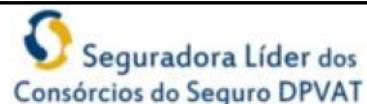


# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170015731      **Cidade:** Fortaleza      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** PAULO CESAR FERREIRA DE SOUSA      **Data do acidente:** 23/07/2016      **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura de mandíbula, fratura de patela esquerda e fratura de clavícula esquerda.

**Descrição do exame médico pericial:** Bloqueio da articulação temporo mandibular (limitação da amplitude bucal).

Bloqueio articular (limitação da flexão) e lesão ligamentar com instabilidade do joelho esquerdo.

Bloqueio articular do ombro esquerdo (limitação da flexão, extensão, rotação interna e abdução)

**Resultados terapêuticos:** Tratamento cirúrgico da mandíbula com pinos.

Tratamento cirúrgico da patela esquerda com fios metálicos.

Tratamento cirúrgico da clavícula com placas e parafusos.

Realizou fisioterapia (40 sessões).

Alta médica (11/01/2017).

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 16/03/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Greive Freitas Cavalcante

**CRM do médico:** 9050

**UF do CRM do médico:** CE

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
<b>Total</b>		<b>62,5 %</b>	<b>R\$ 8.437,50</b>	

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

**Médico revisor:** MARCO ANTONIO TARTARELLA

**CRM do médico:** 41033

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**

