UNICAMP

UNIVERSIDADE ESTDUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
INSTITUTO MÉDICO LEGAL (CAMPINAS)

ANTROPOLOGIA FORENSE

O questionário que segue é fundamental para auxiliar no processo de identificação. Solicita-se que seja lido atentamente antes de ser respondido, e que, seja consultado o maior número de pessoas que conviveram com o desaparecido para se obter maior número de detalhes possíveis.

As informações solicitadas terão por finalidade auxiliar o trabalho pericial iniciado, no sentido de elucidar o mais rapidamente possível a identificação de pessoas desaparecidas.

Assinale SIM ou NÃO e utilize as linhas para resposta. Caso necessite de mais espaço para escrevê-las, queira complementá-las em folha de papel a parte, anexando-a ao questionário.

DADOS PESSOAIS

01. NOME Luiza Augusta Garlipe
02. NOME(S) FALSO(S) -
03. CODINOME
04. DATA DE NASCIMENTO ____/____/____
05. FILIAÇÃO: PAI
    MÃE + falecida
06. ESTADO CIVIL: [ ]CASADO [X]SOLTEIRO [ ] SEPARADO
07. PROFISSÃO Enfermeira
08. DATA E LOCAL DO DESAPARECIMENTO ____/____/____
09. ÚLTIMO CONTATO outubro 1970 (1972)
10. SERVIU AS FORÇAS ARMADAS: [ ]SIM [X]NÃO
11. EM QUE UNIDADE MILITAR
12. CERTIFICADO MILITAR Nº
13. CéDULA DE IDENTIDADE: R.G. Nº Orgão Expedidor
14. OUTROS DOCUMENTOS

UNICAMP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL (CAMPINAS)

DADOS ANTROPOMÉTRICOS E FÍSICOS

15. SEXO: [ ] M [X] F 16. ALTURA 1,70 17. PESO_____
18. RAÇA: [X] BRANCA [ ] PRETA [ ] AMARELA
19. TIPO SANGUÍNEO: [ ] A [ ] B [ ] AB [ ] O RH [ ] + [ ] -
20. SINAIS PARTICULARES. (ESPECIFICAR E LOCALIZAÇÃO)_____
21. FRATURAS. (LOCALIZAÇÃO E ÉPOCA) não tinha
22. RAIO-X: REALIZADO [ ] SIM [ ] NÃO
ESPECIFICAR: —
23. CABELO:

COR [ ] PRETO [ ] LOIRO [ ] RUIVO [ ] GRISALHO
[X] CASTANHO CLARO [ ] CASTANHO ESCURO [ ] TINGIDO

TIPO [X] LISO [ ] ONDULADO [ ] CRESPO

COMPRIMENTO [ ] CURTO [X] LONGO

24. FOTOS: [ ] SIM [ ] NÃO ANEXAR
25. DOENÇAS SOFRIDAS E CIRURGIAS REALIZADAS: —
26. HOSPITAIS OU MÉDICOS QUE REALIZARAM O TRATAMENTO_____

27. VESTES USADAS NA ÉPOCA DO DESAPARECIMENTO. DESCREVER_____

_____

SAPATO Nº 39 CALÇA Nº_____ CAMISA Nº_____

VESTIDO Nº_____ BLUSA Nº_____ SAIA Nº_____

28. OUTROS OBJETOS PESSOAIS QUE O ACOMPANHAVAM (ANEL, PULSEIRA, RELÓGIO, COLAR, ETC...)_____

_____

_____

ODONTOLOGIA LEGAL

29. CUIDAVA DOS DENTES: [X] SIM [ ] NÃO

30. VISITAVA REGULARMENTE O DENTISTA E MANTINHA OS DENTES EM BOM ESTADO: [X] SIM [ ] NÃO

31. INDICAR NOME E ENDEREÇO DO DENTISTA OU MEIOS DE LOCALIZAÇÃO:_____

_____

32. SUBMETEU-SE A TRATAMENTO ESPECIALIZADO COMO:

? APARELHO PARA CORREÇÃO DOS DENTES (ORTODONTIA) [ ]SIM [ ]NÃO

CANAL (ENDODONTIA) [ ]SIM [ ]NÃO

INDICAR DENTISTA_____

_____

33. INDICAR DA RELAÇÃO ABAIXO AS CARACTERÍSTICAS DENTÁRIAS, ESPECIFICANDO SUA LOCALIZAÇÃO, SUPERIOR OU INFERIOR; LADO DIREITO OU ESQUERDO; DE FRENTE OU DE TRÁS.

[ ] DENTES FRATURADOS OU COM BORDAS QUEBRADAS_____

_____

[ ] FORMATO (COMPRIMENTO - CURTO, LARGO, ESTREITO)_____

_____

APINHALADOS (ENCAVALADOS)_____

[ ] DENTES TORTOS - QUAIS?_____

[ ] ESPAÇO VAZIO ENTRE OS DENTES? ENTRE QUAIS DENTES?_____

_____

UNICAMP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL (CAMPINAS)

34. USAVA ALGUM TIPO DE PRÓTESE OU APARELHO DENTÁRIO? (DENTADURA, ROACH). ESPECIFICAR não

35. PODERIA DESCREVER ALGUMA RESTAURAÇÃO DENTÁRIA? (BLOCO, COROA, PIVOT OU PONTE FIXA). ESPECIFICAR

36. POSSUIA ALGUMA FALHA DENTÁRIA VISÍVEL? ONDE

37. SOFRIA DE ALGUMA DOENÇA DAS GENGIVAS? (PIORRÉIA, TÁRTARO, GENGIVAS SANGRENTAS, DENTES AMOLECIDOS, DENTES COM ASPECTO DE COMPRIDO) não

38. TINHA ALGUM HÁBITO? (ROER UNHAS, RANGER DENTES, CACHIMBO, MORDER CANETA OU LÁPIS, OUTROS HÁBITOS). ESPECIFICAR não

obs. Tinha dentes grandes, bonitos e muito bem cuidados

JUNTO A ESTE QUESTIONÁRIO, ANEXAR FOTOS, CÓPIAS DE DOCUMENTOS, RAIO-X, FICHAS DE TRATAMENTO DENTÁRIO E RADIOGRAFIAS DENTÁRIAS.

NOME DO DECLARANTE Deirce Trevisi Prado Novaes
VÍNCULO COM O DESAPARECIDO Amiga de turma. Enfermeira e amiga pessoal
ENDEREÇO Rua Espírito de Toledo, 92
CIDADE P. Prudente ESTADO SP TELEFONE (0182) 335224
OUTRAS PESSOAS QUE TENHAM COLABORADO