

7 ABA HILLEL ST, RAMAT GAN

רחוב אבא הלל 7 רמת גן (בית סילבר)

Tel 03-7412358, Fax 077-3180983

טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

18.9.22

מ.ל.ב.
לצרכי מו"מ לפשרה בלבד
בדוא"ל

לכבוד
רחל מלאך, עו"ד
הראל חברה לביטוח בע"מ

ח.ג. שלום רב,

הנדון: תמר נאויין, ת"ז 317871960
תאונה מיום 2/9/20

1. בהמשך למכתבי מיום 15.3.22 הריני מתכבד לצרף את המסמכים הבאים להלן:
 - א. אישור הכרה.
 - ב. תביעה לנכות על נספחיה.
 - ג. תלושי שכר.
 - ד. תמונות דלת הזכוכית שהתנפצה על מרשתי.
 - ה. פרוטוקול והחלטות המלי"ל.
2. על פי עצת יועצנו הרפואיים נותרה למרשתי נכות בשיעור של 5%-7.5%.
3. אודה לקבלת עמדתכם העניינית לסילוק התביעה במטרה לייתר את הצורך בצירוף חוות דעת פניה לערכאות.
4. לעיוןך וטיפולך המסור אודה.

בכבוד רב ובתודה,

אריאל פרייברג, עו"ד



דמי פגיעה

טל: 04-8812345 או *6050
פקס: 03-9114822
שעות מענה: א-ה 08:00-17:00
קבלת קהל: זימון תור בטל *8321
זימון תור ב *8321

שירות חדש: זימון תור *8321

סניף: פתח תקוה
רוטשילד 72
פתח תקוה 4947332

תיק: 317871960-60-02

דף 1 מתוך 3

לכבוד
תמר נאויין
דרך התפוצות 44
רמת גן 5226459

564-014-075

תיק: 317871960-60-02

א' בחשון, תשפ"א
19 באוקטובר 2020



מספר תיק: 31787196-0

תאריך פגיעה: 02/09/2020

גברת נכבדה,

תביעתך לדמי פגיעה, תאונה מתאריך 02/09/2020

הננו מאשרים כי הכרנו בפגיעה מתאריך 02/09/2020 כתאונת עבודה.

הפגיונות שהוכרו כתוצאה מהתאונה:

חתכים מרפק שמאל

על פי המידע שבידינו את חברה בקופת חולים מכבי שירותי בריאות.

לקבלת החזר הוצאות הריפוי בגין הפגיעה, יש לפנות עם אישור זה לקופת החולים.

- קצבת נכות באפשרותך להגיש תביעה לקצבת נכות מעבודה תוך 12 חודשים ממועד ההכרה בפגיעתך (19/10/2020), באמצעות אתר הביטוח לאומי או בסניף הקרוב לביתך.
- מעבודה הגשת התביעה לאחר 12 חודשים עלולה לפגוע בתקופת הזכאות לתשלום (לפי סעיף 296 ו/או סעיף 107 לחוק הביטוח הלאומי).
- אחרי הגשת התביעה יישלח אליך זימון לוועדה רפואית שתקבע אם הפגיעה הותירה נכות שעבודה תהיה זכאות לקצבה.
- אפשר לקבל ייעוץ והכנה לוועדה הרפואית ללא עלות במרכז "יד מכוונת", *2496 או באתר האינטרנט.

בכבוד רב,
שילון שירן
פקיד תביעות
נפגעי עבודה

העתק:
עו"ד פריינברג אריאל



זכויות נפגע עבודה לקבלת טיפול רפואי

נפגע עבודה זכאי לכל טיפול רפואי שדרוש לו לצורך ריפוי, החלמה ושיקום רפואי בכל הקשור לפגיעה שהוכרה בביטוח הלאומי.

הטיפול הרפואי שאתה זכאי לו כולל: אשפוז (כולל אשפוז סיעודי או טיפול סיעודי בביתך), תרופות, בדיקות רפואיות, צילומים, ניתוחים, מכשירים אורתופדיים וכל אביזר רפואי שדרוש.

שים לב! נפגע עבודה זכאי לטיפול רפואי רק עבור הפגיעה שהוכרה בביטוח הלאומי.

קבלת טיפול רפואי בקופת החולים

קופת החולים שאתה חבר בה תעניק לך את הטיפול הרפואי, כולל טיפול שאינו כלול בסל הבריאות. הקופה מחויבת לתת לך שירותי רפואה לפי מיטב הידע המקצועי, השירותים והמכשור הקיימים במערכת הרפואה הציבורית בישראל, ובהתאם לצורך הרפואי.

המימון לטיפול הרפואי מוסדר בין הביטוח הלאומי לקופת החולים, ואינך צריך לשלם על הטיפול.

הטיפול הרפואי שאתה זכאי לקבל מקופת החולים עבור פגיעתך שהוכרה, כולל:

- **תרופות** – אתה פטור מתשלום עבור תרופות, או זכאי להחזר כספי בהתאם למחירן של קופת החולים.
- **בדיקות רפואיות** – אתה פטור מתשלום עבור ביקורים אצל רופא, בדיקות, טפסי התחייבות צילומים וטיפולים במכונים, או זכאי להחזר כספי בהתאם למחירן של קופת החולים.
- **ציוד רפואי** – אתה פטור מתשלום עבור ציוד רפואי, או זכאי להחזר כספי בהתאם למחירן של קופת החולים.
- **החזר נסיעות** – אתה זכאי להחזר הוצאות נסיעה לצורך קבלת טיפול רפואי לפי התעריפים המקובלים בתחבורה הציבורית, ולאחר אישור של רופא הקופה. אם רופא הקופה קבע כי מצבך הבריאותי אינו מאפשר שימוש בתחבורה ציבורית, אתה זכאי להחזר עבור נסיעה באמצעי תחבורה אחרים כמו מונית או אמבולנס.
- **פינוי באמבולנס ביום הפגיעה** – אם ביום הפגיעה אמבולנס פינה אותך לצורך קבלת טיפול רפואי ראשוני, אתה זכאי לקבל החזר הוצאות עבור הפינוי מקופת החולים.

כדי לקבל את הטיפול הרפואי, עליך לפנות לקופת החולים שאתה חבר בה, ולהציג את אישור ההכרה בפגיעתך ואת פרוטוקול הוועדה הרפואית, לפי בקשת הקופה.

רופא קופת החולים הוא שקובע את היקף הטיפול הרפואי. באפשרותך לערער על החלטת רופא הקופה – את הערעור עליך להגיש בהתאם לסוג הטיפול:

- טיפול הכלול בסל הבריאות – עליך להגיש ערעור לנציבות קבילות הציבור במשרד הבריאות.
- טיפול שאינו כלול בסל הבריאות – עליך להגיש ערעור למחלקת נפגעי עבודה בסניף הביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך.

קבלת טיפול רפואי באופן פרטי

אתה עשוי להיות זכאי לטיפול רפואי פרטי במקרים הבאים בלבד:



דמי פגיעה

טל: 04-8812345 או *6050
פקס: 03-9114822
שעות מענה: א-ה 08:00-17:00
קבלת קהל: זימון תור בטל *8321
זימון תור ב- *8321

שירות חדש: זימון תור *8321

סניף: פתח תקוה
רוטשילד 72
פתח תקווה 4947332

תיק: 317871960-60-02

דף 3 מתוך 3

- **עזרה רפואית ראשונית דחופה** - כאשר אין באפשרותך לקבל את הטיפול במסגרת קופת החולים.
- **טיפול רפואי בהסכמת הקופה** - טיפול רפואי פרטי שהקופה הסכימה מראש ובכתב לממן אותו, על אף שלא בוצע אצלה.
- **טיפול שיניים** - תוכל לקבל מקופת החולים החזר הוצאות על טיפול שיניים. רצוי לתאם את טיפולי השיניים עם קופת החולים טרם ביצועם, כדי שתדע מראש אלו טיפולים הקופה תממן ומה סכום ההחזר. ההחזר משולם בתנאים הבאים:
 1. רופא קופת החולים קבע את טיפול השיניים בהתאם לפגיעה שהוכרה.
 2. החזר ההוצאות יהיה לפי תעריף קופת החולים.

אנו מאחלים לך בריאות והחלמה מהירה!



תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה ולתשלום גמלת נכות מעבודה

את התביעה יכול להגיש רק מי שאושרה תביעתו לדמי פגיעה עקב התאונה.

הגשת תביעה לנכות מעבודה

גמלת נכות מעבודה משולמת למי שהוכר על ידי הביטוח הלאומי כנפגע בעבודה, ונותרה לו נכות עקב הפגיעה. על המבוטח להופיע בפני ועדה רפואית שתקבע את דרגת נכותו, ובהתאם לכך תשלום לו קצבה חודשית או מענק, לפי הוראות החוק. **שים לב, גם אם חזרת לעבודה או לא נעדרת מהעבודה, אתה יכול להגיש תביעה לגמלת נכות מעבודה.**

חובה לצרף לטופס זה

- מסמך רפואי מהרופא המומחה שטיפל בך בקופת חולים או בבית חולים, עבור כל מגבלה או בעיה רפואית שתציין בטופס התביעה, ואשר טרם הובאה לידיעת ביטוח לאומי.
- אישורים לפי הנדרש בטופס התביעה.

כיצד יש להגיש את התביעה

- יש למלא את התביעה על פי ההנחיות הרשומות בה, ולצרף אישורים נוספים על פי הנדרש בתביעה.
- את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:
 - למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי www.btl.gov.il, ולשלוח אונליין עם המסמכים הנוספים לסניף המטפל.
 - למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
 - לשלוח בדואר, בפקס או בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
- לשאלות וביירוים ניתן לפנות להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il.

על פי החוק, הקצבה תאושר לכל היותר עבור 12 החודשים שקדמו להגשת התביעה.

לידיעתך !

- לאחר הגשת התביעה, תוזמן לבדיקה בוועדה רפואית. זימונך לוועדה יתאפשר רק לאחר שתמציא מסמכים רפואיים עבור כל המגבלות שתציין בסעיף 5.
- באפשרותך לקבל שירותי ייעוץ והכנה לוועדה הרפואית ללא תשלום במרכז יד מכוונת. לקביעת פגישה יש להתקשר לטלפון *2496.
- מידע על מקבלי גמלת נכות מעבודה מועבר לגורמים שונים, לצורך מיצוי זכויות.
- לשאלות וביירוים ניתן לפנות להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט/יצירת קשר.
- מידע מורחב על קצבת נכות מעבודה מופיע באתר הביטוח הלאומי/קצבאות והטבות/נכות מעבודה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה

**תביעה לקביעת דרגת נכות
מעבודה ולתשלום גמלת**

נכות מעבודה

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	
מס' זהות / דרכון	סוג המסמך
דפים	

חותמת קבלה

1

פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
מין ☐ זכר ☐ נקבה	עיסוק ☐ שכיר ☐ מתנדב ☐ עצמאי	מספר אישי בצה"ל
תאריך לידה	שנה	חודש
יום		

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:			

אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:

שם משפחה איש קשר	שם פרטי איש קשר	מס' זהות איש קשר ס"ב

☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	מיקוד

2

פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה	שנה	חודש	יום
פרטים על הפגיעה			

3

פרטי מקום העבודה – אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון , אנא מלא סעיף 3א'

שם מקום העבודה / העסק / הגוף השולח לפעולת ההתנדבות						טלפון
שכיר - שם, טלפון וכתובת מקום העבודה עצמאי - שם, טלפון וכתובת העסק מתנדב - שם הגוף השולח לפעולת ההתנדבות						
רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד	
המקצוע ערב הפגיעה:						

3א

פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות				טלפון קווי
☐ צה"ל ☐ משמר הכנסת ☐ שב"ס ☐ משא"ז ☐ משטרה ☐ אחר				טלפון נייד
רחוב/תא	מס' בית	יישוב	מיקוד	מס' פקס
תאריך כניסה לשירות קבע _____ תאריך סיום השירות בקבע _____				
האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה ☐ כן ☐ לא אם הוגשה על ידך תביעה ונדחתה, נא צרף העתק ממכתב הדחיה.				

4

פרטי הטיפול רפואי

האם נזקקת לאשפוז עקב הפגיעה: ☐ לא ☐ כן, פרט _____ שם בית החולים _____		
האם נעשו לך בדיקות עקב הפגיעה (צילומי רנטגן, CT, MRI, וכד')? ☐ לא ☐ כן, פרט _____ שם המוסד הרפואי שבו נעשו הבדיקות וכתובתו _____		
אם יש בידך צילומים או תוצאות בדיקות, נא לצרפם לטופס התביעה. אני מובטח בקופ"ח _____ ציין בטבלה שלהלן את שמות הרופאים שטיפלו בך או עדיין מטפלים בך:		
שם הרופא	תחום מומחיות	כתובת המרפאה

5

המגבלות שיש לך עקב הפגיעה שבגינן אתה תובע גמלה

המסמך או התיעוד הרפואי הקשור למגבלה שציינת	המגבלות או הכאבים שמהם אתה סובל

האם סבלת בעבר ממגבלות או כאבים דומים לאלה שציינת בטבלה למעלה?
☐ לא ☐ כן, פרט: _____

6

חזרה לעבודה

האם חזרת לעבודה לאחר הפגיעה?

☐ כן - חזרתי לאותה העבודה

☐ כן - חזרתי לעבודה אחרת. פרט _____

שם המעביד וכתובתו _____

תאריך החזרה לעבודה _____

☐ לא חזרתי לעבודה - ציין את הסיבה _____

7

שליטה בשפה העברית

☐ אני לא שולט בשפה העברית. אני דובר _____

☐ לוועדה אגיע עם מלווה דובר עברית

☐ לוועדה לא אגיע עם מלווה דובר עברית

8

פרטים על תשלומים

האם אתה מקבל או זכאי לתשלום או תגמול ממשד הביטחון?

☐ לא ☐ כן - ציין את סוג התשלום _____ מס' תיק באגף השיקום _____

האם הגשת או שאתה מתכוון להגיש תביעה לפיצויי נזיקין בגין המקרה?

☐ לא ☐ כן - ציין את שם הנתבע _____

9

סיוע וייצוג בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ לא ☐ כן,

הגוף המייצג או המסייע: ☐ עורך דין ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוונת ☐ בית חולים ☐ עמותה

☐ אחר _____

שם גורם מייצג או מסייע	כתובת	טלפון

תאריך תחילת התקשרות: _____

10

פרטי חשבון הבנק של התובע

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:

שמות בעלי החשבון

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום: ☐ לחשבון הקיבוץ / המושב ☐ לחשבוני הפרטי

אני השותף בחשבון הבנק של ת"ז _____ שם _____ מתחייב להשתמש בכספי הגמלה שיופקדו בחשבון, בעבור מקבל הגמלה.

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימה על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיופי הכוח, במהלך תקופת הזכאות ולאחריה.

אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות, או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושכי התשלומים.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל ו/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחילופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישה.

תאריך _____ חתימת מקבל הגמלה ✕ _____ חתימת השותפים לחשבון ✕ _____

11

הצהרה

אני החתום מטה, מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.

ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה, על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

ידוע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי. במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

☐ אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותי לגורמים נותני ההטבות.

תאריך _____ חתימת התובע ✕ _____ חתימת התובע ✕ _____

אם התביעה לא חתומה ע"י התובע. נא לציין את הסיבה לכך, את שם החותם, כתובתו ומס' זהותו. אם התביעה נחתמה בתביעת אצבע, נא לציין את שם העד לחתימה ומספר זהותו.

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נכות מעבודה



שם הגמלה: נכות מעבודה

1

קוד גמלה 11	מספר זהות/דרכון _____	תאריך הפגיעה שנה חודש יום _____
שם משפחה _____	שם פרטי _____	
חבר בקופת חולים ☐ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר _____		

2

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית שלי ומבקש בזה למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו, כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותי.

תאריך _____ חתימת המבוטח x _____

טוגו הנעלה והלבשה בע"מ		תלוש משכורת 9/20		שם העובד : נאוין תמר		סוג משרה: לפי שעות		היקף משרה: משתנה		תעריף שעה בסיסי: 30.00		תקן שעות: 182.00		תקן ימים: 26.00		ימי עבודה: 10.00		ש' עבודה: 75.90		שנות ותק: 0.09		תאריך ותק: 30/08/2020		תחילת עבודה: 30/08/2020	
חומה ומגדל 2 תל אביב 67771		טל: 03-6362300		פקס: 03-6884400		ת"ד: 31787196-0		מס' עובד: 17396		תאריך סיום עבודה:		תיק נ.ב"ל 93568517200		תיק ניכויים 935685172		תיק במ"ה 513301952									
מס הכנסה שולי 10%		מס ביטוח לאומי		מס בריאות		מס הכנסה שולי 10%		מס ביטוח לאומי		מס בריאות		מס הכנסה שולי 10%		מס ביטוח לאומי		מס בריאות		מס הכנסה שולי 10%		מס ביטוח לאומי		מס בריאות		מס הכנסה שולי 10%	
2,116.00		120.00		194.38		8.25		139.00																	
70.53		5.18		0.18		1.00																			
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00																	
30.00		120.00		37.50		45.00		139.00														</			

08/03/21 תאריך הדפסה

[illegible]

281.90	סה"כ תשלומים
8.70	ניכויי חובה וגמל
273.20	שכר נטו
	סי"ה ניכויי רשות
273.20	נטו לתשלום

מחירים		מחירים		מחירים	
מחיר	מחיר	מחיר	מחיר	מחיר	מחיר
282.00	281.90	282.00	281.90	107.00	107.00
599.50	599.50	599.50	599.50	2.00	1.99
2.75	2.75	2.75	2.75	2.75	2.75

צורת תשלום: העברה בנקאית/מס"ב
בנק/סניף: 10/851
חשבון: 34868200

תעריף ממוצע לשעת עבודה = 30.00 ₪

שכר מינימום לחודש: 5.300.00 שכר מינימום לשעה: 29.12 חתימה

הופה ע"י: טו גו הנעלה והלבשה בע"מ באמצעות "משנת טריו" של עוקץ מערכות בע"מ

07/01/21 תאריך הודעה

1 מתוך 1

30/08/2020 : תחילת עבודה : 30/08/2020 : תאריך ותק :	תלוש משכורת 11/20	טוגו הנעלה והלבשה בע"מ חומה ומגדל 2 תל אביב 67771 טל : 03-6362300 פקס : 03-6884400
שנות ותק : 0.25 ש' עבודה : 23.65 מתוך : 220.00 ימי עבודה : 4.00 מתוך : 26.00 תקן שעות : 182.00 תקן ימים : 26.00 תעריף שעה בסיסי : 30.00	שם העובד : נאויין תמר ת"ז : 31787196-0 מס' עובד : 17396 תאריך סיום עבודה : סוג משרה : לפי שעות היקף משרה : משתנה	תיק.נ.ב.יל : 93568517200 תיק ניכויים : 935685172 תיק במ"ה : 513301952

סכום	ניכויים	סכום לתשלום	גילום	שווי למס	תעריף	כמות	תיאור תשלום
3.00 26.00	מס הכנסה שולי 10% ביטוח לאומי מס בריאות	709.50 50.00 91.00			30.00 50.00 91.00	23.65 1.00	משכורת נסיעות בונוס הערכה ועמידה ביעדים
סכום		ניכויי רשות					

שם הקופה	סוג	שכר לגמל	תגמולים	פיצויים	א.כונשר	שונות
סה"כ תשלומים	850.50					
ניכויי חובה וגמל	29.00					
שכר נטו	821.50					
סי"ה ניכויי רשות						
נטו לתשלום	821.50					

תשלומים	חודשי	מצטבר	ניכויים	מצטבר	העדרויות
שכר	850.50	3,774.00	מס הכנסה	35.00	תאור
שכר נוסף			ביטוח לאומי	281.00	חופשה
שכר גמל			בריאות		מחלה
שכר ק"ה	850.50	3,774.00	גמל 25%		מילואים
שכר חייב מ"ה	850.50	3,774.00	גמל 35%		הבראה
שכר פטור מ"ה	602.25	1,806.75	ג. מנהלים		
שכר תייב ב"ל			ק. השתלמות		
שכר ערך נ"ז			סעיף 47		
זיכוי נוסף			יתרת הלוואה		
זיכוי גמל					
זיכוי ס' 47					
זיכוי י"פ					
זיכוי משמרות					
פטור מיזחד					

חודשי עבודה	מספר	חישוב
חודשי	מספר	מחזור
העבודה	מחזור	מחודש
89_1	3	0

הודעות : מזל טוב ליום הולדתך	צורת תשלום : העברה בנקאית/מס"ב בנק/סניף : 10/851 חשבון : 34868200
תעריף ממוצע לשעת עבודה = 0.00 ש"ח	
שכר מינימום לחודש : 5,300.00 שכר מינימום לשעה : 29.12 חתימה	
הופק ע"י : טוגו הנעלה והלבשה בע"מ באמצעות "משכורת טריז" של עוקץ מערכות בע"מ	

30/08/2020

תחילת עבודה:

30/08/2020

תאריך ותק:

0.52

שנות ותק:

35.00

ש' עבודה:

5.00

ימי עבודה:

26.00

תקן שעות:

30.00

תקן ימים:

30.00

תעריף שעה בסיסי:

3/21

תלוש משכורת

שם העובד: נאויין תמר

מס' עובד: 17396

מס' ת"ז: 31787196-0

תאריך סיום עבודה: 05/03/2021

היקף משרה: משתנה

סוג משרה: לפי שעות

טוגו הנעלה והלבשה בע"מ

זומה ומגדל 2 תל אביב 67771

03-6884400 פקס: 03-6362300

93568517200

תיק נ"ב

935685172

תיק ניכויים

513301952

תיק במ"ה

סכום	ניכויים	סכום לתשלום	גילום	שווי למס	תעריף	כמות	תיאור תשלום
3.00	מס הכנסה שולי 10% ביטוח לאומי מס בריאות	95.00 12.00 174.90			30.00 12.00 30.00	3.17 5.83	שכורת סיעות דיון חופשה
5.70	54הלמן אלדובי קרן פנ						
סכום	ניכויי רשות						

שם הקופה	סוג	שכר לגמל	תגמולים	פיצויים	א. כושר	שונות
54הלמן אלדובי קרן פ	גמ/פנ	95.08	6.18	5.70		
סה"כ תשלומים		281.90				
ניכויי חובה וגמל		8.70				
שכר נטו		273.20				
סי"ה ניכויי רשות						
נטו לתשלום		273.20				

חודשי	מצטבר	ניכויים	מצטבר	העדרויות
תשלומים	281.90	מס הכנסה	282.00	תאור
שווי למס		ביטוח לאומי		חופשה
שווי גמל		בריאות		מחלה
שווי ק"ה		גמל 25%	3.00	מילואים
חייב מ"ה	281.90	גמל 35%	6.00	הבראה
פטור מ"ה		ב. מנהלים		
חייב ב"ל	107.00	ק. השתלמות		
ערך נ"ז	599.50	סעיף 47		
זיכוי נוסף		יתרת הלוואה		
זיכוי גמל	1.99	מצב משפחתי		
ניכוי ס' 47		רווקה		
הנחת י"פ		נ"ז	2.75	
זיכוי משמרות		% מס קבוע		
פטור מיוחד		% הנחת י"פ		
		תיאור מס		

צורת תשלום:

העברה בנקאית/מס"ב

בנק/סניף: 10/851

חשבון: 34868200

הודעות:

תעריף ממוצע לשעת עבודה = 30.00 ש"ח

שכר מינימום לחודש: 5,300.00

שכר מינימום לשעה: 29.12

חתימה

הופק ע"י: טוגו הנעלה והלבשה בע"מ

באמצעות "משכורת טריו" של עוקץ מערכות בע"מ

11/04/21 תאריך הדפסה

08/09/20 תאריך הדפסה



עמוד 1 מתוך 2

מספר זהות: 317871960
כ"ח חשון תשפ"ב
03 נובמבר 2021

לכבוד
תמר נאויין

הנדון: החלטת הוועדה הרפואית

שלום,

1. במסגרת תביעתך לקצבת נכות מעבודה (תאריך פגיעה 02/09/2020), קבעה לך הוועדה הרפואית המסכמת מיום 01/11/2021 אחוזי נכות לפי הפירוט הבא:

התקופה	הנכות הרפואית
מ-08/09/2020 עד-31/12/2020	10.0 %
מ-01/01/2021 ואילך (נכות קבועה)	0.0 %

2. הטיפול בתביעתך הועבר לפקיד התביעות בנפגעי עבודה בסיום התהליך, ישלח אליך מכתב החלטה בנוגע לזכאותך.

לתשומת לבך
אם אינך מסוגלת לעבוד בכל עבודה שהיא ואין לך הכנסה מעבודה או עסק, הינך רשאית להגיש תביעה להכיר בך כ"נכה נזקקת".
הכרה כ"נכה נזקקת", עשויה לזכותך בהגדלת קצבת הנכות ל- 100%, לתקופה שלא תעלה על 4 חודשים. את התביעה הינך מתבקשת להגיש תוך 15 יום מקבלת הודעה זו על טופס שניתן להשיג בסניף מגורייך או באתר האינטרנט.

זכותך
לערעור
זכותך וזכות המוסד להגיש ערר לוועדת עררים על אחוזי הנכות הרפואית את הערר יש להגיש בטופס ב.ל. 247 לאחד מסניפי הביטוח הלאומי תוך 60 ימים ממכתב זה. ניתן להוריד את הטופס באתר האינטרנט או לבקש מהמוקד הטלפוני שיישלח אליך טופס בדואר. לידיעתך, גם לאחר שתגיש ערעור, תהיה רשאי בכל שלב משלבי הדיון לחזור בך מהערעור ולבטלו.

לשירותך

בסניף ליד ביתך
אשנב ראש העין,



במוקד הטלפוני
*6050 או 04-8812345
שעות מענה:
א-ה 8:00-17:00



באתר האינטרנט
www.btl.gov.il



בכל שאלה אנחנו לשירותך.

בברכה,
איכראם עאמר
מזכירות ועדות רפואיות

העתק:
עו"ד אריאל פרייברג



דוח ועדה רפואית

תמר נאוויין, מספר זהות 317871960

סניף המגורים סניף ראשי פתח תקוה	סניף הוועדה סניף ראשי פתח תקוה	מספר ועדה NV-8204-2400	תאריך הוועדה 01/11/2021
------------------------------------	-----------------------------------	---------------------------	----------------------------

פרטים אישיים

שם:	מספר זהות:	תאריך לידה:	מגדר:	כתובת למשלוח דואר
תמר נאוויין	317871960	18/12/1996	נקבה	שבזי 10/40, ראש העין 4802110
טלפון:				

פרטי התביעה

תאריך הפגיעה 02/09/2020	תיאור הפגיעה מעמד תעסוקתי: שכיר חנות נעליים תיאור המקרה: חבלה בעת שסגרה את הדלת, הדלת התנפצה מהות המקרה: חתכים מרפק שמאל
----------------------------	---

תשלום דמי פגיעה

תקופות שבהן אושרו דמי פגיעה

מתאריך 03/09/2020	עד תאריך 07/09/2020	פירוט 5 ימים
----------------------	------------------------	-----------------

נוכחות בדיון

התובעת נכחה בדיון עורך דין נכח בדיון	זהותה ופרטיה אומתו לפי תעודת זהות אריאל פרייברג, זהותו ופרטיו אומתו לפי תעודת זהות
---	---

משתתפי הוועדה

ד"ר לייבה אריה וילנסקי נורית לזין	כירורגיה אורטופדית מזכיר הישיבה
--------------------------------------	------------------------------------

דברי התובע

פירוט הליקויים מפי התובע ובאי כוחו

לקוח	עושה פילאטיס , מטפלת בזה כיד להרחיב את התנועה כמה שאפשר ולמצב את ההגבלות ע"מ לחזור למה שהיה
עורך דין	דלת זכוכית התנפצה עליה ולמזלה הזכוכיות פגעו במרפק חתך חוטא והודבק ובמשך תקופה למעשה נמנעה מלהשתמש ביד בעצימות גבוהה , עשתה פיזיו , עודנה במעקב רפואי עד היום סובלת מצלקת מכערת ומכאבים והגבלה בתנועות המרפק . יד ימין דומיננטית

מצב תעסוקתי לאחר הפגיעה

החל עבודה חדשה בתאריך: | במקצוע: עבודה משרדית במשרה חלקית
קיימת ירידה בהכנסה, עבודה חלקית בלי הרבה משמרות אני גם סטודנטית, גם בתאונה למדתי

הצהרה

הצהרה של תמר נאוויין

- אני מאשרת כי הפרטים הרשומים מעלה הינם כפי שמסרתי לוועדה הרפואית
- אין הכרות קודמת/טיפול/קבלת חוות דעת חבר הוועדה: נורית לוין, ד"ר לייבה אריה וילנסקי
- אני מסכימה להיבדק על ידי חברי הוועדה

חתימה:



ממצאים

מסמכים

רשימת המסמכים המלאה שעמדה בפני הוועדה נמצאת בנספח

בדיקה

הועדה עיינה בתיק הרפואי נמצאים מיום הארוע תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה בה נרשם: " בעת עבודתה בחנות התפוצצה דלת זכוכית ומס' חתכים שטחיים ללא דימום במרפק שמאל" מאז עד הביקור במכבי שירותי בריאות מ 11.8.2021 לא נמצאו ביקורים לגבי פגיעה במרפק שמאל.
ב 11.8.2021 (שנה לאחר מכן) " צלקות סגורות תקינות במרפק שמאל טווח מלא יישור כיפוף ופרוסופינציה רגישות באזור אפיקונדיל לטרלי כח גס שמור "
בבדיקה כיום צלקת עדינה באורך כ 1 ס"מ בצד החיצוני מרפק שמאל תנועות כיפוף ופרוסופינציה מלאים יישור 20- מעלות (מוסרת על כאבים) כח גס שמור תחושה שטחית תקינה.

מסקנות

המצב צמית. לא נותרה מגבלה אובייקטיבית קלינית המקנה נכות צמיתה הקשורה לארוע הנידון.

אבחנות**אבחנות**

אבחנה	איבר / צד	תקופה	דגשים
פצע פתוח בכף היד (למעט אצבעות 882 - בלבד)	שמאל	02/09/2020	קיים קשר סיבתי

תקנה 15

בחינת תקנה 15 התייתרה

החלטה

קביעת אחוזים רפואיים

תקופה	אבחנה	סעיף ליקוי	אחוז הנכות הנובע מהפגיעה	הערות
מ: 08/09/2020 עד: 31/12/2020	פצע פתוח בכף היד (למעט אצבעות בלבד) - שמאל	10%	10% זמני	
מ: 01/01/2021	פצע פתוח בכף היד (למעט אצבעות בלבד) - שמאל	אין נכות	אין נכות	

שקלול הנכות הרפואית

מתאריך	עד תאריך	מידת נכות	אחוז נכות משוקלל	שקלול לפטור ממס
08/09/2020	31/12/2020	זמני	10%	10%
01/01/2021		אין נכות	אין נכות	0%

■ מ- 01/01/2021 ואילך נקבעה לך אין נכות

הצהרה של חברי הועדה

הצהרה של: ד"ר לייבה אריה וילנסקי

אני מצהיר בזאת כי

- לא נתתי לתובעת חוות דעת או אישורים רפואיים בקשר למצבו הרפואי
- איני הרופא המטפל של התובעת
- לא קיימת קרבה משפחתית/היכרות אישית ביני לבין התובעת
- לא קיימים קשרי עבודה או קשר עסקי עם בא כוח התובעת
- לא עמדה בפני חוות דעת ממנהל המחלקה/מנהל בית החולים בו אני עובד

מסמך זה חתום דיגיטלית על-ידי:

שם: ד"ר לייבה אריה וילנסקי מ"ר 9126

רופא מומחה בכירורגיה אורטופדית, מת"מ 7716

הצהרה של מזכיר הוועדה: נורית לויין

אני מצהירה בזאת כי לא קיימת קרבה משפחתית או היכרות אישית ביני ובין התובעת ואיני נמצאת בניגוד עניינים על פי הכללים שקבע המוסד לביטוח לאומי.

מסמך זה חתום דיגיטלית על-ידי:

שם: נורית לויין

נספח 1 מסמכים שעמדו בפני הוועדה

שם המסמך	תאריך המסמך
תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה (בל 200)	17/08/2021
תעודה ראשונה לנפגע בעבודה First documentation for work injury	03/09/2020
סיכום פיזיותרפיה	23/05/2021
הפניה לדימות	11/08/2021
הפניה לפרוצדורה	11/08/2021
תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה	15/10/2020
אישור מעסיק על שכר בטופס תביעה לנכות (בל 7801 עמ' 6)	13/10/2020
גליון התייעצות עם רופא המוסד	26/08/2021
תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה	29/08/2021
פרוטוקול נפגעי עבודה	17/10/2021

נספח מונחים

לנוחותך, הסבר קצר על מושגים שבדו"ח הוועדה ברפואית:

- מהו סעיף ליקוי?
בתקנות הביטוח הלאומי (קביעת דרגת נכות לנפגעי עבודה) יש רשימה של ליקויים רפואיים שמסודרים לפי סעיפים. כל סעיף מפרט את הליקוי הרפואי ואחוז הנכות שלו.
- מהו שקלול לפטור ממס?
פטור ממס הכנסה ניתן למי שנקבעו לו לפחות 90% נכות לצמיתות או לתקופה זמנית של מינימום 185 יום.
מי שנקבעו לו 75% נכות ומעלה, יתכן ויהיה זכאי להקלות מס אחרות כגון: בקופות גמל.
על מנת למצות זכות זו יש לפנות למס הכנסה.



עמוד 1 מתוך 1

מספר זהות: 317871960
י"ח שבט תשפ"ב
20 ינואר 2022

לכבוד
תמר נאויין

הנדון: החלטת הוועדה הרפואית לעררים

שלום,

- כללי
1. במסגרת תביעתך לקצבת נכות מעבודה (תאריך פגיעה 02/09/2020) החליטה ועדת הערר מיום 11/01/2022 לדחות את הערעור.
2. לנוחיותך מצורף העתק של פרוטוקול הוועדה הרפואית.

זכותך לערעור

החלטת הוועדה לעררים היא סופית, אך ניתן לערער עליה בשאלת חוק בלבד בפני בית הדין לעבודה שכתובתו: הרב ניסנבום יצחק 7, בת ים 5962012.

את הערעור לבית הדין יש להגיש תוך 60 יום מקבלת הודעה זו. יש לצרף העתק מההודעה לכתב הערעור

אם ברצונך לפנות לבית הדין - באפשרותך להיעזר ב**לשכה לסיוע משפטי** ברחוב סולד הנרייטה 4, תל אביב יפו 6492404, מספר טלפון: 1700-706044. הלשכה לסיוע משפטי תבדוק אם יש לתביעתך סיכוי סביר מבחינת הדין, העובדות או הראיות ותחליט בהתאם לכך בדבר מתן סיוע.

בכל שאלה אנחנו לשירותך.

בברכה,
אירינה בריילובסקי
מזכירות הוועדה הרפואית

העתק:
עו"ד אריאל פרייברג

לשירותך

בסניף ליד ביתך
אשנב ראש העין,



במוקד הטלפוני
6050 או 04-8812345
שעות מענה:
א' עד ה' מ- 8:00 עד 17:00



באתר האינטרנט
www.btl.gov.il





דוח ועדה רפואית לערר

תמר נאוויין, מספר זהות 317871960

סניף המגורים סניף ראשי פתח תקווה	סניף הוועדה סניף ראשי רמת גן	מספר ועדה NV-11083-3900	תאריך הוועדה 11/01/2022
-------------------------------------	---------------------------------	----------------------------	----------------------------

פרטים אישיים

שם:	מספר זהות:	תאריך לידה:	מגדר:	כתובת למשלוח דואר
תמר נאוויין	317871960	18/12/1996	נקבה	שבזי 10/40, ראש העין 4802110
טלפון:				

פרטי התביעה

תאריך הפגיעה 02/09/2020	תיאור הפגיעה
	- מעמד תעסוקתי: שכיר חנות נעלים - תיאור המקרה: חבלה בעת שסגרה את הדלת, הדלת התנפצה - מהות המקרה: חתכים מרפק שמאל

תשלום דמי פגיעה

תקופות שבהן אושרו דמי פגיעה	מתאריך	עד תאריך	פירוט
	03/09/2020	07/09/2020	5 ימים

החלטה אחרונה מתאריך 01/11/2021

נכות רפואית	מתאריך	עד תאריך
10.0%	08/09/2020	31/12/2020
נכות רפואית	מתאריך	עד תאריך
אין נכות	01/01/2021	

נוכחות בדיון

התובעת נכחה בדיון עורך דין נכח בדיון	זהותה ופרטיה אומתו לפי תעודת זהות אריאל פרייברג, זהותו ופרטיו אומתו לפי תעודת זהות
---	---

משתתפי הוועדה

ד"ר יעקב בן דוד	אף אוזן גרון
ד"ר רמי דוד	כירורגיה אורטופדית
ד"ר ויטלי יופה	נירולוגיה
שאול ריג'ניאנו	מזכיר הישיבה

דברי התובע

פירוט הליקויים מפי התובע ובאי כוחו

לקוח	הפציעה ממש מפריעה לי ברמת היום יום, כשכותבת סמינריון היד נתקעת לי, במשך שעות כשהזמן עובר כשכותבת היד לא זזה ויש כאבים, עושה מה שלמדו אותי בפיזיותרפיה, קמה בבוקר שהיד לא בתפקוד מלא במיוחד בחורף, קשיי להוריד חולצה מהארון או להרים דברים.
עורך דין	כפי שצוין בערר הועדה הנכבדה דלמטה מצאה הגבלה אשר נבעה במועד הבדיקה מחמת כאב אך חרף זאת לא פסקה נכות אשר הולמת את הכאבים וההגבלה בתנועות מהם סובלת מרשתי כתוצאה מהתאונה, בנוסף ועל אף שאין מודובר בצלקת נרחבת המדובר הוא בדבר אשר יכול וצריך היה להקנות נכות, בנסיבות מבקשים מהועדה הנכבדה לקבוע נכויות זמניות משמעותיות יותר ונכות צמיתה.

מצב תעסוקתי לאחר הפגיעה

חזר לעבודה בתאריך: |
קיימת ירידה בהכנסה, בגלל הפגיעה

הצהרה**הצהרה של תמר נאוויין**

- אני מאשרת כי הפרטים הרשומים מעלה הינם כפי שמסרתי לוועדה הרפואית
- אין הכרות קודמת/טיפול/קבלת חוות דעת חבר הוועדה: שאול ריג'ניאנו, ד"ר יעקב בן דוד, ד"ר רמי דוד, ד"ר ויטלי יופה
- אני מסכימה להיבדק על ידי חברי הוועדה

חתימה:


ממצאים**מסמכים**

רשימת המסמכים המלאה שעמדה בפני הוועדה נמצאת בנספח

בדיקה

דומיננטיות ימנית

בבדיקה: צלקת מזערית באספקט לטרנלי של מרפק שמאל, בניסיון לבדיקת טווי תנועה ניתן להגיע לישור וכיפוף מלאים וכן פרוסופינציה מלאה אך התלוננה על כאבים עזים במהלך הבדיקה (נבדקה בנוכחות עו"ד ובנוכחות כל חברי הוועדה) כאשר התלוננה על כאבים הוצע לתובעת להפסיק את הבדיקה ולהמשיך את הדיון תוך הסתמכות על ממצאי בדיקת האורטופד בדרג א', בהמשך בהסכמתה נבדקה בשינית כאשר הממצאים הדגימו טווחי תנועה מלאים עם תגובת כאב קיצונית מלווה בבכי, היקף זורעות "בקו המשוואה" ללא הבדל משמעותי (פחות מ 0.5 ס"מ), תואם דומיננטיות, אין סימני CRPS בהתייחס לצבע, הדרכיה טמ"פ ומצב טפולות עור.

הוועדה עינה בפרוטוקול דיון קודם מ 01.11.21 בה נמצאה הגבלת יישור 20 מע' (עקב כאב) כיפוף ופוסופנציה מלאות, הועדה עינה בתיעוד רפואי ומציינת את הרישומים הבאים, 11.8.21 (כשנה לאחר התאונה) רושם הרופא "בבדיקתה צלקות סגורות תקינות מרפק שמאל, טווח מלא יישור כיפוף ופוסופנציה, רגישות באזור אפיקונדיל לטרנלי ודיסטלית אליו מחמיר ביישור כנגד התנגדות של אצבע 3 ושורש כף היד"

בביקור 24.11.21 צינה שיפור בכאב, צילום ללא ממצא חריג בבדיקת US תקינה.

מסקנות

הוועדה דוחה את הערר, לא נמצאו ממצאים אובייקטיביים המקנים נכות.

אבחנות

אבחנות

אבחנה	איבר / צד	תקופה	דגשים
(פצע פתוח בכף היד) (למעט אצבעות בלבד) - 882	שמאל	02/09/2020	קיים קשר סיבתי

החלטה

הוועדה הרפואית החליטה לדחות את הערעור על דרגת נכות

הצהרה של חברי הועדה

הצהרה של: ד"ר יעקב בן דוד

אני מצהיר בזאת כי

- לא נתתי לתובעת חוות דעת או אישורים רפואיים בקשר למצבו הרפואי
- איני הרופא המטפל של התובעת
- לא קיימת קרבה משפחתית/היכרות אישית ביני לבין התובעת
- לא קיימים קשרי עבודה או קשר עסקי עם בא כוח התובעת
- לא עמדה בפני חוות דעת ממנהל המחלקה/מנהל בית החולים בו אני עובד

מסמך זה חתום דיגיטלית על-ידי:

שם: ד"ר יעקב בן דוד מ"ר 12137

רופא מומחה באף אוזן גרון, מת"מ 6592

הצהרה של: ד"ר רמי דוד

אני מצהיר בזאת כי

- לא נתתי לתובעת חוות דעת או אישורים רפואיים בקשר למצבו הרפואי
- איני הרופא המטפל של התובעת
- לא קיימת קרבה משפחתית/היכרות אישית ביני לבין התובעת
- לא קיימים קשרי עבודה או קשר עסקי עם בא כוח התובעת
- לא עמדה בפני חוות דעת ממנהל המחלקה/מנהל בית החולים בו אני עובד

מסמך זה חתום דיגיטלית על-ידי:

שם: ד"ר רמי דוד מ"ר 18437

רופא מומחה בכירורגיה אורטופדית, מת"מ 13425

הצהרה של: ד"ר ויטלי יופה

אני מצהיר בזאת כי

- לא נתתי לתובעת חוות דעת או אישורים רפואיים בקשר למצבו הרפואי
- איני הרופא המטפל של התובעת
- לא קיימת קרבה משפחתית/היכרות אישית ביני לבין התובעת
- לא קיימים קשרי עבודה או קשר עסקי עם בא כוח התובעת
- לא עמדה בפני חוות דעת ממנהל המחלקה/מנהל בית החולים בו אני עובד

מסמך זה חתום דיגיטלית על-ידי:

שם: ד"ר ויטלי יופה מ"ר 21157

רופא מומחה בנוירולוגיה, מת"מ 14769

הצהרה של מזכיר הוועדה: שאול ריג'ניאנו

אני מצהיר בזאת כי לא קיימת קרבה משפחתית או היכרות אישית ביני ובין התובעת ואיני נמצא בניגוד עניינים על פי הכללים שקבע המוסד לביטוח לאומי.

מסמך זה חתום דיגיטלית על-ידי:

שם: שאול ריג'ניאנו

נספח | מסמכים שעמדו בפני הוועדה

שם המסמך	תאריך המסמך
ערר לקוח על נכות מעבודה	05/12/2021

החלטת הוועדה – דחיית הערר, ולכן החלטת הוועדה מיום 01/11/2021 תקפה והינה:

קביעת אחוזים רפואיים

תקופה	אבחנה	סעיף ליקוי	אחוז נכות	הערות
מ: 08/09/2020 עד: 31/12/2020	פצע פתוח בכף היד (למעט אצבעות בלבד) - שמאל		10% זמני	
מ: 01/01/2021	פצע פתוח בכף היד (למעט אצבעות בלבד) - שמאל		אין נכות	

שקלול הנכות הרפואית

מתאריך	עד תאריך	מידת הנכות	אחוז נכות משוקלל	שקלול לפטור ממס
08/09/2020	31/12/2020	זמני	10%	
01/01/2021		אין נכות	אין נכות	



پیشہ ورانہ
مکمل
مکمل

ک

TOGO
— NEW LOOK EVERYDAY

WANT
75

