

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160625067      **Cidade:** Santa Rita      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE ROBERTO DA SILVA      **Data do acidente:** 09/10/2015      **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMA FACIAL COM FERIMENTO CORTO CONTUSO EXLENTE NA BOCA.

**Descrição do exame** PARESTESIA DE TODA A REGIÃO MENTONIANA, LIMITAÇÃO DA ABERTURA DA BOCA DEVIDO AO TRAUMA DAS  
**médico pericial:** ARTICULAÇÕES TÊMPORO-MANDIBULARES ,DISFUNÇÃO MASTIGATÓRIA PELA PERDA DE SENSIBILIDADE DA  
REGIÃO MENTONIANA E LABIAL INFERIOR.

**Resultados terapêuticos:** TRAUMA FACIAL COM FERIMENTO CORTO CONTUSO EXLENTE NO SULCO GENGIVO-LABIAL INFERIOR TRATADO  
COM RECONSTRUÇÃO DO SULCO GENGIVO-LABIAL INFERIOR E QUE EVOLUIU COM PARESTESIA DE TODA A  
REGIÃO MENTONIANA, LIMITAÇÃO DA ABERTURA DA BOCA DEVIDO AO TRAUMA DAS ARTICULAÇÕES TÊMPORO-  
MANDIBULARES ,DISFUNÇÃO MASTIGATÓRIA PELA PERDA DE SENSIBILIDADE DA REGIÃO MENTONIANA E LABIAL  
INFERIOR.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA DÉFICIT FUNCIONAL DA FACE.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 11/11/2016

**Conduta mantida:**

**Observações:** MANTIVE FECHAMENTO DO EXAMINADOR CONSIDERANDO DANO FACIAL.

**Médico examinador:** JOAO FERNANDES DE SOUZA

**CRM do médico:** 2732 PB

**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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		<b>Total</b>	<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** ARMANDO S ARAUJO

**CRM do médico:** 52.53331-5

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

