditivas, nutricionais, abdominais, digestivas, urinárias e outras):	Nada digno de nota.
Nível de amputação - MMSS	Não se aplica
Nível de amputação - MMII	02. Desarticulação de Quadril
Lateraldade da lesão:	Esquerdo
Condições do coto (pele/fâneros, circulação, trofismo/força/tônus muscular, rigidez articular, sensibilidade, membro/dor fantasma, espículas, neuromas, úlceras, aderência, sinais flogísticos, outros):	Cicatriz com bom aspecto, sem sinais de retração ou frouxidão. Sem sinais de infecção ou saída de secreção.
Medição do coto:	no possui coto
Membro contralateral	Nada digno de nota.
Cicatrizes, desvios angulares e rotacionais, instabilidade e alterações degenerativas articulares, circulatórias, trofismo e força muscular, outros:	Nada digno de nota.
Membro(s) não acometido(s)	Nada digno de nota.
Amplitude de movimento, alterações tróficas, força muscular, alterações degenerativas articulares, instabilidades ligamentares, outros:	Nada digno de nota.
Trauma Raqui Medular	Não se aplica.
Nível, espasticidade, força muscular, controle de tronco, escaras, áreas de hiperpressão, outros:	Nada digno de nota.
Outros Aspectos	Não se aplica.
Prótese/outro recurso assistivo atual (Tipo, modelo, estado de conservação, adequabilidade, outros):	Não possui.
Expectativa em relação à nova prótese/recurso de Tecnologia Assistiva:	Possui boa expectativa, mas informa estar bem adaptado às muletas e não se adaptado à tentativa anterior de protetização.
Deseja manter:	Não
Locomoção/ Marcha - Características (cadeira de rodas, andador, bengala, muleta axilar/canadense, prótese, caminha sem apoio, padrão da marcha, caminha com ou sem auxílio de terceiros, outros):	Deambula com duas muletas.
Níveis de capacidade funcional K-Level	03. K 3 - Tem capacidade para deambular com cadência variável e para transportar barreiras arquitetônicas. Típico de um amputado que se desloca na comunidade e poderá ter atividade física, profissional ou terapêutica que exija a utilização da prótese além da simples locomoção.
Exames de imagem	Não apresenta radiografias.
Descriver os achados radiográficos e outros, se houver:	
Caso sejam feitos registros tais como fotografias, vídeos e outros tipos de imagens, o perito médico deve, obrigatoriamente, preencher o formulário editável do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Uso de Imagens Relacionadas ao Processo de Concessão de OPM, disponível em www.prbi/na aba formulários, que deverá ser anexado ao processo eletrônico do PMF Tarefas em formato PDF, com as devidas assinaturas.	
Conclusão	Sim
Concluída a avaliação, indica-se a prescrição de Órtese, Prótese Ortopédica não Implantável, Meios Auxiliares de Locomoção e Acessórios?	

Campo	Valor
Considerações médico periciais:	Segurado de 42 anos, cozinheiro empregado, em PRP para função de assistente administrativo. Apresenta desarticulação de quadril devido à lesão por PAF ocorrida em 2015.
Encaminhamentos para o INSS:	Necessita de protese para dar prosseguimento ao PRP.
Tipo de recurso material prescrito:	Prótese ortopédica não implantável de MMSS/MMII
Especificação detalhada do dispositivo de OPM prescrito, conforme parâmetros descritivos constantes em manual técnico:	Prótese ortopédica para desarticulação do quadril endoesquelética (modular). Componentes titâniio. Cesto pélvico em resina acrílica reforçada com fibras de carbono e de vidro trançadas, resina flexível na borda e na abertura anterior, suspensão com fechamento anterior através de fivelas ou velcro e forração interna da base de apoio em polifórmio se necessário. Articulação do quadril monocêntrica com impulsor interno. Joelho policêntrico hidráulico com amortecedor da fase de apoio, para nível de atividade 3. Pé de resposta dinâmica em fibra de carbono para nível de atividade 3, com capa cosmética. Um par de calçados.

Interessado(s)

CPF	Nome Completo	Data Nascimento	Nome Completo da Mãe
██████████	MARCOS LUCAS DA SILVA	19/12/1979	MARIA TEODORA DA SILVA

Procurador(es) / Representante(s) Legal(is)

A tarefa não possui procurador(es) / representante(s) legal(is).

CID Principal

T131 - Ferimento de membro inferior, nível não especificado

Anexos

ID	Nome do Arquivo	Descrição do Arquivo	Tamanho	Enviado Por	Autenticado?
1099312	Anexo-II-Marcos Lucas da Silva - 15-12-21.pdf		108,39kB	██████████	- 30/08/2022 19:48 Não
2062911494	- Formulário - Perícia Médica Inicial de Reabilitação Profissional para Fins de Concessão de OPM				



Dados Básicos

Serviço Formulário - Perícia Médica Inicial de Reabilitação Profissional para Fins de Concessão de OPM	Status Concluída	Prioridade Normal
Unidade 01400 - SUBSECRETARIA DE PERÍCIA MÉDICA FEDERAL	Data de entrada do requerimento 22/10/2021 15:26	Canal de atendimento Aplicações Parceiras

Endereço para atendimento:

A tarefa não possui endereço para atendimento externo.

Campos adicionais:

Campo	Valor
ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM (a cargo do INSS)	
Origem do encaminhamento:	Outros
Descreva:	AGU
O requerente é segurado do INSS?	Sim
Situação Funcional/Forma de Filiação:	Empregado
Empresa:	Panificação Glorinha Eireli
Está em gozo de Benefício por Incapacidade/Auxílio-Accidente?	Não
Grau de instrução/escolaridade:	Ensino fundamental incompleto
Atividades profissionais em exercício (função, atividades, aspectos ergonômicos):	Auxiliar de Padeiro, trabalhava em pé
CNH:	Não
Cursos e capacitações profissionais realizados anteriores ao PRP:	Não informados Caso transferido durante a Pandemia
Experiências profissionais anteriores ao PRP:	Não informado
Já foi reabilitado anteriormente com certificado de conclusão do PRP? Caso afirmativo, informe Data de desligamento do PRP, Função/atividade para a qual foi reabilitado e Restrições Laborais:	Não
Situação do requerente:	Em Programa de Reabilitação Profissional
Para segurado em PRP, descreva a evolução. Informe sobre readaptação na empresa de vínculo, cursos/treinamentos profissionais, função proposta e outros dados pertinentes:	Sem informação
Para segurado em PRP, transcreva as Restrições Laborais definidas pela PMF:	Solicito informações de limitações, seg apresentando amputação de pé esquerdo
Registre e justifique o prognóstico de cumprimento do programa de reabilitação profissional (Favorável/Desfavorável):	Favorável
Contexto Socioeconômico	
Informações referentes a: acessibilidade à residência e na comunidade, acesso a transporte público, acesso a reabilitação física e outras informações pertinentes.	Não informado
Outras informações:	Há possibilidade de está exercendo alguma atividade remunerada/informal
AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM	
Anamnese	
Altura:	1,70m
Peso:	68kg
Dominância:	destro
Características da lesão/amputação:	
Etiologia:	Traumática
Traumática por:	Acidente de motocicleta
Membro(s) acometido(s):	pe esquerdo
Data da amputação/lesão/diagnóstico:	01/03/2010
Tempo de evolução:	Sofreu amputação traumática em março de 2010 em pé esquerdo com amputação tipo Chopart. Nunca usou próteses. Ultima cirurgia há 3 anos relata lombalgia há 1 ano, relacionado a deambulação com ajuda de muleta canadense. Nega dor em pé / coto
Queixas relatadas:	
Histórico de protetização, ortetização e uso de outros recursos assistivos	
Quantos, quando, quem forneceu, tipo, tempo de uso, incompatibilidades anteriores, outras informações relacionadas:	Nunca usou protese
Outras solicitações de recursos assistivos	
Há processo de concessão em andamento através do Sistema Único de Saúde - SUS, outras instituições ou por outros meios?	Não
Reabilitação física	

Campo	Valor
Fez fisioterapia e/ou terapia ocupacional para adaptação e uso da prótese ou outros recursos assistivos (duração, intercorrências):	Não
Uso de prótese na atividade laboral:	Trabalha como ajudante de padeiro necessita prótese para retorno ao trabalho envolvendo ortostatismo
História clínica	Relata lombalgia há 1 ano sem tratamento atual, nega outras patologias, HAS e Diebates
Condições de acessibilidade	casa: plana terrea sem escadas Trabalho: plano Trajeto: usa ônibus, tem dificuldade para subir no ônibus, ponto perto de casa, anda cerca de 6 min Ônibus sem relato de barreira
Atividades da Vida Diária (higiene, alimentação, vestuário, lazer, mobilidade, outras)	Independente
Assinale:	
Exame Físico	
Geral:	Bom estado geral lucido e orientado, corado hidratado eupneico
Neurológico:	Sem alterações, nega dor fantasma ou hipersensibilidade local
Cardiopulmonar:	RCR 2T BNF sem sopros pulsos amplos, extremidades aquecidas
Locomotor:	Deambula com ajuda de uma muleta canadense tem sapato adaptado
Outros (alterações cognitivas, visuais, auditivas, nutricionais, abdominais, digestivas, urinárias e outras):	ABD e AR normais assim como restante do exame físico
Nível de amputação - MMSS	Não se aplica
Nível de amputação - MMII	11. Amputação parcial de pé
Descrever tipo de amputação parcial de pé:	chopart
Lateraldade da lesão:	esquerdo
Condições do coto (pele/fâneros, circulação, trofismo/força/tônus muscular, rigidez articular, sensibilidade, membro/dor fantasma, espículas, neuromas, úlceras, aderência, sinais flogísticos, outros):	pele em bom aspecto, sem alterações de sensibilidade, pouca mobilidade, hipotrofia panturrilha, coto em bom aspecto, posição em equino do calcaneo, sem edema, boa perfusão, sem dor fantasma, no se aplica
Medição do coto:	
Membro contralateral	
Cicatrizes, desvios angulares e rotacionais, instabilidade e alterações degenerativas articulares, circulatórias, trofismo e força muscular, outros:	sem alterações
Membro(s) não acometido(s)	
Amplitude de movimento, alterações tróficas, força muscular, alterações degenerativas articulares, instabilidades ligamentares, outros:	sem alterações
Trauma Raqui Medular	
Nível, espasticidade, força muscular, controle de tronco, escaras, áreas de hiperpressão, outros:	não se aplica
Outros Aspectos	
Prótese/outro recurso assistivo atual (Tipo, modelo, estado de conservação, adequabilidade, outros):	sem uso
Expectativa em relação à nova prótese/recurso de Tecnologia Assistiva:	Melhorar deambulação / ortostatismo permitindo o retorno ao trabalho
Deseja manter:	
Locomoção/ Marcha - Características (cadeira de rodas, andador, bengala, muleta axilar/canadense, prótese, caminha sem apoio, padrão da marcha, caminha com ou sem auxílio de terceiros, outros):	Não
Níveis de capacidade funcional K-Level	Deambula com ajuda de uma muleta canadense
Exames de imagem	
Descrever os achados radiográficos e outros, se houver:	03. K 3 - Tem capacidade para deambular com cadência variável e para transpor barreiras arquitetônicas. Típico de um amputado que se desloca na comunidade e poderá ter atividade física, profissional ou terapêutica que exija a utilização da prótese além da simples locomoção.
Caso sejam feitos registros tais como fotografias, vídeos e outros tipos de imagens, o perito médico deve, obrigatoriamente, preencher o formulário editável do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Uso de Imagens Relacionadas ao Processo de Concessão de OPM, disponível em www.prbi.br na aba formulários, que deverá ser anexado ao processo eletrônico do PMF Tarefas em formato PDF, com as devidas assinaturas.	
Conclusão	
Concluída a avaliação, indica-se a prescrição de Órtese, Prótese Ortopédica não Implantável, Meios Auxiliares de Locomoção e Acessórios?	Sim
Considerações médico periciais:	Segurado ajudante de padeiro com amputação chopart em pé esq com indicação de protetização para retorno ao trabalho na mesma função indicação de protetização para retorno ao trabalho na mesma função Prótese ortopédica não implantável de MMSS/MMII
Encaminhamentos para o INSS:	Prótese em poliforme para amputação de chopart à esq feita sob medida com reforço em aço no solado do calçado, acompanha 4 meias de silicone
Tipo de recurso material prescrito:	
Especificação detalhada do dispositivo de OPM prescrito, conforme parâmetros descritivos constantes em manual técnico:	

Interessado(s)

CPF	Nome Completo	Data Nascimento	Nome Completo da Mãe
██████████	JULIO HERMES DE CARVALHO	05/06/1981	LAUDICEA DE CARVALHO

Procurador(es) / Representante(s) Legal(is)

A tarefa não possui procurador(es) / representante(s) legal(is).

CID Principal

S984 - Amputação traumática do pé ao nível não especificado

Anexos

A tarefa não possui anexos.



Dados Básicos

Serviço Formulário - Perícia Médica Inicial de Reabilitação Profissional para Fins de Concessão de OPM	Status Concluída	Prioridade Normal
Unidade 01400 - SUBSECRETARIA DE PERÍCIA MÉDICA FEDERAL	Data de entrada do requerimento 25/08/2022 09:40	Canal de atendimento Aplicações Parceiras

Endereço para atendimento:

A tarefa não possui endereço para atendimento externo.

Campos adicionais:

Campo	Valor
ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM (a cargo do INSS)	
Origem do encaminhamento:	Perícia Médica
O requerente é segurado do INSS?	Sim
Está em gozo de Benefício por Incapacidade/Auxílio-Accidente?	Sim
Espécie/Nº do Benefício:	9371956977
Grau de instrução/escolaridade:	Ensino médio incompleto
Atividades profissionais em exercício (função, atividades, aspectos ergonômicos):	motorista de aplicativo
CNH:	Não
Cursos e capacitações profissionais realizados anteriores ao PRP:	Sem informações
Experiências profissionais anteriores ao PRP:	frentista
Já foi reabilitado anteriormente com certificado de conclusão do PRP? Caso afirmativo, informe Data de desligamento do PRP, Função/atividade para a qual foi reabilitado e Restrições Laborais:	Não
Situação do requerente:	Em Programa de Reabilitação Profissional
Para segurado em PRP, descreva a evolução. Informe sobre readaptação na empresa de vínculo, cursos/treinamentos profissionais, função proposta e outros dados pertinentes:	Aguarda Avaliação Socioprofissional
Para segurado em PRP, transcreva as Restrições Laborais definidas pela PMF:	fapl não preenchida
Registre e justifique o prognóstico de cumprimento do programa de reabilitação profissional (Favorável/Desfavorável):	A definir
Contexto Socioeconômico	
Informações referentes a: acessibilidade à residência e na comunidade, acesso a transporte público, acesso a reabilitação física e outras informações pertinentes.	Sem Informação
Outras informações:	Não há
AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM	
Anamnese	
Altura:	1,79 m
Peso:	79,9 kg
Dominância:	destro
Características da lesão/amputação:	
Etiologia:	Traumática
Traumática por:	Ferimento por Arma de Fogo
Membro(s) acometido(s):	pe esquerdo
Data da amputação/lesão/diagnóstico:	22/06/2021
Tempo de evolução:	Informa que foi deixar passageiro em comunidade quando trabalhava de motorista aplicativo, sofrendo amputação do pé esquerdo. Outras lesões no hemitorax esquerdo, braço esquerdo e estilhaços. Houve tentativa de tratamento da fratura do pé com fixador externo no pé, evoluindo para amputação menos de um mês após a lesão inicial.
Queixas relatadas:	Queixa-se de dor na face lateral do pé, ocasionalmente com queixa de membro fantasma.
Histórico de protetização, ortetização e uso de outros recursos assistivos	
Quantos, quando, quem forneceu, tipo, tempo de uso, incompatibilidades anteriores, outras informações relacionadas:	Não recebeu nenhum tipo de prótese.
Outras solicitações de recursos assistivos	
Há processo de concessão em andamento através do Sistema Único de Saúde - SUS, outras instituições ou por outros meios?	Não
Reabilitação física	
Fez fisioterapia e/ou terapia ocupacional para adaptação e uso da prótese ou	Não

Campo	Valor
outros recursos assistivos (duração, intercorrências):	
Uso de prótese na atividade laboral:	
Necessidades específicas, dificuldades e outras informações relacionadas:	Necessita prótese para deambular e dirigir.
História clínica	
Queixas atuais, hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo), lesões de órgãos alvos, em caso de ICC classificação de NYHA, tratamentos em curso, outras:	Nega uso de medicações. Nega outras doenças.
Condições de acessibilidade	
Na habitação, no trabalho, nos trajetos:	Mora em casa com dois acessos de escada. Rua plana toda asfaltada.
Meio(s) de deslocamento(s) habitual(is):	Onibus a distancia de 6 km da residencia. Trem é mais distante. Mas tem dependido de carro para deslocamento.
Descrição de barreiras arquitetônicas e outras, se houver:	Distancia do transporte publico e escadas no domicilio.
Atividades da Vida Diária (higiene, alimentação, vestuário, lazer, mobilidade, outras)	
Assinale:	Semi-independente
Descrição das dificuldades	Informa dificuldades no dia a dia como para ir ao mercado, dificuldade para subir e descer escadas.
Exame Físico	
Geral:	Lúcido e orientado. Responde sem dificuldade às solicitações verbais. Humor deprimido.
Neurológico:	Força preservada grau 5 para flexão plantar tornozelo, calosidade plantar dolorosa a palpação superficial. hipotrofia panturrilha esquerda.
Cardiopulmonar:	Nada digno de nota. Cicatriz puntiforme no hemitorax esquerdo devido à lesão por PAF.
Locomotor:	Amputação transmetatarsal pé esquerdo
Outros (alterações cognitivas, visuais, auditivas, nutricionais, abdominais, digestivas, urinárias e outras):	Nada digno de nota.
Nível de amputação - MMSS	Não se aplica
Nível de amputação - MMII	11. Amputação parcial de pé
Descrever tipo de amputação parcial de pé:	Tipo Lisfranc.
Lateralidade da lesão:	Pé esquerdo
Condições do coto (pele/fâneros, circulação, trofismo/força/tônus muscular, rigidez articular, sensibilidade, membro/dor fantasma, espículas, neuromas, úlceras, aderência, sinais flogísticos, outros):	Cicatriz com bom aspecto, calosidade calcânea dolorosa à palpação superficial. Flexão plantar com força grau 4/5, flexão dorsal preservada, pele fina na extremidade do coto. Hipotrofia panturrilha esquerda.
Medição do coto:	12 cm a partir do calcâneo.
Membro contralateral	
Cicatrizes, desvios angulares e rotacionais, instabilidade e alterações degenerativas articulares, circulatórias, trofismo e força muscular, outros:	Cicatriz com bom aspecto, calosidade calcânea dolorosa à palpação superficial. Flexão plantar com força grau 4/5, flexão dorsal preservada, pele fina na extremidade do coto. Hipotrofia panturrilha esquerda.
Membro(s) não acometido(s)	
Amplitude de movimento, alterações tróficas, força muscular, alterações degenerativas articulares, instabilidades ligamentares, outros:	Nada digno de nota.
Trauma Raqui Medular	
Nível, espasticidade, força muscular, controle de tronco, escaras, áreas de hiperpressão, outros:	Não se aplica.
Outros Aspectos	
Prótese/outro recurso assistivo atual (Tipo, modelo, estado de conservação, adequabilidade, outros):	Não possui.
Expectativa em relação à nova prótese/recurso de Tecnologia Assistiva:	Boa expectativa.
Deseja manter:	Não
Locomoção/ Marcha - Características (cadeira de rodas, andador, bengala, muleta axilar/canadense, prótese, caminha sem apoio, padrão da marcha, caminha com ou sem auxílio de terceiros, outros):	Deambula com auxílio de muletas.
Níveis de capacidade funcional K-Level	03. K 3 - Tem capacidade para deambular com cadência variável e para transpor barreiras arquitetônicas. Típico de um amputado que se desloca na comunidade e poderá ter atividade física, profissional ou terapêutica que exija a utilização da prótese além da simples locomoção.
Exames de imagem	
Descrever os achados radiográficos e outros, se houver:	Não apresenta radiografias.
Caso sejam feitos registros tais como fotografias, vídeos e outros tipos de imagens, o perito médico deve, obrigatoriamente, preencher o formulário editável do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Uso de Imagens Relacionadas ao Processo de Concessão de OPM, disponível em <a 153="" 28="" 962="" 973"="" data-label="Page-Footer" href="http://www-prbi/na aba formulários, que deverá ser anexado ao processo eletrônico do PMF Tarefas em formato PDF, com as devidas assinaturas.</td><td></td></tr> <tr> <td>Conclusão</td><td></td></tr> <tr> <td>Concluída a avaliação, indica-se a prescrição de Órtese, Prótese Ortopédica não Implantável, Meios Auxiliares de Locomoção e Acessórios?</td><td>Sim</td></tr> <tr> <td>Considerações médico periciais:</td><td>Segurado de 28 anos, desempregado, escolaridade 2a série ensino médio. Sofreu agressão por PAF culminando com amputação do pé esquerdo na articulação de Lisfranc.</td></tr> <tr> <td>Encaminhamentos para o INSS:</td><td>Necessita escolher curso e de prescrição de prótese para dar sequência ao PRP. Segurado jovem e com boa escolaridade.</td></tr> <tr> <td>Tipo de recurso material prescrito:</td><td>Prótese ortopédica não implantável de MMSS/MMII</td></tr> <tr> <td>Especificação detalhada do dispositivo de OPM prescrito, conforme parâmetros</td><td>Prótese ortopédica para amputação parcial do pé em silicone Lisfranc</td></tr> </tbody> </table> </div> <div data-bbox=">Emitido em: 14/11/2023 08:15	

Campo	Valor		
descritivos constantes em manual técnico:	sob molde prévio. Com características estéticas semelhantes ao membro contralateral.		
Interessado(s)			
CPF [REDACTED]	Nome Completo PAULO ROBERTO DE LIMA SERRA DA CONCEICAO	Data Nascimento 06/04/1994	Nome Completo da Mãe CLAUDIA DE LIMA SERRA CORREA

Procurador(es) / Representante(s) Legal(is)

A tarefa não possui procurador(es) / representante(s) legal(is).

CID Principal

S98 - Amputação traumática do tornozelo e do pé

Anexos

A tarefa não possui anexos.



Dados Básicos

Serviço Formulário - Perícia Médica Inicial de Reabilitação Profissional para Fins de Concessão de OPM	Status Concluída	Prioridade Normal
Unidade 01400 - SUBSECRETARIA DE PERÍCIA MÉDICA FEDERAL	Data de entrada do requerimento 05/10/2021 15:00	Canal de atendimento Aplicações Parceiras

Endereço para atendimento:

A tarefa não possui endereço para atendimento externo.

Campos adicionais:

Campo	Valor
ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM (a cargo do INSS)	
Origem do encaminhamento:	Perícia Médica
O requerente é segurado do INSS?	Sim
Situação Funcional/Forma de Filiação:	Empregado
Empresa:	17 DE JULHO AUTO PEÇAS LTDA
Está em gozo de Benefício por Incapacidade/Auxílio-Accidente?	Não
Grau de instrução/escolaridade:	Ensino médio completo
Atividades profissionais em exercício (função, atividades, aspectos ergonômicos):	ESTOQUISTA
CNH:	Não
Cursos e capacitações profissionais realizados anteriores ao PRP:	CURSO DE ELETRICA DE AUTOS
Experiências profissionais anteriores ao PRP:	UNICO VINCULO EMPREGATICO
Já foi reabilitado anteriormente com certificado de conclusão do PRP? Caso afirmativo, informe Data de desligamento do PRP, Função/atividade para a qual foi reabilitado e Restrições Laborais:	NÃO
Situação do requerente:	Em Programa de Reabilitação Profissional
Para segurado em PRP, descreva a evolução. Informe sobre readaptação na empresa de vínculo, cursos/treinamentos profissionais, função proposta e outros dados pertinentes:	PROPOPOSTA DE ENCAMINHAMENTO PARA CURSO
Para segurado em PRP, transcreva as Restrições Laborais definidas pela PMF:	PEGAR PESO, CAMINHAR LONGAS DISTANCIAS, SUBIR E DESCER ESCADAS, AGACHAMENTO, SOBRECARGA, POSIÇÕES FORÇADAS E MOVIMENTOS REPETITIVOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO
Registre e justifique o prognóstico de cumprimento do programa de reabilitação profissional (Favorável/Desfavorável):	FAVORAVEL
Contexto Socioeconômico	
Informações referentes a: acessibilidade à residência e na comunidade, acesso a transporte público, acesso a reabilitação física e outras informações pertinentes.	NÃO É POSSÍVEL INFORMAR
Outras informações:	FORMULÁRIO FOI PREENCHIDO NA AUSENCIA DO SEGURADO
AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM	
Anamnese	
Altura:	176cm
Peso:	74
Dominância:	destro
Características da lesão/amputação:	
Etiologia:	Traumática
Traumática por:	Acidente de motocicleta
Membro(s) acometido(s):	membro inferior esquerdo
Data da amputação/lesão/diagnóstico:	29/07/2012
Tempo de evolução:	8 anos
Queixas relatadas:	Dor e lesão no coto e na face anterior da tibia. A prótese que tem não mexe e não tem apoio adequado, não tendo equilíbrio. A que recebeu pelo SUS veio muito apertada.
Histórico de protetização, ortetização e uso de outros recursos assistivos	
Quantos, quando, quem forneceu, tipo, tempo de uso, incompatibilidades anteriores, outras informações relacionadas:	Terceira prótese - Recebeu em julho de 2020. Recebeu todas pela ABRB.
Outras solicitações de recursos assistivos	
Há processo de concessão em andamento através do Sistema Único de Saúde - SUS, outras instituições ou por outros meios?	Não
Reabilitação física	

Campo	Valor
Fez fisioterapia e/ou terapia ocupacional para adaptação e uso da prótese ou outros recursos assistivos (duração, intercorrências):	Sim
Especificar (Informar duração, intercorrência, etc)	Fez para tirar a sensibilidade de coto.
Uso de prótese na atividade laboral:	
Necessidades específicas, dificuldades e outras informações relacionadas:	Manter-se de pé e deslocar-se. Agachar-se. Subir/descer escadas.
História clínica	
Queixas atuais, hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo), lesões de órgãos alvos, em caso de ICC classificação de NYHA, tratamentos em curso, outras:	Sem queixas específicas. É tabagista. Alcoolista ocasional.
Condições de acessibilidade	
Na habitação, no trabalho, nos trajetos:	Não tem escada, não tem rampas, local asfaltado.
Meio(s) de deslocamento(s) habitual(is):	ônibus.
Descrição de barreiras arquitetônicas e outras, se houver:	Chão batido, ressaltos em calçadas e buracos nas vias.
Atividades da Vida Diária (higiene, alimentação, vestuário, lazer, mobilidade, outras)	
Assinale:	Independente
Exame Físico	
Geral:	Bom estado geral, psiquismo preservado.
Neurológico:	Sem alterações neurológicas dignas de nota.
Cardiopulmonar:	Ritmo cardíaco regular em dois tempos, sem sopro ou extrassístoles.
Locomotor:	Amputação de pé esquerdo com necessidade de uso de prótese. Claudicação. nada digno de nota.
Outros (alterações cognitivas, visuais, auditivas, nutricionais, abdominais, digestivas, urinárias e outras):	
Nível de amputação - MMSS	Não se aplica
Nível de amputação - MMII	10. Desarticulação de Tornozelo
Lateralidade da lesão:	Lado esquerdo. Há sequela de fratura do fêmur esquerdo que há possibilidade de cirurgia futura - s/c. pele de bom aspecto, com cicatrizes invaginadas na face lateral e com hiperceratose pontual.
Condições do coto (pele/fâneros, circulação, trofismo/força/tônus muscular, rigidez articular, sensibilidade, membro/dor fantasma, espículas, neuromas, úlceras, aderência, sinais flogísticos, outros):	sem fita no momento.
Medição do coto:	
Membro contralateral	
Cicatrizes, desvios angulares e rotacionais, instabilidade e alterações degenerativas articulares, circulatórias, trofismo e força muscular, outros:	Sem alterações estruturais ou inflamatórias. Sem alteração circulatória.
Membro(s) não acometido(s)	
Amplitude de movimento, alterações tróficas, força muscular, alterações degenerativas articulares, instabilidades ligamentares, outros:	Sem outras deficiências.
Trauma Raqui Medular	
Nível, espasticidade, força muscular, controle de tronco, escaras, áreas de hiperpressão, outros:	não se aplica.
Outros Aspectos	
Prótese/outro recurso assistivo atual (Tipo, modelo, estado de conservação, adequabilidade, outros):	Prótese apertada e lesionando a pele.
Expectativa em relação à nova prótese/recurso de Tecnologia Assistiva:	Que consiga maior flexibilidade para andar, melhor apoio e equilíbrio, menor peso da prótese.
Deseja manter:	Não
Locomoção/ Marcha - Características (cadeira de rodas, andador, bengala, muleta axilar/canadense, prótese, caminha sem apoio, padrão da marcha, caminha com ou sem auxílio de terceiros, outros):	Deambula com claudicação em uso apenas de prótese e uma muleta.
Níveis de capacidade funcional K-Level	04. K 4 - Tem capacidade ou potencial para deambular além das competências básicas de deambulação apresentando níveis de impacto, stress ou energia elevados. Este nível inclui a maioria das crianças, adultos ativos ou atletas.
Exames de imagem	
Descrever os achados radiográficos e outros, se houver:	Não trouxe radiografia.
Caso sejam feitos registros tais como fotografias, vídeos e outros tipos de imagens, o perito médico deve, obrigatoriamente, preencher o formulário editável do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Uso de Imagens Relacionadas ao Processo de Concessão de OPM, disponível em <a 154="" 28="" 961="" 972"="" data-label="Page-Footer" href="http://www-prbi/naabaformularios, que deverá ser anexado ao processo eletrônico do PMF Tarefas em formato PDF, com as devidas assinaturas.</td><td></td></tr> <tr> <td>Conclusão</td><td></td></tr> <tr> <td>Concluída a avaliação, indica-se a prescrição de Órtese, Prótese Ortopédica não Implantável, Meios Auxiliares de Locomoção e Acessórios?</td><td>Sim</td></tr> <tr> <td>Considerações médico periciais:</td><td>Requerente jovem, com boa escolaridade, em curso técnico de administração, boa mobilidade.</td></tr> <tr> <td>Encaminhamentos para o INSS:</td><td>Deverá receber prótese de pé esquerdo/ desarticulação de tornozelo.</td></tr> <tr> <td>Tipo de recurso material prescrito:</td><td>Prótese ortopédica não implantável de MMSS/MMII</td></tr> <tr> <td>Especificação detalhada do dispositivo de OPM prescrito, conforme parâmetros descritivos constantes em manual técnico:</td><td>Prótese para amputação tipo SYME esquerda, com pé dinâmico e que se possível permita usar chinelo/sandália para épocas de calor intenso.</td></tr> </tbody> </table> </div> <div data-bbox=">Emitido em: 14/11/2023 08:17	

Interessado(s)

CPF	Nome Completo	Data Nascimento	Nome Completo da Mãe
██████████	FABIO HENRIQUE DE SOUZA	05/09/1992	LILIAM FATIMA DOS SANTOS SOUZA

Procurador(es) / Representante(s) Legal(is)

A tarefa não possui procurador(es) / representante(s) legal(is).

CID Principal

S980 - Amputação traumática do pé ao nível do tornozelo

Relação de CIDs Secundários

CID	Descrição da Doença
M255	Dor articular
S723	Fratura da diáfise do fêmur

Anexos

A tarefa não possui anexos.



Dados Básicos

Serviço Formulário - Perícia Médica Inicial de Reabilitação Profissional para Fins de Concessão de OPM	Status Concluída	Prioridade Normal
Unidade 01400 - SUBSECRETARIA DE PERÍCIA MÉDICA FEDERAL	Data de entrada do requerimento 31/08/2021 16:44	Canal de atendimento Aplicações Parceiras

Endereço para atendimento:

A tarefa não possui endereço para atendimento externo.

Campos adicionais:

Campo	Valor
ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM (a cargo do INSS)	
Origem do encaminhamento:	Perícia Médica
O requerente é segurado do INSS?	Sim
Situação Funcional/Forma de Filiação:	Empregado
Empresa:	Café Três Corações SA
Está em gozo de Benefício por Incapacidade/Auxílio-Accidente?	Sim
Espécie/Nº do Benefício:	6010568963
Grau de instrução/escolaridade:	Ensino médio completo
Atividades profissionais em exercício (função, atividades, aspectos ergonômicos):	Ajudante de Entrega
CNH:	Não
Cursos e capacitações profissionais realizados anteriores ao PRP:	Não possui
Experiências profissionais anteriores ao PRP:	Experiência Concentrada na função
Já foi reabilitado anteriormente com certificado de conclusão do PRP? Caso afirmativo, informe Data de desligamento do PRP, Função/atividade para a qual foi reabilitado e Restrições Laborais:	Não
Situação do requerente:	Em Programa de Reabilitação Profissional
Para segurado em PRP, descreva a evolução. Informe sobre readaptação na empresa de vínculo, cursos/treinamentos profissionais, função proposta e outros dados pertinentes:	Tratase de segurado com 44 anos, EMC, vinculado à empresa Café Três Corações como Ajudante de Motorista e tem experiência profissional concentrada na função Empresa de vínculo ofereceu função, porém o segurado não tinha conhecimento de informática nem a escolaridade exigida. Após levantamento de interesses, o trabalhador optou pelo curso Técnico em Logística O curso escolhido foi considerado compatível pela PM Aguarda conclusão do processo de compra de curso profissionalizante para finalizar a RP
Para segurado em PRP, transcreva as Restrições Laborais definidas pela PMF:	Elevação e deslocamento de cargas acima de 10 kg, grandes deslocamentos, subir e descer escadas com frequência e ou posturas ortostáticas por período prolongado e que exijam posturas inadequadas
Registre e justifique o prognóstico de cumprimento do programa de reabilitação profissional (Favorável/Desfavorável):	Favorável
Contexto Socioeconômico	
Informações referentes a: acessibilidade à residência e na comunidade, acesso a transporte público, acesso a reabilitação física e outras informações pertinentes.	Não há restrições
Outras informações:	Segurado desmotivado a retornar ao mercado de trabalho Não demonstra interesse em realizar curso profissionalizante
AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM	
Anamnese	
Altura:	190
Peso:	80
Dominância:	destro
Características da lesão/amputação:	
Etiologia:	Secundária a doença
Secundária a doença:	Outros
Especifique:	discopatia degenerativa com encurtamento de MID
Membro(s) acometido(s):	membro inferior direito
Data da amputação/lesão/diagnóstico:	04/07/2016
Tempo de evolução:	Encurtamento de MID em relação a MIE, diagnosticado por escanometria de 04/07/2016
Queixas relatadas:	Lombalgia refratária
Histórico de protetização, ortetização e uso de outros recursos assistivos	

Campo	Valor
Quantos, quando, quem forneceu, tipo, tempo de uso, incompatibilidades anteriores, outras informações relacionadas:	não há.
Outras solicitações de recursos assistivos	
Há processo de concessão em andamento através do Sistema Único de Saúde - SUS, outras instituições ou por outros meios?	Não
Reabilitação física	
Fez fisioterapia e/ou terapia ocupacional para adaptação e uso da prótese ou outros recursos assistivos (duração, intercorrências):	Não
Uso de prótese na atividade laboral:	
Necessidades específicas, dificuldades e outras informações relacionadas:	Segurado trabalhador braçal, afastado há cerca de 8 anos, com queixas de lombalgia persistente por doença osteo degenerativa, agravada por encurtamento de MID em relação ao MIE de 3,9cm.
História clínica	
Queixas atuais, hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo), lesões de órgãos alvos, em caso de ICC classificação de NYHA, tratamentos em curso, outras:	Segurado trabalhador braçal, afastado há cerca de 8 anos, com queixas de lombalgia persistente por doença osteo degenerativa, agravada por encurtamento de MID em relação ao MIE de 3,9cm.
Condições de acessibilidade	
Na habitação, no trabalho, nos trajetos:	sem adaptações nos ambientes em que convive
Meio(s) de deslocamento(s) habitual(is):	Transporte público
Descrição de barreiras arquitetônicas e outras, se houver:	Sem dados significativos
Atividades da Vida Diária (higiene, alimentação, vestuário, lazer, mobilidade, outras)	
Assinale:	Independente
Exame Físico	
Geral:	Bom estado geral. Deambula sem dificuldades, uso de chinelos de dedos.
Neurológico:	Sem alterações.
Cardiopulmonar:	Sem alterações.
Locomotor:	uso de cinta lombar., Coluna lombar sem deformidades, sem contraturas paravertebrais, mobilidade ampla apesar de queixas algícas inespecíficas. MMIs com trofia e força mantidas. Lasegue negativo bilateral. Encurtamento perceptível de MID em relação a MIE, com leve repercussão na marcha.
Outros (alterações cognitivas, visuais, auditivas, nutricionais, abdominais, digestivas, urinárias e outras):	Sem alterações.
Nível de amputação - MMSS	Não se aplica
Nível de amputação - MMII	Não se aplica
Lateraldade da lesão:	Direita
Condições do coto (pele/fâneros, circulação, trofismo/força/tônus muscular, rigidez articular, sensibilidade, membro/dor fantasma, espículas, neuromas, úlceras, aderência, sinais flogísticos, outros):	Não há amputação.
Medição do coto:	0
Membro contralateral	
Cicatrizes, desvios angulares e rotacionais, instabilidade e alterações degenerativas articulares, circulatórias, trofismo e força muscular, outros:	Não se aplica.
Membro(s) não acometido(s)	
Amplitude de movimento, alterações tróficas, força muscular, alterações degenerativas articulares, instabilidades ligamentares, outros:	Não se aplica
Trauma Raqui Medular	
Nível, espasticidade, força muscular, controle de tronco, escaras, áreas de hiperpressão, outros:	Não se aplica.
Outros Aspectos	
Prótese/outra recurso assistivo atual (Tipo, modelo, estado de conservação, aequabilidade, outros):	Não utiliza.
Expectativa em relação à nova prótese/recurso de Tecnologia Assistiva:	Deseja amenizar a dor crônica que alega sentir.
Deseja manter:	Não
Locomoção/ Marcha - Características (cadeira de rodas, andador, bengala, muleta axilar/canadense, prótese, caminha sem apoio, padrão da marcha, caminha com ou sem auxílio de terceiros, outros):	Deambula sem dificuldades e sem auxílio, uso de chinelos de dedos.
Níveis de capacidade funcional K-Level	03. K 3 - Tem capacidade para deambular com cadência variável e para transportar barreiras arquitetônicas. Típico de um amputado que se desloca na comunidade e poderá ter atividade física, profissional ou terapêutica que exija a utilização da prótese além da simples locomoção.
Exames de imagem	
Descrever os achados radiográficos e outros, se houver:	TC coluna lombar (12/02/21): mínima retrolistese L2, protusões D11-D12 e D12-L1. Abaumento L1L2 a L4L5 comprimindo saco dural e reduzindo a amplitude do recesso inferior dos forames neurais. Discreto abaumento L5S1 reduzindo levemente a amplitude do recesso inferior dos forames. // Escanometria (04/07/16): MID > MIE 39mm.
Caso sejam feitos registros tais como fotografias, vídeos e outros tipos de imagens, o perito médico deve, obrigatoriamente, preencher o formulário editável do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Uso de Imagens Relacionadas ao Processo de Concessão de OPM, disponível em www.prbi/na_aba_formularios, que deverá ser anexado ao processo eletrônico do PMF Tarefas em formato PDF, com as devidas assinaturas.	
Conclusão	
Concluída a avaliação, indica-se a prescrição de Órtese, Prótese Ortopédica não Implantável, Meios Auxiliares de Locomoção e Acessórios?	Sim

Campo	Valor
Considerações médico periciais:	Segurado trabalhador braçal com histórico de doença osteo-degenerativa de coluna lombar, com encurtamento de 39mm de MID associado. Terá benefício para retorno ao mercado de trabalho com obtenção de recurso que possa reduzir o desnível entre os MMIs, o que certamente reduzirá a frequência das crises álgicas.
Encaminhamentos para o INSS:	Sugiro concessão de dispositivo. Feita prescrição.
Tipo de recurso material prescrito:	Acessórios para OPM
Especificação detalhada do dispositivo de OPM prescrito, conforme parâmetros descritivos constantes em manual técnico:	AC02-Um par de calçados sob medida para compensação de encurtamento.

Interessado(s)

CPF	Nome Completo	Data Nascimento	Nome Completo da Mãe
[REDACTED]	CLAUDIO OLIVEIRA DA FONSECA	04/06/1976	ELIENE OLIVEIRA DA FONSECA

Procurador(es) / Representante(s) Legal(is)

A tarefa não possui procurador(es) / representante(s) legal(is).

CID Principal

Q729 - Defeito não especificado por redução do membro inferior

Anexos

A tarefa não possui anexos.



Dados Básicos

Serviço Formulário - Perícia Médica Inicial de Reabilitação Profissional para Fins de Concessão de OPM	Status Concluída	Prioridade Normal
Unidade 01400 - SUBSECRETARIA DE PERÍCIA MÉDICA FEDERAL	Data de entrada do requerimento 18/11/2022 16:42	Canal de atendimento Aplicações Parceiras

Endereço para atendimento:

A tarefa não possui endereço para atendimento externo.

Campos adicionais:

Campo	Valor
ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM (a cargo do INSS)	
Origem do encaminhamento:	Perícia Médica
O requerente é segurado do INSS?	Sim
Situação Funcional/Forma de Filiação:	Empregado
Empresa:	Agil Transporte Bet Ltda
Está em gozo de Benefício por Incapacidade/Auxílio-Accidente?	Sim
Espécie/Nº do Benefício:	6072339046
Grau de instrução/escolaridade:	Ensino médio completo
Atividades profissionais em exercício (função, atividades, aspectos ergonômicos):	Beneficiário em auxílio por incapacidade cumprindo PRP
CNH:	Não
Cursos e capacitações profissionais realizados anteriores ao PRP:	Não há
Experiências profissionais anteriores ao PRP:	Experiência concentrada na função
Já foi reabilitado anteriormente com certificado de conclusão do PRP? Caso afirmativo, informe Data de desligamento do PRP, Função/atividade para a qual foi reabilitado e Restrições Laborais:	Não
Situação do requerente:	Em Programa de Reabilitação Profissional
Para segurado em PRP, descreva a evolução. Informe sobre readaptação na empresa de vínculo, cursos/treinamentos profissionais, função proposta e outros dados pertinentes:	Encaminhado a RP em setembro/2014, atualmente, aguarda curso de técnico em administração Foi protetizado em 2017 pela Reabilitação Profissional No momento não está em uso de prótese, refere que não se adaptou, solicito nova avaliação pela Perícia Médica Especializada para verificar se há indicação de prótese mais adequada para o trabalhador vide sabi
Para segurado em PRP, transcreva as Restrições Laborais definidas pela PMF:	
Registre e justifique o prognóstico de cumprimento do programa de reabilitação profissional (Favorável/Desfavorável):	Favorável
Contexto Socioeconômico	
Informações referentes a: acessibilidade à residência e na comunidade, acesso a transporte público, acesso a reabilitação física e outras informações pertinentes.	Segurado realiza suas atividades de forma independente
Outras informações:	Não há
AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM	
Anamnese	
Altura:	178
Peso:	65
Dominância:	destro
Características da lesão/amputação:	
Etiologia:	Traumática
Traumática por:	Acidente de motocicleta
Membro(s) acometido(s):	membro inferior esquerdo
Data da amputação/lesão/diagnóstico:	15/07/2014
Tempo de evolução:	Acidente de moto durante atividade profissional , vínculo como motoboy.
Queixas relatadas:	sem queixas
Histórico de protetização, ortetização e uso de outros recursos assistivos	
Quantos, quando, quem forneceu, tipo, tempo de uso, incompatibilidades anteriores, outras informações relacionadas:	Informa que recebeu uma prótese do INSS que não se adaptou devido a mobilidade ruim do pé e joelho e dor na região inguinal causada pelo encaixe.
Outras solicitações de recursos assistivos	
Há processo de concessão em andamento através do Sistema Único de Saúde - SUS, outras instituições ou por outros meios?	Não

Campo	Valor
Reabilitação física	
Fez fisioterapia e/ou terapia ocupacional para adaptação e uso da prótese ou outros recursos assistivos (duração, intercorrências):	Não
Uso de prótese na atividade laboral:	
Necessidades específicas, dificuldades e outras informações relacionadas:	hipotonía da coxa esquerda que pode dificultar a adaptação. Orientado fortalecimento.
História clínica	
Queixas atuais, hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo), lesões de órgãos alvos, em caso de ICC classificação de NYHA, tratamentos em curso, outras:	sedentário, sem relato de doenças associadas.
Condições de acessibilidade	
Na habitação, no trabalho, nos trajetos:	Mora em Coelho Rocha - rua com ladeira
Meio(s) de deslocamento(s) habitual(is):	transporte público e aplicativo
Descrição de barreiras arquitetônicas e outras, se houver:	falta de acessibilidade nas ruas, com necessidade frequente do uso de transporte por aplicativo.
Atividades da Vida Diária (higiene, alimentação, vestuário, lazer, mobilidade, outras)	
Assinale:	Independente
Exame Físico	
Geral:	Lucido, orientado, bom estado geral, deambula com auxílio de muletas sem alterações
Neurológico:	sem alterações
Cardiopulmonar:	amputação transfemoral de terço medio MIE.
Locomotor:	sem alterações
Outros (alterações cognitivas, visuais, auditivas, nutricionais, abdominais, digestivas, urinárias e outras):	Não se aplica
Nível de amputação - MMSS	04. Amputação Transfemoral - 1/3 médio
Nível de amputação - MMII	esquerda
Lateraldade da lesão:	Coto bem constituída, cicatriz atrófica em região posterior, ausência de espícula óssea, hipotonía da coxa
Condições do coto (pele/fâneros, circulação, trofismo/força/tônus muscular, rigidez articular, sensibilidade, membro/dor fantasma, espículas, neuromas, úlceras, aderência, sinais flogísticos, outros):	15cm
Medição do coto:	
Membro contralateral	
Cicatrizes, desvios angulares e rotacionais, instabilidade e alterações degenerativas articulares, circulatórias, trofismo e força muscular, outros:	sem alterações
Membro(s) não acometido(s)	
Amplitude de movimento, alterações tróficas, força muscular, alterações degenerativas articulares, instabilidades ligamentares, outros:	sem alterações
Trauma Raqui Medular	
Nível, espasticidade, força muscular, controle de tronco, escaras, áreas de hiperpressão, outros:	não se aplica
Outros Aspectos	
Prótese/outra recurso assistivo atual (Tipo, modelo, estado de conservação, adequabilidade, outros):	não utiliza
Expectativa em relação à nova prótese/recurso de Tecnologia Assistiva:	deseja prótese e retornar ao trabalho.
Deseja manter:	Sim
Deseja manter:	Sim
Locomoção/ Marcha - Características (cadeira de rodas, andador, bengala, muleta axilar/canadense, prótese, caminha sem apoio, padrão da marcha, caminha com ou sem auxílio de terceiros, outros):	uso de muletas
Níveis de capacidade funcional K-Level	03. K 3 - Tem capacidade para deambular com cadência variável e para transportar barreiras arquitetônicas. Típico de um amputado que se desloca na comunidade e poderá ter atividade física, profissional ou terapêutica que exija a utilização da prótese além da simples locomoção.
Exames de imagem	
Descrever os achados radiográficos e outros, se houver:	não apresentou
Caso sejam feitos registros tais como fotografias, vídeos e outros tipos de imagens, o perito médico deve, obrigatoriamente, preencher o formulário editável do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Uso de Imagens Relacionadas ao Processo de Concessão de OPM, disponível em <a 153="" 28="" 961="" 972"="" data-label="Page-Footer" href="http://www-prbi/na aba formulários, que deverá ser anexado ao processo eletrônico do PMF Tarefas em formato PDF, com as devidas assinaturas.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Conclusão</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Concluída a avaliação, indica-se a prescrição de Órtese, Prótese Ortopédica não Implantável, Meios Auxiliares de Locomoção e Acessórios?</td> <td>Sim</td> </tr> <tr> <td>Considerações médico periciais:</td> <td>segurado jovem, boa escolaridade, motivado, deve se beneficiar da utilização da prótese ortopédica.</td> </tr> <tr> <td>Encaminhamentos para o INSS:</td> <td>não</td> </tr> <tr> <td>Tipo de recurso material prescrito:</td> <td>Prótese ortopédica não implantável de MMSS/MMII</td> </tr> <tr> <td>Especificação detalhada do dispositivo de OPM prescrito, conforme parâmetros descritivos constantes em manual técnico:</td> <td>TF24-Prótese ortopédica para amputação transfemoral endoesquelética (modular). Componentes em aço, alumínio ou titânio. Encaixe de contenção/ apoio isquiático, quadrílatero ou de contato total, laminado em resina acrílica com reforço em fibras de carbono e fibras de vidro trançadas. Duas unidades de liner em silicone. Válvula com expulsão de ar automática, de manuseio e colocação rápida. Encaixe de prova em termoplástico transparente. Joelho hidráulico monocêntrico,</td> </tr> </tbody> </table> </div> <div data-bbox=">Emitido em: 17/11/2023 16:18	

Campo	Valor
	que possibilite descer degraus com passos alternados para nível de atividade 3. Pé de resposta dinâmica em fibra de carbono para nível de atividade 3, com capa cosmética. Um par de calçados.

Interessado(s)

CPF	Nome Completo	Data Nascimento	Nome Completo da Mãe
[REDACTED]	DIEGO REIS RAMOS	20/09/1989	CLEIDE REGINA ROQUE DE ANDRADE REIS

Procurador(es) / Representante(s) Legal(is)

A tarefa não possui procurador(es) / representante(s) legal(is).

CID Principal

S822 - Fratura da diáfise da tíbia

Anexos

A tarefa não possui anexos.



Dados Básicos

Serviço Formulário - Perícia Médica Inicial de Reabilitação Profissional para Fins de Concessão de OPM	Status Concluída	Prioridade Normal
Unidade 01400 - SUBSECRETARIA DE PERÍCIA MÉDICA FEDERAL	Data de entrada do requerimento 31/08/2022 07:42	Canal de atendimento Aplicações Parceiras

Endereço para atendimento:

A tarefa não possui endereço para atendimento externo.

Campos adicionais:

Campo	Valor
ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM (a cargo do INSS)	
Origem do encaminhamento:	Perícia Médica
O requerente é segurado do INSS?	Sim
Situação Funcional/Forma de Filiação:	Contribuinte Individual
Está em gozo de Benefício por Incapacidade/Auxílio-Accidente?	Não
Grau de instrução/escolaridade:	Ensino superior completo
Atividades profissionais em exercício (função, atividades, aspectos ergonômicos):	não se aplica
CNH:	Não
Cursos e capacitações profissionais realizados anteriores ao PRP:	não
Experiências profissionais anteriores ao PRP:	vide CNIS
Já foi reabilitado anteriormente com certificado de conclusão do PRP? Caso afirmativo, informe Data de desligamento do PRP, Função/atividade para a qual foi reabilitado e Restrições Laborais:	não
Situação do requerente:	Em Programa de Reabilitação Profissional
Para segurado em PRP, descreva a evolução. Informe sobre readaptação na empresa de vínculo, cursos/treinamentos profissionais, função proposta e outros dados pertinentes:	no aguardo da avaliação socioprofissional
Para segurado em PRP, transcreva as Restrições Laborais definidas pela PMF:	vide FAPL
Registre e justifique o prognóstico de cumprimento do programa de reabilitação profissional (Favorável/Desfavorável):	ainda não definido
Contexto Socioeconômico	
Informações referentes a: acessibilidade à residência e na comunidade, acesso a transporte público, acesso a reabilitação física e outras informações pertinentes.	não se aplica
Outras informações:	ainda não passou por avaliação socioprofissional
AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM	
Anamnese	
Altura:	1,68
Peso:	78 kg
Dominância:	Destra
Características da lesão/amputação:	
Etiologia:	Traumática
Traumática por:	Acidente de carro
Membro(s) acometido(s):	Membro inferior direito
Data da amputação/lesão/diagnóstico:	08/01/208_
Tempo de evolução:	Há 4 anos.
Queixas relatadas:	Refere dor de cabeça relacionada a aumento da pressão arterial. Uso de risperidona 1 mg / 1x/dia, amitriptilina 25 mg, 2 cp/dia, fluoxetina 1 cp/dia.
Histórico de protetização, ortetização e uso de outros recursos assistivos	
Quantos, quando, quem forneceu, tipo, tempo de uso, incompatibilidades anteriores, outras informações relacionadas:	Prótese do SUS em 2019, ainda íntegra mas não consegue utilizar. Não consegue se deslocar sem cadeira de rodas, apesar da prótese.
Outras solicitações de recursos assistivos	
Há processo de concessão em andamento através do Sistema Único de Saúde - SUS, outras instituições ou por outros meios?	Não
Reabilitação física	
Fez fisioterapia e/ou terapia ocupacional para adaptação e uso da prótese ou outros recursos assistivos (duração, intercorrências):	Não
Uso de prótese na atividade laboral:	

Campo	Valor
Necessidades específicas, dificuldades e outras informações relacionadas:	Não consegue se deslocar sem cadeira de rodas, apesar da prótese.
História clínica	Tratamento regular para depressão.
Queixas atuais, hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo), lesões de órgãos alvos, em caso de ICC classificação de NYHA, tratamentos em curso, outras:	Mora em casa com escada.
Condições de acessibilidade	Uso de meio de transporte público.
Na habitação, no trabalho, nos trajetos:	Rua asfaltada e plana.
Meio(s) de deslocamento(s) habitual(is):	Assinale:
Descrição de barreiras arquitetônicas e outras, se houver:	Independente
Atividades da Vida Diária (higiene, alimentação, vestuário, lazer, mobilidade, outras)	Lúcida e orientada e no tempo e no espaço.
Assinale:	Bom estado geral, vestes adequadas e discurso coerente.
Exame Físico	Sem alterações.
Geral:	Ritmo cardíaco regular em 2 tempos, sem sopros ou extrassístoles.
Neurológico:	Pressão arterial: 130 x 70 mmhg
Cardiopulmonar:	Deslocamento com cadeira de rodas.
Locomotor:	Sem alterações.
Outros (alterações cognitivas, visuais, auditivas, nutricionais, abdominais, digestivas, urinárias e outras):	Assinale:
Nível de amputação - MMSS	Independente
Nível de amputação - MMII	Lúcida e orientada e no tempo e no espaço.
Lateraldade da lesão:	Bom estado geral, vestes adequadas e discurso coerente.
Condições do coto (pele/fâneros, circulação, trofismo/força/tônus muscular, rigidez articular, sensibilidade, membro/dor fantasma, espículas, neuromas, úlceras, aderência, sinais flogísticos, outros):	Sem alterações.
Medição do coto:	Ritmo cardíaco regular em 2 tempos, sem sopros ou extrassístoles.
Membro contralateral	Pressão arterial: 130 x 70 mmhg
Cicatrizes, desvios angulares e rotacionais, instabilidade e alterações degenerativas articulares, circulatórias, trofismo e força muscular, outros:	Deslocamento com cadeira de rodas.
Membro(s) não acometido(s)	Assinale:
Amplitude de movimento, alterações tróficas, força muscular, alterações degenerativas articulares, instabilidades ligamentares, outros:	Sem alterações.
Trauma Raqui Medular	Assinale:
Nível, espasticidade, força muscular, controle de tronco, escaras, áreas de hiperpressão, outros:	Assinale:
Outros Aspectos	Assinale:
Prótese/outro recurso assistivo atual (Tipo, modelo, estado de conservação, adequabilidade, outros):	Assinale:
Expectativa em relação à nova prótese/recurso de Tecnologia Assistiva:	Assinale:
Deseja manter:	Assinale:
Locomoção/ Marcha - Características (cadeira de rodas, andador, bengala, muleta axilar/canadense, prótese, caminha sem apoio, padrão da marcha, caminha com ou sem auxílio de terceiros, outros):	Assinale:
Níveis de capacidade funcional K-Level	Assinale:
Exames de imagem	Assinale:
Descrever os achados radiográficos e outros, se houver:	Assinale:
Caso sejam feitos registros tais como fotografias, vídeos e outros tipos de imagens, o perito médico deve, obrigatoriamente, preencher o formulário editável do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Uso de Imagens Relacionadas ao Processo de Concessão de OPM, disponível em www-prbi/na_aba_formulários, que deverá ser anexado ao processo eletrônico do PMF Tarefas em formato PDF, com as devidas assinaturas.	Assinale:
Conclusão	Assinale:
Concluída a avaliação, indica-se a prescrição de Órtese, Prótese Ortopédica não Implantável, Meios Auxiliares de Locomoção e Acessórios?	Assinale:
Considerações médico periciais:	Assinale:
Encaminhamentos para o INSS:	Assinale:
Tipo de recurso material prescrito:	Assinale:
Especificação detalhada do dispositivo de OPM prescrito, conforme parâmetros descritivos constantes em manual técnico:	Assinale:

Interessado(s)

CPF	Nome Completo	Data Nascimento	Nome Completo da Mãe
██████████	CRISTIANE MENDONCA DE OLIVEIRA	15/02/1975	NORMA FURTADO DE MENDONCA

Procurador(es) / Representante(s) Legal(is)

A tarefa não possui procurador(es) / representante(s) legal(is).

CID Principal

S88 - Amputação traumática da perna

Anexos

A tarefa não possui anexos.



Dados Básicos

Serviço Formulário - Perícia Médica Inicial de Reabilitação Profissional para Fins de Concessão de OPM	Status Concluída	Prioridade Normal
Unidade 01400 - SUBSECRETARIA DE PERÍCIA MÉDICA FEDERAL	Data de entrada do requerimento 31/08/2021 17:50	Canal de atendimento Aplicações Parceiras

Endereço para atendimento:

A tarefa não possui endereço para atendimento externo.

Campos adicionais:

Campo	Valor
ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM (a cargo do INSS)	
Origem do encaminhamento:	Perícia Médica
O requerente é segurado do INSS?	Sim
Situação Funcional/Forma de Filiação:	Empregado
Empresa:	R Simbra Distribuidora Construção e Reformas
Está em gozo de Benefício por Incapacidade/Auxílio-Accidente?	Sim
Espécie/Nº do Benefício:	31 6333851918
Grau de instrução/escolaridade:	Ensino médio completo
Atividades profissionais em exercício (função, atividades, aspectos ergonômicos):	Ajudante de Obra
CNH:	Sim
Informar a categoria, as restrições e a validade/última renovação:	Validade 23/02/2021
Cursos e capacitações profissionais realizados anteriores ao PRP:	Não possui
Experiências profissionais anteriores ao PRP:	Auxiliar de manutenção, serviços gerais, segurança patrimonial
Já foi reabilitado anteriormente com certificado de conclusão do PRP? Caso afirmativo, informe Data de desligamento do PRP, Função/atividade para a qual foi reabilitado e Restrições Laborais:	Não
Situação do requerente:	Em Programa de Reabilitação Profissional
Para segurado em PRP, descreva a evolução. Informe sobre readaptação na empresa de vínculo, cursos/treinamentos profissionais, função proposta e outros dados pertinentes:	Tratase de segurado com 34 anos, vinculado como ajudante de obra, EMC, experiências laborativas em atividades braçais PMF encaminhou segurado para a RP e solicitou protetização O parecer da Equipe de RP foi favorável desde que haja protetização Como se trata de segurado empregado, o objetivo do programa, por ora, é a readaptação em empresa de vínculo
Para segurado em PRP, transcreva as Restrições Laborais definidas pela PMF:	Não exercer atividades que exijam elevação e deslocamento de carga acima de 10 Kg, grandes deslocamentos, subir e descer escada com frequência e/ou postura ortostática por longos períodos
Registre e justifique o prognóstico de cumprimento do programa de reabilitação profissional (Favorável/Desfavorável):	Favorável
Contexto Socioeconômico	
Informações referentes a: acessibilidade à residência e na comunidade, acesso a transporte público, acesso a reabilitação física e outras informações pertinentes.	Segurado relata residir em área rural, sem calçamento, transporte público precário
Outras informações:	A PR que avaliou o caso acredita que o cumprimento do programa será possível em caso de protetização, concordando com a conclusão da perícia de encaminhamento
AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM	
Anamnese	
Altura:	170
Peso:	70
Dominância:	destro
Características da lesão/amputação:	
Etiologia:	Traumática
Traumática por:	Acidente de motocicleta
Membro(s) acometido(s):	membro inferior direito
Data da amputação/lesão/diagnóstico:	24/02/2020
Tempo de evolução:	Um ano e meio
Queixas relatadas:	Nega dor no coto
Histórico de protetização, ortetização e uso de outros recursos assistivos	
Quantos, quando, quem forneceu, tipo, tempo de uso, incompatibilidades anteriores, outras informações relacionadas:	Nunca foi protetizado.

Campo	Valor
Outras solicitações de recursos assistivos	
Há processo de concessão em andamento através do Sistema Único de Saúde - SUS, outras instituições ou por outros meios?	Não
Reabilitação física	
Fez fisioterapia e/ou terapia ocupacional para adaptação e uso da prótese ou outros recursos assistivos (duração, intercorrências):	Não
Uso de prótese na atividade laboral:	
Necessidades específicas, dificuldades e outras informações relacionadas:	Não exerce atividade laboral desde o acidente, possui ensino médio completo, vários cursos técnicos (operador de escavadeira e retroescavadeira). Necessita de protetização para retorno ao labor,
História clínica	
Queixas atuais, hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo), lesões de órgãos alvos, em caso de ICC classificação de NYHA, tratamentos em curso, outras:	Nega comorbidades.
Condições de acessibilidade	
Na habitação, no trabalho, nos trajetos:	Reside em Guapimirim, área rural e terreno plano.
Meio(s) de deslocamento(s) habitual(is):	transporte público.
Descrição de barreiras arquitetônicas e outras, se houver:	Área de residência e adjacências sem adaptações para acessibilidade.
Atividades da Vida Diária (higiene, alimentação, vestuário, lazer, mobilidade, outras)	
Assinale:	Independente
Exame Físico	
Geral:	Bom estado geral, bem nutrido, lucido, desloca-se com facilidade, mobilidade dos outros membros mantida.
Neurológico:	sem alterações
Cardiopulmonar:	sem alterações
Locomotor:	amputação transfemoral média de membro inferior direito. Coto trófico com força e musculatura preservada, com cicatriz medial com coto bipartido. Coxim satisfatório, sem espículas ósseas. Mobilidade dos demais membros preservada. sem alterações
Outros (alterações cognitivas, visuais, auditivas, nutricionais, abdominais, digestivas, urinárias e outras):	Não se aplica
Nível de amputação - MMSS	04. Amputação Transfemoral - 1/3 médio
Nível de amputação - MMII	direita
Lateraldade da lesão:	amputação transfemoral média de membro inferior direito. Coto trófico com força e musculatura preservada, com cicatriz medial com coto bipartido. Coxim satisfatório, sem espículas ósseas, aproximadamente 20cm
Medição do coto:	
Membro contralateral	
Cicatrizes, desvios angulares e rotacionais, instabilidade e alterações degenerativas articulares, circulatórias, trofismo e força muscular, outros:	sem alterações
Membro(s) não acometido(s)	
Amplitude de movimento, alterações tróficas, força muscular, alterações degenerativas articulares, instabilidades ligamentares, outros:	amplitude de movimentos e força muscular preservadas, sem alterações.
Trauma Raqui Medular	
Nível, espasticidade, força muscular, controle de tronco, escaras, áreas de hiperpressão, outros:	não se aplica
Outros Aspectos	
Prótese/outro recurso assistivo atual (Tipo, modelo, estado de conservação, adequabilidade, outros):	não possui
Expectativa em relação à nova prótese/recurso de Tecnologia Assistiva:	Retorno ao trabalho
Deseja manter:	Não
Locomoção/ Marcha - Características (cadeira de rodas, andador, bengala, muleta axilar/canadense, prótese, caminha sem apoio, padrão da marcha, caminha com ou sem auxílio de terceiros, outros):	Deambula com agilidade com apoio de muletas canadenses
Níveis de capacidade funcional K-Level	03. K 3 - Tem capacidade para deambular com cadência variável e para transpor barreiras arquitetônicas. Típico de um amputado que se desloca na comunidade e poderá ter atividade física, profissional ou terapêutica que exija a utilização da prótese além da simples locomoção.
Exames de imagem	
Descrever os achados radiográficos e outros, se houver:	não há exames recentes de imagem
Caso sejam feitos registros tais como fotografias, vídeos e outros tipos de imagens, o perito médico deve, obrigatoriamente, preencher o formulário editável do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Uso de Imagens Relacionadas ao Processo de Concessão de OPM, disponível em <a 153="" 28="" 962="" 973"="" data-label="Page-Footer" href="http://www-prbi/na aba formulários, que deverá ser anexado ao processo eletrônico do PMF Tarefas em formato PDF, com as devidas assinaturas.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Conclusão</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Concluída a avaliação, indica-se a prescrição de Órtese, Prótese Ortopédica não Implantável, Meios Auxiliares de Locomoção e Acessórios?</td> <td>Sim</td> </tr> <tr> <td>Considerações médico periciais:</td> <td>Prognóstico favorável, segurado motivada para protetização.</td> </tr> <tr> <td>Encaminhamentos para o INSS:</td> <td>em benefício auxílio doença prescrita prótese de MMII direita</td> </tr> <tr> <td>Tipo de recurso material prescrito:</td> <td>Prótese ortopédica não implantável de MMSS/MMII</td> </tr> <tr> <td>Especificação detalhada do dispositivo de OPM prescrito, conforme parâmetros descritivos constantes em manual técnico:</td> <td>TF24-Prótese ortopédica para amputação transfemoral endoesquelética (modular). Componentes em titânio. Encaixe de contenção/apoio isquiático, quadrilátero ou de contato total, laminado em resina acrílica</td> </tr> </tbody> </table> </div> <div data-bbox=">Emitido em: 24/11/2023 14:20	

Campo	Valor
	com reforço em fibras de carbono e fibras de vidro trançadas. Duas unidades de liner em silicone com anéis de vedação. Válvula com expulsão de ar automática, de manuseio e colocação rápida. Encaixe de prova em termoplástico transparente. Joelho hidráulico monocêntrico, que possibilite descer degraus com passos alternados para nível de atividade 3. Pé de resposta dinâmica em fibra de carbono para nível de atividade 3, com capa cosmética. Um par de calçados.

Interessado(s)

CPF	Nome Completo	Data Nascimento	Nome Completo da Mãe
[REDACTED]	THIAGO DOS SANTOS OLIVEIRA	06/07/1986	ELISETE FERREIRA DOS SANTOS

Procurador(es) / Representante(s) Legal(is)

A tarefa não possui procurador(es) / representante(s) legal(is).

CID Principal

S781 - Amputação traumática localizada entre o joelho e o quadril

Anexos

A tarefa não possui anexos.



Dados Básicos

Serviço Formulário - Perícia Médica Inicial de Reabilitação Profissional para Fins de Concessão de OPM	Status Concluída	Prioridade Normal
Unidade 01400 - SUBSECRETARIA DE PERÍCIA MÉDICA FEDERAL	Data de entrada do requerimento 22/08/2023 09:58	Canal de atendimento Aplicações Parceiras

Endereço para atendimento:

A tarefa não possui endereço para atendimento externo.

Campos adicionais:

Campo	Valor
ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM (a cargo do INSS)	
Origem do encaminhamento:	Perícia Médica
O requerente é segurado do INSS?	Sim
Situação Funcional/Forma de Filiação:	Contribuinte Individual
Está em gozo de Benefício por Incapacidade/Auxílio-Accidente?	Não
Grau de instrução/escolaridade:	Ensino médio completo
Atividades profissionais em exercício (função, atividades, aspectos ergonômicos):	Barbeiro, trabalho de pé, integral
CNH:	Não
Cursos e capacitações profissionais realizados anteriores ao PRP:	barbeiro
Experiências profissionais anteriores ao PRP:	barbeiro
Já foi reabilitado anteriormente com certificado de conclusão do PRP? Caso afirmativo, informe Data de desligamento do PRP, Função/atividade para a qual foi reabilitado e Restrições Laborais:	não
Situação do requerente:	Em Programa de Reabilitação Profissional
Para segurado em PRP, descreva a evolução. Informe sobre readaptação na empresa de vínculo, cursos/treinamentos profissionais, função proposta e outros dados pertinentes:	apresenta interesse no curso de serviço social
Para segurado em PRP, transcreva as Restrições Laborais definidas pela PMF:	deambulação, permanecer de pé
Registre e justifique o prognóstico de cumprimento do programa de reabilitação profissional (Favorável/Desfavorável):	favorável
Contexto Socioeconômico	
Informações referentes a: acessibilidade à residência e na comunidade, acesso a transporte público, acesso a reabilitação física e outras informações pertinentes.	acessibilidade adequada
Outras informações:	xxxxxxxx
AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM	
Anamnese	
Altura:	1,72
Peso:	84 kg
Dominância:	Destro
Características da lesão/amputação:	
Etiologia:	Traumática
Traumática por:	Acidente de motocicleta
Membro(s) acometido(s):	Membro inferior esquerdo
Data da amputação/lesão/diagnóstico:	10/10/2022
Tempo de evolução:	Há 1 ano.
Queixas relatadas:	Assintomático. Sem comorbidades.
Histórico de protetização, ortetização e uso de outros recursos assistivos	
Quantos, quando, quem forneceu, tipo, tempo de uso, incompatibilidades anteriores, outras informações relacionadas:	Nunca utilizou próteses.
Outras solicitações de recursos assistivos	
Há processo de concessão em andamento através do Sistema Único de Saúde - SUS, outras instituições ou por outros meios?	Não
Reabilitação física	
Fez fisioterapia e/ou terapia ocupacional para adaptação e uso da prótese ou outros recursos assistivos (duração, intercorrências):	Não
Uso de prótese na atividade laboral:	
Necessidades específicas, dificuldades e outras informações relacionadas:	Não se aplica.

Campo	Valor
História clínica	
Queixas atuais, hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo), lesões de órgãos alvos, em caso de ICC classificação de NYHA, tratamentos em curso, outras:	Nega comorbidades.
Condições de acessibilidade	
Na habitação, no trabalho, nos trajetos:	Mora em casa com 2 andares, com escadas. Mãe e 3 filhos. Independente. Uso de aplicativos para deslocamento.
Meio(s) de deslocamento(s) habitual(is):	Pendotiba, rua asfaltada e plana.
Descrição de barreiras arquitetônicas e outras, se houver:	
Atividades da Vida Diária (higiene, alimentação, vestuário, lazer, mobilidade, outras)	
Assinale:	Independente
Exame Físico	
Geral:	Lúcido e orientado no tempo e no espaço. Bom estado geral. Vestes adequadas e discurso coerente; Sem alterações.
Neurológico:	
Cardiopulmonar:	Sem alterações.
Locomotor:	Deambula com auxílio de muletas. Sem alterações.
Outros (alterações cognitivas, visuais, auditivas, nutricionais, abdominais, digestivas, urinárias e outras):	
Nível de amputação - MMSS	Não se aplica
Nível de amputação - MMII	07. Amputação transtibial - 1/3 proximal
Lateralidade da lesão:	Esquerda.
Condições do coto (pele/fâneros, circulação, trofismo/força/tônus muscular, rigidez articular, sensibilidade, membro/dor fantasma, espículas, neuromas, úlceras, aderência, sinais flogísticos, outros):	Sem úlceras ou espículas ou dor à palpação. Bom coxim gorduroso. Cicatriz hipertrófica. Mobilidade preservada. Força preservada. Circunferencia=32 cm e distância da patela-10 cm
Medição do coto:	
Membro contralateral	
Cicatrizes, desvios angulares e rotacionais, instabilidade e alterações degenerativas articulares, circulatórias, trofismo e força muscular, outros:	Sem alterações.
Membro(s) não acometido(s)	
Amplitude de movimento, alterações tróficas, força muscular, alterações degenerativas articulares, instabilidades ligamentares, outros:	Sem alterações.
Trauma Raqui Medular	
Nível, espasticidade, força muscular, controle de tronco, escaras, áreas de hiperpressão, outros:	Não se aplica.
Outros Aspectos	
Prótese/outro recurso assistivo atual (Tipo, modelo, estado de conservação, adequabilidade, outros):	Não se aplica.
Expectativa em relação à nova prótese/recurso de Tecnologia Assistiva:	Não se aplica.
Deseja manter:	Não
Locomoção/ Marcha - Características (cadeira de rodas, andador, bengala, muleta axilar/canadense, prótese, caminha sem apoio, padrão da marcha, caminha com ou sem auxílio de terceiros, outros):	Deambula com auxílio de muletas canadenses.
Níveis de capacidade funcional K-Level	03. K 3 - Tem capacidade para deambular com cadência variável e para transpor barreiras arquitetônicas. Típico de um amputado que se desloca na comunidade e poderá ter atividade física, profissional ou terapêutica que exija a utilização da prótese além da simples locomoção.
Exames de imagem	
Descrever os achados radiográficos e outros, se houver:	Não apresenta.
Caso sejam feitos registros tais como fotografias, vídeos e outros tipos de imagens, o perito médico deve, obrigatoriamente, preencher o formulário editável do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Uso de Imagens Relacionadas ao Processo de Concessão de OPM, disponível em <a 153="" 28="" 961="" 972"="" data-label="Page-Footer" href="http://www-prbi/na aba formulários, que deverá ser anexado ao processo eletrônico do PMF Tarefas em formato PDF, com as devidas assinaturas.</td><td></td></tr> <tr> <td>Conclusão</td><td></td></tr> <tr> <td>Concluída a avaliação, indica-se a prescrição de Ótese, Prótese Ortopédica não Implantável, Meios Auxiliares de Locomoção e Acessórios?</td><td>Sim</td></tr> <tr> <td>Considerações médico periciais:</td><td>Segurado 30 anos, nível médio e exercia a função de barbeiro.
Amputação transtibial que determina incapacidade parcial e definitiva.
Conclui-se por prescrição de prótese para reinserção no mercado de trabalho face a melhoria de deslocamento.</td></tr> <tr> <td>Encaminhamentos para o INSS:</td><td>Conclui-se por incapacidade parcial e definitiva.
Conclui-se por prescrição de prótese para reinserção no mercado de trabalho face a melhoria de deslocamento.</td></tr> <tr> <td>Tipo de recurso material prescrito:</td><td>Prótese ortopédica não implantável de MMSS/MMII</td></tr> <tr> <td>Especificação detalhada do dispositivo de OPM prescrito, conforme parâmetros descritivos constantes em manual técnico:</td><td>TT11-Prótese ortopédica endoesquelética (modular) para amputação transtibial. Componentes em titânio. Encaixe tipo TSWB, laminado em resina acrílica, reforçado com fibras de carbono e fibras de vidro trançadas. Válvula de expulsão de ar associada ao adaptador pneumático de assistência a vácuo. Duas unidades de liner em uretano. Duas unidades de joelheira de vedação, com revestimento interno em uretano. Encaixe de prova em termoplástico transparente. Pé de resposta</td></tr> </tbody> </table> </div> <div data-bbox=">Emitido em: 28/11/2023 15:16	

Campo	Valor
	dinâmica em fibra de carbono compatível com nível de atividade 3, com capa cosmética. Um par de calçados.

Interessado(s)

CPF	Nome Completo	Data Nascimento	Nome Completo da Mãe
██████████	FELIPE BANDEIRA DE OLIVEIRA	29/01/1993	MARIA DA CONCEICAO BANDEIRA DA SILVA

Procurador(es) / Representante(s) Legal(is)

A tarefa não possui procurador(es) / representante(s) legal(is).

CID Principal

S881 - Amputação traumática entre o joelho e o tornozelo

Anexos

A tarefa não possui anexos.



Dados Básicos

Serviço Formulário - Perícia Médica Inicial de Reabilitação Profissional para Fins de Concessão de OPM	Status Concluída	Prioridade Normal
Unidade 01400 - SUBSECRETARIA DE PERÍCIA MÉDICA FEDERAL	Data de entrada do requerimento 14/03/2022 15:33	Canal de atendimento Aplicações Parceiras

Endereço para atendimento:

A tarefa não possui endereço para atendimento externo.

Campos adicionais:

Campo	Valor
ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM (a cargo do INSS)	
Origem do encaminhamento:	Perícia Médica
O requerente é segurado do INSS?	Sim
Está em gozo de Benefício por Incapacidade/Auxílio-Accidente?	Sim
Espécie/Nº do Benefício:	31/ 6111490471
Grau de instrução/escolaridade:	Ensino médio incompleto
Atividades profissionais em exercício (função, atividades, aspectos ergonômicos):	Desempregado
CNH:	Sim
Informar a categoria, as restrições e a validade/última renovação:	B restrições G
Cursos e capacitações profissionais realizados anteriores ao PRP:	Não possui
Experiências profissionais anteriores ao PRP:	Cobrador de transporte alternativo, Lavador de carros inserido em lava a jato, servente e ajudante
Já foi reabilitado anteriormente com certificado de conclusão do PRP? Caso afirmativo, informe Data de desligamento do PRP, Função/atividade para a qual foi reabilitado e Restrições Laborais:	Não
Situação do requerente:	Em Programa de Reabilitação Profissional
Para segurado em PRP, descreva a evolução. Informe sobre readaptação na empresa de vínculo, cursos/treinamentos profissionais, função proposta e outros dados pertinentes:	Segurado em processo de melhoria da escolaridade para posterior encaminhamento para curso, além de análise quanto ao processo de protetização
Para segurado em PRP, transcreva as Restrições Laborais definidas pela PMF:	A PMF não descreveu as restrições
Registre e justifique o prognóstico de cumprimento do programa de reabilitação profissional (Favorável/Desfavorável):	Favorável devido a idade (33 anos), escolaridade, experiências anteriores e capacidade de aprendizado O fato de não ter conseguido ser protetizado é algo que interfere numa nova tentativa, especialmente se o segurado não demonstrar interesse
Contexto Socioeconômico	
Informações referentes a: acessibilidade à residência e na comunidade, acesso a transporte público, acesso a reabilitação física e outras informações pertinentes.	Não há registros
Outras informações:	Segue Anexo II Avaliação de encaminhamento para OPM
AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM	
Anamnese	
Altura:	1,62
Peso:	95
Dominância:	canhoto
Características da lesão/amputação:	
Etiologia:	Traumática
Traumática por:	Acidente de motocicleta
Membro(s) acometido(s):	Perna esquerda
Data da amputação/lesão/diagnóstico:	08/08/2014
Tempo de evolução:	Informa acidente de moto em 2014, evoluindo com fratura exposta do tornozelo esquerdo, que complicou evoluindo para amputação infra patelar na perna esquerda.
Queixas relatadas:	Informa quadro de dor no coto de amputação em queimação.
Histórico de protetização, ortetização e uso de outros recursos assistivos	
Quantos, quando, quem forneceu, tipo, tempo de uso, incompatibilidades anteriores, outras informações relacionadas:	Relata que ganhou protese da AFR há cerca de 3 anos, mas não se adaptou à protese prescrita na ocasião evoluindo com falha da mesma. Refere que a protese era com encaixe, tubo e pé tipo SACH conforme a descrição.
Outras solicitações de recursos assistivos	
Há processo de concessão em andamento através do Sistema Único de Saúde -	Não

Campo	Valor
Sus, outras instituições ou por outros meios?	
Reabilitação física	
Fez fisioterapia e/ou terapia ocupacional para adaptação e uso da prótese ou outros recursos assistivos (duração, intercorrências):	Sim
Especificar (Informar duração, intercorrência, etc)	Informa que fez três sessões de fisioterapia na época, onde era solicitado a fazer exercícios e andar na esteira.
Uso de prótese na atividade laboral:	
Necessidades específicas, dificuldades e outras informações relacionadas:	Trabalhava como servente de pedreiro. Informa que começou o curso mas abandonou devido à pandemia e ao fato de a esposa ter ficado desempregada. Relata que possui fundamental completo e que estava procurando curso na área de culinária. Informa que a esposa começou a fazer "bicos" e abandonou a procura por cursos para tomar conta da filha.
História clínica	
Queixas atuais, hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo), lesões de órgãos alvos, em caso de ICC classificação de NYHA, tratamentos em curso, outras:	Etilismo social. Tabagismo ocasional. Faz uso de alprazolam 2 mg devido a crises de ansiedade. Não faz tratamento com psiquiatra regular. Pega as receitas na emergência na UPA.
Condições de acessibilidade	
Na habitação, no trabalho, nos trajetos:	Mora em rua asfaltada com ladeira.
Meio(s) de deslocamento(s) habitual(is):	Mototaxi. Não tem rede viária perto. Eventualmente pega carro emprestado.
Descrição de barreiras arquitetônicas e outras, se houver:	Ladeira. Nega escadas no domicílio.
Atividades da Vida Diária (higiene, alimentação, vestuário, lazer, mobilidade, outras)	
Assinale:	Independente
Exame Físico	
Geral:	Lúcido e orientado.
Neurológico:	Responde sem dificuldade às solicitações.
Cardiopulmonar:	vide exame dos membros
Locomotor:	Murmuro vesicular audível, sem ruidos adventícios.
Outros (alterações cognitivas, visuais, auditivas, nutricionais, abdominais, digestivas, urinárias e outras):	Ritmo cardíaco regular em 2 tempos, sem ruidos acessórios.
Nível de amputação - MMSS	Amputação transtibial perna esquerda.
Nível de amputação - MMII	Nada digno de nota.
Lateraldade da lesão:	Não se aplica
Condições do coto (pele/fâneros, circulação, trofismo/força/tônus muscular, rigidez articular, sensibilidade, membro/dor fantasma, espículas, neuromas, úlceras, aderência, sinais flogísticos, outros):	07. Amputação transtibial - 1/3 proximal
Medição do coto:	Lado esquerdo.
Força grau 5 flexo extensão do joelho do coto. Sem alterações de sensibilidade. Sem espículas palpáveis. Cicatriz com bom aspecto, sem sinais de infecção ou saída de secreção.	Força grau 5 flexo extensão do joelho do coto. Sem alterações de sensibilidade. Sem espículas palpáveis. Cicatriz com bom aspecto, sem sinais de infecção ou saída de secreção.
Membro contralateral	17cm a partir do Tendo patelar 37 cm diâmetro proximal e 32 cm distal
Cicatrizes, desvios angulares e rotacionais, instabilidade e alterações degenerativas articulares, circulatórias, trofismo e força muscular, outros:	Força grau 5 membro inferior direito para flexo extensão do quadril, joelho e tornozelo, além da extensão do halux.
Membro(s) não acometido(s)	Sem déficits sensitivos.
Amplitude de movimento, alterações tróficas, força muscular, alterações degenerativas articulares, instabilidades ligamentares, outros:	Força grau 5 membros superiores para abdução e adução dos ombros, flexo extensão dos cotovelos e punhos.
Trauma Raqui Medular	
Nível, espasticidade, força muscular, controle de tronco, escaras, áreas de hiperpressão, outros:	Não se aplica.
Outros Aspectos	
Prótese/outro recurso assistivo atual (Tipo, modelo, estado de conservação, adequabilidade, outros):	Não se aplica.
Expectativa em relação à nova prótese/recurso de Tecnologia Assistiva:	Aumentar o nível de atividade física para emagrecer e melhor qualidade de vida.
Deseja manter:	Não
Locomoção/ Marcha - Características (cadeira de rodas, andador, bengala, muleta axilar/canadense, prótese, caminha sem apoio, padrão da marcha, caminha com ou sem auxílio de terceiros, outros):	Deambula com uma muleta, mas refere que quebrou. Informa que andava melhor com duas muletas.
Níveis de capacidade funcional K-Level	03. K 3 - Tem capacidade para deambular com cadência variável e para transportar barreiras arquitetônicas. Típico de um amputado que se desloca na comunidade e poderá ter atividade física, profissional ou terapêutica que exija a utilização da prótese além da simples locomoção.
Exames de imagem	
Descrever os achados radiográficos e outros, se houver:	Não trouxe exame de imagem.
Caso sejam feitos registros tais como fotografias, vídeos e outros tipos de imagens, o perito médico deve, obrigatoriamente, preencher o formulário editável do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Uso de Imagens Relacionadas ao Processo de Concessão de OPM, disponível em <a 153="" 28="" 962="" 973"="" data-label="Page-Footer" href="http://www-prbi/na aba formulários, que deverá ser anexado ao processo eletrônico do PMF Tarefas em formato PDF, com as devidas assinaturas.</td><td></td></tr> <tr> <td>Conclusão</td><td></td></tr> <tr> <td>Concluída a avaliação, indica-se a prescrição de Órtese, Prótese Ortopédica não Implantável, Meios Auxiliares de Locomoção e Acessórios?</td><td>Sim</td></tr> <tr> <td>Considerações médico periciais:</td><td>Segurado jovem 35 anos, ensino fundamental completo, sem realização de melhoria de escolaridade ou curso. Apresenta amputação transtibial esquerda há 13 anos, estando adaptado ao uso de muletas. Expectativa</td></tr> </tbody> </table> </div> <div data-bbox=">Emitido em: 28/11/2023 15:11	

Campo	Valor
Encaminhamentos para o INSS:	que a protese melhore sua qualidade de vida.
Tipo de recurso material prescrito:	Realizada a prescrição. Necessário intensificar o programa de reabilitação seja com curso e/ou melhoria de escolaridade para retorno ao trabalho.
Especificação detalhada do dispositivo de OPM prescrito, conforme parâmetros descritivos constantes em manual técnico:	Prótese ortopédica não implantável de MMSS/MMII Prótese ortopédica endoesquelética para amputação transtibial. Componentes em titânio. Encaixe tipo TSWB, laminado em resina acrílica, reforçado com fibras de carbono e fibras de vidro trançadas. Válvula de expulsão de ar associada ao adaptador pneumático de assistência a vácuo. Duas unidades de liner em uretano. Duas unidades de joelheira de vedação, com revestimento interno em uretano. Encaixe de prova em termoplástico transparente. Pé de resposta dinâmica em fibra de carbono compatível com nível de atividade 3, com capa cosmética. Um par de calçados.

Interessado(s)

CPF	Nome Completo	Data Nascimento	Nome Completo da Mãe
[REDACTED]	THIAGO LEMOS RAMOS	18/06/1988	SIDNEIA NOGUEIRA LEMOS

Procurador(es) / Representante(s) Legal(is)

A tarefa não possui procurador(es) / representante(s) legal(is).

CID Principal

S889 - Amputação traumática da perna ao nível não especificado

Anexos

ID	Nome do Arquivo	Descrição do Arquivo	Tamanho	Enviado Por	Autenticado?
934349	Anexo-II- Thiago Lemos Ramos.pdf		119,86kB	[REDACTED]	- 14/03/2022 15:33 Não
1598237168 - Formulário - Perícia Médica Inicial de Reabilitação Profissional para Fins de Concessão de OPM					



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

ANEXO II

**FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO DESTINADO À CONCESSÃO DE
ÓRTESES, PRÓTESES ORTOPÉDICAS NÃO IMPLANTÁVEIS DE
MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES, MEIOS AUXILIARES DE
LOCOMOÇÃO E ACESSÓRIOS.**

Data: 01/02/2022	GEX: Niterói	APS: São Gonçalo		
Ação Civil Pública: (x) Não () Sim. Especificar:				
DADOS DO REQUERENTE				
Nome: Thiago Lemos Ramos				
Data de Nascimento: 18/06/1988	Idade:			
NIT: 13.534.003.895	CPF: [REDACTED]	RG: [REDACTED] DIC RJ		
Espécie/Nº benefício: 31/ 611.149.047-1				
CNH () Não (X) Sim Segurado não apresentou CNH.	Categoria: B			
	Restrições: G			
	Validade e última renovação: Última renovação em 2019.			
ORIGEM DO ENCAMINHAMENTO				
(x) Perícia Médica	() Decisão judicial	() Dependente segurado	() Espontâneo	() Outros. Especificar
ESCOLARIDADE E FORMAÇÃO				
() Não alfabetizado	Ensino Fundamental () Completo () Incompleto	Ensino Médio () Completo (x) Incompleto	Ensino Superior () Completo () Incompleto	Pós Graduação () Completo () Incompleto
Cursos profissionalizantes e outros: Sem histórico de cursos e treinamentos.				
SITUAÇÃO LABORAL				
(x) Desempregado	() Autônomo	() BI Especificar:	() Empregado. Empresa:	
Atividades profissionais em exercício (função, atividades, aspectos ergonômicos): Desempregado				
Atividades profissionais anteriores: Trabalhou informalmente como cobrador de transporte alternativo (aproximadamente 6 meses) e lavador de carros inserido em lava a jato (por aproximadamente 12 meses).				





INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

Consórcio Cidade da música – servente – 05/12/2006 a 13/04/2007
 MM Reparos Navais – ajudante – 01/07/2010 a 13/12/2010

PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL

Situação do requerente	<input type="checkbox"/> Em avaliação do Potencial Laborativo <input checked="" type="checkbox"/> Em Programa de Reabilitação Profissional <input type="checkbox"/> Concluído

	<input type="checkbox"/> Em Programa para fins de recebimento, reparo ou manutenção de OPM <input type="checkbox"/> Outras. Especificar:

Função proposta: a definir

Prognóstico: Prognóstico favorável ao Programa de Reabilitação Profissional.

Capacitações e treinamentos realizados: Iniciou processo de melhoria de escolaridade (no 6º ano do EF no CES. Atualmente está no 1º do EM)

Encaminhamento: 08/2015 Desligamento (mm/aa):

CONTEXTO SÓCIOECONÔMICO

Moradia:	<input type="checkbox"/> Imóvel próprio <input checked="" type="checkbox"/> Alugado <input type="checkbox"/> Financiado <input type="checkbox"/> Outros
	Valor do aluguel/prestação: R\$700,00
	Quantidade de pessoas que residem no imóvel: 1
	Outros:
Situação conjugal	<input checked="" type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viúvo (a) <input type="checkbox"/> União estável
Dependentes	<input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim. Quantidade: 2 filhas (9 e 4 anos)
Situação profissional do cônjuge, participação na renda familiar, aspectos psicossociais relevantes:	
Segurado reside só. É responsável pelas atividades domésticas. Ocasionalmente cuida das filhas menores.	
Composição da renda familiar: Renda proveniente apenas do benefício por incapacidade + ajuda eventual dos amigos.	





INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

Outras informações:

Segurado não apresenta documentação médica/referente ao processo de protetização.

Em 12/10/2010 o segurado sofreu queda de moto e foi encaminhado ao Hospital Estadual Alberto Torres. Durante o período de internação, sofreu a amputação dos dedos do pé esquerdo. Deslocava-se com uso de uma muleta. Em maio de 2014, devido a quadro infeccioso no membro acometido, foi encaminhado ao INTO. Foi realizada a amputação transtibial esquerda. O segurado afirma que foi encaminhado na época ao serviço de reabilitação pré-protetização no INTO porém não deu prosseguimento ao tratamento devido a agravamento de quadro psiquiátrico. Informa fazer uso de psicotrópicos até hoje.

Em 2019, pelo SUS foi encaminhado à Associação Fluminense de Reabilitação para protetização. Recebeu neste ano a prótese ortopédica para membro inferior esquerdo, porém não se adaptou. Afirma que a utilizou em casa durante dois ou três meses apenas. Não fazia uso da prótese na rua. Após esse período a prótese começou a machucar, gerando ferida no coto e decidiu deixá-la de lado. Afirma que não faz uso dela desde então. Não recorreu a AFR para revisão da prótese e também não demonstra interesse em retornar a AFR devido a baixa qualidade da prótese (sic).

Embora o segurado esteja desmotivado para retorno ao trabalho e desejoso em receber aposentadoria por invalidez, considero que as características socioprofissionais do segurado são favoráveis ao Programa de Reabilitação Profissional. Avalio que o fornecimento de prótese ortopédica e curso profissionalizante pelo INSS favorecem a reinserção do segurado no mercado de trabalho além de assegurar melhora à sua capacidade funcional. Porém, se faz necessário acompanhamento psicológico durante esse processo.

Núbia Vieira dos Santos
Analista do Seguro Social com formação em Serviço Social
CRESS/RJ:17.568 SIAPE:1708640





INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

ANEXO III

**FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DESTINADO À CONCESSÃO DE ÓRTESES,
PRÓTESES ORTOPÉDICAS NÃO IMPLANTÁVEIS DE MEMBROS
SUPERIORES E INFERIORES, MEIOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO E
ACESSÓRIOS.**

Data: 03/07/2018	GEX: Duque de Caxias	APS: Duque de Caxias
Ação Civil Pública: () Não () Sim. Especificar:		
DADOS DO REQUERENTE		
Nome: Matheus Mesquita Martins e Silva		
Data de Nascimento:	Idade: 21	
NIT: 16059658750	CPF: [REDACTED]	RG: [REDACTED]
Espécie/Nº benefício: 31/6174791363		

ANAMNESE				
Altura:	Peso:		Dominância: de direito	
Características da lesão/amputação	Etiologia	<input type="checkbox"/> Congênita.	<input checked="" type="checkbox"/> Traumática	<input type="checkbox"/> Secundária a doença
		<input type="checkbox"/> Especificar:	<input type="checkbox"/> Acidente de motocicleta	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus
		<input type="checkbox"/> Especificar:	<input type="checkbox"/> Acidente de carro	<input type="checkbox"/> Infectiosa
		<input type="checkbox"/> Especificar:	<input checked="" type="checkbox"/> Ferimento por Arma de Fogo	<input type="checkbox"/> Vascular
		<input type="checkbox"/> Especificar:	<input type="checkbox"/> Outros.	<input type="checkbox"/> Neoplasia
		<input type="checkbox"/> Especificar:	<input type="checkbox"/> Especificar:	<input type="checkbox"/> Poliomielite
Membro (s) acometido (s): MEMBRO INFERIOR ESQUERDO				
Data da amputação/lesão/diagnóstico: 29/01/2017				
Tempo de evolução: 1 ano e meio				
Queixas relatadas: Segurado em Programa de Reabilitação Profissional, amputado transtibial de MIE. Nunca foi protetizado				

Histórico de protetização, ortetização, uso de outros recursos assistivos:	Quantas, quando, quem forneceu, tipo, tempo de uso, incompatibilidades anteriores, outras informações relacionadas: Nunca foi protetizado.
Outras solicitações de recursos assistivos:	Há processo de concessão em andamento através do Sistema Único de Saúde - SUS, outras instituições ou por outros meios? Especificar. Não



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

Reabilitação física	Fez fisioterapia e/ou terapia ocupacional para adaptação e uso da prótese ou outros recursos assistivos (duração, intercorrências): Não
Uso de prótese na atividade laboral	Necessidades específicas, dificuldade e outras informações relacionadas: Nunca foi protetizado.
Comorbidades	Tabagismo, alcoolismo, tratamentos, medicações, estabilidade clínica em caso de ICC classificação de NYHA, em caso de DM lesões de órgãos alvos, outras: Nega.
Condições de acessibilidade	<p>Na habitação, no trabalho, nos trajetos: Mora em ladeira, está bem adaptado às muletas.</p> <p>Meio (s) de deslocamento (s) habitual (is): transporte coletivo</p> <p>Descrição de barreiras arquitetônicas e outras, se houver:</p>
Atividades da Vida Diária (higiene, alimentação, vestir, lazer, independência para transferência, outras)	<input checked="" type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Semi-independente <input type="checkbox"/> Dependente Descrição das dificuldades, se houver:

EXAME FÍSICO

Geral	Neurológico: sem queixas Cardíaco pulmonar: sem queixas Locomotor: Na ocasião do acidente, também sofreu fratura exposta da perna direita, tendo permanecido em uso de fixador externo por cerca de 6 meses. Hoje, fratura consolidada a direita, sem limitação funcional. Outros:
Outras alterações	Alterações cognitivas, visuais, auditivas, nutricionais, abdominais, digestivas, urinárias e outras: sem queixas
Relacionado à amputação	Nível (membro acometido, terço proximal, médio, distal): transtibial proximal a esquerda Lateralidade: É destro. Condições do coto (pele e fâneros, circulatória, trofismo/força/tônus muscular, rigidez articular, sensibilidade, membro/dor/fantasma, espículas, neuromas, ulceração, aderência, sinais flogísticos, outros): Amputação transtibial a esquerda em terço proximal. Coto irregular, cicatriz bem constituída, com espículas ósseas; informa sensibilidade no local. Hipotrofia leve de coxa esquerda. Medição do coto:
Membro contralateral	Cicatrizes, desvios angulares e rotacionais, instabilidade e alterações



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

	degenerativas articulares, circulatorias, trofismo e força muscular, outros: Diversas cicatrizes em perna direita; trofia e força mantidas neste membro contra-lateral.
Membro (s) não acometido (s)	Amplitude de movimento, alterações tróficas, força muscular, alterações degenerativas articulares, instabilidades ligamentares, outros: Sem limitação funcional.
Trauma Raqui Medular	Nível, espasticidade, força muscular, controle de tronco, escaras, áreas de hiperpressão, outros: -

OUTROS ASPECTOS

Prótese/outra recurso assistivo atual	Tipo, modelo, estado de conservação, adequabilidade, outros: Não há.			
Expectativa em relação à nova prótese/recurso de Tecnologia Assistiva	Retornar ao mercado de trabalho.			
Espuma e meia cosmética	Utiliza? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Deseja manter? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Locomoção/ Marcha	Características (cadeira de rodas, andador, bengala, muleta axilar/canadense, prótese ou sem apoio, com ou sem auxílio de terceiros outros), qualidade e padrão:			
Nível de Atividade	<input type="checkbox"/> K0	<input type="checkbox"/> K1	<input type="checkbox"/> K2	<input checked="" type="checkbox"/> K3 <input type="checkbox"/> K4
Exames de imagem	Descrever os achados radiográficos e outros, se houver: -			

CONCLUSÃO

Concluída a avaliação, indica-se a prescrição de Prótese Ortopédica não Implantável, Órtese, Meios Auxiliares de Locomoção e Acessórios?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Justificativa: A prótese aumenta a possibilidade de retorno ao mercado de trabalho, pois facilitaria a mobilidade. Encaminhamentos:
Descrição do (s) dispositivo (s) indicado (s): Prótese ortopédica endoesquelética para amputação transtibial; componentes em titânio. Encaixe com sistema TSWB, em resina acrílica, com reforço em fibras de carbono e fibras de vidro traçadas. Válvula de expulsão de ar automática, de manuseio e colocação rápida. Duas unidades de liner de uretano. Duas unidades de joelheira de vedação, com revestimento interno em uretano. Encaixe de	



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

prova em termoplástico transparente. Pé de resposta dinâmica em fibra de carbono com nível de atividade 3 com capa cosmética. Um par de calçados.

Dra. Sílvana Corrêa Barreto
Perito Médica INSS
CRM 5279803-7
SIAPE 1526224 088.171.5541

Nome, matrícula, Perito Médico Previdenciário



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

ANEXO IV

**FORMULÁRIO DE PRESCRIÇÃO DESTINADO À CONCESSÃO DE
ÓRTESES, PRÓTESES ORTOPÉDICAS NÃO IMPLANTÁVEIS DE
MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES, MEIOS AUXILIARES DE
LOCOMOÇÃO E ACESSÓRIOS**

DADOS DO REQUERENTE

Nome: Matheus Mesquita Martins e Silva

NIT: 16059658750

Nº / Espécie do benefício: 31 6174791363

Endereço:

Telefone:

Nome/ código APS: Duque de Caxias

RECURSO MATERIAL

Tipo:

(Órteses, Próteses Ortopédicas Não Implantáveis, Meios Auxiliares de Locomoção e Acessórios): Prótese para amputação transtibial.

Especificação:

(Especificar detalhadamente o recurso proposto, considerando sempre que possível o Anexo V. Nos casos de indicação por especialistas externos, anexar a prescrição a este formulário).

TT7- Prótese ortopédica endoesquelética para amputação transtibial: componentes em titânio. Encaixe com sistema TSWB, em resina acrílica, com reforço em fibras de carbono e fibras de vidro traçadas. Válvula de expulsão de ar automática, de manuscrito e colocação rápida. Duas unidades de liner de uretano. Duas unidades de joelheira de vedação, com revestimento interno em uretano. Encaixe de prova em termoplástico transparente. Pé de resposta dinâmica em fibra de carbono com nível de atividade 3 com capa cosmética. Um par de calçados.

Justificativa da prescrição:

(Fundamentação legal - art. 137, § 2º e art. 139 do Decreto nº 3.048, de 1999).

Conceder a primeira prótese do segurado, o que facilitará seu retorno ao mercado de trabalho

Duque de Caxias,
03/07/18
Local, data

Guilherme Corrêa Batista
Nome, matrícula, Perito Médico P.videnciário
Perito Médico INSS
CRM 5279803-7
CRM 5279803-7
SIN

MANIFESTAÇÃO DO SERVIÇO/SEÇÃO DE SAÚDE DO TRABALHADOR



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

Ciência/Concordância: Sim Não Angelélica de Oliveira Gonçalves
Justificar: *D. Caxias 09/07/2018* Perito Médico - INSS
Local, data Matr. 1312845
Nome / Matrícula



Dados Básicos

Serviço Formulário - Perícia Médica Inicial de Reabilitação Profissional para Fins de Concessão de OPM	Status Concluída	Prioridade Normal
Unidade 01400 - SUBSECRETARIA DE PERÍCIA MÉDICA FEDERAL	Data de entrada do requerimento 11/08/2023 11:03	Canal de atendimento Aplicações Parceiras

Endereço para atendimento:

A tarefa não possui endereço para atendimento externo.

Campos adicionais:

Campo	Valor
ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM (a cargo do INSS)	
Origem do encaminhamento:	Perícia Médica
O requerente é segurado do INSS?	Sim
Situação Funcional/Forma de Filiação:	Empregado
Empresa:	ALEXANDRE VELLASCO PEREIRA
Está em gozo de Benefício por Incapacidade/Auxílio-Accidente?	Sim
Espécie/Nº do Benefício:	31/6298199199
Grau de instrução/escolaridade:	Ensino fundamental completo
Atividades profissionais em exercício (função, atividades, aspectos ergonômicos):	NÃO EXERCE
CNH:	Sim
Informar a categoria, as restrições e a validade/última renovação:	categoria E , 01/03/2020 CNH vencida
Cursos e capacitações profissionais realizados anteriores ao PRP:	NÃO
Experiências profissionais anteriores ao PRP:	ajudante de caminhão e caseiro
Já foi reabilitado anteriormente com certificado de conclusão do PRP? Caso afirmativo, informe Data de desligamento do PRP, Função/atividade para a qual foi reabilitado e Restrições Laborais:	NÃO
Situação do requerente:	Em Programa de Reabilitação Profissional
Para segurado em PRP, descreva a evolução. Informe sobre readaptação na empresa de vínculo, cursos/treinamentos profissionais, função proposta e outros dados pertinentes:	Necessita ser protetizado para ser reabilitado
Para segurado em PRP, transcreva as Restrições Laborais definidas pela PMF:	DEAMBULAÇÃO PROLONGADA, TRABALHO BRAÇAL
Registre e justifique o prognóstico de cumprimento do programa de reabilitação profissional (Favorável/Desfavorável):	FAVORÁVEL
Contexto Socioeconômico	
Informações referentes a: acessibilidade à residência e na comunidade, acesso a transporte público, acesso a reabilitação física e outras informações pertinentes.	O acesso a moradia possui barreira de acessibilidade (escada) e a rua é de pedras, o que dificulta a deambulação com muleta
Outras informações:	Segurado, 44 anos, ensino fundamental completo, mas sem comprovante de escolaridade, trabalhava como motorista de carreta, fazia entrega de cereais. Reside em área rural de São José do Vale do Rio Preto. Teve vínculos como motorista de caminhão, ajudante de caminhão e caseiro. Sofreu acidente enquanto dirigia o caminhão, dormiu no volante, teve amputação do membro esquerdo acima do joelho. Em auxílio-doença desde 10/10/2019. Realiza as atividades de cuidados pessoal e higiene, adaptou o banheiro. Não realiza tarefas domésticas, possui boa rede de apoio familiar. Será encaminhado para a protetização e somente quando receber a prótese poderá realizar treinamento ou curso profissionalizante. Perícia para prescrição da prótese
AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM	
Anamnese	
Altura:	1,79
Peso:	90
Dominância:	destro
Características da lesão/amputação:	
Etiologia:	Traumática
Traumática por:	Acidente de carro
Membro(s) acometido(s):	membro inferior esquerdo
Data da amputação/lesão/diagnóstico:	24/09/2019
Tempo de evolução:	04 anos de evolução
Queixas relatadas:	dificuldade de andar devido a amputação de MIE acima do joelho

Campo	Valor
Histórico de protetização, ortetização e uso de outros recursos assistivos	necessitando de muletas para tal
Quantos, quando, quem forneceu, tipo, tempo de uso, incompatibilidades anteriores, outras informações relacionadas:	Nunca ganhou protese usa muletas desde a época da amputação
Outras solicitações de recursos assistivos	
Há processo de concessão em andamento através do Sistema Único de Saúde - SUS, outras instituições ou por outros meios?	Não
Reabilitação física	
Fez fisioterapia e/ou terapia ocupacional para adaptação e uso da prótese ou outros recursos assistivos (duração, intercorrências):	Não
Uso de prótese na atividade laboral:	
Necessidades específicas, dificuldades e outras informações relacionadas:	motorista de carreta
História clínica	
Queixas atuais, hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo), lesões de órgãos alvos, em caso de ICC classificação de NYHA, tratamentos em curso, outras:	nega etilismo e tabagismo e nega outras doenças de base como HAS e DM
Condições de acessibilidade	
Na habitação, no trabalho, nos trajetos:	Reside em casa de 2 andares com seus pais e mora no andar superior acesso por escadas acesso à casa é fácil e plano
Meio(s) de deslocamento(s) habitual(is):	carro próprio e automático.
Descrição de barreiras arquitetônicas e outras, se houver:	não há
Atividades da Vida Diária (higiene, alimentação, vestuário, lazer, mobilidade, outras)	
Assinale:	Semi-independente
Descrição das dificuldades	necessita do uso de muletas pois ainda não tem protese de MIE
Exame Físico	
Geral:	Requerente em bom estado geral e de higiene, cooperativo, corado eupneico, hidratado, lucido e orientado no tempo e no espaço, memória e humor preservados no momento da perícia, respondendo as solicitações verbais com coerência e boa vontade, normobulíco, normopragmático, vestes alinhadas, compareceu a perícia desacompanhado Com marcha claudicante a esquerda com auxílio de muletas devido a amputação traumática transfemural baixa em perna esquerda com coto estavel sem limitação dos movimentos da bacia MID sem alterações
Neurológico:	refere episódios de dor fantasma com choques porém esporádicos
Cardiopulmonar:	Sem alterações
Locomotor:	Necessita de muletas para se locomover devido a amputação traumática transfemural baixa em perna esquerda com coto estavel não há
Outros (alterações cognitivas, visuais, auditivas, nutricionais, abdominais, digestivas, urinárias e outras):	Não se aplica
Nível de amputação - MMSS	05. Amputação Transfemoral - 1/3 distal
Nível de amputação - MMII	esquerda
Lateraldade da lesão:	coto sem alterações cutâneas com boa sensibilidade excelente mobilidade coxofemural certa hipotonia muscular em coto de amputação. Cicatriz operatória antiga de bom aspecto. 15cmx9cm
Condições do coto (pele/fâneros, circulação, trofismo/força/tônus muscular, rigidez articular, sensibilidade, membro/dor fantasma, espículas, neuromas, úlceras, aderência, sinal flogísticos, outros):	
Medição do coto:	
Membro contralateral	
Cicatrizes, desvios angulares e rotacionais, instabilidade e alterações degenerativas articulares, circulatórias, trofismo e força muscular, outros:	sem alterações
Membro(s) não acometido(s)	
Amplitude de movimento, alterações tróficas, força muscular, alterações degenerativas articulares, instabilidades ligamentares, outros:	sem alterações
Trauma Raqui Medular	
Nível, espasticidade, força muscular, controle de tronco, escaras, áreas de hiperpressão, outros:	não houve
Outros Aspectos	
Prótese/outro recurso assistivo atual (Tipo, modelo, estado de conservação, adequabilidade, outros):	não tem protese ainda
Expectativa em relação à nova prótese/recurso de Tecnologia Assistiva:	Muito boa Já consegue dirigir seu veículo próprio em sua cidade
Deseja manter:	Não Deambula com auxílio de muletas
Locomoção/ Marcha - Características (cadeira de rodas, andador, bengala, muleta axilar/canadense, prótese, caminha sem apoio, padrão da marcha, caminha com ou sem auxílio de terceiros, outros):	03. K 3 - Tem capacidade para deambular com cadência variável e para transpor barreiras arquitetônicas. Típico de um amputado que se desloca na comunidade e poderá ter atividade física, profissional ou terapêutica que exija a utilização da prótese além da simples locomoção.
Níveis de capacidade funcional K-Level	
Exames de imagem	
Descrever os achados radiográficos e outros, se houver:	não trouxe exames complementares
Caso sejam feitos registros tais como fotografias, vídeos e outros tipos de imagens, o perito médico deve, obrigatoriamente, preencher o formulário editável do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Uso de Imagens Relacionadas ao Processo de Concessão de OPM, disponível em www-prbi/na aba formulários, que deverá ser anexado ao processo eletrônico do PMF	

Campo	Valor
Tarefas em formato PDF, com as devidas assinaturas.	
Conclusão	
Concluída a avaliação, indica-se a prescrição de Órtese, Prótese Ortopédica não Implantável, Meios Auxiliares de Locomoção e Acessórios?	Sim
Considerações médico periciais:	Segurado jovem com desejo de retornar ao trabalho e refere inclusive que já dirige seu carro automático com boas perspectivas de retorno ao trabalho em função compatível.
Encaminhamentos para o INSS:	Para protetização de membro inferior esquerdo (amputação transfemural)
Tipo de recurso material prescrito:	Prótese ortopédica não implantável de MMSS/MMII
Especificação detalhada do dispositivo de OPM prescrito, conforme parâmetros descritivos constantes em manual técnico:	Prótese ortopédica para amputação transfemoral endoesquelética (modular). Componentes em aço, alumínio ou titânio. Encaixe de apoio/contenção isquiático, quadrilátero ou apoio total, em material termoplástico flexível, laminado em resina acrílica rígida, reforçada com fibras de carbono e fibras de vidro trançadas, com abertura de janelas se necessário. Válvula com expulsão de ar automática, de manuseio e colocação rápida. Encaixe de prova em termoplástico transparente. Acessório para colocação da prótese. Joelho hidráulico monocêntrico, que possibilite descer degraus com passos alternados para nível de atividade 3. Pé de resposta dinâmica em fibra de carbono para nível de atividade 3, com capa cosmética. Um par de calçados. (tenis)

Interessado(s)

CPF	Nome Completo	Data Nascimento	Nome Completo da Mãe
[REDACTED]	RONALDO JOSE DE OLIVEIRA	05/07/1979	MARILIA LIMA OLIVEIRA

Procurador(es) / Representante(s) Legal(is)

A tarefa não possui procurador(es) / representante(s) legal(is).

CID Principal

S880 - Amputação traumática ao nível do joelho

Anexos

A tarefa não possui anexos.



Dados Básicos

Serviço Formulário - Perícia Médica Inicial de Reabilitação Profissional para Fins de Concessão de OPM	Status Concluída	Prioridade Normal
Unidade 01400 - SUBSECRETARIA DE PERÍCIA MÉDICA FEDERAL	Data de entrada do requerimento 25/08/2022 10:07	Canal de atendimento Aplicações Parceiras

Endereço para atendimento:

A tarefa não possui endereço para atendimento externo.

Campos adicionais:

Campo	Valor
ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM (a cargo do INSS)	
Origem do encaminhamento:	Perícia Médica
O requerente é segurado do INSS?	Sim
Situação Funcional/Forma de Filiação:	Empregado
Empresa:	PADARIA E CONFEITARIA VITORIA DA GUANABARA LTDA
Está em gozo de Benefício por Incapacidade/Auxílio-Accidente?	Sim
Espécie/Nº do Benefício:	5386846341
Grau de instrução/escolaridade:	Ensino médio completo
Atividades profissionais em exercício (função, atividades, aspectos ergonômicos):	gerente de padaria
CNH:	Não
Cursos e capacitações profissionais realizados anteriores ao PRP:	Sem informações
Experiências profissionais anteriores ao PRP:	Sem informações
Já foi reabilitado anteriormente com certificado de conclusão do PRP? Caso afirmativo, informe Data de desligamento do PRP, Função/atividade para a qual foi reabilitado e Restrições Laborais:	Não
Situação do requerente:	Em Programa de Reabilitação Profissional
Para segurado em PRP, descreva a evolução. Informe sobre readaptação na empresa de vínculo, cursos/treinamentos profissionais, função proposta e outros dados pertinentes:	Aguarda Avaliação Socioprofissional
Para segurado em PRP, transcreva as Restrições Laborais definidas pela PMF:	IIIMITAÇÃO DE MARCHA E LIMITAÇÃO DE PINÇA E GARRA DEVIDO A FRATURAS COM DEFORMIDADE DOS DEDOS DA MÃO DIREITA
Registre e justifique o prognóstico de cumprimento do programa de reabilitação profissional (Favorável/Desfavorável):	A definir
Contexto Socioeconômico	
Informações referentes a: acessibilidade à residência e na comunidade, acesso a transporte público, acesso a reabilitação física e outras informações pertinentes.	Sem Informação
Outras informações:	Não há
AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM	
Anamnese	
Altura:	1,63 m
Peso:	48 kg
Dominância:	destro
Características da lesão/amputação:	
Etiologia:	Traumática
Traumática por:	Acidente de motocicleta
Membro(s) acometido(s):	direito
Data da amputação/lesão/diagnóstico:	28/11/2009
Tempo de evolução:	Informa que sofreu acidente de moto em 28/11/2009 com fratura exposta do fêmur direito, sendo atendido no Hospital Municipal de Mangaratiba, tendo sido submetido a desbridamento e colocação de fixador externo. Evoluiu com infecção e necessidade de amputação 19 dias depois do acidente. Também teve fratura no membro superior direito.
Queixas relatadas:	Queixa-se de dor no membro superior direito devido a lesões do acidente e também pela sobrecarga do uso das muletas. Há 3 anos fez regularização do coto e retirada de espícula óssea. Informa que sente muitas dores no coto de amputação.
Histórico de protetização, ortetização e uso de outros recursos assistivos	
Quantos, quando, quem forneceu, tipo, tempo de uso, incompatibilidades anteriores, outras informações relacionadas:	Informa que na ocasião do acidente recebeu prótese da ABBR que usou por três meses, mas parou de usar devido ao aparecimento de espícula

Campo	Valor
Outras solicitações de recursos assistivos	óssea e ferimento no coxa.
Há processo de concessão em andamento através do Sistema Único de Saúde - SUS, outras instituições ou por outros meios?	Não
Reabilitação física	
Fez fisioterapia e/ou terapia ocupacional para adaptação e uso da prótese ou outros recursos assistivos (duração, intercorrências):	Sim
Especificar (Informar duração, intercorrência, etc)	Relata ter feito fisioterapia por 6 meses após a amputação e por 1 mes e meio para protetização, todas na ABBR.
Uso de prótese na atividade laboral:	
Necessidades específicas, dificuldades e outras informações relacionadas:	Trabalha a maior parte do tempo em pé e com deslocamentos constantes.
História clínica	
Queixas atuais, hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo), lesões de órgãos alvos, em caso de ICC classificação de NYHA, tratamentos em curso, outras:	Tabagista (1 maço a cada dois dias). Nega etilismo e nega outras doenças. Não faz uso de nenhuma medicação.
Condições de acessibilidade	
Na habitação, no trabalho, nos trajetos:	Mora em rua de ladeira e tem que descer um lance de escadas para chegar à residencia. Mora em rua não asfaltada, com pavimento de blocos de cimento.
Meio(s) de deslocamento(s) habitual(is):	Deslocamento de ônibus. Dirigia quando trabalhava, parou de dirigir desde o acidente.
Descrição de barreiras arquitetônicas e outras, se houver:	Escada na residência.
Atividades da Vida Diária (higiene, alimentação, vestuário, lazer, mobilidade, outras)	
Assinale:	Dependente
Descrição das dificuldades	Queixa-se de dificuldade para locomoção devido ao uso de muletas.
Exame Físico	
Geral:	Bom estado geral. Queixa álgica no coto.
Neurológico:	Força grau 5 membro inferior esquerdo e no coto para todos os movimentos.
Cardiopulmonar:	Nada digno de nota.
Locomotor:	Marcha com auxílio de muletas. Sem alteração do equilíbrio. Força grau 5 abdução/adução/flexão/extensão coto de amputação coxa direita.
Outros (alterações cognitivas, visuais, auditivas, nutricionais, abdominais, digestivas, urinárias e outras):	Nada digno de nota.
Nível de amputação - MMSS	Não se aplica
Nível de amputação - MMII	03. Amputação Transfemoral - 1/3 proximal
Lateraldade da lesão:	Direito.
Condições do coto (pele/fâneros, circulação, trofismo/força/tônus muscular, rigidez articular, sensibilidade, membro/dor fantasma, espículas, neuromas, úlceras, aderência, sinais flogísticos, outros):	Coto com bom aspecto, cicatriz invaginada. Apresenta hiperestesia discreta ao toque.
Medição do coto:	20 cm desde o GT/28 cm desde a crista ilíaca/ 50 cm diâmetro
Membro contralateral	
Cicatrizes, desvios angulares e rotacionais, instabilidade e alterações degenerativas articulares, circulatórias, trofismo e força muscular, outros:	Nada digno de nota.
Membro(s) não acometido(s)	
Amplitude de movimento, alterações tróficas, força muscular, alterações degenerativas articulares, instabilidades ligamentares, outros:	Nada digno de nota.
Trauma Raqui Medular	
Nível, espasticidade, força muscular, controle de tronco, escaras, áreas de hiperpressão, outros:	Nada digno de nota.
Outros Aspectos	
Prótese/outra recurso assistivo atual (Tipo, modelo, estado de conservação, adequabilidade, outros):	Não possui.
Expectativa em relação à nova prótese/recurso de Tecnologia Assistiva:	Boas expectativas para retorno ao trabalho.
Deseja manter:	Não
Locomoção/ Marcha - Características (cadeira de rodas, andador, bengala, muleta axilar/canadense, prótese, caminha sem apoio, padrão da marcha, caminha com ou sem auxílio de terceiros, outros):	Deambula com auxílio de duas muletas canadenses.
Níveis de capacidade funcional K-Level	03. K 3 - Tem capacidade para deambular com cadência variável e para transportar barreiras arquitetônicas. Típico de um amputado que se desloca na comunidade e poderá ter atividade física, profissional ou terapêutica que exija a utilização da prótese além da simples locomoção.
Exames de imagem	
Descrever os achados radiográficos e outros, se houver:	Não apresenta exames radiológicos.
Caso sejam feitos registros tais como fotografias, vídeos e outros tipos de imagens, o perito médico deve, obrigatoriamente, preencher o formulário editável do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Uso de Imagens Relacionadas ao Processo de Concessão de OPM, disponível em <a 153="" 28="" 962="" 973"="" data-label="Page-Footer" href="http://www-prbi/na aba formulários, que deverá ser anexado ao processo eletrônico do PMF Tarefas em formato PDF, com as devidas assinaturas.</td><td></td></tr> <tr> <td>Conclusão</td><td></td></tr> <tr> <td>Concluída a avaliação, indica-se a prescrição de Órtese, Prótese Ortopédica não Implantável, Meios Auxiliares de Locomoção e Acessórios?</td><td>Sim</td></tr> <tr> <td>Considerações médico periciais:</td><td>Segurado de 42 anos, gerente de padaria empregado, sofreu acidente de moto em 2009 com amputação transfemural direita. Necessita de</td></tr> </tbody> </table> </div> <div data-bbox=">Emitido em: 28/11/2023 14:46	

Campo	Valor
Encaminhamentos para o INSS:	protese para retorno ao trabalho. Histórico de protetização com boa evolução, porém interrompido pelo crescimento de espícula óssea.
Tipo de recurso material prescrito:	Indicada prescrição de OPM.
Especificação detalhada do dispositivo de OPM prescrito, conforme parâmetros descritivos constantes em manual técnico:	Prótese ortopédica não implantável de MMSS/MMII Prótese ortopédica para amputação transfemoral endoesquelética. Componentes alumínio. Encaixe de contenção isquiático laminado em resina acrílica com reforço em fibras de carbono e fibras de vidro trançadas. Duas unidades de liner em silicone com anéis de vedação. Válvula com expulsão de ar automática, de manuseio e colocação rápida. Encaixe de prova em termoplástico transparente. Joelho hidráulico monocêntrico, que possibilite descer degraus com passos alternados para nível de atividade 3. Pé de resposta dinâmica em fibra de carbono para nível de atividade 3, com capa cosmética. Um par de calçados.

Interessado(s)

CPF	Nome Completo	Data Nascimento	Nome Completo da Mãe
[REDACTED]	SEBASTIAO ALVES BARRETO	19/01/1980	SEBASTIANA MARIA RANGEL ALVES

Procurador(es) / Representante(s) Legal(is)

A tarefa não possui procurador(es) / representante(s) legal(is).

CID Principal

S72 - Fratura do femur

Anexos

A tarefa não possui anexos.



Dados Básicos

Serviço Formulário - Perícia Médica Inicial de Reabilitação Profissional para Fins de Concessão de OPM	Status Concluída	Prioridade Normal
Unidade 01400 - SUBSECRETARIA DE PERÍCIA MÉDICA FEDERAL	Data de entrada do requerimento 28/06/2023 14:50	Canal de atendimento Aplicações Parceiras

Endereço para atendimento:

A tarefa não possui endereço para atendimento externo.

Campos adicionais:

Campo	Valor
ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM (a cargo do INSS)	
Origem do encaminhamento:	Perícia Médica
O requerente é segurado do INSS?	Sim
Situação Funcional/Forma de Filiação:	Empregado
Empresa:	Reenge
Está em gozo de Benefício por Incapacidade/Auxílio-Accidente?	Sim
Espécie/Nº do Benefício:	31/6068653890
Grau de instrução/escolaridade:	Ensino médio completo
Atividades profissionais em exercício (função, atividades, aspectos ergonômicos):	NÃO ESTÁ EXERCENDO
CNH:	Não
Cursos e capacitações profissionais realizados anteriores ao PRP:	Garçon e vigilante
Experiências profissionais anteriores ao PRP:	auxiliar de Serviços gerais
Já foi reabilitado anteriormente com certificado de conclusão do PRP? Caso afirmativo, informe Data de desligamento do PRP, Função/atividade para a qual foi reabilitado e Restrições Laborais:	não
Situação do requerente:	Em Programa de Reabilitação Profissional
Para segurado em PRP, descreva a evolução. Informe sobre readaptação na empresa de vínculo, cursos/treinamentos profissionais, função proposta e outros dados pertinentes:	A empresa não ofereceu troca de função e o segurado tem realizado diversos cursos profissionalizantes
Para segurado em PRP, transcreva as Restrições Laborais definidas pela PMF:	peso até 5 kg e evitar carga em membro inferior
Registre e justifique o prognóstico de cumprimento do programa de reabilitação profissional (Favorável/Desfavorável):	favorável
Contexto Socioeconômico	
Informações referentes a: acessibilidade à residência e na comunidade, acesso a transporte público, acesso a reabilitação física e outras informações pertinentes.	RESIDE NO 2º ANDAR E SOBE CERCA DE 20 DEGRAUS
Outras informações:	Segurado, 36 anos, ensino médio, vinculado como servente de obras em empresa que não ofereceu troca de função, em programa de reabilitação desde 04/2017 já fez cursos de assistente adm, projetista de móveis, operador de computador e continua realizando curso enquanto aguarda a protetização. Foi encaminhado ao segurado o tipo/ modelo de prótese prescrita pela PMF. O segurado observou erro na descrição do membro a ser protetizado, o correto é prótese para amputação transfemural, contudo, o perito escreveu amputação transtibial
AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM	
Anamnese	
Altura:	1,82
Peso:	90,0
Dominância:	sinistro
Características da lesão/amputação:	
Etiologia:	Traumática
Traumática por:	Acidente de motocicleta
Membro(s) acometido(s):	membro inferior esquerdo
Data da amputação/lesão/diagnóstico:	21/06/2014
Tempo de evolução:	09 anos
Queixas relatadas:	Com queixas de dor lombar a D e em ombros devido a necessidade do uso de muletas bilateralmente continuamente para se locomover
Histórico de protetização, ortetização e uso de outros recursos assistivos	
Quantos, quando, quem forneceu, tipo, tempo de uso, incompatibilidades anteriores, outras informações relacionadas:	Recebeu prótese do SUS em 2016/2017 porém não se adaptou pq o encaixe pega em cima de uma cicatriz na pelve e machuca muito o local

Campo	Valor
Outras solicitações de recursos assistivos	
Há processo de concessão em andamento através do Sistema Único de Saúde - SUS, outras instituições ou por outros meios?	Não
Reabilitação física	
Fez fisioterapia e/ou terapia ocupacional para adaptação e uso da prótese ou outros recursos assistivos (duração, intercorrências):	Não
Uso de prótese na atividade laboral:	
Necessidades específicas, dificuldades e outras informações relacionadas:	não ha
História clínica	
Quexas atuais, hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo), lesões de órgãos alvos, em caso de ICC classificação de NYHA, tratamentos em curso, outras:	Nega etilismo e tabagismo, nega HAS e DM
Condições de acessibilidade	
Na habitação, no trabalho, nos trajetos:	Refere casa em comunidade de acesso por escadas mas o ponto do onibus é em frente a sua casa
Meio(s) de deslocamento(s) habitual(is):	Transporte coletivo.
Descrição de barreiras arquitetônicas e outras, se houver:	Não dá para definir pois trabalha em canteiro de obras
Atividades da Vida Diária (higiene, alimentação, vestuário, lazer, mobilidade, outras)	
Assinale:	Independente
Exame Físico	
Geral:	Requerente em bom estado geral e de higiene, cooperativo, corado, eupneico, hidratado, lucido e orientado, memória e humor preservados, sem edemas em membro inferior direito sem lesões articulações livres força preservada, Com amputação transfemoral de membro inferior esquerdo proximal com bom aspecto do coto deambula com auxilio de muletas, bem adaptado as mesmas
Neurológico:	Refere episodios de dor fantasma em MIE amputado
Cardiopulmonar:	Sem alterações
Locomotor:	Deambula com auxilio de muletas canadenses devido a amputação transfemural esquerda proximal (coto curto)
Outros (alterações cognitivas, visuais, auditivas, nutricionais, abdominais, digestivas, urinárias e outras):	Sem alterações
Nível de amputação - MMSS	Não se aplica
Nível de amputação - MMII	03. Amputação Transfemoral - 1/3 proximal
Lateraldade da lesão:	Esquerda
Condições do coto (pele/fâneros, circulação, trofismo/força/tônus muscular, rigidez articular, sensibilidade, membro/dor fantasma, espículas, neuromas, úlceras, aderência, sinais flogísticos, outros):	Coto curto de bom aspecto em MIE
Medição do coto:	35x20cm aproximado
Membro contralateral	
Cicatrizes, desvios angulares e rotacionais, instabilidade e alterações degenerativas articulares, circulatórias, trofismo e força muscular, outros:	Sem alterações
Membro(s) não acometido(s)	
Amplitude de movimento, alterações tróficas, força muscular, alterações degenerativas articulares, instabilidades ligamentares, outros:	Sem alteração refere dor por sobrecarga
Trauma Raqui Medular	
Nível, espasticidade, força muscular, controle de tronco, escaras, áreas de hiperpressão, outros:	Não houve
Outros Aspectos	
Prótese/outro recurso assistivo atual (Tipo, modelo, estado de conservação, adequabilidade, outros):	Não usa prótese somente muletas canadenses para se locomover
Expectativa em relação à nova prótese/recurso de Tecnologia Assistiva:	Muito boa deseja retornar ao mercado de trabalho Já fez curso de 1 curso técnico de assistente administrativo na FAETEC e curso de projetista de móveis no SENAC fez curso de promotor de vendas na FAETEC. Está cursando curso de agente de recepção e hotelaria na FAETEC.
Deseja manter:	Não
Locomoção/ Marcha - Características (cadeira de rodas, andador, bengala, muleta axilar/canadense, prótese, caminha sem apoio, padrão da marcha, caminha com ou sem auxílio de terceiros, outros):	Atualmente necessita de muletas canadenses para se locomover
Níveis de capacidade funcional K-Level	03. K 3 - Tem capacidade para deambular com cadência variável e para transportar barreiras arquitetônicas. Típico de um amputado que se desloca na comunidade e poderá ter atividade física, profissional ou terapêutica que exija a utilização da prótese além da simples locomoção.
Exames de imagem	
Descrever os achados radiográficos e outros, se houver:	Não trouxe
Caso sejam feitos registros tais como fotografias, vídeos e outros tipos de imagens, o perito médico deve, obrigatoriamente, preencher o formulário editável do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Uso de Imagens Relacionadas ao Processo de Concessão de OPM, disponível em <a 154="" 28="" 962="" 973"="" data-label="Page-Footer" href="http://www-prbi/.na aba formulários, que deverá ser anexado ao processo eletrônico do PMF Tarefas em formato PDF, com as devidas assinaturas.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Conclusão</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Concluída a avaliação, indica-se a prescrição de Órtese, Prótese Ortopédica não Implantável, Meios Auxiliares de Locomoção e Acessórios?</td> <td>Sim</td> </tr> <tr> <td>Considerações médico periciais:</td> <td>Segue aguardando prótese para facilitar retorno ao mercado de trabalho. Muito boa deseja retornar ao mercado de trabalho</td> </tr> </tbody> </table> </div> <div data-bbox=">Emitido em: 10/11/2023 14:25	

Campo	Valor
Encaminhamentos para o INSS:	Já fez curso de 1 curso técnico de assistente administrativo na FAETEC e curso de projetista de móveis no SENAC fez curso de promotor de vendas na FAETEC. Está cursando curso de agente de recepção e hotelaria na FAETEC.
Tipo de recurso material prescrito:	Segue aguardando protese para facilitar retorno ao mercado de trabalho. Muito boa deseja retornar ao mercado de trabalho
Especificação detalhada do dispositivo de OPM prescrito, conforme parâmetros descritivos constantes em manual técnico:	Já fez curso de 1 curso técnico de assistente administrativo na FAETEC e curso de projetista de móveis no SENAC fez curso de promotor de vendas na FAETEC. Está cursando curso de agente de recepção e hotelaria na FAETEC.

Interessado(s)

CPF	Nome Completo	Data Nascimento	Nome Completo da Mãe
[REDACTED]	RENATO CORREA GOMES DA SILVA BERNARDES	22/09/1985	REGINA MARIA CORREA GOMES DA SILVA

Procurador(es) / Representante(s) Legal(is)

A tarefa não possui procurador(es) / representante(s) legal(is).

CID Principal

S781 - Amputação traumática localizada entre o joelho e o quadril

Anexos

A tarefa não possui anexos.



Dados Básicos

Serviço Formulário - Perícia Médica Inicial de Reabilitação Profissional para Fins de Concessão de OPM	Status Concluída	Prioridade Normal
Unidade 01400 - SUBSECRETARIA DE PERÍCIA MÉDICA FEDERAL	Data de entrada do requerimento 12/08/2022 11:42	Canal de atendimento Aplicações Parceiras

Endereço para atendimento:

A tarefa não possui endereço para atendimento externo.

Campos adicionais:

Campo	Valor
ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM (a cargo do INSS)	
Origem do encaminhamento:	Perícia Médica
O requerente é segurado do INSS?	Sim
Situação Funcional/Forma de Filiação:	Empregado
Empresa:	UF FERNANDES
Está em gozo de Benefício por Incapacidade/Auxílio-Accidente?	Sim
Espécie/Nº do Benefício:	31/6204773856
Grau de instrução/escolaridade:	Ensino médio completo
Atividades profissionais em exercício (função, atividades, aspectos ergonômicos):	NENHUMA
CNH:	Sim
Informar a categoria, as restrições e a validade/última renovação:	CATEGORIA B , VALIDADE 11/04/2024
Cursos e capacitações profissionais realizados anteriores ao PRP:	NAO
Experiências profissionais anteriores ao PRP:	VENDEDOR DE PRODUTOS AGRÍCOLAS
Já foi reabilitado anteriormente com certificado de conclusão do PRP? Caso afirmativo, informe Data de desligamento do PRP, Função/atividade para a qual foi reabilitado e Restrições Laborais:	NAO
Situação do requerente:	Em Programa de Reabilitação Profissional
Para segurado em PRP, descreva a evolução. Informe sobre readaptação na empresa de vínculo, cursos/treinamentos profissionais, função proposta e outros dados pertinentes:	NAO HOUVE PROPOSTA DA EMPRESA
Para segurado em PRP, transcreva as Restrições Laborais definidas pela PMF:	PERITO DEVE PREENCHER
Registre e justifique o prognóstico de cumprimento do programa de reabilitação profissional (Favorável/Desfavorável):	FAVORÁVEL
Contexto Socioeconômico	
Informações referentes a: acessibilidade à residência e na comunidade, acesso a transporte público, acesso a reabilitação física e outras informações pertinentes.	APRESENTA DIFICULDADES DE ACESSIBILIDADE DENTRO DA RESIDÊNCIA DEVIDO ESCADAS
Outras informações:	SEGURADO, 33 ANOS, ENSINO MÉDIO COMPLETO, FEZ CURSO DE TÉCNICO EM ADM PELA REABILITAÇÃO TEVE AMPUTAÇÃO DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO EM 2017 DEVIDO ATROPELAMENTO ESTÁ VINCULADO A EMPRESA COMO VENDEDOR
AVALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL INICIAL COM VISTAS À CONCESSÃO DE OPM	
Anamnese	
Altura:	1,63
Peso:	59kg
Dominância:	destro
Características da lesão/amputação:	
Etiologia:	Traumática
Traumática por:	Acidente de motocicleta
Membro(s) acometido(s):	membro inferior esquerdo
Data da amputação/lesão/diagnóstico:	20/09/2017
Tempo de evolução:	5 anos
Queixas relatadas:	Segurado se queixa de dor fantasma em membro inferior E dores na coluna e na perna direita por sobrecarga por não ter a prótese e usar muletas ou pular o tempo todo
Histórico de protetização, ortetização e uso de outros recursos assistivos	
Quantos, quando, quem forneceu, tipo, tempo de uso, incompatibilidades anteriores, outras informações relacionadas:	Refere que ganhou uma prótese do SUS instituto fluminense em Niterói em 2018 porem não se adaptou pois machucava muito o coto
Outras solicitações de recursos assistivos	

Campo	Valor
Há processo de concessão em andamento através do Sistema Único de Saúde - SUS, outras instituições ou por outros meios?	Sim
Especificar:	Está em processo de espera pelo Estado do Rio de Janeiro via judicial até o momento sem resposta
Reabilitação física	
Fez fisioterapia e/ou terapia ocupacional para adaptação e uso da prótese ou outros recursos assistivos (duração, intercorrências):	Sim
Especificar (Informar duração, intercorrência, etc)	Fez fisioterapia assim que amputou e apos a protese mas não se adaptou
Uso de prótese na atividade laboral:	
Necessidades específicas, dificuldades e outras informações relacionadas:	Segurado vinculado como vendedor de produtos agrícolas em zona rural de Teresópolis e necessita de se locomover grandes distâncias
História clínica	
Queixas atuais, hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo), lesões de órgãos alvos, em caso de ICC classificação de NYHA, tratamentos em curso, outras:	Nega tabagismo, nega doenças cardíacas diabetes, doenças hereditárias ou congênitas
Condições de acessibilidade	
Na habitação, no trabalho, nos trajetos:	Reside em casa ao nível da rua porem com escadas no interior e se desloca com carro próprio automático
Meio(s) de deslocamento(s) habitual(is):	carro de passeio próprio automático
Descrição de barreiras arquitetônicas e outras, se houver:	Não há
Atividades da Vida Diária (higiene, alimentação, vestuário, lazer, mobilidade, outras)	
Assinale:	Independente
Exame Físico	
Geral:	Requerente em bom estado geral e de higiene, cooperativo, lucido e orientado no tempo e no espaço, memória e humor preservados no momento da perícia, vestes alinhadas, eupneico, hidratado, sem edema em membro inferior direito. Com amputação transfemoral alta a esquerda com coto estavel sem lesões sem edema sem ferimentos
Neurológico:	Sem alterações apesar das dores fantasma alegadas
Cardiopulmonar:	RCR 2T BNF sem sopros ou arritmias Pulmões limpos sem ruidos adventícios
Locomotor:	Deambula com auxílio de muletas sem prótese em MIE
Outros (alterações cognitivas, visuais, auditivas, nutricionais, abdominais, digestivas, urinárias e outras):	Sem alterações
Nível de amputação - MMSS	Não se aplica
Nível de amputação - MMII	03. Amputação Transfemoral - 1/3 proximal
Lateraldade da lesão:	Esquerda
Condições do coto (pele/fâneros, circulação, trofismo/força/tônus muscular, rigidez articular, sensibilidade, membro/dor fantasma, espículas, neuromas, úlceras, aderência, sinais flogísticos, outros):	Com amputação transfemoral alta a esquerda com coto estavel sem lesões sem edema sem ferimentos
Medição do coto:	26cmx34cm
Membro contralateral	
Cicatrizes, desvios angulares e rotacionais, instabilidade e alterações degenerativas articulares, circulatórias, trofismo e força muscular, outros:	Membro inferior direito sem alterações sem crepitação sem edema sem sinais de instabilidade
Membro(s) não acometido(s)	
Amplitude de movimento, alterações tróficas, força muscular, alterações degenerativas articulares, instabilidades ligamentares, outros:	Com sequela de fratura em cotovelo E com discreta diminuição da extensão e flexão total do mesmo com força preservada
Trauma Raqui Medular	
Nível, espasticidade, força muscular, controle de tronco, escaras, áreas de hiperpressão, outros:	Não houve
Outros Aspectos	
Prótese/outro recurso assistivo atual (Tipo, modelo, estado de conservação, adequabilidade, outros):	Não usa
Expectativa em relação à nova prótese/recurso de Tecnologia Assistiva:	Muito boa pois facilitará sua locomoção na vida diária e permitirá o retorno ao trabalho
Deseja manter:	Não
Locomoção/ Marcha - Características (cadeira de rodas, andador, bengala, muleta axilar/canadense, prótese, caminha sem apoio, padrão da marcha, caminha com ou sem auxílio de terceiros, outros):	Deambula com auxílio de muleta
Níveis de capacidade funcional K-Level	03. K 3 - Tem capacidade para deambular com cadência variável e para transpor barreiras arquitetônicas. Típico de um amputado que se desloca na comunidade e poderá ter atividade física, profissional ou terapêutica que exija a utilização da prótese além da simples locomoção.
Exames de imagem	
Descrever os achados radiográficos e outros, se houver:	Não trouxe
Caso sejam feitos registros tais como fotografias, vídeos e outros tipos de imagens, o perito médico deve, obrigatoriamente, preencher o formulário editável do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Uso de Imagens Relacionadas ao Processo de Concessão de OPM, disponível em <a 154="" 28="" 962="" 973"="" data-label="Page-Footer" href="http://www-prbi/na aba formulários, que deverá ser anexado ao processo eletrônico do PMF Tarefas em formato PDF, com as devidas assinaturas.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Conclusão</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Concluída a avaliação, indica-se a prescrição de Órtese, Prótese Ortopédica não Implantável, Meios Auxiliares de Locomoção e Acessórios?</td> <td>Sim</td> </tr> <tr> <td>Considerações médico periciais:</td> <td>Segurado como boa perspectiva de reabilitação e de retorno ao trabalho facilitado pela protese</td> </tr> </tbody> </table> </div> <div data-bbox=">Emitido em: 28/11/2023 15:07	

Campo	Valor
Encaminhamentos para o INSS:	Com boa expectativa pois facilitará sua locomoção na vida diária e permitirá o retorno ao trabalho especialmente agora em área administrativa
Tipo de recurso material prescrito:	Prótese ortopédica não implantável de MMSS/MMII
Especificação detalhada do dispositivo de OPM prescrito, conforme parâmetros descritivos constantes em manual técnico:	TF12- Prótese ortopédica para amputação transfemoral endoesquelética (modular). Componentes em titânio. Encaixe de contenção/ apoio isquiático, laminado em resina acrílica com reforço em fibras de carbono e fibras de vidro trançadas. Duas unidades de liner em uretano, com tirante e pontos de fixação que evitem a rotação do encaixe, de manuseio e colocação rápida. Encaixe de prova em termoplástico transparente. Joelho hidráulico monocêntrico, que possibilite descer degraus com passos alternados para nível de atividade 3. Pé de resposta dinâmica em fibra de carbono para nível de atividade 3, com capa cosmética. Um par de calçados. (preferencia tenis tamanho 39/40)

Interessado(s)

CPF	Nome Completo	Data Nascimento	Nome Completo da Mãe
██████████	RONIELY CHARLES FERNANDES	03/05/1989	SONIA CHARLES FERNANDES

Procurador(es) / Representante(s) Legal(is)

A tarefa não possui procurador(es) / representante(s) legal(is).

CID Principal

S78 - Amputação traumática do quadril e da coxa

Anexos

A tarefa não possui anexos.