

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.**

Número do Sinistro: **3180156579**

Nome do(a) Examinado(a): **SEVERINO JOSE DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

**AV JOSE FRAGOSO, 83, c - SAPUCAIA - Cabo de Santo Agostinho - PE - CEP 54505-560**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SDS /PE** ] **4041168**

Data e local do acidente: [ **04/09/2017** ] **Municipio do Cabo Br 101**

Data e local do exame: [ **18/04/2018** ] **Recife** [ **PE** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

**I.** Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

*Traumatismo craniano. Fratura complexa do terço médio da face ( Le fort II ). Ferimento em região orbital à esquerda.*

**II.** Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

*Tratamento cirúrgico com fixação com uso de 23 parafusos e quatro placas, descompressão orbitária, rinosseptoplastia funcional, reconstrução de sulco gengivolabial e sutura do extenso ferimento em face.*

**III.** Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

*Vítima refere dor na face. Ao exame físico vítima apresenta déficit mastigatório com redução da abertura e fechamento da cavidade oral.*

**IV.** Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[ **X** ] Sim [   ] Não

**V.** Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[ **X** ] Sim [   ] Não

**VI.** Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

*Dano crânio facial*

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**

**VII.** Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

**a)** Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

( ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser  
repetida em \_\_\_ dias

( ) "Sem sequela permanente" (Não  
existem lesões diretamente decorrentes de  
acidente de trânsito que não sejam  
suscetíveis de amenização proporcionada  
por qualquer medida terapêutica)

**b)** Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam  
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**Estruturas crânio faciais**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

**VIII.** \* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou  
a valoração do dano corporal.



Dr. Paulo Sérgio Muniz  
CRM 5530

Paulo Sérgio Muniz - CRM: 5530 - PE