

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: 00000008637-7

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 crânioencefálico 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 crânioencefálico. 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. Nexo 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):

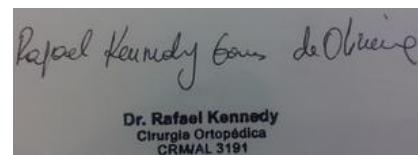
Sistema Nervoso Central

% 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.



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:

00939100452

Nome completo da vítima:

BORGESON JOAQUIM DAS SANTOS

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

Nome completo:

Profissão:

Bairro:

E-mail:

Endereço:

Cidade:

CPF:

Número:

Complemento:

Estado:

CEP:

(00) 00000-0000

(00) 98857-0926

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> 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)
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 4808 CONTA: 8637 Dígito: 7

(Informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ Dígito: _____

(Informar o dígito se existir)

(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 atende 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 permanente decorrente 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 contestá-la, 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 e provarem esta condição, estando ciente, 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

1º | Nome: _____

CPF: _____

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

11 FEVEREIRO 2013

2º | Nome: _____

CPF: _____

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
Ouvintoria 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

Meio(s) Empregado(s)

Natureza

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

Nº. 815

Logradouro: R Dr Osvaldo Cruz

CEP: 57.018-630

Bairro: Chã de Bebedouro

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPÓSTO 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

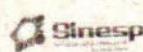
Situação Envolvido

Envolvimentos

Nome Envolvido

Proprietário

Desconhecido 1



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	Envolvidos
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 obstruiu 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 médico de nº 2839647.

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

ASSINATURAS

Silvio Eduardo Michel Maia Gomes
Responsável pelo Atendimento

Bergson Joaquim dos Santos
(Comunicante / Vítima)

Declaro para os devidos fins de direito que sou (a) unico(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei em, conforme previsto nos Artigos 338-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."





ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DO ESTADO PROFESSOR OSVALDO BRANDÃO VILELA
SECRETARIA HOSPITALAR

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 CIRURGÃO GERAL
- BUCOMAXILO-FACIAL, NEUROCIRURGIAO E OFTALMOLOGISTA
- TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO
- SUTURA DA LESÃO
- ORIENTADO PARA ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

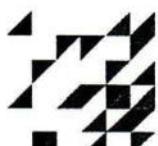
Wh/EL



Maceió, 17 de outubro de 2018.

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: 02/11/2018

HORA: 22:39:24

INTERNAÇÃO

Realizado em S/C
02/11/2018
R1/JASCC

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

PACIENTE: BERGSON JOAQUIM DOS SANTOS

SEXO: MAS RAÇA/COR: PARDA

DATA NASC TO: 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
mãe

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 envolvendo moto - poste, não usava capacete, fraturado no braço em imobilização padrão. Arquivado na UPA - Centro de Saúde de Maceió.

Exame Físico: A - vias aéreas patentes sem obstrução

B - PUPILAS HOMÔMERICAS SAT 95%

C - RCH em 2T S/SA FC: 90 bpm

D - Glengow 14 Abdome sem sinais de peritonite

E - lesões cutâneas contusas em hombro e ombro

Exames Complementares:

 RAIO-X SANGUE URINA TC LIQUOR ECG ULTRASSONOGRAFIA

Hipótese Diagnóstica:

- Lesões cutâneas contusas

Conduta Clínica

- Futuro
- Avaliação da BMF
- Avaliação da neuropaquínia
- Alta da cirurgia aguda
- Avaliação do oftálmico

**CÓPIA**

Dr. Paulo Victor Lima
CIR. DO AP. DIGESTIVO
CIR. BARRETOS
CRM/AL 5584

CADASTRO ORIGINAL:

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

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

0:43

BMF; Paciente com história de acidente motociclistico, semi capacete, com sinais de embriaguez. No momento encontra-se inconsciente, desorientado, espasticico, normocorado, verbalizando pouco e sonolento, Elô regular. Ao exame físico foi evidenciada frimente, corte-contuso em região frontal e supraorbitar(E) e mofálio inferior(E), digo lábio superior(E). Apresenta abaulamento em região frontal. Abertura bucal preservada com acuidade visual comprometida apresentando pupila(E) dilatada. No exame de imagem apresenta fratura do osso frontal esquerdo, necessitando de tratamento conservador.

CD: Exame Clínica BMF

- ① Limpeza + Sutura
- ② Prescrição
- ④ Puxar da oftalmoscopia
- ⑤ Alta BMF.



CÓPIA

Dra. Alcira Carvalho de Melo
Médico de Blumenau - SC
CRMAL 3474

09/10/2018 - Comunicação com oftalmologista Dr. Alcira Carvalho de Melo, que relata que paciente segue em observação, aguardando resultado de oftalmoscopia e qualificação de oftalmologista.

3/3/18 - Até mais

Paciente apresentava alterações na acuidade visual - olho direito após acidente - 10% de acuidade visual - olho esquerdo - 10% de acuidade visual - olho direito. Colheu o relatório de oftalmoscopia, relatório de oftalmoscopia de oftalmologista Dr. Alcira Carvalho de Melo, que constatou lesão óptica no fundo de olho direito, com edema papilar e engrossamento da retina, com possibilidade de envolvimento da macula. Recomendação para consulta com oftalmologista Dr. Alcira Carvalho de Melo, que constatou lesão óptica no fundo de olho direito, com edema papilar e engrossamento da retina, com possibilidade de envolvimento da macula.

Dr. Alcira 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 corto-contuso.

Fratura no osso frontal à esquerda, com desnivelamento das tábuas interna/externa; (afundamento), com esquirlas 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 supraóntentoriais, 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

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

DETEITO 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



CÓPIA

26
II
10

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

O

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



Quinto +
Centenário
1985

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

TRANSNEURO
ESTIMULAÇÃO MAGNÉTICA TRANSCRANIANA
ELETROENCEFALOGRAFIA DIGITAL
MAPEAMENTO CEREBRAL
NEUROLOGIA

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

"ESTE EXAME FOI TOMADO POR EQUIPAMENTO DIGITAL DE 32 CANAIS DE EXPLOPAÇÃO, 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 89 cps, organizado, bilateral, simétrico e responsivo à abertura ocular.
Em repouso verifica-se uma atividade de ondas tetes 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 Aurelio Marques Tenório Cavalcante

NEUROLOGIA-ELETROENCEFALOGRAFIA-MAPEAMENTO CEREBRAL-ESTIMULAÇÃO MAGNÉTICA TRANSCRANIANA.
AV. DOM ANTÔNIO BEIRÃO, 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



FICHA TÉCNICA

EQUIPAMENTOS: MEDMAP 532 - MEDITRON 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

MÉTODO DE ATIVAÇÃO: HIPERPNÉIA

AMPLITUDE: 01 cm = 100 mV

VELOCIDADE DA PÁGINA DIGITAL: 2.8 cm/seg

LEITRODOS EXTRAS/ÁREAS CEREBRAIS EXPLORADAS:

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

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

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

CÓPIA



TÉCNICAS DE ELETROENCEFALOGRAAMA:

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 EINSTEIN - 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

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

OTETO 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

26
03
18
Pablo Alberto Xavier
Oftalmologista
RUA AL. 4365 - RIO DE JANEIRO