



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: 50 60 90 140 E 150 ANDARES

Bairro: Centro

Cidade: Rio de Janeiro - Estado: RJ - CEP: 20031205

Advogado: KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ 2592/SE

**EXCELENTE 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 freqüência?  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 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? 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 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. Ocionalmente, 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.

*Mario Mauricio de Jesus* 23/10/2019  
assinatura do paciente ou responsável data

\_\_\_\_\_ assinatura do dentista

\_\_\_\_\_ data

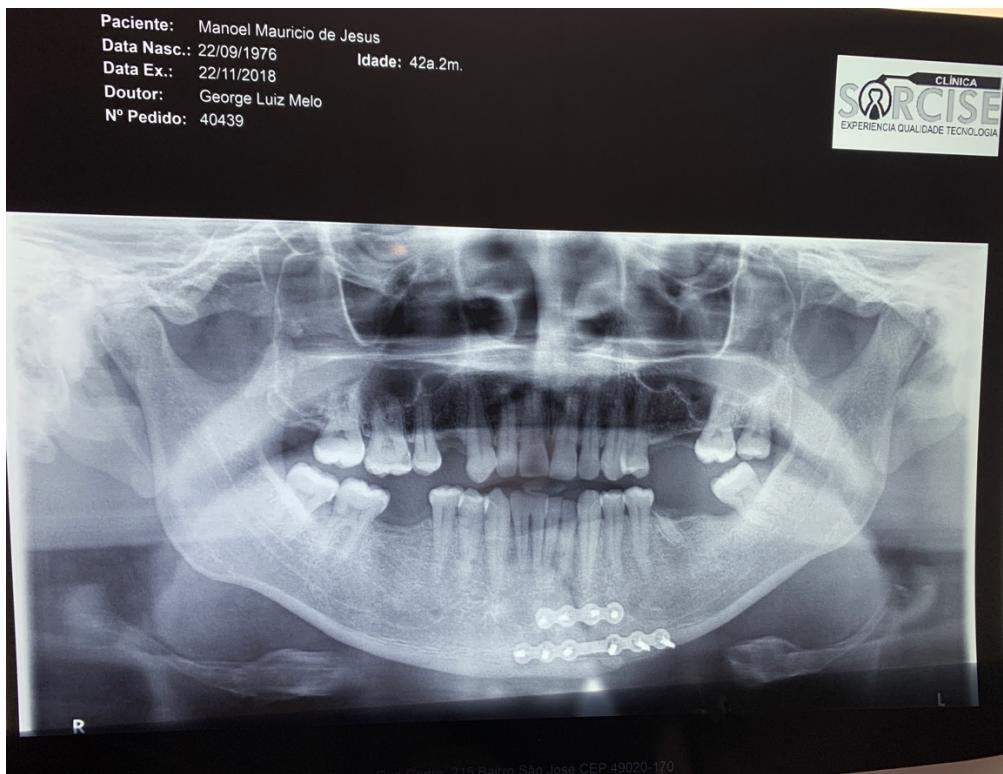
Ao exame clinico facial constatamos que o paciente apresenta face normal sem alteracao:





Ao exame clinico constatamos o paciente com oclusao dentro da normalidade, com boa abertura de boca, dentes em bom estado de conservação com ausência de poucos elementos dentarios

Exame radiográfico de dezembro/2018:



Paciente: Manoel Mauricio de Jesus  
Data Nasc.: 22/09/1976 Idade: 42a.2m.  
Data Ex.: 22/11/2018  
Doutor: George Luiz Melo  
Nº Pedido: 40439

CLINICA  
**SORCISE**  
EXPERIENCIA CALIDAD TECNOLOGIA

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