



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 - Obrigaçāo de reparar o dano

### **Dados das Partes**

Requerente: EDVALDO DE SOUZA ARAUJO Endereço: PROV BREJINHO

Complemento: SITIO 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 GEUR- 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? 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 freqüência? S X N

16- Sua pressão é: Normal    Baixa    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?

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 freqüência?  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? 3 vezes.
- 17- Quanto tempo despende a cada vez que escova os seus dentes? 0 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 requisito 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 Aranjo  
assinatura do paciente ou responsável

09/10/19  
data

\_\_\_\_\_

data

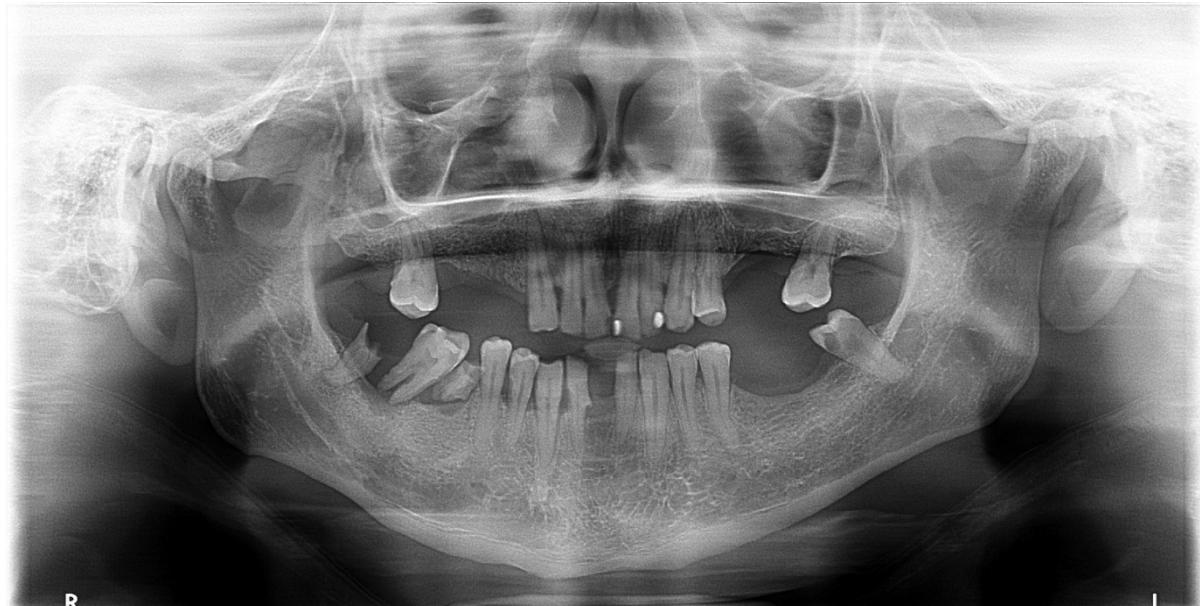
Ao exame clínico facial constatamos que o paciente apresenta um desnivelamento do lado direito na região de osso malar e cavidade orbitaria direita:





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