

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180391411

**Cidade:** João Pessoa

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** VINICIUS UMBURANA COSTA

**Data do acidente:** 25/03/2018

**Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A -  
VIDA E PREVIDÊNCIA

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA LUXAÇÃO DE BACIA , FRATURA EXPOSTA DE FÊMUR ESQUERDO, FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO.

**Descrição do exame médico pericial:** PACIENTE APRESENTA MARCHA CLAUDICANTE, USO DE MULETAS PARA DEAMBULAR, PERDA DE FORÇA DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO (MIE) GRAU 4, ENCURTAMENTO DE 2,5 CM DE MIE, DEFORMIDADE EM VARO DE JOELHO, PERDA DE FLEXÃO JOELHO ESQUERDO TOTAL, QUADRIL COM LIMITAÇÃO IMPORTANTE DE MOVIMENTOS (FLEXÃO 0-90 GRAUS, EXTENSÃO 0-10 GRAUS, ROTAÇÃO INTERNA DOLOROSA, EXTERNA 0-20 GRAUS), TORNOZELO NORMAL. EDEMA RESIDUAL DE MIE.

**Resultados terapêuticos:** PACIENTE DE ENTRADA EM 26/03/2018 COM FRATURA EXPOSTA DE FÊMUR ESQUERDO, FRATURA LUXAÇÃO PÉLVICA ESQUERDA, FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO. SUBMETIDO A FIXAÇÃO EXTERNA DE URGÊNCIA. EM 10/04/2018 FOI RETIRADA FIXAÇÃO EXTERNA E EM 17/04/2018 FEZ TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURAS MÚLTIPLAS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO (DIÁFISE DE FÊMUR, FÊMUR DISTAL, PLATO TIBIAL ESQUERDO). EM 20/04/2018 RECEBEU ALTA HOSPITALAR. FEZ VARIAS SESSÕES DE FISIOTERAPIA E RECEBEU ALTA MÉDICA HÁ 30 DIAS (SIC)

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do membro inferior esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 05/09/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** Nota do revisor: ratificamos o percentual de indenização estabelecido pelo examinador. Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

**Médico examinador:** Douglas Michalane Pires Teixeira

**CRM do médico:** 5336

**UF do CRM do médico:** PB

## 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 inferiores	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50

**PRESTADOR**

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

**Médico revisor:** SILVIO SZTRAJTMAN

**CRM do médico:** 40115

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**

