

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: 00000026026-1

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: FÁCIES DISFORME EM COMPARAÇÃO ANTERIORMENTE AO ACIDENTE. CADIRANTE. 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 sequelas

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, DEPAKEN, 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: VITIMA 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 AS SOLICITAÇÕES. OLHAR VAGO E RISOS IMOTIVADOS. USO DE FRALDAS.

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

Sim Não

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

DEFICT 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 (*).

"Vítima em tratamento"

"Sem sequela 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):

Região Corporal (Sequela):

LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM DANO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

% 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.

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. SINAS DE APARENTE ESCLEROSE MESIAL TEMPORAL SECUNDÁRIA. PEQUENOS FOCOS DE MICROHEMORRAGIAS CRÔNICAS DISPERSAS PELO PARÉNQUIMA SINALIZANDO LESÃO AXONAL DIFUSA.

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



Dra. Iara Santos de Albuquerque

CPF - 453.599.204-59

CRM/AL - 5424



Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO
1141299-2

Rua Fernandes Lima, nº 3349 - Centro de Maceió - CEP 57052-000
MACEIÓ - (82) 3237-0840/01/10 / 46-3460-7777 e
RESPECTIVO DE IMPRESSÃO AL ELETROBRAS PELA S.A. DA ALEGRIA
NP FIMERA ELETROBRAZ PLÉTREA E FENÔMENOS SISTEMATIZADA

Nº da Fita Fiscal: 007942340

A Tarifa Social da Eletrobras Maceió - TSM é fixa e constante
desde 01/01/2010 (Lei nº 10.000/2009).

DATA DE VENCIMENTO	VALOR TOTAL	VALOR PAGO
JULHO/2018	26/07/2018	80 74,94

ROSIENE OLIVEIRA SANTOS
R STA FÉ 1001 TABULEIRO DO MARTINS

57.071-084 - MACEIO

ROT: 001.41.006.001198

Aluguel	10786	Aluguel	19/07/2018
Aluguel	10706	Aluguel	18/06/2018
Consumo de Multiplicador	1.000	Multiplicador	20/08/2018
Consumo Básico	80	Ultimo dia	18/07/2018
Consumo Calculado	80	Agendamento	19/07/2018

Tarifa de Consumo: NORMAL

FCAM

Dia do Controle: 31

Classe/Subclasse	Ligação	Numero Fatura	Plano	Configuração	Média 12 meses
RESIDENCIAL	HONDA	E1906904	5 1 02825	1.1.1.1	84

HISTÓRICO KWH		DETALHAMENTO CONSUMO			
Mês/ano consumo		CONSUMO 80 kWh a R\$ 0,739981 =			
JUN/18	92	CONTRIB. DE ILUMINACAO PÚBLICA(COSIP)		59,19	
MAI/18	76	CORRECAO MONETARIA 05/18-00		15,50	
ABR/18	94	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	3,99	0,25	
MAR/18	149				
FEV/18	0				
JAN/18	82				
DEZ/17	93				
NOV/17	82				
OUT/17	91				
SET/17	79				
AGO/17	96				
JUL/17	82				

MENSAGEM INFORMATIVA E AVISO DE VENCIMENTO
AVISO DE VENCIMENTO DE CONTA



CÓPIA

DECLARAÇÃO

Eu declaro para devidos fins, que na^t tenho contato com o condutor veiculo moto, que no momento conduziu a mesmo.

O escrivim^s da delegacia do m. Igaci, com sua experiência profissional fiz levantamento em busca do procedimento da moto.

NADA MAIS A DIZER

Maceió - 25/03/2019

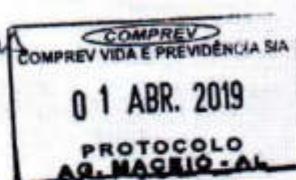
CÓPIA

EUI Se Jose Laelcio Ferreira

Doc. 250468. SSP. PI

CF. 340502 004-06

Ass: Se Jose



1º Ofício de Notas e Protestos
R. Dr. Luiz P. de Miranda
Centro - Maceio - Alagoas
Rec. p/ Autenticidade 1 firma(s):
JOSE LAELCIO FERREIRA
MACEIO, 25 de março de 2019.
Em Testemunha da verdade:
CELSO S. PONTES DE MIRANDA

- Tabeliao Vitalício -
MARIANA P. DE M. L. DE FARIA
- Escrivente Substituta -
EDILMA DE ALBUQUERQUE RAMALHO
- Escrivente Autorizada -
Carimbo: 2607565 OP: Raquel
Total: R\$ 4,00



1º Ofício de Notas e Protestos
Edilma de Albuquerque Ramalho
Escrivente Autorizada

Clínica de Olhos Dr. Fernando Medeiros

EXAMES COMPTADORIZADOS

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

Rua Tibúrcio Valeriano, 267 - Centro - Maceió - AL - Fone: (82) 3216-1402
Travessa Santa Maria Madalena, 10 - Centro - Ipirá dos Palmares

SR (a) o: Ephlyne Ruyane Souza Litor
22 anos?

Resumo de Exame oftalmológico

Cliente com problemas no olho direito por acidente em bicicleta há cerca de 03 meses.

1) Apresenta lesão palpável olho direito (OD) total: CID/IC: H29.4

2) Apresenta estrabismo para-
estic tempor (olho direito
OD): CID/IC: H49.

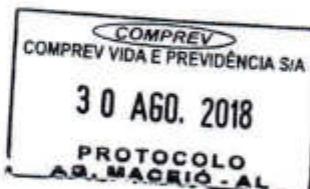
Obs: A mesma, tendo a estar
alterada, não impediu
de exercer suas labores.

Hospitais e Técnicos
Drº Fernando Medeiros

GRENAL - 1142

Diretor Clínico

04/08/2018



CÓPIA



RELATÓRIO MÉDICO

NOME FACIENTE; EDTHYNNA RAYANNE FERREIRA

ENDERECO: 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 historia de acidente automot ilístico (COLISÃO CARRO/MOTO).

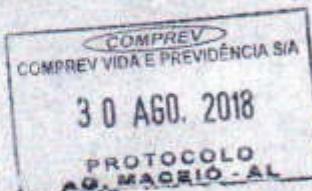
Após avaliação da equipe medica e realização de exames, foi *diagnosticado, TCE.*

Após tratamento, recebeu alta com orientações..

Cristiano Marinho Vital
MÉDICO RELATORISTA SAME/HE

CRM/AL 389/AL

20/06/18



CÓPIA

UNIDADE DE ENERGOLÓGIA DO HOSPITAL

Nº. DO DE:

DATA: 13/05/2018
SEÇÃO: II - UNIDADES E DEPARTAMENTOS

HABITACAO:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: RIANE
 IDADE: 21 ANOS NACAO: 06/00/0000
 ENDERECO: RUA LUCIO VITAL
 COMPLEMENTO: SEM CARTAO SUS
 MUNICIPIO: ARAPIRACA
 NOME DA MAE:

LGR: VALDEZ
 LOGRADOURO: 4117 4117
 NÚMERO: 42

Bairro: CEP: AL:

RESPONSAVEL: O PROPRIO

CAL DE PROCEDIMENTOS: ARAPIRACA
 PESSOAL DO ATENDIMENTO: COLIGAO LARNO COM FOTO
 DADOS POLICIAIS: NAO PLANO DE SAUDE: NAO
 CID: TRABALHO: NAO VELHO DE AMBULANCIA: SIM

FAX: 1 X DATA: 13/05/2018 PULSO: 1 TENSÃO: 1

EXAMES COMPLEMENTARES: RAIO X COMPRESSA
 LIGACAO COMPRAVIDA E PREVIDENCIA SIA

CRONOGRAMA: 10
 ULTRASOMODOPPLER

DADOS CLINICOS:

30 AGO. 2018

PROTÓCOLO

DIAGNOSTICO: TCC 65006.

ONCOGRAFIA
 TA 13/05/18IMAGENS: ~~15~~

5 AL - 1.000
 ENTUBAGEM O2 100000L N.º 7,5
 SUGESTAO: COCIMA - CANO 60 01/80
 FEGIARIA - SNC
 OXIMETRIA 75 MC 02 01/80

CÓPIA

INTERLOCUTOR:

NOME: DR. DANILO HOUYER - A PESO:

E-mail: dani@uol.com.br

INTERLOCUTOR: DR. DANILO HOUYER - A PESO:

E-mail: dani@uol.com.br

INTERLOCUTOR: DR. DANILO HOUYER - A PESO:

E-mail: dani@uol.com.br

INTERLOCUTOR: DR. DANILO HOUYER - A PESO:

E-mail: dani@uol.com.br

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE
 UNIDADE DE ENERGOLÓGIA DR. DANIEL HOUYER

A vista do original apresentado,

AUTENTICO a presente cópia no

foram feitas. São único do Decreto

Nº 330079

Arquivado em 14/06/2018

Dr. Humberto Daniel P. P.
 Ofício Geral de Medicina
 CRM/AL 2969

ASSINATURA DO PACIENTE:

Serviço de Arquivo Médico e Estatística

13/05/2018

UNIDADE DE EMERGÊNCIA DO HOSPITAL

Nº DO D.E.: 000379

DATA: 13/05/2018

HORA: 01:45

SETOR: II - CIRURGIAS E CONSULTAS

DETALHES DA CLÍNICA DO PACIENTE

NOME: R. M.

IDADE: 21 ANOS

SEXO: FEMININO

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Código

Descrição

SECRETARIA DE ESTADO
UNIDADE DE EMERG DR DANIEL HO

A vista do original apresentar
AUTENTICO a presente sobr. a
forma de Art. 5º único da Decr.
Nº 83936/79
Aracaju/AL 14/06/2018

13/05/18

Mário

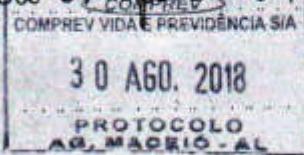
Ronaldo

Serviço de Arquivo Médico e Estatística

1:15

Paciente com relato de politrauma por queda
de motocicleta, com pupilas mióticas sem fotomotoras
sharpow 4; moxas os ~~compre~~ outros membros.

ED = TC crânio



Wander Albert
Médico
CRM/AL 5822

CÓPIA

Em Término: TC de cervical sem fratura ou lesão

TC de crânio disco de HSAT de concussão, sem fraturas.

ED = drenagem (mantém anisotropia de pupilas com arroz desde for).

Av. em intubação magna?)

Wander Albert
Médico
CRM/AL 5822

13/05/18 A Cr. geroltz medico frei Dr. mto
05:30 paciente apresentou hipotensão. No mom
Px: 114x66 mmHg. Abd. distendido. Abdomen
tumores 24,5 cm 7-5 cm c/ hiper
doloroso abd.



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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome: Ryanne

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

DESCRÍÇÃO MINUCIOSA DO ATO OPERATÓRIO

VIA DE ACESSO:

Laparotomia supra e infracostal

OUTRAS:

ACHADOS:

Hemoperitoneo bilioso

Carcinoma Hepático (Gran IV)

UNIDADE DE ESTADO DA SAÚDE
UNIDADE DE HED DR. DANIEL HOULY

A vista do original apresentado

AUTÉNTICO à presente cópia na

forma de Ata, 5ºS único do Decreto

Nº 83936/73

Arquivada/L 14/06/2018 VT e VF

Sangramento no operatório

Ronilson

Serviço de Arquivo Médico e Estatística

CONDUTA:

Ressecção Hepática com fio de sutura hepática nr 1 com

interponendo de epíplano dove
no fuso hepático

- Ressecção de Hesperiota

- Sutura de fuso observado parcial

SOLICITADO HISTOPATOLÓGICO

() SIM

() NÃO

Médico: Dr. Moraes Con

Médico Auxiliar:

Médico Anestesista: D. Wilson; Deyv. Dr. Melo

Acadêmico:

Dr. Marcos R. Correa Silveira
Angiologia e Cirurgia Vascular

CRMAL 4714

Assinatura Cirurgião - CRM

OSS: Devido pedido de transfusão 12 colis

RESUMO DE ALTA

Nome:	Edithynna Rayanne Ferreira	Reg. Nº	34246
Data da Alta:	12/06/18	CONDIÇÕES DE ALTA	
Hora:		CURADO <input type="checkbox"/>	MELHORADO <input checked="" type="checkbox"/>
Médico:		INDEFINIDO <input type="checkbox"/>	ÓBITO <input type="checkbox"/>
		CRM	

Motivo da Internação: TCE

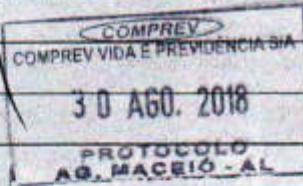
Breve histórico da Evolução: Paciente vítima de Coliseu moto - ceno.
TCE submetida a tratamento conservador e
pode falar bem direite

Condição de Alta: Melhorada

Diagnóstico definitivo da causa da internação:

Outros diagnósticos:

Observações: ① Cefixim 300mg 12/12hs por 3dias
② Hidroxicloroquina 100mg 8/8hs



Necessita complementação de tratamento ambulatorial

SIM

NÃO

CÓPIA

Encaminhado ao laboratório de Nanologia +
Fisioterapia em 12/06/18

Assinatura do Médico Dra. Celso Marcus da Silva
CRM 4536/AL
Clínica 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 - 16º RIAL

CÓPIA

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

ATENDIMENTO MÉDICO DE URGÊNCIA			
NOME UNIDADE MISTA DE SAÚDE SANTINHA TOLEDO DE ALBUQUERQUE		CNPJ: 12.228.375/0001-92	
CÓDIGO LOCALIDADE	ENDERÉCOS: AL 115 - KM 25 - CENTRO		
(GAC)	AL 5 7 6 2 0 - 0 0 0 0	CEP:	SEGURO
NOME <u>Rufina</u>			
PROFISSÃO <u>Auxiliar de enfermagem</u>	IDADE <u>22</u>	DATA DE NASCIMENTO <u>10/05/18</u>	CARTÃO DE IDENT. DO BENEFICIÁRIO (SAM 51)
ENDERECO (Rua N° Barro)	LOCALIDADE	ESTADO <input type="checkbox"/>	CEP <input type="checkbox"/>
		REPETIÇÃO E ATENDIMENTO SIM 1 <input type="checkbox"/> NÃO 2 <input type="checkbox"/>	Nº DE VEZES <input type="checkbox"/> <u>03</u> <input type="checkbox"/> <u>1</u>
		MOTIVO DO ATENDIMENTO <u>Primeria consulta de paciente do nascido.</u>	HORA DE ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> <u>00</u> <input type="checkbox"/> <u>30</u>
		DESCRICAÇÃO SUMÁRIA DO EXAME CLÍNICO <u>Exame clínico normalizado.</u>	
OBS: ANEXAR OS RESULTADOS DOS EXAMES	CID:		
DIAGNÓSTICO <u>TCE grave</u>	<input type="checkbox"/>		
CONDUTA <u>Tratamento</u>	<input type="checkbox"/>		
<u>A U C</u>	<input type="checkbox"/>		
Atos Wellis B. Araújo Médico CRM-AL 7370			
NOME DO HOSPITAL PARA ONDE FOI ENCAMINHADO O PACIENTE			



**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



UNIDADE MISTA DE SAÚDE SANTINA TOLEDO DE ALBUQUERQUE
AL 115 – KM 25 - CENTRO

CÓPIA

ÓRTESE e PRÓTESE - ADEFAL



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

ADA	adefall	SALUD
Associação dos Deficientes Físicos de Alagoas		
ÓRTESE / PRÓTESE		
Prontuário N°:	70182	Protocolo N°:
Paciente:	Edilvyno Ribeiro Fonseca Sampaio	
Data de Entrada:	15/11/11	
Responsável / Setor		

ADEFAL - Associação dos Deficientes Físicos de Alagoas	
TRATAMENTO DE REABILITAÇÃO	
DEFICIENTE	Nº DO PRONTUÁRIO
Nome: <u>EDTHIYNNIA RAYMI</u>	<u>21192</u>
End.: <u>SANTOS</u>	
Bairro: _____	Tel: _____
Município: _____	Dt. de Nasc.: <u>1_1_1</u>
CPF: _____	
Filiação: Mãe: _____	

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
30 AGO. 2018
PROTÓCOLO
AB-MACEI-001

CÓPIA

DATADENTRECA

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

1º VIA FARMÁCIA

2^a VIA PACIENTE

Paciente: Eleslaid

Endereço: Avenida p/ o devido fim
Prescrição: que Edithy vlne Ralyanne
F. Santos fay tratamento
aqui na ASSISTIA para os
seguintes transtornos CID
E 90.0 (Alafaz Bia Redingues Damas)

Data: _____ / _____ / _____

Assinatura e carimbo do prescritor

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome:	<input type="text"/>
Ident:	<input type="text"/>
Org. Emissor:	<input type="text"/>
End:	<input type="text"/>
Cidade:	<input type="text"/>
UF:	<input type="text"/>
Telefone:	<input type="text"/>

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
<hr/>	
ASSINATURA DO FARMACEUTICO	
DATA: _____	

CÓPIA



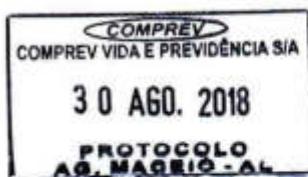
TRANSNEURO
ESTIMULAÇÃO MAGNÉTICA TRANSCRANIANA
ELETROENCEFALOGRAFIA DIGITAL
MAPEAMENTO CEREBRAL
NEUROLOGIA

ATESTADO

A Sra Edithynna Rayanne Ferreira Santos está comente,
por mandibular expressa no CJD-10 F07.2 e F07.8, decorrente
de T.C.E. (úvula etano de neuromigração), estando incapaz de falar
e trabalhar, sendo necessário tratamento e acompanhamento e
recesso por um período de seis meses. //
Em uso de Hidantoina 250mg e Rivaroxaban 15mg

Maceió, 12/07/18

Marco Aurélio M. Tenório Cavalcante
30.034-53 - CRM 2196
1761 RQE 1762
"Electroencefalograma"



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



1864802

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

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

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

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/hiperprotético) 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 ossa 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:

Colheções subdurais fronto-parieto-temporais bilaterais, com conteúdo hemático/hiperprotético, 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

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

Registro
6176766
Prontuário
000293288
14:4hs

Paciente	EDTHYNNA RAYANNE FERREIRA	20/04/1996	Dt.Nascimento	idade
Convênio	PARTICULAR/BASICO		22 anos	Movimento
			EXTER	
				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 APARECIDA



LAUDO DE EXAME DE CORPO DE DELITO (LESÃO CORPORAL)
PROTOCOLO N° 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 APARECIDA, 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 dimidio 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 hepática 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 Diva Heloiza da Silva. 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



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 Sarmêmo Pontes da Miranda - Taboão
 Nanara Pontes da Miranda L. de Freitas - Taboão
 Edilma de Albuquerque - Juiz Fluminense - Encantado

CÓPIA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

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 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

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 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 RECUSOU
Endereço WANDERLEY NETO	Número 1002	Complemento
Bairro CLIMA BOM	Cidade MACEIÓ	Estado AL
Email	CEP 57071084	
	Telefone (DDD) 8291688562	

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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> 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.
1808 C/V
 (Informar dígito se existir) CONTA NRO.
19569 D/V
 (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.

MACÉIÓ, 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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

NUMERO: 0604-J/18-0109

Pág.1 / 1

SECRETARIA
DE ESTADO DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL

DELEGACIA: 67º DP - Igaci 5º DRP/DPJA2

FONE: 34231160 DATA/HORA COMUNICADO: 17/05/2018 11:01

DELEGACIA DESTINO: 67º DP - Igaci 5º DRP/DPJA2

FATO

NATUREZA: ACIDENTE DE TRANSITO (DANO MATERIAL)

INSTRUMENTO:

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

LOCAL DO FATO: RODOVIA AL 115 Centro Igaci

DIA DA SEMANA: 7

PONTO DE REFERÊNCIA: CURVA PRÓXIMO AO POSTO DE VENDA DE GÁS

COR	ESTADO CIVIL	NACIONALIDADE	DIA DA SEMANA	GRAU DE INSTRUÇÃO
BRANCO 4 PARDÓ	1 SOLTEIRO 4 SEPARADO	1 BRAS. NATIVO	1 SEG 4 QUI 7 DOM	1 ANALFABETO 4 NÍVEL MÉDIO
PRETO 5 SARARA	2 CASADO 5 AMASIADO	2 BRAS. NATURALIZADO	2 TER 5 SEX	2 ALFABETIZADO 5 SUPERIOR
AMARELO 6 ALBINO	3 VIUVO	3 ESTRANGEIRO	3 QUA 6 SAB	3 FUNDAMENTAL

NOME / RAZÃO SOCIAL: EDTHYNNA RAYANNE FERREIRA SANTOS

RG: 34287043

SSP-AL

CPF: 09131452469

FILIAÇÃO: JOSÉ LAELCIO FERREIRA

ROSIENE OLIVEIRA SANTOS FERREIRA

PROFISSÃO: Enfermeiro

DATA DE NASCIMENTO: 20/04/1996

IDADE: 22

COR:

SEXO: F

UF: AL NATURALIDADE: ARAPIRACA

NACIONALIDADE: 1

ESTADO CIVIL: 1

GRAU INSTRUÇÃO: 4

TURISTA:

Nº: 1001

ENDERECO: RUA SANTA FÉ

CIDADE: MACEIÓ

FONE: 991688542

BAIRRO: Clima Bom

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

AFINIDADE VITIMA -> AUTOR:

OCORRÊNCIA RELACIONADA A:

Nº: 0604-J/18-0091

AUTOR: DESCONHECIDO

HISTÓRICO

COMPARECERAM 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 CONTROLE DA MOTO VINDO A SOFRER A QUEDA, QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA 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.: X

RG / MAT.: 3011020

ELABORADO POR: Aristides Avelino Cardim da Silva

ASS.: PTO

RG / MAT.: 586633

AUTORIDADE: Josias Luis de Lima

ASS.: PTO

RG / MAT.: 3011020

ESCRIVÃO AD-HOC: Aristides Avelino Cardim da Silva

ASS.: PTO



UNIDADE DE ENERGOLÓGIA DO HOSPITAL

Nº. DO DE:

DATA: 13/05/2018

HORA: 01:00

SEÇÃO: 11 - UNI. ENERGOLÓGIA E DITURAG

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: RIANE
 IDADE: 21 ANOS
 ENDEREÇO: RUA LUCIO VITAL
 COMPLEMENTO: SEM CARTAO SUS
 MUNICIPIO: ARAPIRACA
 NOME DA MAE:

LGR: VALDEZ
 LOGRADOURO: 4717 ITANO
 NÚMERO: 12
 BAIRRO:
 UF: AL CEP:

REFORÇAVEL: O PROPRIO

CAL DE PROCEDIMENTOS: ARAPIRACA
 PESSOAL DO ATENDIMENTO: COLLEGIO LARNO COM FOTO
 DADOS POLICIAIS: NAO PLANO DE SAUDE: NAO
 CID: TRABALHO: NAO VELHO DE AMBULANCIA: SIM

FAX: 1 X DATA: 13/05/2018 PULSO: 1 TENSÃO: 1

EXAMES COMPLEMENTARES: RAIO X COMPRESSA
 LIGACAO COMPRAV VIDA E PREVIDENCIA SIA

CRONOGRAMA: 10
 ULTRASOM TORÁCICO

DADOS CLÍNICOS:

30 AGO. 2018

PROTÓCOLO

DIAGNÓSTICO: TCC 65006.

ONCOGRAFIA
 DATA: 13/05/18

INDICATORES: 15

5 AL - 1.000
 ENTUBAGEM O2 100000L N.º 7,5
 SUGESTAO: COCAINA - CANO 60 01/80
 TEQUILA - SNC
 COCAINO 15 ML 02 01/80

CÓPIA

INTERNAÇÃO:

DATA: 13/05/2018 HORA: 01:00

LUGAR: ENERGOLÓGIA DO HOSPITAL

INTERNAÇÃO: 13/05/2018

TRANSPORTE: JURUCAIA

DEPARTAMENTO: 13/05/2018

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
 UNIDADE DE ENERG. DR. DANIEL HOUYER

A vista do original apresentado,

AUTÉNTICO a presente cópia no

foram feitas. São único do Decreto

Nº 330079

Arquivamento 14/06/2018

Dr. Humberto Daniel P. P.
 Ofício Geral e Verbal
 CRMIAL 2969

ASSINATURA DO PACIENTE:

Serviço de Arquivo Médico e Estatística