

AVALIAÇÃO DO DANO CORPORAL NO BRASIL: BALANÇO E PERSPECTIVAS*

Wellington Barbosa Santos**

Eu gostaria de, inicialmente, agradecer à Comissão Organizadora, especialmente ao Dr. Sebastião de Oliveira, o convite para participar de um evento de proporção tão importante. Tentarei passar aqui algumas coisas daquilo que a gente entende e vê da avaliação do dano corporal no Brasil neste momento.

Coube-me apresentar, sobre essa avaliação do dano corporal no Brasil, o que estamos fazendo, como é que ela está sendo conduzida. É grande a extensão e a quantidade de temas que poderíamos discutir aqui, mas vamos focar basicamente em duas questões que considero bastante polêmicas neste momento, que seria a escolha do perito médico e aquela repercussão laboral permanente, qual seja: qual é a perda de capacidade de ganho e como se pode tentar encontrar um percentual em cima disso.

Antes de iniciar essa fala – acho que não preciso falar muito para identificar o meu sotaque, as minhas origens mineiras, o meu bairrismo mineiro –, eu não poderia deixar de mostrar algumas imagens do meu Estado, alguns postais, não deixando de trazer alguma coisa de Diamantina, terra do Juscelino Kubistchek; um pouco de Ouro Preto, um pouco de Belo Horizonte, um pouquinho dos nossos anjos barrocos, e até mesmo da nossa comida de boteco. Quem não conhece, é convidado a visitar o nosso Estado; quem já foi, será um prazer recebê-los novamente.

Vamos ao nosso tema, que é como se procede à avaliação do dano corporal aqui no Brasil. Na nossa realidade brasileira, quem faz a avaliação do dano é o médico para fornecer dados à autoridade a fim de se determinar uma indenização desse referido dano. Como fica, nessa situação, a escolha do perito médico? A escolha do perito médico, apesar de a regulamentação da atividade médico-pericial já existir de longa data, vamos ver que a profissionalização do perito médico só acontece muito recentemente aqui no Brasil, a partir de

* Este texto constitui uma gravação de exposição oral.

** *Médico do trabalho.*

2012, quando o Conselho Federal de Medicina reconhece como especialização a Medicina Legal e Perícias Médicas.

A Medicina Legal é uma especialidade bastante antiga, mas o reconhecimento de que ela é ligada a perícias médicas é muito recente, deu-se em 2012. A Medicina Legal sempre foi a especialidade médica que esteve voltada para atender aos interesses da Justiça, e o perito médico ficava, às vezes, alheio, e muitas vezes entendíamos que a escolha do perito médico ficava perdida em algumas situações. Vamos ver que operadores do direito ainda tendem a escolher como perito ou como auxiliar de um esclarecimento o melhor especialista da área. E esse melhor especialista da área, que tem competência para tratar de uma determinada condição, como referiu o professor Duarte Nuno – quero um bom ortopedista para fazer a condução de um tratamento ortopédico; preciso de um otorrino para fazer um atendimento naquilo que se refere a um problema auditivo –, nem sempre será um bom perito.

Os esclarecimentos da Justiça, muitas vezes, demandam um estudo de nexos de causalidade, e, evidentemente, esse nexo é para determinar se teria alguma repercussão na sua integridade física, alguma repercussão naquilo que poderia ser, digamos, uma repercussão laboral, um dano estético. Alguns peritos, evidentemente, escolhidos dentre especialistas, naturalmente se encantaram com esse universo pericial, que é um trabalho totalmente investigativo, e, em cima disso, tornaram-se grandes peritos. Outros, no entanto, não conseguiram incorporar esse mundo, e alguns deles começaram a improvisação dos laudos, que, muitas vezes, não ficavam basicamente com respostas de quesitos. O que vemos no comentário do professor é a necessidade de uma formação, de uma qualificação que dotasse de competência esse profissional exatamente para atender às necessidades de um estudo, de um nexo, de uma repercussão daqueles danos verificados.

Dentro da repercussão laboral, o que vemos que ainda continua acontecendo no nosso país, em maior ou menor escala? Há uma necessidade – e isso frequentemente nos é cobrado, nos é solicitado – de colocar qual o percentual de perda da capacidade laboral. Às vezes nos sentimos um tanto acuados para referir essa perda de capacidade laboral, e, mesmo assim, em algumas situações, somos obrigados a utilizar as tabelas. Usamos tabelas brasileiras, que estão extremamente defasadas. Temos basicamente duas tabelas no Brasil, sendo que uma delas já existe desde 1991, que é a tabela Susep. Essa tabela é feita por seguradoras, para atender aos interesses contratuais, e indenizaria aquilo que eles chamam de invalidez permanente parcial. Na realidade, o termo já

II Seminário Nacional de Prevenção de Acidentes de Trabalho

está tão defasado que hoje nem sequer mais se refere à invalidez, mas a uma incapacidade; contudo, a tabela ainda se refere à invalidez parcial.

O dano corporal é o nosso objeto de trabalho, seria o objeto de trabalho tanto da autoridade quanto o objeto de trabalho do médico perito. O que vemos é que, em pleno século XXI, continuamos com essa integridade física totalmente ameaçada pelas mais diversas possibilidades. Temos acidentes de trânsito acontecendo de uma forma assustadora – o volume de óbitos consequentes de acidentes de trânsito no país é alarmante. Hoje, morre-se mais de acidente de trânsito do que de infecção hospitalar.

Os acidentes de trabalho não deixam de nos preocupar, os sequelados dos acidentes de trabalho, que suportam uma série de dificuldades dentro dos seus ambientes de trabalho. A população envelhecendo, vindo com isso uma série de acidentes pessoais. Em cima disso, a atividade pericial não tem como ficar abandonada.

O que vemos como consequência desses acidentes? Vamos ter frequentemente um indivíduo traumatizado, um sequelado; em algumas situações, esses acidentes são tão graves que evoluem rapidamente para o óbito, às vezes imediatamente. Às vezes, um traumatizado, mesmo tratado, pode evoluir para o óbito. Outras vezes, esse traumatizado evolui para uma cura, uma cura sem deixar praticamente nenhuma sequela. Em outras situações, esse indivíduo fica com alguma sequela.

Evidentemente, temos uma perspectiva, e que perspectiva é essa? É a necessidade de uma perícia bem descritiva. O magistrado necessita de um laudo que seja um laudo técnico, onde ele descreva, de forma correta, todos os elementos do dano que são suscetíveis de uma sanção penal, de um benefício, de uma indenização, seja lá o que for, fugindo àquele laudo – e vou plagiar o Dr. Sebastião de Oliveira – pirotécnico que, algumas vezes, ainda chega às mãos dos magistrados. Evidentemente, para fazer uma avaliação dessa, o perito nomeado, com competência para essa tarefa, que é uma tarefa bastante difícil, elaborar um laudo não é uma tarefa simples, terá de partir do estudo do traumatismo. Evidentemente, esse traumatismo tem que ser conhecido para se saber se ele foi suficiente a determinar aquela lesão. Se aquela lesão evoluiu ou não para aquela sequela. Aqui iremos trabalhar também como se fôssemos um operador do direito.

Frequentemente trabalhamos de trás para diante. Vamos ver se aquela sequela foi consequência daquela lesão, e se aquela lesão pode ter sido consequência daquele fato, daquele traumatismo informado. Em cima disso, partimos

II Seminário Nacional de Prevenção de Acidentes de Trabalho

para aquilo que é mais complexo, talvez um dos momentos mais difíceis da perícia médica, que é o estudo do nexos de causalidade. Dentro desse estudo do nexos de causalidade, verificando se existe essa relação de causa e efeito, é fundamental que se descreva o estado anterior. O que seria esse estado anterior? Vou comentar um fato que determina o estudo desse estado anterior. É o caso de um italiano que, de fato, suscita esse estudo. Era um indivíduo já cego de um olho, que perde o segundo olho num acidente. Em cima dessa perda do segundo olho, ele vai receber uma indenização basicamente relacionada à perda de um olho. Então, ele contesta essa situação, referindo que não perdeu um olho, que perdeu a visão. Mas o que seria interessante para o perito médico? Descrever, esclarecer ao juiz que ele perdeu a sua visão, mas ele já possuía uma visão monocular. Então, é importante levar esse esclarecimento para a autoridade, para que ele tenha uma justa indenização, porque quem causa o dano tem de ser responsável pelo dano causado. Ele já não tinha um olho e agora perde a visão, o que não deixa de ser um agravamento daquela condição médica que já existia.

Definido o nexos de causalidade, é fundamental que definamos a data de consolidação. O que seria essa data de consolidação? O momento em que a lesão se fixa, que é o momento em que não adianta partir para outro tratamento; se existe uma limitação da função do tornozelo, se existe uma limitação da função do joelho, seja lá o que for, aquilo já está limitado, não adianta eu partir para fisioterapias, não adianta partir para outros tratamentos, porque a lesão está definida. Essa data de consolidação será um marco que demarca o que é dano temporário e o que é dano permanente.

Dentro dos danos temporários, o professor já citou todos os que são analisados. Em cima dos danos permanentes, é fundamental que se defina essa alteração da integridade física, sendo mais correto falar em déficit funcional permanente. Por meio desse déficit funcional permanente é que teremos condições de falar sobre uma repercussão laboral, sobre um dano estético, etc., os outros parâmetros do dano.

E, afinal de contas, o que seria então esse déficit funcional permanente? O déficit funcional permanente, frequentemente, essa palavra “funcional” – como nosso brasileiro, que comentamos – nos remete à função trabalho, à função labor. Só que, na realidade, talvez a melhor expressão fosse falar de um déficit fisiológico permanente, seria um déficit da parte funcional deste corpo. Talvez a melhor expressão fosse referir a uma alteração da integridade física e psíquica, que nada mais vai ser do que aquela redução definitiva do potencial físico, psíquico-sensorial e intelectual. Isso tem que ser constatado por um médico, por um exame clínico adequado. Esse é um exame especial,

não é um exame clínico habitual, exatamente para se definir para a autoridade qual é essa perda. Habitualmente, esse déficit funcional é traduzido por uma taxa, e, em cima dessa taxa, vem a utilização da tabela.

Já vimos que o professor fez algumas referências às críticas da tabela. Já entendemos a dificuldade de hierarquizar uma função. Não é possível falar se o meu coração vale mais do que o meu pulmão, ou se a minha função cardíaca vale mais do que a minha função neurológica; mas esses números altamente criticados da tabela, produtos de um consenso, de uma convenção, trazem alguns fatos positivos, eles traduzem em número esse déficit funcional, definição que, muitas vezes, nos é cobrada.

Qual é a grande vantagem da tabela? Ela uniformiza a conduta. Um dedo amputado vai ter o mesmo valor se esse dedo é amputado em Brasília, no Rio Grande do Sul, em Minas Gerais ou no Rio Grande do Norte. Então, há uma uniformidade de conduta. A tabela tem crítica sim – existe um manual de patologia sequestrar? Também não é possível –, mas ela uniformiza essas condutas, permitindo, com essa uniformidade, uma reprodutibilidade, permitindo também igualdade, justiça e transparência. O indivíduo, sabendo que aquele dedo tem aquele valor, sabe que por aquilo ele estará recebendo um determinado percentual da sua perda de integridade física.

Outra grande vantagem é tirar a subjetividade do perito. Ou seja, numa fala do professor Oliveira Sá, ela evita os “delírios de generosidade” ou os “excessos de avareza” do perito. Sempre existe aquele perito bonzinho, mas existe aquele perito cruel; então, a tabela tira essa subjetividade, o que se traduz numa situação um tanto mais justa.

Pois bem. As tabelas de quantificação. Essas sempre foram relacionadas com perdas de capacidade de ganho. Na Europa, no início de século XX, existia uma série de sequelados de guerra; esses indivíduos tinham uma perda de capacidade de ganho e, muitas vezes, necessitavam de alguma compensação, alguma indenização, porque não tinham como fazer o sustento de seus domicílios. Coincide com essa época um grande volume de acidentes de trabalho. Então, em cima disso, essas tabelas foram transportadas para acidente de trabalho e tiveram toda a sua propagação exatamente ligada ou vinculada a esses acidentes de trabalho. Em alguns países, são conhecidas como baremas.

No Brasil, pegamos uma influência portuguesa – os portugueses se referem às tabelas – e eu também sempre me refiro a elas. A palavra “barema”, como o professor citou, vem de um matemático, François Barrême, que, exatamente para evitar cálculos enfadonhos, pegava certas situações e determinava uma

II Seminário Nacional de Prevenção de Acidentes de Trabalho

cifra. Transportaram isso para a Medicina. Pegamos determinadas condições clínicas e, em cima dessas condições clínicas, foram colocados determinados valores. Daí colocar que uma perna vale tanto por cento, um braço vale “x” por cento ou um olho vale tal percentual.

Dentre as tabelas mais conhecidas em termos mundiais, sabemos que a mais significativa é a guia da AMA; temos também o Le Concours Médical francês, que tem toda uma inspiração nessa tabela indicativa e que é utilizada pela União Europeia, e temos o privilégio de já ter essa tabela traduzida em português, o que facilita significativamente. Portugal é para nós hoje um momento, digamos, de inspiração, uma fonte de referência, porque Portugal hoje tem um lugar de destaque na Medicina Legal. Temos uma abertura com o professor Duarte Nuno. Ele tem todo esse contato conosco, tem todo esse carinho; então, só temos a agradecer por essa facilidade que ele nos tem promovido. Mas aqui chegamos ao âmago da questão.

A situação que sempre nos deixa muito incomodados. Como vou fazer esse cálculo de uma repercussão laboral? Como vou falar qual é o percentual de perda e de ganho de um indivíduo? O que nós sabemos? Que aquele déficit funcional, aquela perda de integridade física e psíquica, há muitos anos, confunde-se com a repercussão laboral. O professor citou – e acho que quanto mais se falar disso, mais a ideia se sedimenta – que não existe nenhuma proporção, não existe nenhum paralelismo entre a perda de integridade física e a repercussão laboral. Imaginemos o seguinte: o indivíduo perde o dedo; ele é um músico, é um violoncelista, toca piano, etc. Então, essa perda da função do dedo é uma seqüela relativamente pequena, só que com uma grande repercussão laboral. E há outras situações. Às vezes, o indivíduo é paraplégico, tem um traumatismo raquimedular, é cadeirante; só que esse indivíduo é um burocrata, é um gerente de banco; nesse caso, esse indivíduo mantém integralmente a sua capacidade laboral. Naturalmente ele terá alguma dificuldade de acesso para chegar a seu local de trabalho, mas a capacidade laboral dele está totalmente preservada. Então, esse paralelismo: pegar uma Tabela Susep, uma tabela totalmente defasada, transportar isso para uma seqüela grave e falar que esse indivíduo, porque está paraplégico, perdeu 100% da sua capacidade laborativa... Ele depende de uma determinada situação.

Então, o que preciso na hora em que vou fazer a análise de uma alteração da integridade física e psíquica? Sequer preciso saber da profissão daquele indivíduo, porque essa alteração da integridade física vai ser para as atividades da vida diária, para as atividades familiares e para as atividades sociais. Qual é o significado disso? Isso vale para qualquer cidadão. O que vamos perceber?

Exatamente o seguinte: aquele indivíduo que tem dificuldade na movimentação de um ombro, de um punho, quão difícil vai ser para esse indivíduo se alimentar sozinho, como vai ser difícil para ele fazer higiene pessoal, como vai ser difícil para ele atender ao telefone, dirigir o seu carro. Então, isso vale para qualquer cidadão.

O que vamos perceber? Que, para fazer a análise da repercussão laboral, é fundamental que eu tenha noção da perda da integridade física e psíquica. A perda da integridade física e psíquica desse corpo vai ser analisada em cima da função. Posso ter um dedo amputado, ou, às vezes, esse dedo pode estar preservado, só que ele foi esmagado e não tem nenhuma função. Então, é fundamental que eu conheça a parte anatômica, é essencial. E a tendência hoje não é nem falar em perda anatômica, é falar em perda funcional.

Dentro disso, o que preciso? Preciso fazer a análise de uma situação especial, que seria, no caso, a situação trabalho. A tendência hoje é falar que preciso ter uma avaliação tridimensional do dano. O que seria essa avaliação tridimensional? Vou ver a perda anátomo-funcional e a perda anátomo-fisiológica, e qual é a repercussão daquela situação dentro da necessidade que está sendo reivindicada.

Falamos em *handicaps*. Temos várias possibilidades de *handicaps*. A questão é tentar encontrar o lugar certo para o homem certo. Não quer dizer que aquele indivíduo que tem uma sequela está totalmente incapaz, porque ele não está totalmente inválido, ele pode ter outras capacidades. *Handicaps* acontecem no nosso cotidiano. Mais cedo, conversando com a Dra. Viviane, o que nós falávamos? O *handicap*, às vezes, sequer é de uma sequela. Uma pessoa baixinha vai ter dificuldade para abrir um armário mais alto. É um *handicap*. Mas isso pode ser totalmente resolvido se coloco um banquinho. Aquele mais alto, que não vai ter nenhuma dificuldade para abrir o armário, vai ter uma grande dificuldade se sentar dentro de um avião e a perna dele não couber naquele espaço; ele terá de ficar no corredor exatamente para esticar a perna. Então, são várias situações. Avaliação tridimensional é entender que preciso pegar aquela alteração da integridade física, que equivale para qualquer cidadão, e transportar para uma situação especial: trabalho.

Aqui, vimos que déficit funcional e alteração de integridade física não têm nada a ver com repercussão laboral. Mesmo sabendo que existe uma CIF e essa CIF me permite algumas colocações em termos de situação; a CIF vai me fazer exatamente uma análise tridimensional, mas ela não é nada mais do que um instrumento que nos é fornecido pela OMS, que completa a CID. Ou seja, posso ter sequelas iguais com condições de saúde diversas; numa mesma

condição, o fato de eu ter um indivíduo com diagnóstico de hipertensão arterial não quer dizer que esse indivíduo está inválido pelo fato de ser um hipertenso. Às vezes, vou ter graduações dessa hipertensão. O fato de eu ter um indivíduo que tenha dificuldade para subir um lance de escada – essa dificuldade pode ser porque ele tem uma insuficiência cardíaca, mas pode ser perfeitamente porque ele tem uma anquilose no quadril: o quadril não ajuda e ele não consegue subir o degrau.

Então, são situações com sequelas parecidas e com condições médicas distintas. Às vezes, temos a mesma condição médica com situações também totalmente distintas. Então, é aquela hipótese: é um instrumento descritivo, que completa, que facilita, mas a CIF, até hoje, não pode ser entendida como tabela. Temos visto alguns laudos, principalmente de alguns outros colegas de profissão, referindo que a CIF está sendo usada como tabela. A CIF é um complemento, fornecido pela Organização Mundial de Saúde, que clareia e completa o entendimento das diversas condições de saúde.

Mas nós estamos com um problema: temos de arranjar para a autoridade um percentual, temos de falar qual é a perda de capacidade pura. Seria necessário que se encontrasse um instrumento. E esse instrumento teria de estar fundado em alguma teoria, teria de ter alguma garantia de reprodutibilidade, teria de ter alguma descrição qualitativa, alguma função quantitativa, e que fosse um instrumento transparente e um instrumento justo. E conseguimos, em cima disso, uma proposta, que já está publicada na tabela da Associação Nacional de Medicina do Trabalho desde 2012.

Essa proposta parte de um raciocínio extremamente simples. Pegamos os extremos: ele volta para a sua condição de trabalho sem nenhuma interferência. E, no outro extremo, aquele indivíduo que tem uma incapacidade, que tem uma invalidez laboral. E temos um meio. Que meio é esse? Aquele indivíduo que tem uma dificuldade para voltar para sua capacidade laborativa, ou aquele indivíduo que demanda uma reabilitação. Trabalhando em cima de uma escala bem simples, de uma escala de 3 graus: ou o indivíduo tem tudo, ou ele não tem nada, ou ele tem mais ou menos. Em cima disso, começamos a elaborar essas situações, inspirados na CIF, inspirados na avaliação tridimensional do dano da professora Teresa Magalhães.

O que conseguimos? Conseguimos chegar a um determinado ponto em que colocamos uma escala de 5 graus para cada um daqueles intervalos. A partir dessa escala de 5 graus, chegamos a uma escala de 9 graus. Essa escala de 9 graus, além do numeral acima de 9 graus, seria uma escala de difícil processamento para a mente humana; mas ela nos permite, tranquilamente, dar uma

dimensão do dano. Diante disso, como ficamos? Falamos da condição em que aquele indivíduo volta para a sua atividade laboral integralmente; ele estaria na classe 1. Aquele indivíduo que está totalmente impedido de voltar, teria uma incapacidade omniprofissional, estaria na classe 9. Aquele indivíduo que precisa de uma reabilitação está na classe 5.

A partir disso, vamos começar trabalhando com as outras possibilidades. O que seria esse indivíduo em classe 1 em termos de exemplo? Aquele indivíduo, trabalhador braçal, que sofre um acidente e tem um traumatismo abdominal; ele vai ter uma incapacidade temporária – faz uma esplenectomia, mas volta para suas atividades sem nenhum problema em termos de força física, em termos de locomoção. Um indivíduo na classe 2: ele teve um traumatismo, teve uma fratura de tornozelo, mas é um trabalhador manual. Então, na função dele, na execução do seu dia a dia, em suas oito horas de trabalho, ele estará trabalhando sem grandes problemas. Só que ele tem uma dificuldade, às vezes, para pegar uma condução, uma dificuldade de locomoção; então, colocamos esse indivíduo na classe 2. O que seria um indivíduo de classe 3? Ele vai ter um esforço acrescido no seu cotidiano. Ele vai ter, em vez da fratura do tornozelo, se é um trabalhador manual, vai ter uma fratura de punho; então, vai ter um esforço acrescido para realizar o seu trabalho no dia a dia. E uma situação um pouco mais grave, em que ele, além daquele esforço acrescido, demanda uma ajuda técnica; nessa situação, colocamos que ele tem uma perda de grau 4. O grau 5 seria aquele indivíduo que precisa reaprender uma profissão, só que ele vai reaprender uma profissão no mesmo nível técnico profissional, sem nenhuma demanda técnica. Assim, se vou ter uma situação em que ele se reabilita na mesma profissão, no mesmo nível técnico profissional, mas com uma ajuda técnica, vou ter um agravamento maior. O que seria esse indivíduo que se reabilita mantendo o nível técnico profissional, mas sem ajuda técnica? Vamos supor um indivíduo que sofreu um acidente de trabalho e teve um traumatismo craniano; dentro desse traumatismo craniano, ele adquire, como resíduo, uma epilepsia pós-traumática. Ele era um eletricista de campo, subia e descia de poste, e hoje não posso colocar esse indivíduo para subir e descer, mas, do ponto de vista de trabalho com eletricidade, ele pode perfeitamente trabalhar num galpão, onde o risco de queda diminui, mas ele teve uma perda de sua capacidade laboral.

Em situações mais extremas, temos aquele indivíduo que se reabilita num nível técnico inferior. Pego um motorista e não consigo reabilitá-lo para uma profissão equivalente; vou reabilitar esse indivíduo para ser um ascensorista, para ser um porteiro de prédio. Ele mantém uma reabilitação, ele volta para o seu mercado de trabalho, mas num nível técnico inferior. E há ainda a situação

II Seminário Nacional de Prevenção de Acidentes de Trabalho

em que, às vezes, ele vai para um nível técnico inferior, mas tem uma produção aquém daquela esperada.

Em cima disso, gostaríamos de colocar apenas a escala de 1 a 9 graus, mas conversando com algumas autoridades, elas dizem que precisam de um percentual. Então, isso aqui é só uma proposta, é algo para ser estudado, o que ainda demanda um tempo. Colocamos algumas cifras numéricas: 0 a 5 para aquele indivíduo que praticamente não perdeu nada; aquele indivíduo que perdeu 80% da sua capacidade – o professor refere a que acima de 70% são sequelados graves; então, acima de 80% é aquele indivíduo que a gente fala de uma insuscetibilidade de reabilitação, ele está totalmente inválido, numa situação omniprofissional.

Colocamos essas taxas que estão aí como propostas para serem discutidas. Evidentemente que o trabalho pericial não é nada fácil, o médico perito tem de estar estudando sempre, tem de estar compreendendo as situações, e essa é a parte científica da situação. Mas o que é complicado para o perito também: ele tem de ter a arte de descrever para se fazer compreender. Isso é bastante complicado. Falamos a mesma língua, usamos as mesmas palavras, mas essas palavras nem sempre têm o mesmo significado para cada um de nós. Então, temos de lembrar que “apesar das semelhanças, ninguém é igual a ninguém”, aproveitando Carlos Drummond de Andrade, e temos de lembrar que o laudo pericial é uma coisa única, não tem como eu fazer Ctrl+C/Ctrl+V. Temos de nos lembrar dessa individualidade, lembrar que cada avaliação pericial é única. Esse é o recado que eu tinha para vocês.