

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180071794      **Cidade:** Brejo da Madre de Deus      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE AMARO VILA NOVA FILHO      **Data do acidente:** 29/10/2017      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura/luxação de úmero proximal esquerdo. Luxação exposta de cotovelo esquerdo. Luxação fechada de cotovelo direito. Fratura de rádio distal bilateral

**Descrição do exame médico pericial:** Hipotrofia muscular e déficit de força do membro superior esquerdo. Curativo cirúrgico no cotovelo esquerdo

**Resultados terapêuticos:** A vítima foi submetida a tratamento cirúrgico com fixador externo no cotovelo esquerdo e com fio de Kirschner no direito. Redução da luxação do úmero e imobilização. Realizou complementação com tratamento fisioterápico. Encontra-se em acompanhamento

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional grave do membro superior esquerdo causada pela consolidação viciosa e pelo bloqueio articular do ombro e cotovelo

**Sequelas:** Com sequelas

**Data da perícia:** 05/03/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais membro superior esquerdo, portanto mantemos a conduta do médico examinador

**Médico examinador:** Leonardo Neves

**CRM do médico:** 17742

**UF do CRM do médico:** PE

## 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 |
|---|--|--|---------------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros superiores | 70 %   | Em grau intenso - 75 %                               | 52,5%         | R\$ 7.087,50          |
| <b>Total</b>  |  |  | <b>52,5 %</b> | <b>R\$ 7.087,50</b>   |

## PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

**Médico revisor:** LUCIA DE FÁTIMA CAHINO DA COSTA HIME

**CRM do médico:** 41076

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**