

# 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: 10/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 10.125,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDTHYNNA RAYANNE FERREIRA SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04808

CONTA: 000000026026-1

---

Nr. da Autenticação EB2F3EE0B31C5EC9

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190250115 **Cidade:** Igaci **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EDTHYNNA RAYANNE FERREIRA SANTOS **Data do acidente:** 13/05/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO COM HEMORRAGIA SUBARACNOIDE BILATERAL. TRAUMA ABDOMINAL COM LESÃO HEPÁTICA.

**Descrição do exame físico:** FÁCIAS DISFORME EM COMPARAÇÃO ANTERIORMENTE AO ACIDENTE. CADEIRANTE. MEMBROS SUPERIORES COM FORÇA E GARRA DÉBEIS. NÃO CONSEGUE PERMANECER EM PÉ. EDEMA FRIO DE PERNAS. NÃO RESPONSIVA ÀS SOLICITAÇÕES. OLHAR VAGO E RISOS IMOTIVADOS. USO DE FRALDAS.

**Resultados terapêuticos:** INSATISFATÓRIOS COM DEPENDÊNCIA TOTAL DE TERCEIROS

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM DANO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 19/11/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** LAUDO DATADO DE 24/01/2019 E ASSINADO PELO DR. FERNANDO MEDEIROS, CRM AL 1148 SINALIZA ESTRABISMO DIVERGENTE PARALÍTICO E PTOSE PALPEBRAL SUPERIOR. PRESCRIÇÃO DA DRA. ALIANA LIVIA RODRIGUES, PSIQUIATRA, CRM AL 5193, FENITOINA, AMYTRIL, SERTRALINA, DEPAKENE, RISPERIDONA. RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO CRÂNIO DATADA DE 24/05/2019 E ASSINADA PELO DR. DANIEL LOPES DE OLIVEIRA, CRM AL 5490 APONTA LEVE ATROFIA ENCEFÁLICA DIFUSA, MAIOR QUE O ESPERADO PARA A FAIXA ETÁRIA. SEQUELA DE CONTUSÃO HEMORRÁGICA PRÉVIA COMPROMETENDO O HIPOCAMPO DIREITO E O GIRO TEMPORAL MÉDIO ESQUERDO. SINAIS DE APARENTE ESCLEROSE MESIAL TEMPORAL SECUNDÁRIA. PEQUENOS FOCOS DE MICROHEMORRAGIAS CRÔNICAS DISPERSAS PELO PARÊNQUIMA SINALIZANDO LESÃO AXONAL DIFUSA.

**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 intenso - 75 %	75%	R\$ 10.125,00
Total			75 %	R\$ 10.125,00

**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: 3190250115  
Nome do(a) Examinado(a): Edthynna Rayanne Ferreira Santos  
Endereço do(a) Examinado(a): R Wanderley Neto, 1001 Casa  
Clima Bom Maceio AL CEP: 57071-084  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SEDS / AL ] 34287043  
Data local do acidente: [ 13/05/2018 ]  
Data local do exame: [ 19/11/2019 ] Maceio [ AL ]

**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 HEMORRAGIA SUBARACNOIDE BILATERAL. TRAUMA ABDOMINAL COM LESÃO HEPÁTICA.**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.  
**Tratamento: CIRÚRGICO PARA O ABDOME COM HEPATECTOMIA E CONSERVADOR PARA O CRÂNIO**  
**Complicações: PERDA DA MOBILIDADE FÍSICA E LESÃO AXONAL DIFUSA**  
**Data da Alta: VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:  
**FÁCIES DISFORME EM COMPARAÇÃO ANTERIORMENTE AO ACIDENTE. CADEIRANTE. MEMBROS SUPERIORES COM FORÇA E GARRA DÉBEIS. NÃO CONSEGUE PERMANECER EM PÉ. EDEMA FRIO DE PERNAS. NÃO RESPONSIVA ÀS SOLICITAÇÕES. OLHAR VAGO E RISOS IMOTIVADOS. USO DE FRALDAS.**
- IV. Nexa de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?  
**(X) Sim** ( ) Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)  
**(X) Sim** ( ) Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:  
**DEFICIT NEUROLÓGICO GLOBAL IMPORTANTE**  
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 (\*).
- |   |   |
|---|---|
| <p>( ) "Vítima em tratamento"<br/><i>Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias</i></p> | <p>( ) "Sem sequela permanente"<br/><i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- |   |  |
|---|--|
| <p>Região Corporal (Sequela):<br/><b>LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM DANO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE</b><br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/>( ) 50% médio <b>(X) 75% intensa</b> ( ) 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):<br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p> |
| <p>Região Corporal (Sequela):<br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p>  | <p>Região Corporal (Sequela):<br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p> |
- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.  
**LAUDO DATADO DE 24/01/2019 E ASSINADO PELO DR. FERNANDO MEDEIROS, CRM AL 1148 SINALIZA ESTRABISMO DIVERGENTE PARALÍTICO E PTOSE PALPEBRAL SUPERIOR. PRESCRIÇÃO DA DRA. ALIANA LIVIA RODRIGUES, PSQUIATRA, CRM AL 5193, FENITOINA, AMYTRIL, SERTRALINA, DEPAKENÉ, RISPERIDONA. RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO CRÂNIO DATADA DE 24/05/2019 E ASSINADA PELO DR. DANIEL LOPES DE OLIVEIRA, CRM AL 5490 APONTA LEVE ATROFIA ENCEFÁLICA DIFUSA, MAIOR QUE O ESPERADO PARA A FAIXA ETÁRIA. SEQUELA DE CONTUSÃO HEMORRÁGICA PRÉVIA COMPROMETENDO O HIPOCAMPO DIREITO E O GIRO TEMPORAL MÉDIO ESQUERDO. SINAIS DE APARENTE ESCLEROSE MESIAL TEMPORAL SECUNDÁRIA. PEQUENOS FOCOS DE MICROHEMORRAGIAS CRÔNICAS DISPERSAS PELO PARÊNQUIMA SINALIZANDO LESÃO AXONAL DIFUSA.**

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



  
**Dra. Iara Santos de Albuquerque**  
CPF - 453.599.204-59  
CRM/AL - 5424

Av. Fernandes Lima, nº 3348 - Graças do Lourdes - CEP: 57052-000  
MACEIÓ - CEP: 57073-000  
REGISTRO ESPECIAL DE EMPRESAS AUTORIZADAS ODESA 005 28/04/2014  
Nº FOLHA DE CARGA ELÉTRICA / SERVIÇO TÉCNICO Nº

Nº da Nota Fiscal 007942340

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE Beneficiária  
de acordo com a Lei nº 4.767 de 2010

CONTAS	VERIFICADO	CONSUMO EM kWh	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2018	26/07/2018	80	74,94

ROSIENE OLIVEIRA SANTOS  
R STA FE 1001 TABULEIRO DO MARTINS

57.071-084 - MACEIO

ROT: 001.41.006.001198

MÊS DA LEITURA		MÊS DA LEITURA	
Atual	10786	Atual	19/07/2018
Anterior	10706	Anterior	18/06/2018
Consumo de Multiplicação	1,000	Anterior Leitura	20/08/2018
Consumo Fixo	80	Consumo	18/07/2018
Consumo Ajustado	80	Consumo Fixo	19/07/2018
Forma de Abatimento	NORMAL	Consumo Total	31

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classificação	Localidade	Número da Unidade	Posto	Código de	Medida (Linha)
RESIDENCIAL	MONO	E1906904	S 1 02825	1.1.1.1	84

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês	kWh	Descrição	Valor
JUN/18	92	CONSUMO 80 kWh a R\$ 0,739081 =	59,19
MAI/18	76	CONTRIB. DE ILUMINACAO PUBLICA (COSIP)	15,50
ABR/18	94	CORRECAO MONETARIA 05/18-00	0,25
MAR/18	149	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	3,99
FEV/18	0		
JAN/18	82		
DEZ/17	93		
NOV/17	82		
OUT/17	91		
SET/17	79		
AGO/17	96		
JUL/17	82		

\*\*\*\*\* MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO \*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\* REAVISO DE VENCIMENTO DE CONTA \*\*\*\*\*

COMPREV  
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A  
30 AGO. 2018  
PROTOCOLO  
19. MACEIO - AL

CÓPIA

DECLARACAS.

EU DECLARO PARA DEVIDOS FINS, QUE NAL TENHO CONTATO COM O CONDUTOR VEICULO MOTO, QUE NO MOMENTO CONDUZIA A MESMO.

① ESCRITÓRIO DA DELEGACIA DO M. IGACI, COM SUA EXPERIENCIA PROFICIONAL FEZ LEVANTAMENTO EM BUSCA DO PROCEDIMENTO DA MOTO.

NADA MAIS A DIZER

Maced. 25/03/2019

EU: SR JOSE LAELCIO FERREIRA

Doc. 250468. S.S.P. PL

CF. 1240502 004-06

Ass: *pe baccini*

**CÓPIA**

COMPREV  
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A  
01 ABR. 2019  
PROTOCOLO  
AQ. MACIEL - AL

1. FOLHA DE NOTAS E PROTESTOS  
 2. R. Dr. Luiz P. de Miranda  
 3. Centro - Maceio - Alagoas  
 4. (Rec p/ Autenticidade 1 firma(s)):  
 5. JOSE LAELCIO FERREIRA  
 6. (MACEIO, 25 de março de 2019.)  
 7. Em Testemunho da verdade  
 8. \_\_\_\_\_  
 9. GELSO S. PONTES DE MIRANDA  
 10. - Tabeliao Vitalicio -  
 11. MARIANA P. DE M. L. DE FARIAS  
 12. - Escrevente Substituta -  
 13. EDILMA DE ALBUQUERQUE RAMA  
 14. - Escrevente Autorizada -  
 15. Carimbo: 2607565 OP: Raquel  
 16. Total: R\$ 4,00



1.ª Edição, 1991 e Registo de Mercad.  
Edição de Albuquerque Ramalho  
Escritura Autorizada



# Clínica de Olhos Dr. Fernando Medeiros

EXAMES COMPUTADORIZADOS

Refratometria, lentes de contato, Prótese Ocular, Visão Sub-normal

Rua Tibúrcio Valeriano, 267 - Centro - Maceió - Al - Fone: (82) 3226-1402

Travessa Santa Maria Madalena, 18 - Centro - Joo dos Palmares - Al

SR (a) O: Edlynna Rayanne Pereira Leite  
22 anos?

Laudo de Exame Oftalmológico

Paciente com problemas no olho direito por acidente em motocicleta há cerca de 03 meses.

1) Apresenta ptose palpebral  
olho direito (O.D.) total (CID 10: H02.4)

2) Apresenta estrabismo para-  
lítico tempor (olho direito  
O.D.): CID 10: H49.

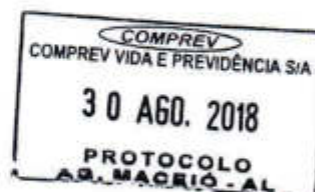
Obs: A mesma, devido a estas  
alterações, precisa impedir  
de atividades laborais.

Responsável Técnico  
Dr. Fernando Medeiros

CREAL - 1142

Diretor Clínico

04/08/2018



CÓPIA





ESTADO DE ALAGOAS  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SESAU  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA DR. DANIEL HOULY  
Rodovia AL 220 km 05 S/N, Senador Arnon de Melo,  
CEP: 57.315-745, Tel. (82) 3539-8634  
Arapiraca-AL



### RELATÓRIO MÉDICO

**NOME PACIENTE; EDTHYNNA RAYANNE FERREIRA**

**ENDEREÇO: ARAPIRACA**

**NÚMERO DO PRONTUÁRIO OU BOLETIM DE EMERGÊNCIA; 34246**

**DATA DE ENTRADA: 13/05/18 DATA DE SAÍDA; 12/06/18**

Paciente admitido nesta unidade hospitalar de trauma, com história de acidente automobilístico ( COLISÃO CARRO/MOTO ).

Após avaliação da equipe medica e realização de exames, foi *diagnosticado*,  
TCE.

Após tratamento, recebeu alta com orientações..

Cristiano Machado Vital  
MÉDICO RELATORISTA SAME/HE  
CRM 4389/AL

20/06/18



CÓPIA



UNIDADE DE EMERGÊNCIA DO NOROESTE

Nº. DO DE: 000392

DATA: 10/05/2018

HORA: 01:05

SEÇÃO: 11

DEPARTAMENTO DE EMERGÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: RIANE

LOCAL: VALDIF

IDADE: 21 ANOS NASCIM: 02/00/0000

SEXO: FEMININO

ENDEREÇO: RUA LUCIO VITAL

NÚMERO: 52

COMPLEMENTO: SEM CARTÃO SUS

BAIXO: 1,60

MUNICÍPIO: ARAPIRACA

UF: AL

NOME DA MÃE:

CEP:

RESPONSÁVEL: J. PRÓPRIO

LOCAL DE PROCEDIMENTO: ARAPIRACA

MOTIVO DO ATENDIMENTO: COLICA - CARRO COM FORT

DADO POLICIAL: NÃO

PLANO DE SAÚDE: NÃO

TRATAMENTO: SIM

ACID. TRABALHO: NÃO

VEIO DE ATENDIMENTO: SIM

PAI: I

A

matr: J

PULSO: I

I

TEMP: I

J

EXAMES COMPLEMENTARES:

☐ RAIO X

☒ COMPREV

☐ URINA

☐ TC

☐ LIGAM

COMPREV VIG E PREVIDENCIA S/A

☐ ULTRASSONOGRAFIA

DADOS CLÍNICOS:

30 AGO. 2018

PROTÓCOLO

MACRO

*Vi, mp, de, 30 ago 2018, Mo. com clarificação T-100 com Rostendorr aos 1000s VORANS. 64560WE*

DIAGNÓSTICO: T 08 6406

ORTOGRAFIA

TA 13.05.18

PRESCRIÇÃO

*500 - 1.000  
ENTUBAÇÃO OROTRACHEAL*

*500 N.º 7,5 CRÂNIO + BAX + ABD.*

*SUGGIRILH. CECINA - 6406 0480  
T-1000 - 500  
ORONIO 15 ML 02*

CÓPIA

ENTRADA EM SALA:

ALTA: F. T. DECISÃO MÉDICA

D. J. ENCAMINHADO AO HOSPITAL

INTERVALO AO HOSPITAL

TRANSFERÊNCIA: UNIDADE

OUTROS: J. AN. 1000 L. J. A

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

UNIDADE DE EMERGÊNCIA DR. DANIEL HUGO

A vista do original apresentado.

AUT. LÍTIMO a presente cópia no

foram: 1000 500 único do Deceit

Nº 1000/179

Arapiraca/AL 14.10.2017

*Dr. Alexandre Daniel P. Lima  
Chefe Geral e Responsável  
CRIMIAL 2009*

ASSINATURA DO PACIENTE: RIANE

Serviço de Arquivo Médico e Estatística



T3/DATASUS

UNIDADE DE EMERGÊNCIA DO HOSPITAL

Nº DO REGISTRO 000379

DATA: 13/05/2018

HORA: 01:05

SECTOR II - SALA CURATIVOS E SUTURAS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: RYAN

IDADE: 21 ANOS

SEXO: FEMININO

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Código

Descrição

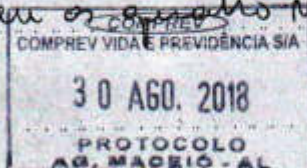
13/05/18

Nemo

1:15

Paciente com relato de politrauma por queda  
de motocicleta, com pupilas midríase sem formações  
pupares; maxila e membros.

cc = cc cranio



Wagner Albert  
Médico  
CRM/AL 5622

CÓPIA

Em Tempo: cc de cervical sem fratura ou lesão

cc de cranio discute HAT de continuidade, sem fraturas.

cc = observação (mantém anisotropia de pupilas com anisotropia de 100).

As. em comunicação alguma?

Wagner Albert  
Médico  
CRM/AL 5622

13/05/18

A Cr. gerolita

Midríase fixa direita.

05:30

Paciente apresenta hipotensão. No momento

PA: 114 x 66 mmHg. Abd. distendido. Hipocôndrio

Hematócrito 21,5 Hb 7.5 Coef. de Reta de Allen



**BOLETIM OPERATÓRIO**

Nome: Ryane Idade: 21  
Nº Registro: 60.0396 Data da Operação: 13/05/18 Hora:   
Hora Início Operação: 05:00 h Hora Término Operação: 08:30 h

**DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO ATO OPERATÓRIO**

VIA DE ACESSO: Laparotomia supra e infra-umbilical

OUTRAS:

ACHADOS: Hemoperitônio volumoso  
Lesão Hepática (Grav IV)

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
UNIDADE DE EMERGÊNCIA DR. DANIEL HOULY

A vista do original apresentado

AUTENTICO a presente cópia na

forma de Art. 5º do Decreto

Nº 83936/79

Arquivado em 14/06/2018 VII e VII

Ryane

Serviço de Arquivo Médico e Estatística

CONDUTA:

Profilaxia Hepática com fio de  
sutura hepática no 1 com

implantação de epiploa livre  
na lesão hepática

Aspiração do Hemoperitônio

Síntese do peritônio obstruído na placa

SOLICITADO HISTOPATOLÓGICO

( ) SIM

( ) NÃO

Médico:

Dr. Marcos Corrêa

Médico Auxiliar:

Médico Anestesiista:

Dr. Wilson, Dep: Dr. Melles

Acadêmico:

Dr. Marcos R. Corrêa Silva  
Angiologia e Cirurgia Vascular

Assinatura Cirurgião - CRM

Obs: Deixado pedúnculo de Hemoperitônio 12 coler





GOVERNO DO ESTADO DE ALAGOAS  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA DR. DANIEL HOULY

RESUMO DE ALTA

Nome: <u>Edithyana Rayanne Ferreira</u>	Reg. Nº <u>34246</u>
Data da Alta: <u>12/06/18</u>	Hora: _____
Médico: _____	CRM _____

CONDIÇÕES DE ALTA

CURADO ☐ MELHORADO ☒ INDEFINIDO ☐ ÓBITO ☐

Motivo da Internação: TCE

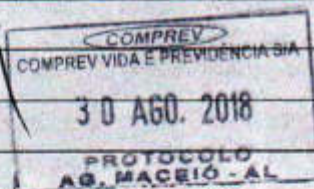
Breve histórico da Evolução: Paciente vítima de Colisão moto-carro.  
O TCE submetido a tratamento conservador e  
plano fisioterapêutico.

Condição de Alta: Melhorada

Diagnóstico definitivo da causa da internação: \_\_\_\_\_

Outros diagnósticos: \_\_\_\_\_

Observações: (1) Levofloxacina 500mg 12/12h por 3 dias  
(2) Hidralaf 100mg 8/8h



Necessita complementação de tratamento ambulatorial

☒ SIM

☐ NÃO

CÓPIA

Encaminhado ao laboratório de Neurologia +  
Fisioterapia

em 12 / 06 / 18

Fernanda Elias Castro Gomes  
CRM 4536/AL  
Clinica Médica  
MCF / Gastroenterologia

Assinatura do Médico Carlos da Silva  
Dr. Carlos  
CRM 4536/AL  
Clinica Médica  
MCF / Gastroenterologia





**SESAU - Secretaria de Estado da Saúde**  
**Unidade de Emergência Dr. Daniel Houly**

### **DECLARAÇÃO**

Declaramos para os devidos fins que **EDTHYNNA RAYANNE FERREIRA SANTOS**, deu entrada nesta unidade hospitalar, no dia 13/05/2018, de acordo com o Registro: 34246. A mesma, permanece internada, sem previsão de alta.

**Arapiraca-AL, 14 de Maio de 2018.**

  
**Andréa Paula B. de A. Lira**  
Assistente Social  
CRESS 1240 - 16ª R/A  
**Serviço Social**



**CÓPIA**



GOVERNO: DR. OLIVEIRO TORRES / SECRETÁRIO DE SAÚDE: MANOEL SAMPAIO TOLEDO (NENO TOLEDO)



ATENDIMENTO MÉDICO DE URGÊNCIA

NOME UNIDADE MISTA DE SAÚDE: SANTINA TOLEDO DE ALBUQUERQUE CNPJ: 12.228.375/0001-92

CODIGO ENDEREÇO: AL 115 - KM 25 - CENTRO

LOCALIDADE IGACI SEGURADO AL 5 7 6 2 0 0 0 0

NOME RAYANE

RESPONSÁVEL IDADE DATA DE NASCIMENTO CARTÃO DE IDENT. DO BENEFICIÁRIO (SAM 51)

ENDERECO (Rua Nº Bairro)

LOCALIDADE ESTADO CEP

DATA DE ATENDIMENTO REPETIÇÃO E ATENDIMENTO SIM 1 NÃO 2 Nº DE VEZES HORA DE ATENDIMENTO

30/05/18 MOTIVO DO ATENDIMENTO

Paralisação no trabalho devido a queda do avião.

Atendimento no pronto socorro para avaliação

identificação para que se

Obs: Anexar os resultados dos exames CID:

DIAGNÓSTICO TCE grau II TCE moderado

CONDUTA A Vc Atos Welles B. Araújo Médico CRM-AL 7370

NOME DO HOSPITAL PARA ONDE FOI ENCAMINHADO O PACIENTE

ASSINATURA DO MÉDICO OU ODONTÓLOGO

ASSINATURA DO SEGURADO E OU DO PACIENTE OU DO ACOMPANHANTE

CARIMBO CRM OU CROCIOP

CASO NÃO SANCIONAR APLICAR O PLE GAR DIRETO AO LADO

PREENCHA LEGITIMAMENTE TODOS OS CAMPOS SOB PENA DE NÃO SER CONSIDERADO O ATENDIMENTO. ASSINAR COM "X" AS QUADRICULAS PRECEDIDAS DE NÚMEROS MARCANDO A ALTERNATIVA.

SÃO RESPONSÁVEIS PELA INFORMAÇÃO O MÉDICO OU ODONTÓLOGO ASSISTENTE E DIRETORES DA ENTIDADE CONVENIENTE OU CONTRARIADA.

A DECLARAÇÃO FALSA E/OU FRAUDE SUSPEITA OS INFRATORES AS SANÇÕES DOS ARTIGOS 15 E OU 299 DO

CODIGO PENAL

1 CONSULTA 2 IMOBILIZAÇÃO 3 CURATIVO 4 REQ. CIRURGIA 5 OUTROS

DESCRÇÃO DO PROCEDIMENTO

CODIGO DO PROCEDIMENTO

MATERIAIS MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

1 MATERIAIS 2 MEDICAMENTOS 3 REMOÇÕES 4 OUTROS

DESCRÇÃO DO PROCEDIMENTO

RECURSOS COMPLEMENTARES E TERAPÊUTICOS

1 EXAME LABORATORIAL 2 RAIOS X 3 OXIGENOTERAPIA 4 HEMOTERAPIA 5

DESCRÇÃO DO PROCEDIMENTO

A CARGO DO RESPONSÁVEL A CARGO DO SUS

ASSINATURA DO DIRETOR RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO REVISOR TÉCNICO - SUS

ASSINATURA DO REVISOR ADMINISTRATIVO - SUS

COMPREV COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA 30 AGO. 2018 PROTOCOLO 12.228.375/0001-92



**ESTADO DE ALAGOAS**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE IGACI-AL**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**UNIDADE MISTA DE SAÚDE SANTINA TOLEDO DE ALBUQUERQUE**

**DECLARAÇÃO**

DECLARO para os devidos fins, que no dia 12 de Maio 2018, por volta das 00:31, foi atendido nesta Unidade Mista de Saúde Santina Toledo de Albuquerque, o Sra. EDTHYNNA RAYANNE FERREIRA SANTOS, portador do RG.: 3428704-3, decorrente de acidente de motocicleta, onde foi constatado que o paciente precisava de maiores cuidados, tendo sido encaminhado para o Hospital de Emergência do Agreste – Arapiraca, uma vez que esta Unidade Mista não dispunha dos recursos necessários para o tratamento do referido paciente.

Frise-se que o paciente acima mencionado foi conduzido para a Unidade de Emergência do Agreste por uma ambulância desta Unidade Mista Santina Toledo de Albuquerque.

Igaci (AL), 17 de MAIO de 2018.

Raphaella A. Ferreira Cavalcante  
Diretora Administrativa





# ÓRTESE e PRÓTESE - ADEFAL



Rua Clementino do Monte, Nº 312 - Farol  
Cep: 57055-190 - Maceió - AL - Fone: 2121-8672 / 99107-8488  
www.adeFal.org



## ÓRTESE / PRÓTESE

Prontuário Nº: 70182 Protocolo Nº: \_\_\_\_\_

Paciente: Edithyanna Rayana  
Ferreira Santos

Data de Entrada: 25/07/18

Responsável / Setor \_\_\_\_\_

### ADEFAL - Associação dos Deficientes Físicos de Alagoas

MÉDICO OU ESPECIALIDADE	DATA DA CONSULTA	HORA

### ADEFAL - Associação dos Deficientes Físicos de Alagoas

#### TRATAMENTO DE REABILITAÇÃO

**DEFICIENTE**

Nome: EDITHYANNA RAYANA  
SANTOS

End.: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ Dt. de Nascimento: 11/11/1988

GPF: \_\_\_\_\_

Filiação: Mãe: \_\_\_\_\_

MÉDICO OU ESPECIALIDADE	DATA DA CONSULTA	HORA

MÉDICO OU ESPECIALIDADE	DATA DA CONSULTA	HORA
<u>Acoláida</u>	<u>10.7.18</u>	<u>13:00</u>
<u>Dr. Monique Reis</u>	<u>30.07.18</u>	<u>13:00</u>

COMPREV  
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

30 AGO, 2018

PROTOCOLO  
AG. MACEIO - AL

CÓPIA

DATA DA ENTREGA

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

6. \_\_\_\_\_

7. \_\_\_\_\_

PROCEDIMENTO SOLICITADO

ajuda de custo

banco

# RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

## IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE



PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MACEIÓ  
RUA DIAS CABRAL, 569 - CENTRO  
CEP: 57020-250 - MACEIÓ - AL  
TEL: 3315 - 5180 / 3315 - 5223

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: Atestado

Endereço: \_\_\_\_\_

Prescrição: Atesto p/ o devido fim  
que Edithyrhe Rayanne  
F. Santos faz tratamento  
aqui na ASSISTA para os  
seguintes transtornos CID  
F90.0 (Alcoolismo) + F41.0  
(Ansiedade)

CRM-AL 5135  
CAPSI - Dr. Luiz da Rocha Corqueiro  
Conj. José Tenório - Serraria  
CEP: 57.046-140 - Maceió-AL

Data: 1/1/

Assinatura e carimbo do prescritor

## IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: \_\_\_\_\_

Ident: \_\_\_\_\_ Org. Emissor: \_\_\_\_\_

End: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

## IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURADO FARMACEUTICO

DATA: 1/1/



CÓPIA



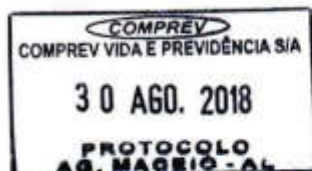
**TRANSNEURO**  
**ESTIMULAÇÃO MAGNÉTICA TRANSCRANIANA**  
**ELETOENCEFALOGRAMA DIGITAL**  
**MAPEAMENTO CEREBRAL**  
**NEUROLOGIA**

ATESTADO

A Sra EdThynna Rayanne Ferreira Santos está acometida por síndrome expressa no E-IO-10 F07.2 e F07.8, decorrente de T.C.E. (vide exame de neuroimagem), estando incapacitada para o Trabalho, sendo necessário tratamento e acompanhamento e repouso por um período de seis meses. ##  
Em uso de Hidantato 100mg; Risperidon 1mg; Amytal 25mg e Rivastigmina

Maceió, 12/07/18

Mar  
Aurélio M. Tenório Cavalcante  
30.034-53 - CRM 2196  
1761 RQE 1762  
Eletroencefalografia



CÓPIA

**DR. MARCO AURÉLIO MARQUES TENÓRIO CAVALCANTE**  
CRM/AL 2196 - RQE 1762 - RQE 1761  
Av. Dom Antônio Brandão, 333 - Edf. Maceió Work Center - Sobrelojas 09 e 10  
Farol - Maceió - AL - CEP: 57051-190 - Fone: (82) 3221-8749  
www.transneuro.com.br - marcoaureliomtc@yahoo.com.br



**SANTA CASA**  
DE MISERICÓRDIA DE MACEÍO

## BIOIMAGEM



1864802

RUA BARÃO DE MACEÍO, 288 - CENTRO - MACEÍO - ALAGOAS - FONE (82) 2123-9593 / 2123-6000

C.N.P.J. 12.307.187/0001-50 INSC ESTADUAL 24.054.180-4

Paciente:	<b>EDTHYNNA RAYANNE FERREIRA SANTOS</b>	Idade:	<b>22</b>	Sexo:	<b>F</b>
Convênio:	<b>VIDA E SAUDE</b>	Status:	<b>EXTERNO</b>	Nº Atendimento:	<b>5470858</b>
Procedência:	<b>RESSONÂNCIA MAGNETICA</b>	Prontuário:	<b>987886</b>	Nº Pedido:	<b>1677384</b>
Médico Solicitante:	<b>DR.(a) MARCO AURELIO M T CAVALCANTE</b>	Data Atendimento:	<b>28/06/2018 12:29:00</b>		
Nº Laudo:	<b>831020</b>	Data Realizado:	<b>28/06/2018 14:56:17</b>		
Senha:	<b>56284371</b>	Data Laudo:	<b>30/06/2018 11:33:15</b>		

### RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO CRÂNIO

#### Técnica de exame:

Sequências multiplanares T1, T2, difusão e FLAIR, sem contraste.

#### Análise:

São observadas coleções extra-axiais com morfologia subdural fronto-parieto-temporal bilateral, com espessura de 1,1 cm à direita de 0,8 cm à esquerda, que exibe tênue hipersinal em FLAIR (conteúdo hemático/hiperprotéico) e que determina retificação dos giros corticais adjacentes.

Focos de marcado hipossinal em GRADIENT ECHO junto ao hipocampo direito, que pode decorrer de depósito de hemossiderina e/ou calcificação.

Restante do parênquima encefálico com morfologia e intensidade de sinal normais.

Sulcos corticais e fissuras cerebrais preservados.

Sistema ventricular supratentorial com morfologia e dimensões normais.

Estruturas da fossa posterior preservadas.

Estruturas centromedianas sem desvios em relação à linha média.

Ausência de formações expansivas intraparenquimatosas.

Fluxo habitual ao nível das grandes artérias dos sistemas vértebro-basilar e carotídeo.

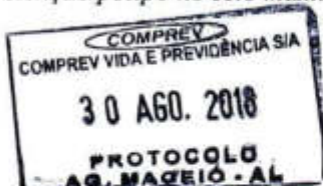
Ausência de áreas com restrição à livre movimentação das moléculas de água.

#### Conclusão:

Coleções subdurais fronto-parieto-temporais bilaterais, com conteúdo hemático/hiperprotéico, que determinam retificação do parênquima encefálico adjacente.

Restante do exame sem outras particularidades.

*Observação: cisto de retenção/pólipo no seio maxilar esquerdo.*



*Marina F. Soares*

MARINA FEITOSA SOARES  
CRM: 5470

Usuário: MARINA FEITOSA SOARES

Página 1 de 1

Somente profissional capacitado pode interpretar de forma correta as imagens e o relatório médico, pois devem ser avaliados dentro do contexto clínico e correlacionados com os demais exames complementares.



Rua Prof. José da Silveira Camerino, 1065 Farol CEP 57057-250, Maceio-AL  
Fone: (82) 4009-4436

Registro	Paciente	Dt. Nascimento	Idade
6176766	EDTHYNNA RAYANNE FERREIRA	20/04/1996	22 anos
Prontuário	Convênio	Tipo Pact/Leito	Movimento
000293288	PARTICULAR/BASICO		EXTER
14:4hs			26/06/2018 -

### RADIOGRAFIA DO OMBRO (DIREITO)

Fratura antiga diafisária da clavícula.

Sinais radiológicos de osteoartropatias, escapulo-umeral e acrômio-clavicular.

### RADIOGRAFIA DO OMBRO (ESQUERDO)

Sinais radiológicos de osteoartropatias, escapulo-umeral e acrômio-clavicular.

### RADIOGRAFIA DO QUADRIL

Espondiloses de L4-L5-S1.

Artroses sacro-iliacas.

Sinais radiológicos de coxoartroses.

JOSE MARCIO BENNING ARAUJO  
CRM-AL : 555

MACEIO, 26 de Junho de 2018







ESTADO DE ALAGOAS  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
PERÍCIA OFICIAL DO ESTADO DE ALAGOAS - (PO/AL)  
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL DE ARAPIRACA



LAUDO DE EXAME DE CORPO DE DELITO (LESÃO CORPORAL)  
PROTOCOLO Nº 0163/2019

Aos 22 dias do mês de JANEIRO do ano dois mil e dezenove (2019), nesta cidade de Arapiraca, às 11 horas e 20 minutos no INSTITUTO MÉDICO LEGAL DE ARAPIRACA, presente o Perito Médico Legal da Perícia Oficial do Estado de Alagoas, DR. FRANCISCO MILTON LÚCIO MELO, abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor deste órgão, de acordo com o disposto nos artigos 159 e 178 do Código de Processo Penal, para realizar o exame pericial em: EDTHYNNA RAYANNE FERREIRA SANTOS, a fim de ser atendido o ofício número: S/N/2019, a ser encaminhado para a DELEGACIA DE IGACI/AL, descrevendo com verdade e com todas as circunstâncias, o que encontrou, descobriu e observou, bem assim para responder aos seguintes quesitos: 1º Se há ofensa à integridade corporal ou à saúde do paciente; 2º Qual o instrumento ou meio que produziu a ofensa; 3º Se foi produzida com emprego de veneno, explosivo, tortura ou por meio insidioso ou cruel; 4º Se resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias, ou perigo de vida, ou debilidade permanente de membro, sentido ou função, ou aceleração de parto (resposta específica); 5º Se resultou incapacidade permanente para o trabalho, ou enfermidade incurável, ou perda ou inutilização de membro, sentido ou deformidade permanente, ou aborto (resposta específica). Em consequência, passou o perito a fazer o exame e investigações que julgar necessárias, findo o qual declarou o seguinte: EDTHYNNA RAYANNE FERREIRA SANTOS, nascida aos 20/04/1996, alagoana, solteira, Técnica em enfermagem, filha de José Laelcio Ferreira e de Rosiene Oliveira Santos Ferreira, residente na Rua Wanderley Neto, 1001, Clima Bom, Maceió/AL.

**HISTÓRICO:** Pericianda refere acidente motociclistico ("queda") no dia 13/05/18 por volta das 23h30min.

**EXAME MÉDICO:** Apresenta com ptose palpebral direita, dificuldade para deambular e diminuição de força muscular em dimídio direito, cicatriz mediana abdominal de laparotomia exploradora. Segundo relatório médico da Unidade de Emergência Dr. Daniel Houly, datado de 20/06/18, assinado pelo Dr. Cristiano Marinho Vital, CRM-AL 4389 a paciente teve traumatismo crânio-encefálico, com entrada no dia 13/05/18 e saída 12/06/18; realizado cirurgia de laparotomia exploradora, com hemoperitônio e laceração hepático grau IV.

Pelo que passou o perito a responder aos quesitos de lei:

Ao 1º- Sim.

Ao 2º- Instrumento contundente.

Ao 3º- Não.

Ao 4º- Sim para incapacidade das ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias, ao perigo de vida, debilidade permanente de membros e função cognitiva.

Ao 5º- Não.

Nada mais havendo a respeito do assunto, deu-se por encerrado o presente laudo, que vai assinado pelo Perito Médico Legal. Eu, Diva Heloiza da Silva, que o digitei e assino *[assinatura]* Instituto Médico Legal de Arapiraca, aos 18 de fevereiro de 2019.

DR. FRANCISCO MILTON LÚCIO MELO

Perito Médico Legal

Francisco Milton Lúcio Melo  
Perito Médico Legal  
CRM/AL 2.303

CÓPIA



1º Ofício de Notas e Protestos  
Rua Dr. Luiz Pontes de Miranda, 42  
Lj. 1 - Centro - Maceió/AL - Fone 3271-5050

CERTIFICO que a presente cópia  
fotostática é de igual teor ao  
original exibido, do que dou fé.


25 MAR. 2019

1º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTOS

☐ Celso Sarmiento Pontes de Miranda - Tabelião  
☐ Mariana Pontes de Miranda L. de Farias - Tabelião  
☐ Edilma de Albuquerque - Escrivente



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0319221/18  
Vítima: EDTHYNNA RAYANNE FERREIRA SANTOS  
CPF: 091.314.524-69

Data do Acidente: 13/05/2018  
CPF de: Próprio Titular do CPF: EDTHYNNA RAYANNE FERREIRA SANTOS

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros:

**EDTHYNNA RAYANNE FERREIRA SANTOS : 091.314.524-69**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

#### ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 30/08/2018  
Nome: EDTHYNNA RAYANNE FERREIRA SANTOS  
CPF: 091.314.524-69

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/08/2018  
Nome: EDUARDO HENRIQUE DE SOUSA LUDOVICO  
CPF: 090.833.874-02

EDTHYNNA RAYANNE FERREIRA SANTOS

EDUARDO HENRIQUE DE SOUSA LUDOVICO



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 entre 16 e 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

09131452469

Nome completo da vítima

EDTHYNNA RAYANNE FERREIRA SANTOS

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo EDTHYNNA RAYANNE FERREIRA SANTOS		CPF titular da conta 09131452469	Profissão RECUSOZ
Endereço WANDERLEY NETO		Número 1002	Complemento
Bairro CLIMA BOM	Cidade MACEIO	Estado AL	CEP 57071084
Email		Telefone (DDD) 9291688542	

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 MEIHAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> <b>RECUSO INFORMAR</b> <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00				<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00				<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00				<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00											
<input type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Soriente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)												<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)											
<b>AGÊNCIA</b> NRO. 4808 (Informar dígito se existir)				<b>CONTA</b> NRO. 12569 (Informar dígito se existir)				<b>BANCO</b> Nome: _____ NRO. _____				<b>AGÊNCIA</b> NRO. _____ D/V _____				<b>CONTA</b> NRO. _____ D/V _____							

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.

MACEIO 29 de AGOSTO de 2018

Local e Data



Edthynna Rayanne Ferreira Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CÓPIA





ESTADO DE ALAGOAS

SECRETARIA  
DE ESTADO DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL

## BOLETIM DE Ocorrência

NUMERO: 0604-J/18-0109

Pag. 1 / 1

DELEGACIA: 67° DP - Igaci 5ª DRP/DPJA2

FONE: 34231160

DATA/HORA COMUNICADO: 17/05/2018 11:01

DELEGACIA DESTINO: 67° DP - Igaci 5ª DRP/DPJA2

INSTRUMENTO:

NATUREZA: ACIDENTE DE TRANSITO (DANO MATERIAL)

DATA/HORA: 13/05/2018 23:30

LOCAL DO FATO: RODOVIA AL 115 Centro Igaci

DIA DA SEMANA: 7 PONTO DE REFERENCIA: CURVA PROXIMO AO POSTO DE VENDA DE GAS

COR  
BRANCO 4 PARDO  
PRETO 5 SARARA  
AMARELO 6 ALBINOESTADO CIVIL  
1 SOLTEIRO 4 SEPARADO  
2 CASADO 5 AMASIADO  
3 VIUVONACIONALIDADE  
1 BRAS NATO  
2 BRAS NATURALIZADO  
3 ESTRANGEIRODIA DA SEMANA  
1 SEG 4 QUI 7 DOM  
2 TER 5 SEX  
3 QUA 6 SABGRAU DE INSTRUCAO  
1 ANALFABETO 4 NIVEL MEDIO  
2 ALFABETIZADO 5 SUPERIOR  
3 FUNDAMENTAL

RG 34287043

SSP-AL

CPF 09131452469

NOME / RAZÃO SOCIAL EDTHYNNA RAYANE FERREIRA SANTOS

ROSIENE OLIVEIRA SANTOS FERREIRA

FILIAÇÃO: JOSÉ LAELCIO FERREIRA

DATA DE NASCIMENTO: 20/04/1996

IDADE 22

COR

SEXO F

PROFISSÃO Enfermeira

NACIONALIDADE 1

ESTADO CIVIL 1

GRAU INSTRUÇÃO 4

TURISTA

Nº 1001

UF AL NATURALIDADE: ARAPIRACA

ENDEREÇO RUA SANTA FÉ

FONE 991688542

BAIRRO: Clima Bom

CIDADE MACEIÓ

SE ( ) PM ( ) PF ( ) PC ( ) PRF ( ) BM ( ) GM ESPECIFICAR ( ) EM SERVIÇO ( ) FORA DE SERVIÇO ( ) INATIVO

OCORRÊNCIA RELACIONADA A

Nº 0604-J/18-0081

AFINIDADE VITIMA -&gt; AUTOR

## AUTOR: DESCONHECIDO

COMPERECERAM A ESTA DELEGACIA DE POLICIA OS PAIS DA VITIMA QUE RELATARAM O SEGUINTE : SUA FILHA EDTHYNNA ESTAVA TRAFEGANDO NA MOTO QUE ERA PILOTADA POR: PAULO TOMÉ DA SILVA . RESIDE NA RUA LÚCIO VITAL, 53 - CANAFISTULA, ARAPIRACA - AL. QUE O CONDUTOR PAULO É EX-CUNHADO DA VITIMA. QUE VINHA DA CIDADE DE PALMEIRA DOS INDIOS PARA ARAPIRACA E QUE AO PASSAR POR UMA CARRETA O CONDUTOR PERDEU O CONTRLE DA MOTO VINDO A SOFRER A QUEDA, QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA AO HOSPITAL DE EMERGENCIA EM ARAPIRACA ONDE PERMANECE INTERNADA. AFIRMA AINDA O PAI DA VITIMA QUE O CONDUTOR PAULO ACOMPANHOU A VITIMA EDTHYNNA ATÉ O HOSPITAL E APÓS ISSO ELE NÃO FOI MAIS VISTO.

NOTICIANTE:

ASS.

RG / MAT.: 3011020

ELABORADO POR: Aristides Avelino Cardim da Silva

ASS.

RG / MAT.: 586633

AUTORIDADE: Josias Luis de Lima

ASS.

RG / MAT.: 3011020

ESCRIVÃO AD-HOC: Aristides Avelino Cardim da Silva

ASS.





UNIDADE DE EMERGÊNCIA DO NOROESTE

NO. DO DE: 000392

DATA: 10/05/2018

HORA: 01:05

SEÇÃO: 11

DEPTO. DE EMERGÊNCIA E DEBORA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: RIANE

LOCAL: VALDIF

IDADE: 21 ANOS NASCIM: 02/00/0000

SEXO: FEMININO

ENDEREÇO: RUA LUCIO VITAL

NÚMERO: 52

COMPLEMENTO: SEM CARTÃO SUS

BAIXO: 1,60

MUNICÍPIO: ARAPIRACA

UF: AL

NOME DA MÃE:

CEP:

RESPONSÁVEL: J. PRÓPRIO

LOCAL DE PROCEDÊNCIA: ARAPIRACA

MOTIVO DO ATENDIMENTO: COLICA - CARRO COM FORT

DADO POLICIAL: NÃO

PLANO DE SAÚDE: NÃO

TRATAMENTO: SIM

ACID. TRABALHO: NÃO

VEIO DE ATENDIMENTO: SIM

PAI: I

A

matr: J

PULSO: I

I

TEMP: I

J

EXAMES COMPLEMENTARES:

☐ RAIO X

☒ COMPREV

☐ URINA

☐ TC

☐ LIGAM

☐ COMPREV VICA E PREVIDENCIA S/A

☐ ULTRASSONOGRAFIA

DADOS CLÍNICOS:

30 AGO. 2018

PROTÓCOLO

*Vi, mp, de, 30 ago 2018, Mo. com clarificação T-100 com Rostendorr aos 12:00 horas. 64560WE*

DIAGNÓSTICO: T 08 6406

ORTOGRAFIA

TA 13.05.18

PRESCRIÇÃO

*500 - 1.000  
ENTUBAÇÃO OROTRACHEAL  
SUGERIR LACINA - 6406 0480  
T-100 - 500  
ORONIO 15 ML 02*

RAIO X

N.º 7, 5 CRÂNIO + BAX + ABD.

0480

0480

0480

0480

0480

0480

0480

0480

0480

0480

0480

0480

0480

0480

CÓPIA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

UNIDADE DE EMERGÊNCIA DR. DANIEL HUGO

A vista do original apresentado.

AUTÊNTICO a presente cópia no

força de lei, 5º único do Decreto

Nº 13.05.18

Arapiraca, 14.10.2017

Assinatura do Paciente: *[assinatura]*

Serviço de Arquivo Médico e Estatística

*Dr. Alexandre Daniel P. Lima  
Chefe Geral e Responsável  
CRIMIAL 2009*