



ATESTADO/RELATÓRIO MÉDICO

PARA: NOME DO PACIENTE

DECLARO QUE O SR. SUPRA CITADO ESTÁ EM ACOMPANHAMENTO NEUROLÓGICO DEVIDO QUADRO LOMBOCIATALGIA CRÔNICA REFRATÁRIA AO TRATAMENTO CLÍNICO. CID: M54.1

EM PROPEDEUTICA EVIDENCIADO ESTENOSE DE CANAL GRAVE L4/L5 COM CLÍNICA RADICULAR INTENSA PIOR A DIREITA. QUEIXA QUE A DOR É LIMITANTE PARA ATIVIDADE SIMPLES DO DIA A DIA.

SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM MELHORA CLÍNICA FRUSTA, O MESMO RELATA NÃO CONSEGUIR REALIZAR SUAS ATIVIDADES TRABALHISTAS. RNM: LISTESE GRAU 1 SEM SINAL DE INSTABILIDADE - ESTENOSE FORAMINAL MULTINIVEL - PROTUSÃO DISCAL - SEM COMPRESSÃO GRAVE.

REALIZOU NOVA RM DE CONTROLE EM xxxxx QUE EVIDENCIA ESTABILIDADE DO PARÃO RADIOLÓGICO EM RELAÇÃO À RESSONANCIA PREVIA DE xxxxxxxx, APRESENTANDO ACHADOS DEGENERATIVOS E CANAL ESTREITO CONGENITO, NO MOMENTO SEM INDICAÇÃO CIRURGICA, ENTRETANTO COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL IMPORTANTE PARA ATIVIDADES TRABALHISTAS.

SOLICITO AVALIAÇÃO PARA BENEFÍCIO SOCIAL

GRATO