

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180206286 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** PAULO HENRIQUE CASTRO **Data do acidente:** 21/01/2018 **Seguradora:** BRADESCO AUTO/RE  
COUTINHO COMPANHIA DE SEG

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura de maléolo lateral do tornozelo direito. Fratura de clavícula direita

**Descrição do exame médico pericial:** Limitação de 30% dos movimentos de abdução e 20% de rotação externa do ombro direito. Limitação de 30% dos movimentos de inversão e eversão do tornozelo direito. Instabilidade ligamentar lateral desse tornozelo

**Resultados terapêuticos:** A vítima foi submetida a tratamento conservador com gesso no tornozelo por 30 dias e no ombro por 60 dias. Realizou complementação com tratamento fisioterápico. Evoluiu com consolidação das lesões e obteve alta médica em maio de 2018, sem indicação de qualquer tipo de terapia complementar.

**Sequelas permanentes:** Dano no tornozelo direito e ombro direito por rigidez articular.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 16/05/2018

**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 do ombro direito e tornozelo direito, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

**Médico examinador:** Roberto Mendes Rodrigues

**CRM do médico:** 4600

**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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

**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:**

