



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   X   N   Se Sim, qual? \_\_\_\_\_
- 02- Está tomando algum remédio?   S   X   N  . Se Sim, qual? \_\_\_\_\_
- 03- Está grávida?   S   X   N   Se Sim, de quantos meses? \_\_\_\_\_ meses
- 04- Está tomando medicação anticoncepcional?   S   X   N
- 05- Alguma vez teve que suspender o uso de algum remédio?   S   X   N   Se Sim, por qual motivo? \_\_\_\_\_
- 06- Tem alergia?   S   X   N   Se Sim, a quê ou qual tipo? \_\_\_\_\_
- 07- É sensível a metais ou ao látex?   S   X   N
- 08- É diabético?   S   X   N   09- Tem anemia?   S   X   N   10- Tem asma?   S   X   N
- 11- Já fez exame HIV? X   S   X   N  . Qual o motivo? \_\_\_\_\_
- 12- É sujeito a infecções?   S   X   N
- 13- Tem epilepsia ou ataques nervosos?   S   X   N
- 14- Já teve convulsões alguma vez?   S   X   N
- 15- Costuma desmaiar ou sentir tonturas com frequência?   S   X   N
- 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   X   N
- 18- Tem articulações artificiais ou usa prótese?   S   X   N
- 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   X   N
- 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?  
não
- 25- Há alguma outra informação importante sobre sua saúde que não tenhamos perguntado aqui?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### HISTÓRICO BUCAL

- 01- Respira bem pelo nariz? X 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? X S    N
- 04- Range os dentes?    S X N
- 05- Mastiga dos dois lados da boca?    S X N. Se Não por  
quê? \_\_\_\_\_
- 06- Acha que consegue mastigar bem os alimentos?    S X N
- 07- Sente retenção de comida entre os dentes?    S X N
- 08- Tem hábito de mascar chiclete ou bala?    S X N
- 09- Ingere muito doce diariamente?    S X N. E durante as refeições também    S X N
- 10- Toma café ou outros líquidos escuros com muita frequência? X S    N
- 11- Costuma comer fora do horário das refeições?    S X N
- 12- Escova os dentes logo após estas alimentações? X S    N
- 13- Sente sua gengiva inchada ou dolorida?    S    N X Se Sim, a quanto  
tempo? \_\_\_\_\_
- 14- Sua gengiva sangra frequentemente    S    N. E quando escova os dentes?    S    N
- 15- Já teve instruções de higiene bucal?    S X N
- 16- Quantas vezes ao dia você escova os dentes?   3   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 X nenhuma
- 19- Faz regularmente gargarejo e/ou bochechos com algum colutório oral?    S X N
- 20- Com que frequência 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? X S    N. Ocorreu tudo bem? X 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 orbitaria direita:



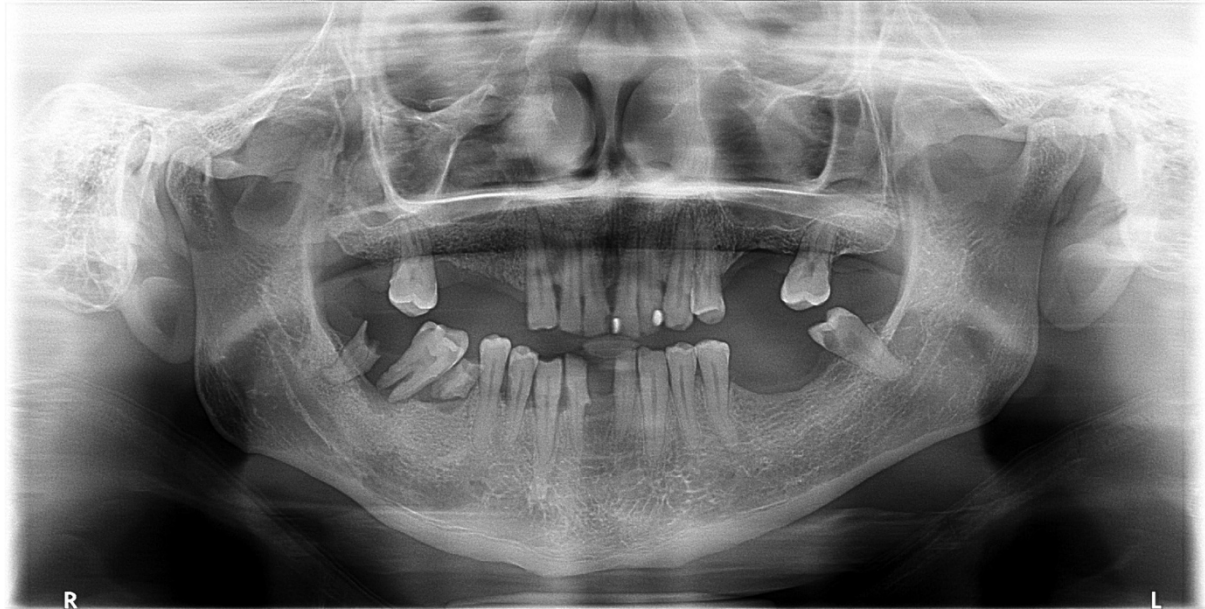






Ao exame clínico constatamos o paciente com oclusão dentro de certa normalidade, com processo periodontal presente, caries e boa abertura de boca com restos radiculares.

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 necessitara' realizar correção cirúrgica sob anestesia geral.

Outrossim, desde já, apresento os seguintes quesitos:

- 1 - O acidente automobilístico sofrido pelo autor ocasionou invalidez permanente? NÃO.
- 2 - As lesões diretamente decorrentes do acidente são susceptíveis 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? Não atribui invalidez nem parcial e nem total.....
- 4 - Se parcial, a invalidez foi completa ou incompleta? Não atribui invalidez.....
- 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? Não atribui invalidez.....
- 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? Não atribui invalidez.....

Aracaju, 15/10/2020



Joao de Andrade Garcez Filho