



BDN - BRADESCO DIA E NOITE
EXTRATO CONTA FACIL

TERM.053447

AGUINALDO JOSE TORRES
AGENCIA 1163 CONTA 0009523-0

15:20 HRS
25/NOV/2019

DISPONIVEL
= TOTAL DISPONIVEL 18,92-
+ CONTA FACIL (C/C + POUP) 18,92-
TOTAL DE RECURSOS 18,92-

MOVIMENTACAO - CONTA FACIL - (C/C + POUP)
-----OUTUBRO/2019-----

DATA	HISTORICO	N DOCTO	VALOR
	SALDO ANTERIOR		0,49
8	TAR EXTRATO	0241019	0,49-
	VR.PARCIAL EXTRATOmes(E)		
	S A L D O		0,00

-----NOVEMBRO/2019-----

4	CREDITO DO INSS	0041163	998,00
	SAQUE C/C BDN	2625813	300,00-
	Ag06312maq052625seq0181304110734		
	SAQUE C/C BDN	4425596	20,00-
	AG06312MA0064425SE00359602110756		
	PAGO COBRANCA	0000008	28,00-
	BRADESCO VIDA E PREVIDENCIA		
	TAR EXTRATO	0241019	2,46-
	EXTRATOmes(E)		
	VISA ELECTRON	0030030	21,05-
	COM ALIM ESPERANCA		
	VISA ELECTRON	0048525	20,00-
	BERRA BOI 2		
	VISA ELECTRON	0500005	19,00-
	DROGARIA LESSA		
	VISA ELECTRON	0778686	20,30-
	ARCO IRIS FRIUS		
		0211559	20,00-



4096 0116 3009 5234

08/24 1163 0 0009523 0 03 00

AGUINALDO JOSE TORRES

VISA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190659055

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: AGUINALDO JOSE TORRES

Data do acidente: 18/06/2019

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO. P4.
TRAUMA EM TÓRAX A ESQUERDA. P2.

Resultados terapêuticos: DRENAGEM DE TÓRAX. P2.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0417117/19

Vítima: AGUINALDO JOSE TORRES

CPF: 397.445.074-20

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 18/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: AGUINALDO JOSE
TORRES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0417117/19

Número do Sinistro: 3190659055

Vítima: AGUINALDO JOSE TORRES

CPF: 397.445.074-20

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 18/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: AGUINALDO JOSE
TORRES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

AGUINALDO JOSE TORRES : 397.445.074-20

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190659055

Vítima: AGUINALDO JOSE TORRES

Data do Acidente: 18/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), AGUINALDO JOSE TORRES

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, 06 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190659055

Vítima: AGUINALDO JOSE TORRES

Data do Acidente: 18/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), AGUINALDO JOSE TORRES

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

A documentação médica anexada, datada de 12/07/2019, emitida pelo Dr. LUIZ SEVERO, CRM nº 24210 - PE, da Instituição HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190659055

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: AGUINALDO JOSE TORRES

Data do acidente: 18/06/2019

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO. P4.
TRAUMA EM TÓRAX A ESQUERDA. P2.

Resultados terapêuticos: DRENAGEM DE DE TÓRAX. P2.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: **397.445.074-20** 4 - Nome completo da vítima: **Aquinaldo José Torres**

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

5 - Nome completo: **Aquinaldo José Torres** 6 - CPF: **397.445.074-20**
 7 - Profissão: **Aposentado** 8 - Endereço: **Rua Dona Ana Aurora** 9 - Número: **14** 10 - Complemento: **A**
 11 - Bairro: **Estancia** 12 - Cidade: **Recife** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **50781-500**
 15 - E-mail: **maylson27@gmail.com** 16 - Tel. (DDD): **8198430-2377**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECLUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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: **BRABESCO**
 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: **1163** CONTA: **0009523** **0**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
 • 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.
 Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
 Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

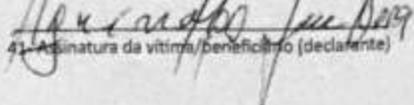
23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorçado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
 25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (tal nascido)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - 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.

34 - _____
 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) _____

38 - 1ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha _____
 39 - 2ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha _____

40 - Local e Data, **Recife, 18 de novembro de 2019**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)


42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 012ª CIRCUNSCRIÇÃO - JARDIM SÃO
PAULO - DP12ªCIRC DIM/4ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0102002692**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **13/08/2019** às
13:19

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que
aconteceu no dia **18/8/2019** no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA SUL, 1** - bairro **AFOGADOS** -
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR VAGENTE)
EMPRESA PROGRESSO (OUTRO)
AGUINALDO JOSE TORRES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): **DESCONHECIDO**

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

**AGUINALDO JOSÉ TORRES (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA
IZABEL DA CONCEIÇÃO Data de Nascimento: 29/9/1958 Naturalidade: NÃO INFORMADO /
PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA PROFESSOR FERNANDO SIMOES BARBOSA, 54 - CEP:
55000-000 - Bairro: PACHECO - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**EMPRESA PROGRESSO (não presente ao plantão) - Sexo:
Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

VEÍCULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **EMPRESA PROGRESSO**, que estava
em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **ONIBUS/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 012ª CIRCUNSCRIÇÃO - JARDIM SÃO
PAULO - DP12ªCIRC DIM/4ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. **19E0102002692**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **13/08/2019** às
13:19

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que
aconteceu no dia 18/6/2019 no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA SUL, 1** - Bairro: **AFOGADOS** -
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
EMPRESA PROGRESSO (OUTRO)
AGUINALDO JOSE TORRES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): **DESCONHECIDO**

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

AGUINALDO JOSÉ TORRES (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe MARIA
IZABEL DA CONCEIÇÃO Data de Nascimento: **20/9/1958** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO /**
PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **RUA PROFESSOR FERNANDO SIMOES BARBOSA, 54 - CEP:**
55066-000 - Bairro: PACHECO - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Nacionalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

EMPRESA PROGRESSO (não presente ao plantão) - Sexo:
Desconhecido Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

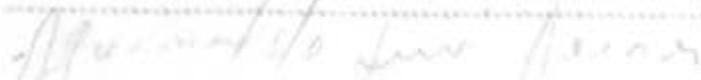
Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

VEÍCULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **EMPRESA PROGRESSO**, que estava
em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **ONIBUS/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

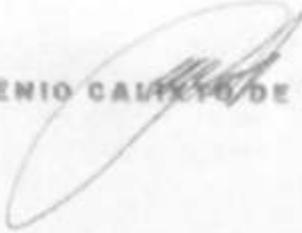
Complemento / Observação

INFORMA O QUEIXOSO QUE NO DIA E HORA CITADOS, FOI ATROPELADO POR UM ONIBUS DA EMPRESA PROGRESSO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO ONDE FOI SUBMETIDO A CIRURGIA. REGISTRA O FATO PARA TER COBERTURA LEGAL.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial



AGUINALDO JOSÉ TORRES
(VITIMA)

B.O. registrado por:  CLAUDÊNIO CALIXTO DE PONTES - Matrícula: 151286-2

Nome do Cliente: AGUINALDO JOSE TORRES
Endereço da Unidade: RUA DONA ANA AURORA, 14 Sup.: A TE
ESTANCIA - RECIFE

Data: 13.09.2019

Prezado(a) Cliente:

Informamos o **DESLIGAMENTO DEFINITIVO ADMINISTRATIVO** referente ao contrato de fornecimento n° 8265132

Para solicitar a reativação do fornecimento de Energia Elétrica, regularize seu débito e acesse a sua Agência Virtual (www.celpe.com.br) ou, se preferir, procure uma das Agências de Atendimento da CELPE ou Postos Credenciados CELPE Serviços.

Cordialmente,

Companhia Energética de Pernambuco

Paciente : AGUINALDO JOSE TORRES
Registro : 01020231
Atendimento: 3994243

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO EM 18/06/19, COM FRATURA DE CZO É BLOW OUT À ESQUERDA SE QUEIXA DE BAIXA DA ACUIDADE VISUAL EM OLHO ESQUERDO E REFERE DESCOLAMENTO DE RETINA PREVIO. NELA DOENÇAS OCULARES E CIRURGIAS PREVIAS.

FUNDOSCOPIA: DISCO OPTICO CORADO, ESCAVAÇÃO PAPILAR PARECE FISIOLÓGICA, VASOS E MACULA SEM ALTERAÇÕES E RETINA PARECE APLICADA.

HD: BAIXA DE ACUIDADE VISUAL OLHO ESQUERDO A ESCLARECER

DEVIDO À DIFICULDADE DE AVALIAR AVL DO PACIENTE, ORIENTO RETORNO QUANDO MELHORADO PARA REALIZAR EXAME OFTALMOLOGICO MAIS COMPLETO.

Recife, 22/06/2019
Dr. 

Prestador: CAIO PADUA CARVALHO
CRM-28049



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO GOV. PAULO GUERRA



SUMÁRIO DE ADMISSÃO E SAÍDA

Nome: AGUINALDO JOSE TORRES		Prontuário: 1682529	<input checked="" type="checkbox"/> ALTA
Idade: 62 Anos 9 Meses 10 Dias	Sexo: Masculino		<input type="checkbox"/> ÓBITO
Proc.:	Admissão no HR: 18/06/2019		<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA
Adm. Clínica:	Alta: 30/06/19		<input type="checkbox"/> Outros:
Enfermaria /Leito: 719-L3			

MOTIVO DE ADMISSÃO E EVOLUÇÃO NA ENFERMARIA

PACIENTE VÍTIMA DE ATROPELAMENTO POR ONIBUS HÁ 3 DIAS DIAGNOSTICADO COM HEMOPNEUMOTORAX E SUBMETIDO A DTFE DIA 27/06/2019. RETIRA DTFE DIA 29/06/2019 SEM INTERCORRENCIAS. NO MOMENTO ESTÁVEL, QUEIXA-SE DE DOR LOMBAR JA ACOMPANHADA PELA NEUROCIRURGIA. RECEBE ALTA DA CIRURGIA GERAL EM BOAS CONDIÇÕES CLÍNICAS, SEM QUEIXAS.

EXAMES COMPLEMENTARES

25/06/2019 HMG - HB 10,5 / HT 30,2 / LEUCO 10020 / PLAQUETAS 179.000
25/06/2019 - GLIC 277,1 / UREIA 53,57 / RA 24 / AST 18 / ALT 25
TC DE ABDOME TOTAL COM CONTRASTE
TC DE COLUNA

EXAMES FÍSICO NA ALTA

EG REGULAR, CONSCIENTE, ORIENTADO, NORMOCORADO, EUPNEICO
ACV- RCR EM 2T BNF 55
AR- MV + EM AHT SRA
ABD- SEMIGLOBOSO, INDOLOR A PALPAÇÃO SUPERFICIAL E PROFUNDA, RH. +
EXT- SEM EDEMAS, PULSOS CHEIOS E SIMÉTRICOS

DIAGNÓSTICO

- 1- POLITRAUMA
- 2- HEMOPNEUMOTÓRAX À ESQUERDA

TRATAMENTO REALIZADO

- 1 DTFE 27/06/2019

PROGRAMAÇÃO APÓS ALTA

- 1- AGUARDAR ALTA DA NEUROCIRURGIA.
- 2- RETORNAR AO AMBULATORIO DE DR. JOÃO PAULO DIA 11/07/19 AS 10H

MÉDICOS ASSISTENTES:

STAFF: DR. JOÃO PAULO Ribeiro
R2: DRA LAURA ANTUNES
R1: DRA. ODARA MOLLGAARD

Data: 30/06/2019

LUCAS CASE FERRAZ - CRM: Nº. 27678

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones (0XX)81 - 3181-5400

18:35h.

PACIENTE: Aguiar do José Jones IDADE: 624

EXAME: DATA DO EXAME: 28/06/19

REGISTRO: 1682529 719/03 7º NCG UDD: tranquia

LAUDO RADIOLÓGICO

Vs Bolsa escrotal com Doppler.

contusa por atropelamento + Hérnia inguinal à dir + hematoma de bolsa escrotal.

Estudo ecográfico da região inguino-escrotal direita mostrou passagem de alça não redutível para a bolsa escrotal direita com presença de fluxo nas alças ao color Doppler, notando-se orifício inguinal em torno de 1,4 cm.

Observamos testículo direito rechaçado para baixo na BEE pela volumosa imagem hídrica a cápsula descrita com padrão heterogêneo discreto e contorno irregular com sinais de hiperfluxo e grande quantidade de líquido na BEE com finas ecos posteriores.

Testículo esquerdo típico, homogeneo com padrão de fluxo habitual ao color Doppler. EE anatómico e EE aumentado de volume. (D): $4,1 \times 2,5 \times 2,4$ cm / Vol 13,4 cm³ TE med $4,2 \times 2,4 \times 2,8$ cm, Vol 15,3 cm³ com pequena quantidade de líquido na BEE.

Dr. Aguiar

Av. Agamenon Magalhães. S/N - Derby - Recife - PE

Aspecto ecográfico sugere Hérnia inguinal direita não redutível com sinais de fluxo + Orquiepididimite direita? + Hidrocele heterogênea à direita + Pequena hidrocele à esquerda.

FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: AGUINALDO JOSE TORRES	PRONTUÁRIO: 1682529	ATENDIMENTO: 01443822
DATA DE NASCIMENTO: 20/09/1956	FOI ATENDIDO EM: 18/06/2019 Às	
	DATA DA ALTA: 12/07/2019 ÀS 12:48	

Diagnóstico Provável:

- TRM TORACO LOMBAR FRANKEL E - FRATURA TORACO-LOMBAR TIPO A1 (T12)
 - TRAUMATISMO CRANIANO LEVE - CONTUSAO CEREBRAL
 - POLINEUROPATIA A/E
- COMORBIDADES: HAS + DM + B24 + HEPATITE B

Tratamento Realizado:

TRATAMENTO CONSERVADOR

Observação:

PACIENTE REALIZOU RNM DE COLUNA CERVICAL POR QUEIXA DE PARESTESIAS EM LUVAS BILATERALMENTE, RNM COM ABALUAMENTO DISCAIS CERVICAIS, POREM PACIENTE SEM SINAIS CLINICOS DE MIELOPATIA CERVICAL, HOFFMAN AUSENTE, REFLEXOS VIVOS NAO PATOLOGICOS, SEM SINAIS PIRAMIDAIS- DISCUTIDO CASO EM VISITA DA COLLUNA E OPTADO POR INVESTIGACAO CLINICA DA POLINEUROATIA SENSITIVA

REPOUSO POR 90 DIAS- CID 10 S063

Encaminhado para:

1. MARCAR CONSULTA AMBULATORIO DE NEUROLOGIA PARA INVESTIGACAO DE POLINEUROPATIA
2. RETORNO AMBULATORIO DE NEUROCIRURGIA - TCE
3. FISIOTERPIA

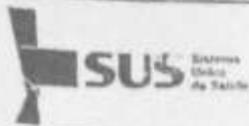
Dr. Luiz Severo
Neurocirurgia
CREMERE 24210

LUIZ SEVERO BEM JUNIOR - CRM: Nº.24210

Recife, 12, JULHO ,2019

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco,



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)



Afiliação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
Hospital da Restauração

2 - CNES
0000655

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
Aguiar do José Torres

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
1692529

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

10 - TELEFONE DE CONTATO

11 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA

12 - TELEFONE DE CONTATO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
TAC de crânio

14 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE
1 / 1

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

16 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

18 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

20 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

22 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

SES - HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
TOMOGRAFIA DA EMERGÊNCIA
DATA: 23/06/19 HORA: 20:18
MÉDICO: [assinatura]
TÉCNICO: [assinatura]
EXAME: [assinatura]
CONTRASTE: [assinatura]

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

HSDA laminar

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
[assinatura]

PROFISSIONAL SOLICITANTE

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO
23.06.19

25 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

26 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)
[assinatura]

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
[assinatura]

AUTORIZAÇÃO

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
1 1

29 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)

HOSPITAL DA RESTAURACAO
 LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS
 BIOQUIMICA 2- VITROS 4600
 SEPAC

DOENTE: AGUINALDO JOSE

MÉDICO:

ID: 1682529

ID:

ENDEREÇO: 719/3

ENDEREÇO:

DATA DE NASCIMENTO:

COMENTÁRIOS:

IDADE:

SEXO:

QUARTO:

ID DA AMOSTRA: 94

PRIORIDADE: **ROTINA**

COLHIDA EM: 29/6/2019 13:18:27

FLUIDO: Soro

DATA/HORA INÍCIO TESTE: 29/6/2019 13:11:28

HEMÓLISE (H): <15

ICTERUS (I): <2

TURBIDEZ (T): <20

ENSAIO	RESULTADO	H I T	INTERVALOS
GLICOSE	HI 289.6 mg/dL		70.0-99.0
UREA	34.49 mg/dL(A)		15.60-43.00
CREATININA	LO 0.44 mg/dL		0.50-1.30
RESERVA ALCALINA	22 mmol/L		22-40
BILIRRUBINA TOTAL	0.68 mg/dL		0.20-1.30
BILI INDIRETA	0.12 mg/dL		0.00-1.10
BILI CONJUGADA	0.0 mg/dL		0.0-0.3
BILI DIRETA	HI 0.56 mg/dL		0.00-0.50
GGT	HI 162 U/L		17-73
FOSFATASE ALCALINA	93 U/L		30-126
AST - TGO	21 U/L		15-59
ALBUMINA	LO 2.58 g/dL		3.50-5.00
AMILASE	40 U/L		30-110
LIPASE	146 U/L		23-300
ALT	25 U/L		0-50

Fim Relatório

PÁG. 1

IMPRESSÃO DATA/HORA: 29/6/2019 13:18:27

Valores de Referência

Sódio (Na)	132	136-145 mmol/L
Potássio (K)	4,1	3,5-5,1 mmol/L
Cloro (Cl)	103	97-111 mmol/L

Realizado no AVL 9180


 Roberta M. Cardoso
 CRBM - 0302

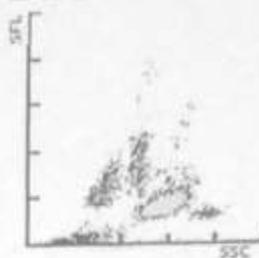
Amostra No.: 74
 ID DOENTE: 1442638
 Nome: AGUINALDO JOSE

Rack: 2 Tubo: 5 25/06/2019 10:16:06
 Serviço: Vermelha UT
 Data Nasc.:
 ID Analisador: XT-4000i-1

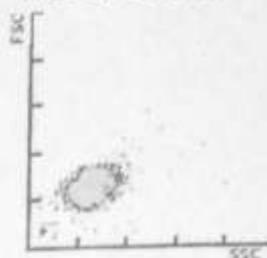
HEMOGRAMA

WBC	10.02	[10 ³ /uL]	
RBC	3.27	[10 ⁶ /uL]	
HGB	10.5	[g/dL]	
HCT	30.2	[%]	
MCV	92.4	[fL]	
MCH	32.1	[pg]	
MCHC	34.8	[g/dL]	
PLT	179	[10 ³ /uL]	
RDW-SD	45.2	[fL]	
RDW-CV	14.6	[%]	
MPV	9.4	[fL]	
NEUT	7.98 +	[10 ³ /uL]	79.6 + [%]
LYMPH	1.07	[10 ³ /uL]	10.7 - [%]
MONO	0.80 +	[10 ³ /uL]	8.0 [%]
EO	0.16	[10 ³ /uL]	1.6 [%]
BASO	0.01	[10 ³ /uL]	0.1 [%]
IG	0.11	[10 ³ /uL]	K4 [%]

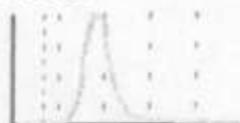
DIFF



WBC/BASO



RBC



PLT



LIQUIDOS BIOLÓGICOS

DIFERENCIAL MANUAL

BASTAO. c3%
SEGMENT. γ6%
EOSIN. c8%
LINF. 15%
LINF ATIP. -%
MONO. c6%
BASO. -%

SERIE VERMELHA

NORMOCITICA
NORMOCROMICA
MICROCITOS
MACROCITOS
ANISOCITOSE
ERITROBLASTO

WBC-BF	[10 ³ /uL]	
RBC-BF	[10 ⁶ /uL]	
MN	[10 ³ /uL]	[%]
PMN	[10 ³ /uL]	[%]
TC-BF#	[10 ³ /uL]	

OBSERVACOES: neutrofilia

WBC Mensagem IP

Linfopenia
 Presença IG

RBC/RET Mensagem IP

PLT Mensagem IP

Isabelle Farias
 Biomedica
 CRBM 08269

HOSPITAL DA RESTAURACAO
 LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS
 BIOQUIMICA 2- VITROS 4600
 SEPAC

DOENTE: AGUINALDO JOSE TOR RES MÉDICO:
 ID: 1682529 ID:
 ENDEREÇO: 719/3 ENDEREÇO:



DATA DE NASCIMENTO: COMENTÁRIOS:
 IDADE: SEXO:
 QUARTO:
 ID DA AMOSTRA: 123 PRIORIDADE: **ROTINA**
 COLHIDA EM: 28/6/2019 13:35:41 FLUIDO: Soro
 DATA/HORA INÍCIO TESTE: 28/6/2019 13:29:47

HEMÓLISE (H): <15 ICTERUS (I): <2 TURBIDEZ (T): <20

ENSAIO	RESULTADO	H I T	INTERVALOS
UREA	HI 50.78 mg/dL(A)		15.00-43.00
CREATININA	S/ RESULT.		
RESERVA ALCALINA	22 mmol/L		22-30

Fim Relatório PÁG. 1 IMPRIMA DATA/HORA: 28/6/2019 13:35:41

Valores de Referência

Sódio (Na)	134	130-145 mmol/L
Potássio (K)	4.2	3.5-5.1 mmol/L
Cloro (Cl)	104	97-111 mmol/L

Realizado no AVL 9180

LUCIANA SOARES
 CRBM -

Relatório Resultados Amostra

06/25/2019 11:52:41

Serial Number 15071996
SEPAC
Instrument Model ACL TOP 300 CTS
HOSPITAL DA RESTAURACAO

ID amostra: 1442638-74
Tipo amostra: Paciente
Primeiro nome: AGUINALDO JOSE
Apelido: VERMELHA UT
ID Rack: 57
ID Posição: 4

Cód Teste	Resultados	Tipo	Rerun	Rerun necessário	Flag	Completo Data & Hora	Validado
PT-RP	12.4 s 85 % 1.10 INR					06/25/2019 11:52:41	Validado

RL
MF

Isabelle Farias
Biomedica
CRBM 08269

HOSPITAL DA RESTAURACAO
 LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS
 BIOQUIMICA 2- VITROS 4600
 SEPAC

DOENTE: AGNALDO JOSE TORRES MÉDICO:

ID: 1682529

ID:

ENDEREÇO: UT / VERM

ENDEREÇO:

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:

SEXO:

COMENTÁRIOS:

QUARTO:

ID DA AMOSTRA: 155

PRIORIDADE: **ROTINA**

COLHIDA EM: 19/6/2019 12:31:59

FLUIDO: Soro

DATA/HORA INÍCIO TESTE: 19/6/2019 12:26:06

HEMÓLISE (H): <15

ICTERUS (I): <2

TURBIDEZ (T): <20

ENSAIO	RESULTADO	H I T	INTERVALOS
UREA	HI 47.84 mg/dL(A)		15.00-43.00
CREATININA	0.79 mg/dL		0.50-1.30
RESERVA ALCALINA	24 mmol/L		22-30

Fim Relatório

PÁG. 1

IMPRIMA DATA/HORA: 19/6/2019 12:31:59

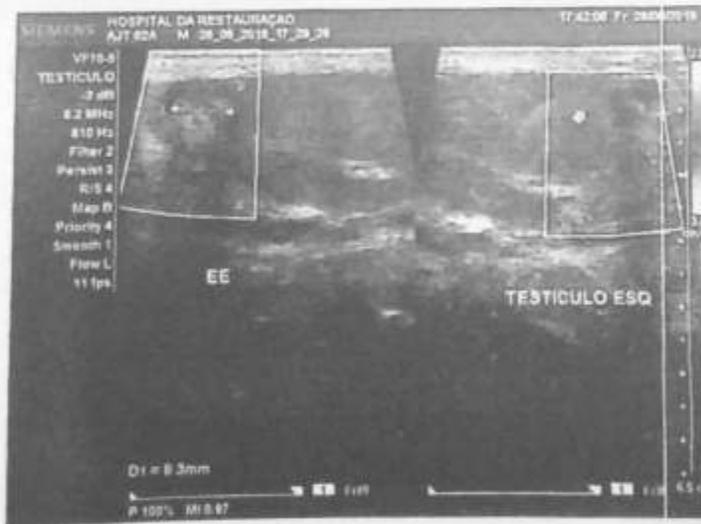
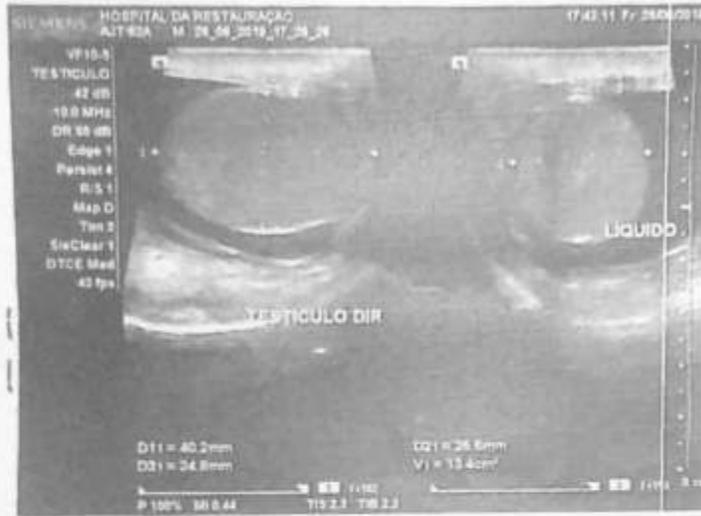
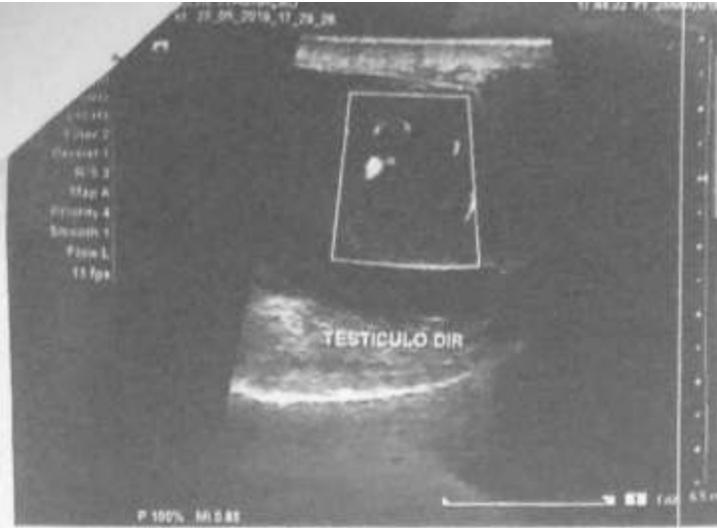
E

Valores de Referência

Sódio (Na)	137	136-145 mmol/L
Potássio (K)	4,5	3,5-5,1 mmol/L
Cloro (Cl)	99	97-111 mmol/L

Realizado no AVL 9180


 MÔNICA FERREIRA
 CRBM/0608



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRAZIL

EC-1

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO SERVIDOR PÚBLICO



POLEGAR DIREITO



Aguiinaldo José Torres

CANTERA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.922.531 DATA DE EMISSÃO 11/12/2018

NOME << AGUIINALDO JOSÉ TORRES >>

TRUQUE << JOSÉ TORRES DA SILVA >>

<< MARIA IZABEL DA CONCEIÇÃO >>

MUNICÍPIO LAJOA DOS GATOS PE

DOC ORIGINAL << 072874 01 58 1970 1 00028 DS3 20/09/1956

CPF 00109905 XX LAJOA DOS GATOS PE >>

CPF 001495034-20

ASSISTENTE EXECUTIVO: SUELI
LEI Nº 2.119 DE 2014

REGISTRO GERAL 1.922.531 DATA DE Expedição 11/12/2013

NOME << AGUNALDO JOSÉ TORRES >>

FILIAÇÃO

<< JOSÉ TORRES DA SILVA >>

<< MARIA IZABEL DA CONCEIÇÃO >>

NATURALIDADE

LAGOA DOS GATOS - PE

DATA DE NASCIMENTO 20/09/1956

DOC. ORIGEM << 073874 01 55 1970 1 00028 053

00109995 XX LAGOA DOS GATOS PE >>

CPF

397 445.074-20

Roberto de Aguiar
DIRETOR GERAL DO REGISTRO CIVIL
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

EC-1

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIL



POLEGAR DIREITO

Aguiar de Jesus Soares
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE