



Processo: 201940600505

Número Único: 0017730-87.2019.8.25.0001 Classe: Procedimento Comum

Situação: Andamento

Processo Origem: *****

- DIREITO DO CONSUMIDOR - Práticas Abusivas

Requerente: MANOEL MAURICIO DE JESUS Endereço: Rua Nossa Senhora de Fátima Complemento:
Bairro: Porto Dantas Cidade: Aracaju - Estado: SE - CEP: 49069012

Dados do Processo

Distribuição: 09/04/2019

Competência: Vara de Acidentes e Delitos de Trânsito Fase: POSTULACAO

Processo Principal: *****

Assuntos

Dados das Partes

Poder Judiciário Do Estado de Sergipe

VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO DA COMARCA DE ARACAJU Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Capucho, Aracaju/SE, CEP 49080470 Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Advogado: LORENA PINHEIRO DE SANTANA 5099/SE Requerido: SEG LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

Endereço: Rua Senador Dantas
Complemento: 5o 6o 9o 14o E 15o ANDARES
Bairro: Centro
Cidade: Rio de Janeiro - Estado: RJ - CEP: 20031205

Advogado: KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ 2592/SE

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA ____ VARA CÍVEL DA COMARCA DE ARACAJU/SE.

Processo no: 201940600505

Em resposta as perguntas citadas nas fls. 147/148 venho esclarecer.
O Sr. MANOEL MAURICIO DE JESUS foi examinado no dia 23/10/2019:

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 ☐ N Se Sim, qual? _____

02- Está tomando algum remédio? ☒ S ☐ N. Se Sim, qual? _____

03- Está grávida? ☐ S ☐ N Se Sim, de quantos meses? _____ meses

04- Está tomando medicação anticoncepcional? ☐ S ☒ N

05- Alguma vez teve que suspender o uso de algum remédio? ☐ S ☒ N Se Sim, por qual motivo? _____

06- Tem alergia? ☐ S ☒ N Se Sim, a quê ou qual tipo? _____

07- É sensível a metais ou ao látex? ☐ S ☒ N

08- É diabético? ☐ S ☒ N 09- Tem anemia? ☐ S ☒ N 10- Tem asma? ☐ S ☒ N

11- Já fez exame HIV? ☐ S ☒ N. Qual o motivo? _____

12- É sujeito a infecções? ☐ S ☒ N

13- Tem epilepsia ou ataques nervosos? ☒ S ☐ N

14- Já teve convulsões alguma vez? ☒ S ☐ N

15- Costuma desmaiar ou sentir tonturas com frequência? ☒ S ☐ N

16- Sua pressão é: Normal ☒ Baixa ☐ Alta ☐. Qual o valor da última verificação? 13 x 8 Não Sei ☐

17- Usa marcapasso ou válvula cardíaca artificial? ☐ S ☒ N

18- Tem articulações artificiais ou usa prótese? ☐ S ☒ 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 ☒ 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? _____

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 frequentemente ☐ 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? 01 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 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? ☒ S ☐ N. Ocorreu tudo bem? ☒ S ☐ N. Se Não, qual foi o problema? _____

Por este documento, autorizo e requiro 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.

Mamoli Maurício de Jesus 23/10/2019
assinatura do paciente ou responsável data

assinatura do dentista

data

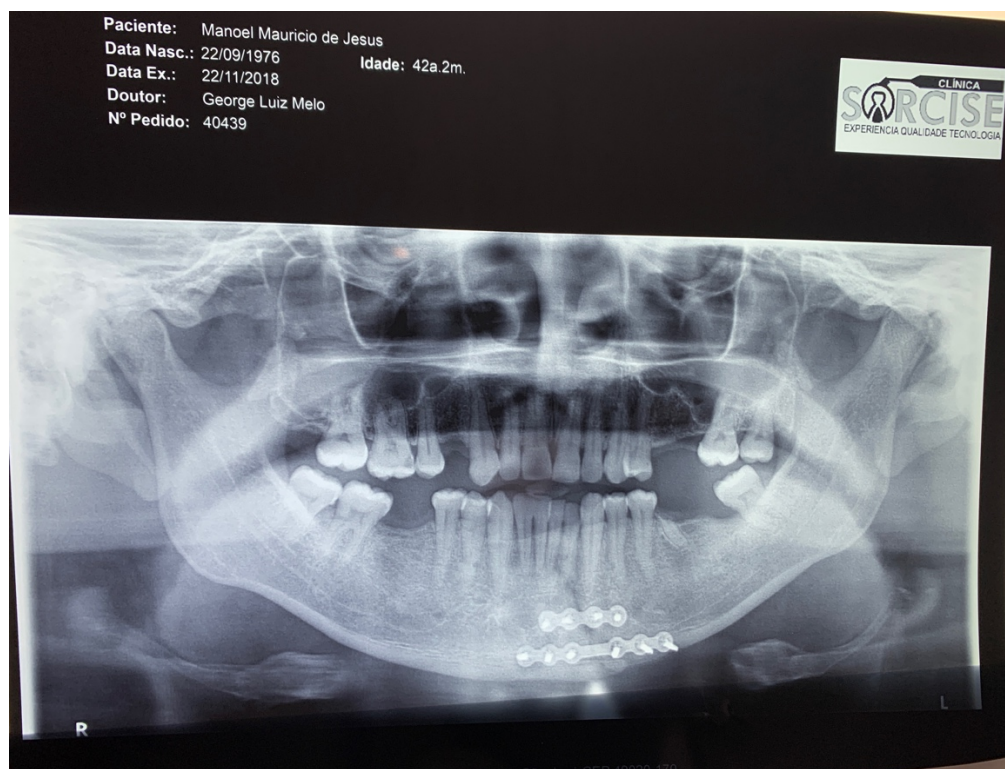
Ao exame clinico facial constatamos que o paciente apresenta face normal sem alteracao:





Ao exame clínico constatamos o paciente com oclusão dentro da normalidade, com boa abertura de boca, dentes em bom estado de conservação com ausência de poucos elementos dentários

Exame radiográfico de dezembro/2018:



Podemos constatar consolidação das fraturas , presença de duas miniplacas usadas para fixação das fraturas na região parasinfisaria esquerda. Dentro da normalidade.

Apresento, nesta oportunidade, os seguintes quesitos:

a) O dano averiguado guarda relação/compatibilidade com as declarações do periciando? É dizer, as sequelas podem ser oriundas de acidente automobilístico? NÃO ENCONTREI SEQUELAS NA FACE.....

b) A vítima é acometida de invalidez permanente? EM RELACAO A FRATURA DE FACE, NÃO..

c) Restando constatada a invalidez permanente, esta se caracteriza como TOTAL ou PARCIAL?

d) Em sendo apontada a invalidez permanente PARCIAL, é completa ou incompleta? e) Qual o grau apresentado (intenso, médio, leve)?.....

f) Qual membro, órgão ou região do corpo sofreu as lesões apontadas? MANDIBULA.....

Aracaju, 23/10/2019



Joao de Andrade Garcez Filho