



Processo: 201967100047

Número Único: 0000060-58.2019.8.25.0026 Classe: Procedimento Comum

Situação: Andamento

Processo Origem: *****

Dados do Processo

Distribuição: 10/02/2019 Competência: Tomar do Geru Fase: POSTULACAO Processo Principal:

Assuntos

Poder Judiciário Do Estado de Sergipe

TOMAR DO GERU DA COMARCA DE TOMAR DO GERU

Rua Robério Dias, Bairro Centro, Tomar do Geru/SE, CEP 49280000 Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

- DIREITO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE - Medidas Sócio-educativas - Obrigação de reparar o dano

Dados das Partes

Requerente: EDVALDO DE SOUZA ARAUJO Endereço: PROV BREJINHO

Complemento: SÍTIO OITO

Bairro: BREJINHO

Cidade: TOMAR DO GERU - Estado: SE - CEP: 49280000

Advogado: MIKHAIL LINIKER DA SILVA ALVES 8395/SE

Requerido: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DEPVAT

Endereço: AVENIDA TREZE DE MAIO

Complemento: condomínio Edifício Darke, 2º andar Bairro: CENTRO

Cidade: RIO DE JANEIRO - Estado: RJ - CEP: 20031902

Advogado: KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ 2592/SE

EXCELENTÍSSIMO(A) SENHOR(A) DOUTOR(A) JUIZ(A) DE DIREITO DA COMARCA DE CRISTINÁPOLIS, DISTRITO JUDICIÁRIO DE TOMAR DO GERU- ESTADO DE SERGIPE.

Processo no: 201967100047

Em resposta as perguntas citadas nas fls. 94/95 venho esclarecer.

O Sr. EDVALDO DE SOUZA ARAUJO foi examinado no dia 09/10/2019:

Questionário de Saúde (a ser respondido pelo paciente ou responsável)

Nº _____

Este questionário tem a finalidade de informar dados que possam influir no tratamento ou na medicação a ser receitada. É CONFIDENCIAL e deve ser entregue pessoalmente ao Cirurgião-Dentista. Responda cuidadosamente assinalando SIM ou NÃO. No caso da resposta SIM, dê detalhes. No item com dúvida, pergunte ao profissional antes de responder.

HISTÓRICO MÉDICO

- 01- Está ou esteve recentemente em tratamento médico? S XN Se Sim, qual? _____
- 02- Está tomando algum remédio? S XN. Se Sim, qual? _____
- 03- Está grávida? S XN Se Sim, de quantos meses? _____ meses
- 04- Está tomando medicação anticoncepcional? S XN
- 05- Alguma vez teve que suspender o uso de algum remédio? S XN Se Sim, por qual motivo? _____
- 06- Tem alergia? S XN Se Sim, a quê ou qual tipo? _____
- 07- É sensível a metais ou ao látex? S XN
- 08- É diabético? S XN 09- Tem anemia? S XN 10- Tem asma? S XN
- 11- Já fez exame HIV? XS XN. Qual o motivo? _____
- 12- É sujeito a infecções? S XN
- 13- Tem epilepsia ou ataques nervosos? S XN
- 14- Já teve convulsões alguma vez? S XN
- 15- Costuma desmaiar ou sentir tonturas com frequência? S XN
- 16- Sua pressão é: Normal Baixa X Alta . Qual o valor da última verificação? 10 x 7 Não Sei
- 17- Usa marcapasso ou válvula cardíaca artificial? S XN
- 18- Tem articulações artificiais ou usa prótese? S XN
- 19- Tem formigamento ou inchaço nas extremidades? S N
- 20- Quando se fere, sangra muito ou demora para cicatrizar? S N
- 21- Fuma ou consome qualquer variedade de tabaco? S XN
- 22- Já foi operado? S N. Se Sim, de quê? _____
- 23- Já teve alguma doença grave? S N. Se Sim qual? _____
- 24- Tem problemas cardíacos, gástricos, renais, hepáticos ou outros que mereçam cuidados?
nao
- 25- Há alguma outra informação importante sobre sua saúde que não tenhamos perguntado aqui?

HISTÓRICO BUCAL

- 01- Respira bem pelo nariz? ☒ S ☐ N
- 02- Sente alguma dificuldade ou barulho ao abrir a boca? ☐ S ☐ N
- 03- Sente dores na articulação da mandíbula, no ouvido ou na face? ☒ S ☐ N
- 04- Range os dentes? ☐ S ☒ N
- 05- Mastiga dos dois lados da boca? ☐ S ☒ N. Se Não, por
quê? _____
- 06- Acha que consegue mastigar bem os alimentos? ☐ S ☒ N
- 07- Sente retenção de comida entre os dentes? ☐ S ☒ N
- 08- Tem hábito de mascar chiclete ou bala? ☐ S ☒ N
- 09- Ingere muito doce diariamente? ☐ S ☒ N. E durante as refeições também ☐ S ☒ N
- 10- Toma café ou outros líquidos escuros com muita frequência? ☒ S ☐ N
- 11- Costuma comer fora do horário das refeições? ☐ S ☒ N
- 12- Escova os dentes logo após estas alimentações? ☒ S ☐ N
- 13- Sente sua gengiva inchada ou dolorida? ☐ S ☒ N. Se Sim, a quanto
tempo? _____
- 14- Sua gengiva sangra freqüentemente ☐ S ☐ N. E quando escova os dentes? ☐ S ☐ N
- 15- Já teve instruções de higiene bucal? ☐ S ☒ N
- 16- Quantas vezes ao dia você escova os dentes? 2 vezes.
- 17- Quanto tempo despende a cada vez que escova os seus dentes? 2 minutos
- 18- Quantas vezes ao dia usa fita dental? ☐ uma ☐ três ☐ várias ☒ nenhuma
- 19- Faz regularmente gargarejo e/ou bochechos com algum colutório oral? ☐ S ☒ N
- 20- Com que freqüência vai ao dentista por ano? _____
- 21- Em que ano foi seu último tratamento odontológico? ☐ Concluiu? ☐ S ☐ N. Se Não, por
quê? _____
- 22- Já tomou anestesia local para tratar ou extrair dentes? ☒ S ☐ N. Ocorreu tudo bem? ☒ S ☐ N. Se Não, qual foi o
problema? _____
- Por este documento, autorizo e requesito a execução dos serviços odontológicos para mim mesmo ou
para: _____
- Eu também dou o meu consentimento para que QUALQUER procedimento odontológico necessário e
recomendável, ou medicamentos e anestésicos sejam administrados pelo dentista ou pela sua equipe, para objetivos
diagnósticos ou tratamento dentário. Estes registros podem incluir modelo de estudo, fotografias e radiografias que
poderão ser utilizadas com finalidade científica (conferências, publicação, etc), sempre preservando a identificação
do paciente (não aparecendo o rosto e/ou nome) e análises sanguíneas. Eu entendo e concordo que sou
financeiramente responsável pelos serviços prestados a mim ou à pessoa por supracitada, independentemente da
cobertura médica. Os planos de tratamento que envolvem circunstâncias de crédito extensivo são submetidos a uma
checagem de crédito. Eu também entendo que a estimativa de tratamento, apresentada a mim, é apenas uma
estimativa. Ocasionalmente, poderá surgir a necessidade de modificar o tratamento. Neste caso, eu serei informado
da necessidade de tratamento adicional e do preço de tal modificação.
- De acordo com o meu melhor conhecimento, as informações fornecidas neste formulário estão corretas e concordo.

Edvaldo de Souza Araújo
assinatura do paciente ou responsável

09/10/19
data

assinatura do dentista

data

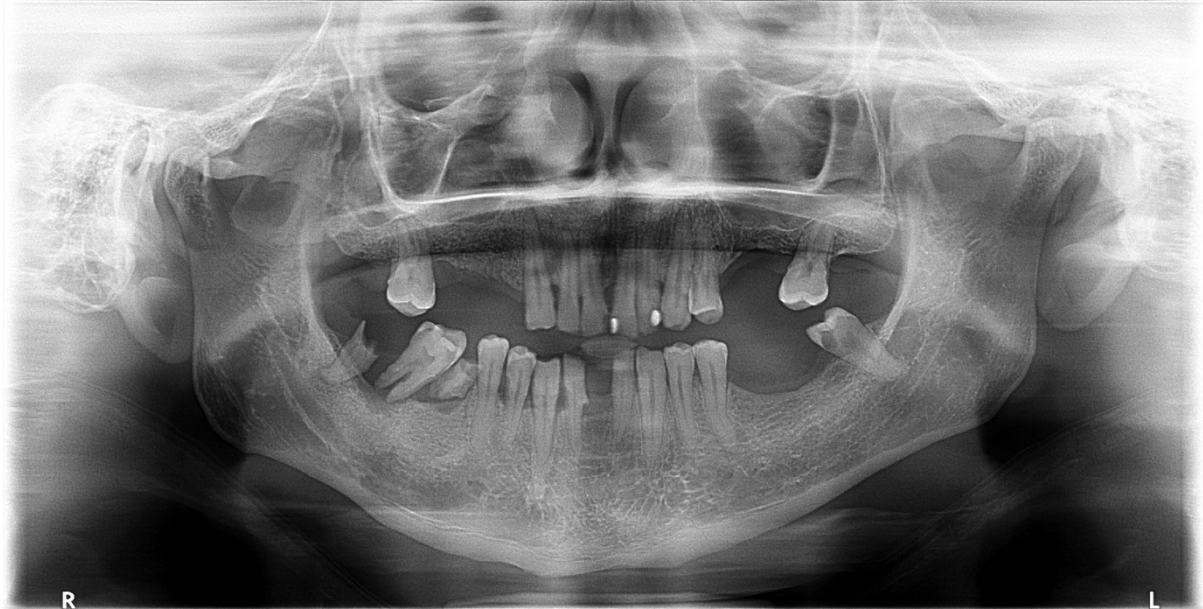
Ao exame clínico facial constatamos que o paciente apresenta um desnivelamento do lado direito na região de osso malar e cavidade orbitária direita:





Ao exame clínico constatamos o paciente com oclusão dentro de certa normalidade, com processo periodontal presente, cáries e boa abertura de boca com restos radiculares.

Onde foi solicitada novo exame radiográfico:



Podemos constatar consolidação das fraturas em má posição na região do complexo zigomático e orbitário D, levando ao desnivelamento para o qual necessitará realizar correção cirúrgica sob anestesia geral.

Outrossim, desde já, apresento os seguintes quesitos:

- 1 - O acidente automobilístico sofrido pelo autor ocasionou invalidez permanente? NAO.
- 2 - As lesões diretamente decorrentes do acidente são suscetíveis de amenização por alguma medida terapêutica? SIM, ATRAVES DE CIRURGIA RECONSTRUTIVA SOB ANESTESIA GERAL EM AMBIENTE HOSPITALAR.....
- 3 - Em caso de resposta positiva ao primeiro quesito, a invalidez permanente foi total ou parcial?.....
- 4 - Se parcial, a invalidez foi completa ou incompleta?.....
- 5 - Caso a invalidez permanente tenha sido parcial e completa, a perda anatômica ou funcional pode ser enquadrada em qual dos segmentos orgânicos ou corporais previstos na tabela constante no anexo da Lei no 6.194/74?
- 6 - Caso a invalidez permanente tenha sido parcial e incompleta, a perda anatômica ou funcional pode ser enquadrada em qual dos segmentos orgânicos ou corporais previstos na

tabela constante no anexo da Lei no 6.194/74? E as perdas podem ser consideradas de repercussão intensa, média, leve ou é o caso de ocorrência de sequelas residuais?

Aracaju, 09/10/2019

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Joao de Andrade Garcez Filho'. The signature is stylized with a large initial 'J' and a prominent 'F'.

Joao de Andrade Garcez Filho