

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: 24/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.037,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EVANI SANTOS OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02998

CONTA: 000000000064-1

Nr. da Autenticação 9C1B4721D443EF70

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190266104

Cidade: São Cristóvão

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EVANI SANTOS OLIVEIRA

Data do acidente: 09/09/2015

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA
DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO COM EXTENSO FERIMENTO NO COURO CABELUDO, REGIÃO PARENTAL E LESÃO AXONAL DIFUSA.
ENTORSE DE TORNOZELO À DIREITA.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO CRÂNIO SIMÉTRICO, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA NA REGIÃO PARENTAL À DIREITA (COURO CABELUDO), TÔNUS, REFLEXOS, FORÇA MUSCULAR, MOVIMENTOS E SENSIBILIDADE DO DIMÍDIO ESQUERDO E MEMBRO SUPERIOR DIREITO PRESERVADOS.
PERICIADA LÚCIDA, ORIENTADA COM MOMENTOS DE OBNUBILAÇÃO E DESORIENTAÇÃO, DESCREVENDO CEFALÉIA, TONTURA, INSÔNIA, INSTABILIDADE EMOCIONAL, ALTERAÇÃO DE COMPORTAMENTO E EPISÓDIOS DE CRISES CONVULSIVA, FAZ USO DE GARDENAL 100MG E QUETROS 25MG, ESTÁ SENDO ACOMPANHADO NA AMBULATÓRIO DE NEUROLOGIA E PSIQUIATRIA.
MEMBRO INFERIOR DIREITO COM MARCHA CLAUDICANTE (+/+4), FORÇA MUSCULAR DO PÉ DIMINUÍDO (+++/+5), DEVIDO A DOR, AUMENTO DO VOLUME DO TORNOZELO EM VIRTUDE DO EDEMA, DOR, EDEMA, CREPITAÇÃO E BLOQUEIO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO E EXTENSÃO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO E DO MOVIMENTO DE INVERSÃO, EVERSÃO, FLEXÃO E EXTENSÃO DO PÉ.
AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO TORNOZELO DORSIFLEXÃO 10° / EXTENSÃO 25°
*A PERICIADA DEPOIS DO SINISTRO APRESENTOU ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS E DE COMPORTAMENTO CONFORME RELATÓRIO MÉDICO.

Resultados terapêuticos: EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM DANO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 12/04/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			22,5 %	R\$ 3.037,50

Rio de Janeiro, 10 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190266104

Vítima: EVANI SANTOS OLIVEIRA

Data do Acidente: 09/09/2015

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EVANI SANTOS OLIVEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 11 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190266104

Vítima: EVANI SANTOS OLIVEIRA

Data do Acidente: 09/09/2015

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EVANI SANTOS OLIVEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 11 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190266104

Vítima: EVANI SANTOS OLIVEIRA

Data do Acidente: 09/09/2015

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 01 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190266104

Vítima: EVANI SANTOS OLIVEIRA

Data do Acidente: 09/09/2015

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EVANI SANTOS OLIVEIRA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.037,50

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante 100%
Graduação: Em grau residual 10%
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%
Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%
Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **EVANI SANTOS OLIVEIRA**

Valor: **R\$ 3.037,50**

Banco: **104**

Agência: **000002998**

Conta: **0000064-1**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

018.304.545-95

Nome completo da vítima

Evani Santos Oliveira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Evani Santos Oliveira		CPF titular da conta 018.304.545-95	Profissão Aux. Serviços Gerais
Endereço Rua Lorival Batista		Número 2218	Complemento
Bairro Colônia Pintos	Cidade São Cristóvão	Estado SE	CEP 49.100-000
Email			Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☐ 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

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

☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAÚ (341)
 ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 2898 D/V
 (Informar dígito se existir)

CONTA NRO. 9918 D/V 4
 (Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome NRO.
 AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

São Cristóvão/SE, 28 de Agosto de 2018

Local e Data

X Evani Santos Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

24 OUT 2018



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	048.304.545.95	Evani Santos Oliveira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL			
Nome completo	CPF titular da conta	Profissão	
Evani Santos Oliveira	048.304.545.95	juiz	
Endereço	Número	Complemento	
Rua E	81	Casa	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Centro	São Cristóvão	SE	49.100-000
E-mail		Telefone (DDD)	
		(71) 66-312/9181-117	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECLUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 1.001,00 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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)			
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA	CONTA	AGÊNCIA	CONTA
Nº	Nº	Nº	Nº
2898	99 18		
(informar dígito se existir)	(informar dígito se existir)	(informar dígito se existir)	(informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Assinatura/Local e Data: 24 de Outubro de 2018

Evani Santos Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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: 018.304.545.95 Nome completo da vítima: Sr. Ewani Santos Oliveira

Nome completo: Sr. Ewani Santos Oliveira CPF: 018.304.545.95
Profissão: R. Engenheiro Endereço: Rua E Número: 83 Complemento: Casa
Bairro: Centro Cidade: São Cristóvão Estado: SE CEP: 49300-000
E-mail: _____ Tel. (DDD) 3112

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

DADOS CADASTRAIS
RECEITA MENSAL: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RECEITA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 2998 CONTA: 000000 64 1
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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 efetuação do crédito, quitação total do valor recebido.

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.

Por 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 a avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes de caráter de acidente de trânsito, conforme Lei nº 194/74, art. 1º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a causa descrita da sua condição.

MORTE
Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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: Vítima deixou nascituro (vir 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 aos seus beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou falsidade não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data: Jorquise 09.04.2019
Nome: _____
CPF: _____
Assinatura de quem assina A ROGO
Ewani Santos Oliveira
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS
1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª | Nome: _____
CPF: _____
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 RISCO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**

**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: 3190266104
Nome do(a) Examinado(a): Evani Santos Oliveira
Endereço do(a) Examinado(a): Rua e, 81
Centro São Cristovão SE CEP: 49100-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SE] 1.385.347
Data local do acidente: [09/09/2015]
Data local do exame: [12/04/2019] Aracaju [SE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
**TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO COM EXTENSO FERIMENTO NO COURO CABELUDO, REGIÃO PARENTAL E LESÃO AXONAL DIFUSA.
ENTORSE DE TORNOZELO À DIREITA.**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
**Tratamento: 12/09/2015. O QUADRO FOI TRATADO COM TRATAMENTO CONSERVADOR NO TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO E SUTURA DOS FERIMENTOS, TRATAMENTO CONSERVADOR DA ENTORSE DE TORNOZELO COM IMOBILIZAÇÃO,
Complicações: DESORIENTAÇÃO, DESCREVENDO CEFALÉIA, TONTURA, INSÔNIA, INSTABILIDADE EMOCIONAL, ALTERAÇÃO DE COMPORTAMENTO E EPISÓDIOS DE CRISES CONVULSIVA.
BLOQUEIO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO.
Data da Alta: 12/09/2015**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
**AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO CRÂNIO SIMÉTRICO, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA NA REGIÃO PARENTAL À DIREITA (COURO CABELUDO), TÔNUS, REFLEXOS, FORÇA MUSCULAR, MOVIMENTOS E SENSIBILIDADE DO MEMBRO ESQUERDO E MEMBRO SUPERIOR DIREITO PRESERVADOS.
PERICIA DA LÚCIDA, ORIENTADA COM MOMENTOS DE OBNUBILAÇÃO E DESORIENTAÇÃO, DESCREVENDO CEFALÉIA, TONTURA, INSÔNIA, INSTABILIDADE EMOCIONAL, ALTERAÇÃO DE COMPORTAMENTO E EPISÓDIOS DE CRISES CONVULSIVA, FAZ USO DE GARDENAL 100MG E QUÊTROS 25MG, ESTÁ SENDO ACOMPANHADO NA AMBULATÓRIO DE NEUROLOGIA E PSIQUIATRIA.
MEMBRO INFERIOR DIREITO COM MARCHA CLAUDICANTE (+/+4), FORÇA MUSCULAR DO PÉ DIMINUÍDO (+++/+5), DEVIDO A DOR, AUMENTO DO VOLUME DO TORNOZELO EM VIRTUDE DO EDEMA, DOR, EDEMA, CREPITAÇÃO E BLOQUEIO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO E EXTENSÃO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO E DO MOVIMENTO DE INVERSÃO, EVERSÃO, FLEXÃO E EXTENSÃO DO PÉ.
AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO TORNOZELO DORSIFLEXÃO 10° / EXTENSÃO 25°
*A PERICIA DEPOIS DO SINISTRO APRESENTOU ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS E DE COMPORTAMENTO CONFORME RELATÓRIO MÉDICO.**
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
**DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL.
DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO DIREITO.**
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 o 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" () "Sem seqüela permanente"
Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias *(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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|--|
| Região Corporal (Sequela):
LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM DANO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE
% do dano: (X) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
TORNOZELO - Lado Direito
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):
% 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 à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Manoel Otacilio Nascimento Junior
Clínica e Auditoria Médica
CRM 1827



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
SUPERINTENDÊNCIA DA POLÍCIA CIVIL

POLÍCIA ON-LINE



12ª DELEGACIA METROPOLITANA

PRAÇA GETÚLIO VARGAS, CENTRO FONE: (79)3261-1339

RPO - Registro Policial de Ocorrência 2015/06590.0-000976

DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: 12ª DELEGACIA METROPOLITANA

Endereço: PRAÇA GETÚLIO VARGAS, CENTRO FONE: (79)3261-1339

FATO

Data e Hora do Fato: 09/09/2015 - 11:30 até 09/09/2015 - 12:00

Endereço: NAS IMEDIAÇÃO VALSERV Número: Complemento: CEP: 49100-000

Bairro: ALTO DA DIVINÉIA Cidade: SAO CRISTOVAO - SE Circunscrição: 12ª DELEGACIA METROPOLITANA

Tipo de local: PUBLICO Meio Empregado: NENHUM

VÍTIMA-NOTICIANTE

Nome: ALEXANDRE SANTOS OLIVEIRA

Nome do pai: HUBER BRANDAO OLIVEIRA Nome da mãe: MARIA DE LOURDES SANTOS OLIVEIRA

Pessoa: Física CPF/CGC: 034.330.765-02 RG: 15658538 UF: SE Órgão expedidor: SSP-SE

Naturalidade: ARACAJU Data de nascimento: 07/02/1988 Sexo: Masculino Cor da cutis:

Profissão: ESTUDANTE Estado civil: Casado Grau de instrução:

Endereço: AV. DR. LOURIVAL BAPTISTA Número: 2218 Complemento: COLONIA PINTOS

CEP: 49.100-000 Bairro: Colônia Pintos Cidade: SAO CRISTOVAO UF: SE

Proximidades: Telefone: 79-99072238

VÍTIMA

Nome: EVANI SANTOS OLIVEIRA

Nome do pai: HUBER BRANDAO OLIVEIRA Nome da mãe: MARIA DE LOURDES SANTOS

Pessoa: Física CPF/CGC: 018.304.545-95 RG: 13853473 UF: SE Órgão expedidor: SSP-SE

Naturalidade: ARACAJU Data de nascimento: 18/03/1976 Sexo: Feminino Cor da cutis: Parda

Profissão: AUX SERVIÇO GERAIS Estado civil: Solteiro Grau de instrução: 2º Grau Completo

Endereço: Rua Lourival Batista Número: 2218 Complemento:

CEP: 49.100-000 Bairro: Colônia Pintos Cidade: SAO CRISTOVAO UF: SE

Proximidades: Telefone:

PERÍCIAS E ATENDIMENTO HOSPITALAR

Perícia: IML [Guia de Exame](#)

Descrição: LESÕES CORPORAL - EVANI SANTOS OLIVEIRA

HISTÓRICO

Informa o comunicante que no dia de ontem sua irmã EVANI SANTOS OLIVEIRA, sofreu um acidente de Moto quando ir nas imediação VALSERV próximo a ponte sentido a BR; Que no dia de hoje o comunicante localizou o condutor da MOTO BIZ e o mesmo informou ao comunicante que o PNEUS traseiro da BIZ soltos-se da roda vieram cair; Que a irmã do comunicante EVANI se encontra na ala vermelha

do HUSE o estado dela é grave; Que diante do fato solicita as providencia;

Data e hora da comunicação: 10/09/2015 às 09:37

Ultima Alteração: 10/09/2015 às
09:41.

OBS.: As informações noticiadas pelo declarante/vítima são de sua inteira responsabilidade, cabendo, inclusive, a responsabilização penal daquele que faltar com a verdade no fornecimento das informações, nos termos do artigo 340 do Código Penal Brasileiro: Art. 340 - Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado: Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa.


ALEXANDRE SANTOS OLIVEIRA
Responsável pela comunicação


Elenilde Santos
Responsável pelo preenchimento

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: **018.304.545.95** Nome completo da vítima: **Evoni Santos Oliveira**

Nome completo: **Evoni Santos Oliveira** CPF: **018.304.545.95**
Profissão: **Rua E** Endereço: **Rua E** Número: **83** Complemento: **Casa**
Bairro: **Centro** Cidade: **São Cristóvão** Estado: **SE** CEP: **49300-000**
E-mail: _____ Tel. (DDD) **(79) 9606 3112**

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

DADOS CADASTRAIS
RECEITA MENSAL: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RECEITA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: **2998** CONTA: **000000 64** **1**
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER 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 efetuação do crédito, quitação total do valor recebido.

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.

Por 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 a avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes de caráter de acidente de trânsito, conforme Lei nº 194/74, art. 1º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a causa descrita da vez contida.

MORTE
Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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: Vítima deixou nascituro (vir nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____
Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos seus beneficiários que se apresentarem e provarão esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou falsidade não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data: **João Pessoa 09.04.2019**
Nome: _____
CPF: _____
Assinatura de quem assina A ROGO
Evoni Santos Oliveira
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS
1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª | Nome: _____
CPF: _____
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 RISCO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**

02 OUT 2018

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

DATASUS

NO. DO BE: 1233047
CNS:DATA: 09/09/2015 HORA: 12:54
SETOR: 06-SUTURA

USUARIO: VDM SANTOS

DIGIT 111

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME: EVANI SANTOS OLIVEIRA
 IDADE: 39 ANOS NASC: 18/03/1976
 ENDEREÇO: AV LORIVAL BATISTA
 COMPLEMENTO: 200739322340009 BAIRRO: COLONIA PINTO
 MUNICIPIO: SAO CRISTOVAO UF: SE CEP: 1385347
 NOME PAI/MAE: HUBER BRANDAO OLIVEIRA / MARIA DE LOURDES SANTOS
 RESPONSÁVEL: ELAINE/CUNHADA
 PROCEDENCIA: SAO CRISTOVAO
 ATENDIMENTO: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
 CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

TRAUMA: SIM

PA: [X] mmHg PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAO X [] SANGUE [] URINA [] TC
 [] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS: Queda de moto sem capacete DATA PRIMEIROS SINTOMAS: /

① Rinsas

② Torax midio; em elevação de palpato; MAF
SINTOMAS; PUL 200000000.

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

③ hemodinâmica estável; FC 110; SPO2 98% a.a.

④ Glasgow 13 (403 RM 5 RV 5); pupas reativas

DIAGNOSTICO: ⑤ FC com obstrução; p. 110 CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

① Simex 5mg EV 1x/dia

② 600mg 100mg EV 1x/dia

③ 400mg 100mg EV 1x/dia

④ Diponera 1g EV 1x/dia

IMAGEM

TC

M. 110

DATA: 09/09/15

RES. 110

DATA DA SAIDA: / /

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS

[] IML [] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Dra. Jéssica Santos
 Médico Residente
 Clínica Geral
 CRM 4731

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Milton Vieira da Silva Junior,

RG nº 20216564, data de expedição 29/12/15,

Órgão SSP SE, portador do CPF nº 013.617.795.60,

com domicílio na cidade de Lagarto, no Estado de

Sergipe, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Av. Zacarias Junior, nº 182,

complemento Centro, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Evani Santos Oliveira, cujo o condutor era

Albertino Oliveira Leão

Veículo: Motocicleta Modelo: Honda B12 Ano: 2008

Placa: IAG 5538 Chassi: 9D2JA04208R150976

Data do Acidente: 09/09/15

Local e Data: Lagarto/Se, 21/03/19

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO

de Prom. Justiça de Cuiabá - Lagarto - SE - CEP: 45.000-000

Fone: (79) 3051.0001 / (79) 3051.0002 / (79) 3051.0003

Reconheço por Autenticidade a firma de MILTON VIEIRA DA SILVA JUNIOR e dou fe, 21 de março de 2019. Em testemunho Deborah da verdade

ESCREVENTE: DEBORAH SANTANA SANTOS. Selo Digital 201929516019443. Site

www.tjse.jus.br/x/NUHAKP.

1ª OFICINA DA CUMPRIDA DE LAGARTO/SE
Deborah Santana Santos
Escrevente

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO

de Prom. Justiça de Cuiabá - Lagarto - SE - CEP: 45.000-000

Fone: (79) 3051.0001 / (79) 3051.0002 / (79) 3051.0003

Reconheço por Autenticidade a firma de ALBERTINO OLIVEIRA LEAO e dou fe, 21 de março de 2019. Em testemunho Deborah da verdade

ESCREVENTE: DEBORAH SANTANA SANTOS. Selo Digital 201929516019444. Site

www.tjse.jus.br/x/U6Y46J.

1ª OFICINA DA CUMPRIDA DE LAGARTO/SE
Deborah Santana Santos
Escrevente



Lactise
consultas e exames

Relatório Médico

A paciente **EVANI SANTOS OLIVEIRA** relata que sente dores em coluna lombar há 2 anos, com piora progressiva do quadro clínico, acentuando-se durante suas atividades diárias e laborais (serviços gerais)

Ao exame físico apresenta-se queixando de dor em coluna dorsolumbar durante à palpação, na musculatura para vertebral e articulações sacroilíacas que piora com todos os movimentos e que se encontram limitados, além de dores em coluna cervical

O exame de RNM mostram a presença de espondilartrose lombar com protrusões discais L3/L4 e L5/S1.

Pelo exposto a paciente deverá permanecer afastada de suas atividades laborativas por tempo indeterminado

CID M 544

Aracaju, 20/11/2017

José Antônio de Andrade Goes Filho

Médico CRM 1555

José Antônio de Andrade Goes Filho
Ortopedista - HUSE
CRM 1555

Obs. Este receituário não vale como recibo de honorários médicos.

Rua Bahia, 975 - B. Siqueira Campos - Aracaju/SE

www.lactise.com.br

Fone: (79) 3253-7200

WhatsApp: (79)98112-1117 / 99105-3815 - 98875-6772

MARQUE LOGO SEU PRÓXIMO ATENDIMENTO, TRABALHAMOS POR ORDEM DE PAGAMENTO.



Lacrise

consultas e exames

Relatório Médico

A paciente **EVANI SANTOS OLIVEIRA** relata que sente dores em coluna lombar há 2 anos, com piora progressiva do quadro clínico, acentuando-se durante suas atividades diárias e laborativas (serviços gerais)

Ao exame físico apresenta marcha claudicante, com dor em coluna dorsolumbar, na musculatura para vertebral e articulações sacroilíacas, que pioram com todos os movimentos que se encontram limitados e dor durante os movimentos cervicais

O exame de R.N.M. mostra a presença de espondilartrose lombar, com protrusões discais L3/L4, L5/S1

Pelo exposto a paciente deverá permanecer afastada suas atividades laborativas por tempo indeterminado

CID M 544

Aracaju, 11/08/2017

José Antônio de Andrade Goes Filho

Médico CRM 1555

José Antônio de Andrade Goes Filho
Médico - RPPS
CRM - 1555

Obs. Este receituário não vale como recibo de honorários médicos.

Rua Bahia, 975 - B. Siqueira Campos - Aracaju/SE

www.lacrise.com.br

Fone: (79) 3253-7200

WhatsApp: (79) 98112-1117 / 99105-3815 - 98875-6772

MARQUE LOGO SEU PROXIMO ATENDIMENTO, TRABALHAMOS POR ORDEM DE PAGAMENTO.



DR. JOSÉ ALVES NASCIMENTO FILHO
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

RELATORIO MÉDICO

A paciente EVANI SANTOS OLIVEIRA, compareceu a este consultório pela última vez em 09/11/2016, quando referia dor lombar com irradiação para o membro inferior direito (sic). Como também dor poliarticular. Os exames complementares revelavam ser portadora de protusão discal L3-L4 e L5-S1 (Ressonância Magnética da Coluna Lombar de 18/05/2016) e ao lab (exame laboratoriais). O exame físico (ortopédico) apresentava dor à mobilização da coluna lombar (Flexo-extensão, lateralização e rotação). Sinal de Lasègue a direita a 45 graus. Normorreflexia. Atualmente em comparece relatando dor na região lombar, porém sem esta fazendo uso de medicação ou fisioterapia, ainda no aguardo de fisioterapia (sic). Diante do exposto está sendo encaminhada ao serviço de perícias médicas do INSS, a fim de que seja feita melhor avaliação de sua real incapacidade laboral.

CID 10 M51 M54.1 M05

Aracaju, 05 de Agosto de 2017

José Alves do N. Filho
CRM-SE 38159/1 - 364

PRAÇA PRINCESA ISABEL, Nº 40 - SANTO ANTÔNIO
TEL.: 3215-4592 - ARACAJU-SE



CRILAB
MEDICINA DIAGNÓSTICA

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS . CONSULTAS . EXAMES

Relatório

Relatório que o senhor fez que
é importante. Evamí Santos
Oliveira por falha de profusão
discreta em V3-4 e V5-6 além
de quadro ocupacional com CD for
sem tratamento medicamentoso e
sem melhora de quadro
sem tratamento para
DVS para Arterioesclerose.

27/10/16
Rua Araújo, nº 693 - Bairro São José - CEP: 49015-250
E-mail: atendimento@crislab.com.br
Fones: 3241-4795 / 3043-1063 / 3022-1002

NOSSAS UNIDADES

HOSPITAL PRIMAVERA

- Av. Min. Geraldo Baretto Sobral, 2277
Jardins - Aracaju/SE - Tel: 2105-2500
- HOSPITAL GERAL
- CIRURGIA
- UTI
- URGÊNCIA / EMERGÊNCIA
- CENTRO DIAGNÓSTICO (EXAMES)
- CONSULTÓRIOS MÉDICOS

DIAGNOSE

- Pça da Bandeira, 8 (Av. Barão de Marungá)
São José - Aracaju/SE - Tel: 2105-2600
- Av. Gonçalo P. Rollemberg, 340
São José - Aracaju/SE - Tel: 2105-2600
- Rua Campos, 671
São José - Aracaju/SE - Tel: 2105-2600

POLICLIN

- D. Pedro I - Av. Alcides Fontes, 64
Aracaju/SE - Tel: 2105-5600
- Siqueira Campos - R. Bahia, 823
Aracaju/SE - Tel: 2105-5600
- Itabiana (cidade) - Av. Ivo de Carvalho, 258
Itabiana/SE - Tel: 3431-3370
- Augusto Franco - Av. Dr. Tarcísio Daniel, 126
Aracaju/SE - Tel: 2105-5600
- Orlando Dantas - Av. Heráclito Rollemberg, 489
Aracaju/SE - Tel: 3251-5600

NOSSOS EXAMES

HOSPITAL PRIMAVERA

- Holter
- M.A.P.A.
- Angiografia 3D
- Mamografia Digital
- Laboratório
- Espirometria
- Electrocardiograma
- Eco de Stress
- Ecocardiograma
- Ultrassonografia
- Video Histoscopia
- Teste Ergométrico
- Eco Transesofágico
- Tomografia Comput.
- Cateterismo Cardíaco
- Duplex-Scan Vascular

DIAGNOSE e POLICLIN

- Ressonância Magnética
- Tomografia Computadorizada
- Video-Escopia Digestiva
- Video-Coloscopia
- Retossigmoidoscopia
- Raio-X Digital (algumas unidades)
- Mamografia Digital
- Ultra-Sonografia
- Electrocardiograma
- Biimpedância
- Urofluxometria
- Estudo Urodinâmico
- Electroencefalograma
- Laboratório
- Ecocardiograma
- Densitometria Óssea
- Duplex Scan Vascular
- Teste Ergométrico
- Espirometria
- Citologia/Colposcopia
- M.A.P.A.
- Holter
- Biópsia de Próstata
- Punção de Tireóide e de Mama
- Exames Auditivos:
- Audiometria/Impedanciometria
- Veng / Bera / OEA
- Endosc. ORL / Teste de prótese

* Alguns exames acima não estão disponíveis em todas as unidades.

www.redeprimavera.com.br

PARA MARCAR CONSULTAS E EXAMES

Diagnose / Hospital Primavera

Policlin

2105-2600

2105-5600

Relatório Médico

A paciente Evani Santos Oliveira sofreu queda de moto em 9/9/15, com TCE fechado e lesões no tornozelo direito, dos lombos.

Evolui com zumbido no ouvido direito, edema nos pés, tontura, náusea, esquecimento, alterações no comportamento, quadro esse relacionado ao acidente.

Sem condições de trabalhar por tempo indeterminado.

Dr. SO6

F09

F41

Ass. 10/10/16
Dr. Antonio Andrade Gomes
Neurocirurgia
CRMSE 1032

REDE PRIMAVERA

DIAGNOSE

Policlin

Hospital

Primavera



RELATÓRIO MÉDICO



NOME DO PACIENTE: João Carlos Oliveira
DATA DA ENTRADA: 09/09/15
DATA DA SAÍDA: 12/09/15

INTERNAMENTO: PS() ENFERMARIA() UTI()

HISTÓRICO CLÍNICO:

Paciente internado no Hospital de Pronto Socorro de Aracaju, Sergipe, com queixa principal de dor no tórax, início súbito, de caráter opressivo, com irradiação para o braço esquerdo, associado a dispnéia, sudorese e náusea. História de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença coronariana. Tratado com aspirina, nitroglicerina e morfina. Evoluiu com melhora da dor e estabilização hemodinâmica. Foi submetido a exames complementares que não revelaram alterações significativas. Foi encaminhado para o Serviço de Cardiologia para avaliação e tratamento definitivo.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

Paciente sem histórico cirúrgico relevante. Última cirurgia realizada foi uma laparoscopia para tratamento de hérnia inguinal, realizada há 10 anos.

EXAMES COMPLEMENTARES:

ECG de repouso: sem alterações significativas.
Radiografia de tórax: sem alterações significativas.

MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr. João Carlos Oliveira
Dr. Fernando Costa
Dr. Roberto Silva

CONDIÇÕES DE ALTA: MELHORADO (x) TRANSFERIDO () ÓBITO ()

ARACAJU, 22 de dezembro de 2015

Dr. João Carlos Oliveira
Médico do Setor de Acolhimento de Pronto Socorro

5º OFÍCIO

Obs.: Dados obtidos mediante análise do prontuário.

