

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 08/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 8.100,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: BERGSON JOAQUIM DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04808

CONTA: 000000008637-7

Nr. da Autenticação C898DB74CF75B1C9

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190117224 **Cidade:** Maceió **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: BERGSON JOAQUIM DOS SANTOS **Data do acidente:** 02/11/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo cranioencefálico com coleção hemática no lobo frontal. Fratura do osso frontal com afundamento da órbita e zigomático esquerdos. Ferimento corto contuso na região frontal. Ferimento corto contuso no lábio superior.

Descrição do exame físico: Vítima refere cegueira em olho esquerdo, alteração do sono e dificuldade de concentração. Ao exame físico, vítima apresenta cicatriz em região frontal, olho esquerdo midriático.

Resultados terapêuticos: Vítima submetida a sutura dos ferimentos na face. Tratamento conservador para o Traumatismo cranioencefálico. Faz uso de Depakote ER 250 Mg. Evoluiu com atrofia do nervo óptico. Encontra-se de alta.

Sequelas permanentes: Perda total da visão à esquerda, Dano neurológico

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 26/02/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda da visão de um olho	50 %	Em grau completo - 100 %	50%	R\$ 6.750,00
Total			60 %	R\$ 8.100,00

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190117224**

Nome do(a) Examinado(a): **BERGSON JOAQUIM DOS SANTOS**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Doutor Osvaldo Cruz, 815, CASA - Chã de Bebedouro - Maceió - AL - CEP 57018-630

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /AL**] **1199290**

Data e local do acidente: [**02/11/2018**] **Bairro de Santa Amélia, Maceió.**

Data e local do exame: [**26/02/2019**] **Maceió** [**AL**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Traumatismo cranioencefálico com coleção hemática no lobo frontal. Fratura do osso frontal com afundamento da órbita e zigomático esquerdos. Ferimento corto contuso na região frontal. Ferimento corto contuso no lábio superior.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Vítima refere cegueira em olho esquerdo, alteração do sono e dificuldade de concentração. Ao exame físico, vítima apresenta cicatriz em região frontal, olho esquerdo midriático.

III. Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Vítima submetida a sutura dos ferimentos na face. Tratamento conservador para o Traumatismo cranioencefálico. Faz uso de Depakote ER 250 Mg. Evoluiu com atrofia do nervo óptico. Encontra-se de alta.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Perda total da visão à esquerda, Dano neurológico

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

☐ "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

☐ "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Olho esquerdo

% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve
☐ 50% médio ☐ 75% intensa ☒ 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve
☐ 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo

Região Corporal (Sequela):

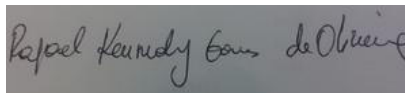
Sistema Nervoso Central

% do dano: ☒ 10% residual ☐ 25% leve
☐ 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve
☐ 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Dr. Rafael Kennedy
Cirurgia Ortopédica
CRM/AL 3191

Rafael Kennedy Gomes de Oliveira - CRM: 3191 - AL

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

00939100452 BERGSON JOAQUIM DAS SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

CPF:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

E-mail:

CEP:

Tel (DDD):

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

4808

013

CONTA:

8637

7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem nesta condição, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

2ª | Nome:

CPF:

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

11 FEV. 2019

PROTÓCOLO

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença



AUTO-ATENDIMENTO - SSA AG. CATEDRAL

DATA: 15/12/2018

HORA: 09:43:05

TERMINAL: 10201016

CONTROLE: 102010160077

AGÊNCIA: 4808 - TABULEIRO DOS MART

CONTA : 013.00008637-7

CLIENTE: BERGSON JOAQUIM DOS SANTOS

SALDO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

SALDOS DE POUPANÇA POR DATA LIMITE

DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

SEM AS MOVIMENTAÇÕES DO DIA

DATA	VALOR
15/12	0,87C

RESUMO EM 14/12

SALDO	0,87
-------	------

RESUMO DO DIA

SALDO COM LIMITE	0,87C
------------------	-------

SALDO TOTAL	0,87C
-------------	-------

"Pense antes de imprimir, conserve o meio ambiente! Consulte o saldo em tela!"

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br



CÓPIA



GOVERNO DO ESTADO DE ALAGOAS
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA CAPITAL - MACEIÓ -
AL



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 019184/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 19/12/2018 11:38 Data/Hora Fim: 19/12/2018 11:51
Delegado de Polícia: Sheila Carvalho Dantas

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes e Delitos de Trânsito da Capital
Data/Hora do Fato: 02/11/2018 21:30

Local do Fato

Município: Maceió (AL)
Logradouro: JORGE MONTENEGRO DE BARROS

Bairro: Santa Amélia

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: BERGSON JOAQUIM DOS SANTOS (VÍTIMA, COMUNICANTE)
Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: AL - Maceió Sexo: Masculino Nasc: 12/02/1974
Profissão: Auxiliar Administrativo Escolaridade: Ensino Fundamental Completo
Estado Civil: Divorciado(a) Nome do Pai: Manoel Joaquim Filho
Nome da Mãe: Josefa Maria da Conceição

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 009.391.004-52
RG - Carteira de Identidade: 1199290

Endereço

Município: Maceió - AL
Logradouro: R Dr Osvaldo Cruz
Bairro: Chã de Bebedouro

Nº: 815
CEP: 57.018-630

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

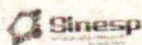
Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Maceió - AL

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	
Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Proprietário



Delegado de Polícia Civil: Sheila Carvalho Dantas
Impresso por: Silvio Eduardo Michel Maia Gomes
Data de Impressão: 19/12/2018 11:51
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 019184/2018

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 083.244.744-71	Placa QLG8503
Renavam 01150390104	Número do Motor KC22E0J007463
Número do Chassi 9C2KC2200JR007405	Ano/Modelo Fabricação 2018/2017
Cor VERMELHA	UF Veículo Alagoas
Município Veículo Maceió	Marca/Modelo HONDA/CG 160 FAN
Modelo HONDA/CG 160 FAN	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 24/04/2018	Restrições NADA CONSTA
Nome Envolvido	Envolvimentos
Bergson Joaquim dos Santos	Depositário

RELATO/HISTÓRICO

SEGUNDO O DECLARANTE, guiava uma Moto de placa QLG8503 de propriedade de FELIPI DARLAN GOMES SILVA CPF 08324474471, esta já acima cadastrada, onde trafegando pela Av. Jorge Montenegro de Barros, um carro de placa não anotada obstrui a passagem da Moto da vítima e este caiu ao solo e sofreu lesões corporais. Foi socorrido pelo SAMU e levado ao HGE segundo o relatório medico de nº 2839647.

ASSINATURAS

Bel Silvio Eduardo M. Maia Gomes
AG.: Polícia Civil
Mat.: 66216 - 0

Silvio Eduardo Michel Maia Gomes
Responsável pelo Atendimento

Bergson Joaquim dos Santos
(Comunicante / Vítima)

Declaro para os devidos fins de direito que sou (a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.



Delegado de Polícia Civil: Sheila Carvalho Dantas
Impresso por: Silvio Eduardo Michel Maia Gomes
Data de Impressão: 19/12/2018 11:51
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia



ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DO ESTADO PROFESSOR OSVALDO BRANDÃO VILELA
SECRETARIA HOSPITALAR
Avenida Jorge de Lima, 2095, Trapiche da Barra - Maceió - AL - CEP: 57010-001
Fone: (82) 3315-7364 - CNPJ.: 12.200.259/0001-65

RELATÓRIO MÉDICO

PACIENTE: BERGSON JOAQUIM DOS SANTOS

D. NASCIMENTO: 12/02/1974

Nº PRONTUÁRIO: 2839647

D. ATENDIMENTO: 02/11/2018

HORA: 22h:39 min

ALTA: 03/11/2018

CID: S 068

DIAGNÓSTICO: ➤ TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO

TRATAMENTO: ➤ PEQUENA CIRURGIA

ACHADO:

- PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X PONTE – (SIC PRONTUÁRIO MÉDICO)
- IMOBILIZAÇÃO PADRÃO
- FERIMENTO CORTO-CONTUSO EM REGIÃO FRONTAL E SUPRACILIAR E LÁBIO SUPERIOR
- ACUIDADE VISUAL COMPROMETIDO, PUPILA DILATADA
- FRATURA DO OSSO FRONTAL ESQUERDO
- GLASGOW 14

CONDUTA:

- AVALIADO PELO CIRURGIÃO GERAL
- BUCOMAXILO-FACIAL, NEUROCIRURGIÃO E OFTALMOLOGISTA
- TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO
- SUTURA DA LESÃO
- ORIENTADO PARA ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

CÓPIA

Wh/EL



Maceió, 17 de Novembro de 2018.

Dr.ª Mônica Fernandes Barbosa
Médica
CRM 4550/AL

OBS.: Paciente atendido pela equipe médica desta Unidade de Emergência através do Sistema Único de Saúde.

Neste relatório estão expressas as informações constantes no prontuário.



HOSPITAL GERAL DO ESTADO DE ALAGOAS

FICHA DE ATENDIMENTO

Nº ATENDIMENTO: 2839647

DATA: 2/11/2018

HORA: 22:39:24

INTERNADO

Realizado em: 02/11/2018
Ass: R1/USOC

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

PACIENTE: **BERGSON JOAQUIM DOS SANTOS**

SEXO: **MAS** RAÇA/COR: **PARDA**

DATA NASCITO: 12/02/1974 IDADE: 44 ANOS CPF: 00939100452

MÃE: **JOSEFA MARIA DA CONCEICAO**

RG: 1199290 AL

RESPONSÁVEL/COMUNICANTE: **BEATRIZ JOAQUIM - FILHO (FONE: 988076290)**

NACIONALIDADE: **BRASIL**

NATURAL DE: **ALAGOAS**

CARTÃO SUS:

CIDADE: **MACEIO/AL**

BAIRRO: **CHA DE BEBEDOURO**

LOGRADOURO: **TRAV DOS PRAZERES N 66**

TELEFONE PACIENTE:

OBSERVAÇÕES: **NAO PORTAVA CARTAO SUS - COLISAO MOTO X POSTE**

88772943
em mão

DADOS DO ATENDIMENTO

MOTIVO ATENDIMENTO: **COLISAO**

FORMA CHEGADA: **SAMU USB**

PROCEDÊNCIA: **SANTA AMELIA**

SETOR: **AREA VERMELHA**

ACIDENTE DE TRABALHO: **NAO**

CASO POLICIAL: **NAO**

PLANO DE SAÚDE: **NAO**

TRAUMA: **SIM**

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐ VERMELHO

☐ AMARELO

☐ VERDE

☐ AZUL

Queixa Principal / História da Doença Atual:

Paciente vítima de colisão carro, duto, moto - poste, não usava capacete, trazida pelo SAMU em imobilização pedante - ligada. Apresenta dor abdominal em região superior e inferior.

Exame Físico: A - vias aéreas livres sem estenose

B - PW em AHT SI RA SatO2: 95%

C - RCH em AT S/SA FC: 90 bpm

D - Glengue 14 - Abdomem sem sinais de peritonite

E - Lesão costal, contusão em região superior e inferior

Exames Complementares:

☐ RAIIO-X

☐ SANGUE

☐ URINA

☐ TC

☐ LIQUOR

☐ ECG

☐ ULTRASSONOGRAFIA

Hipótese Diagnóstica:

- Lesão costal contusa

Conduta Clínica

- Sutura
- Avaliação da BMF
- Avaliação da neurológica
- Atividade da cirurgia geral
- Avaliação do estômago

Enfermagem

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA SIA
11 FEV. 2013
PROTOCOLO
AG. MAG. AL

CÓPIA

Dr. Paulo Victor Lima
CIR. DO AP. DIGESTIVO
CRMAL 5584

CADASTRO ORIGINAL:

FLAVIA ROSEANE LIMA FERREIRA - 02/11/2018 22:39:28

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

PMF: Paciente com história de acidente motor-
ciclístico, sem capacete, com sinais de embriaguez.
No momento encontra-se inconsciente, desorientado,
supinêcia, normoconado, verbalizando pouco e
sonolento, E0 regular. Ao exame físico foi evidenciada
ferimento, corte-contuso em região frontal e supraclavicular (E)
e no glúteo inferior (E), dígito, lábio superior (E), apresenta
abaulamento em região frontal. abertura bucal preservada,
com acuidade visual comprometida apresentando pupila
(E) dilatada. No exame de imagem representa fratura do osso
frontal esquerdo, necessitando de tratamento conservador.

⑤ Alta BMF.

CÓPIA



00410/03/11/18 + Comunicado - me com oftalmologista, Dr. [illegible], que relate que virá ao hospital avaliar paciente. Paciente segue em observação, aguardando avaliação de oftalmologista -

12/18 - 87762402 SEA

[illegible]

Dr. Alcir Carvalho de Melo
Oftalmologista
CRMAL - 3474

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MUTISLICE DE CRÂNIO

NOME: BERGSON JOAQUIM DOS SANTOS 44 ANOS DATA: 02/11/2018

PT: 2839647 RG-TOMO: 1811-134

Foi obtida aquisição volumétrica do crânio, por radiografia digital, com reformatações multiplanares, sem a administração do meio de contraste, que revelaram:

Falha de continuidade em partes moles da região frontal à esquerda, sugerindo ferimento cortocotuso.


Fratura no osso frontal à esquerda, com desnivelamento das tábuas interna/externa; (afundamento), com escuras ósseas mantendo contato com a córtex cerebral.

Nota-se deste mesmo lado, fraturas no teto orbitário e no arco zigomático.

Presença de hemossinus pós-traumático frontomaxiloetmoidal à esquerda.

Coleção hemática laminar, extra-axial recente, na convexidade do lobo frontal esquerdo.

Colapso parcial das câmaras ventriculares supra0tentoriais, à esquerda, se desvios medianos.


DRA. DILMA TENÓRIO ROSA
CRM-AL 2941

CÓPIA



MED & OLHOS

MEDICINA GERAL | OCUPACIONAL | OFTALMOLOGIA

Paciente: **BERGSON JOAQUIM DOS SANTOS**

CPF: 000.000.000-00

Inscrição: 011244

Tel. 98890-6727

Idade: 44 anos

HISTÓRICO DO PACIENTE

DATA: 16/11/2018 ÀS 17:14 - ESPECIALISTA: DR PABLO ALBERTO XAVIER

QUEIXA PRINCIPAL:

REFERE TRAUMA ORBITÁRIO ESQUERDO HÁ 14 DIAS

AUTO

+1,00-0,25(165)

+0,75-0,25(5)

AVCC

20/20

CD 2,0 M (CAMPO VISUAL NASAL PRESERVADO E TEMPORAL ABOLIDO)

MR/ LF SA

AO NEUROLOGISTA

DATA: 26/11/2018 ÀS 17:37 - ESPECIALISTA: DR PABLO ALBERTO XAVIER

QUEIXA PRINCIPAL:

TINHA INDICADO PARA HGE - NEUROCIRURGIÃO

AVSC

20/20

NPL

LAUDO DA TC DE CRÂNIO: TC FRATURA DO OSSO FRONTAL COM AFUNDAMENTO,

FRATURA ORBITÁRIA ENO ARCO ZIGOMÁTICO COLEÇÃO HEMÁTICA NO LOBO

FRONTAL ESQUERDO

FO

OD SA

OE PALIDEZ DE PAPILA

HD CEGUEIRA EM 01 OLHO/ ATROFIA DO NERVO ÓTICO ESQUERDO

CID H54.4/ H47.2



CÓPIA

[Handwritten signature]

26
11
18

HISTÓRICO DO PACIENTE

DATA: 16/11/2018 ÀS 17:14 - ESPECIALISTA: DR PABLO ALBERTO XAVIER

QUEIXA PRINCIPAL:

REFERE TRAUMA ORBITÁRIO ESQUERDO HÁ 14 DIAS

AUTO

+1,00-0,25(165)

+0,75-0,25(5)

AVCC

20/20

CD 2,0 M (CAMPO VISUAL NASAL PRESERVADO E TEMPORAL ABOLIDO)

MR/ LF SA

AO NEUROLOGISTA

DATA: 26/11/2018 ÀS 17:37 - ESPECIALISTA: DR PABLO ALBERTO XAVIER

QUEIXA PRINCIPAL:

TINHA INDICADO PARA HGE - NEUROCIRURGIÃO

AVSC

20/20

NPL

LAUDO DA TC DE CRÂNIO: TC FRATURA DO OSSO FRONTAL COM AFUNDAMENTO, NOTETO ORBITÁRIO ENO ARCO ZIGOMÁTICO COLEÇÃO HEMÁTICA NO LOBO FRONTAL ESQUERDO

FO

OD SA

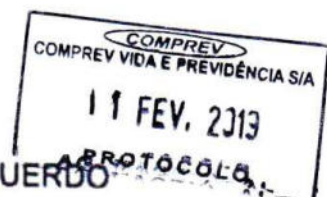
OE PALIDEZ DE PAPILA

HD CEGUEIRA EM 01 OLHO/ ATROFIA DO NERVO ÓTICO ESQUERDO

CID H54.4/ H47.2

CD INDICO RETORNO AO HGE PARA ANÁLISE DO NEUROCIRURGIÃO PARA POSSÍVEL CIRURGIA DE DESCOMPRESSÃO ORBITÁRIA

CÓPIA



DATA: 21/01/2019 ÀS 18:38 - ESPECIALISTA: DR PABLO ALBERTO XAVIER

TRANSNEURO
ESTIMULAÇÃO MAGNÉTICA TRANSCRANIANA
ELETROENCEFALOGRAMA DIGITAL
MAPEAMENTO CEREBRAL
NEUROLOGIA

NOME: BERGSON JOAQUIM DOS SANTOS
IDADE: 44 ANOS
CONVÊNIO: PARTICULAR
DATA: 29/01/19
SOLICITAÇÃO: Dr. MARCO AURÉLIO

" ESTE EXAME FOI TOMADO POR EQUIPAMENTO DIGITAL DE 32 CANAIS DE EXPLORAÇÃO.
12 CANAIS A MAIS QUE OS MODELOS HABITUALMENTE UTILIZADOS, AUMENTANDO A
PROBABILIDADE DE CAPTAÇÃO DE GRAFOELEMENTOS ANORMAIS".

COMENTÁRIOS

Exame tomado em adequado repouso psico-sensorial
Atividade basal posterior apresenta um ritmo alfa 59 cps, organizado, bilateral,
simétrico e responsivo à abertura ocular.
Em repouso verifica-se uma atividade de ondas teta difusas em hemisférios
cerebrais, as quais persistem na fase de hiperpnéia, onde surgem ondas agudas
distribuídas difusamente em hemisférios, e se mantêm na fase de pós-hiperpnéia.

CONCLUSÃO

Atividade de ondas lentas e agudas distribuídas difusamente em ambos os
hemisférios cerebrais.

Dr. Marco Aurélio Marques Tenório Cavalcante

NEUROLOGIA-ELETROENCEFALOGRAMA-MAPEAMENTO CEREBRAL-ESTIMULAÇÃO MAGNÉTICA TRANSCRANIANA.
AV. DOM ANTÔNIO BRANDÃO, 333-ED. MACEIÓ WORK CENTER-SOBRELOJAS 09 E 10
FAROL-MACEIÓ-AL-CEP 57051-190 FONE(082 3221-8749)
CRM/AL 2196 - RQE 1761 - RQE 1762



CÓPIA

FICHA TÉCNICA

EQUIPAMENTOS: MEDMAP 532 – MEDTRON COM 32 CANAIS

NOTEBOOK DELL CORE i5 7th Gen

IMPRESSORA COLOR LASER JET Pro M 252 dw

EXAME: EEG DIGITAL

PÁGINAS DIGITAIS: FORAM OBTIDAS 600 PÁGINAS DURANTE O EXAME

MODO DE TOMADA: VIGÍLIA

METODO DE ATIVAÇÃO: HIPERPNÉIA

AMPLITUDE: 01 cm = 100 mV

VELOCIDADE DA PÁGINA DIGITAL: 2.8 cm/seg

ELETRODOS EXTRAS/ÁREAS CEREBRAIS EXPLORADAS:

(Adaptação do Atlas of Brain Mapping-Konrad Maurer Thomas Dierks)

E1- PO1
E2- PO2
E3- CP1
E4- CP2
E5- CP5
E6- CP6

E7-FC5
E8-FC6
E9-FC1
E10- FC2
E11- FpF1
E12- FpF2

CÓPIA



TÉCNICAS DE ELETROENCEFALOGRAMA:

JADIANE CARLOS DOS SANTOS (*Chefe do Serviço de Eletroencefalografia*)

-- CERTIFICAÇÃO PELO HOSPITAL ALBERT EINSTEIN – São Paulo.

SAYONARA MARIA SANTOS BRANDÃO (*Técnica Trainee*)

-- CERTIFICAÇÃO PELO HOSPITAL ALBERT EISNTEIN – São Paulo.

MED & OLHOS

MEDICINA GERAL | OCUPACIONAL | OFTALMOLOGIA

Paciente: **BERGSON JOAQUIM DOS SANTOS**

CPF: 000.000.000-00

Inscrição: 011244

Tel. 98890-6727

Idade: 44 anos

HISTÓRICO DO PACIENTE

DATA: 16/11/2018 ÀS 17:14 - ESPECIALISTA: DR PABLO ALBERTO XAVIER

QUEIXA PRINCIPAL:

REFERE TRAUMA ORBITÁRIO ESQUERDO HÁ 14 DIAS

AUTO

+1,00-0,25(165)

+0,75-0,25(5)

AVCC

20/20

CD 2,0 M (CAMPO VISUAL NASAL PRESERVADO E TEMPORAL ABOLIDO)

MR/ LF SA

AO NEUROLOGISTA

DATA: 26/11/2018 ÀS 17:37 - ESPECIALISTA: DR PABLO ALBERTO XAVIER

QUEIXA PRINCIPAL:

TINHA INDICADO PARA HGE - NEUROCIRURGIÃO

AVSC

20/20

NPL

LAUDO DA TC DE CRÂNIO: TC FRATURA DO OSSO FRONTAL COM AFUNDAMENTO,
FRATURA ORBITÁRIO ENO ARCO ZIGOMÁTICO COLEÇÃO HEMÁTICA NO LOBO
FRONTAL ESQUERDO

FO

OD SA

OE PALIDEZ DE PAPILA

HD CEGUEIRA EM 01 OLHO/ ATROFIA DO NERVO ÓTICO ESQUERDO

CID H54.4/ H47.2

Pablo Alberto Xavier
Oftalmologista
CRMAL 4365 - RQE 1058

26
03
19