

PROCURAÇÃO*Ad judicium et extra e ad negocia***OUTORGANTE:**

Nome: <u>Cícero Paulo de Azevedo Moraes</u>	
Nacionalidade: BRASILEIRO	Profissão:
Estado Civil: <u>Casado</u>	CPF: <u>777 718 184-04</u>
Endereço Residencial: <u>Cond. Recanto das Orquídeas nº 331, Rua B, 71</u>	
Cidade: <u>Maceió</u>	CEP: <u>57084-156</u>

OUTORGADA: FABYANNA CLAUDIA MENDES ARAUJO ALVES, brasileira, casada, Advogada, inscrita na OAB/AL nº 14.294, CPF nº 059.649.794-67, Telefone: TIM (82) 99945-6224, com escritório profissional na Rua Tereza de Azevedo, Espaço 355, sala 107, Gruta de Lourdes, CEP 57052-600, Maceió-AL.

Finalidade:**Poderes:**

Amplos, totais e especiais poderes, com o concurso das **Cláusulas ad judicium et extra e ad negocia**, a fim de um Juízo ou fora dele, defender os interesses do Outorgante, propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo nas adversas, podendo, para tanto, formular pedidos, assinar petições, requerimentos e intimações, apresentar recursos nos Tribunais competentes e acompanhá-los até decisão final, conferindo poderes especiais para peticionar em qualquer órgão da Administração pública, autarquias, empresas públicas e empresas de economia mista, a nível federal, estadual e municipal, podendo ainda confessar, transigir, desistir, firmar compromissos ou acordos, requerer os benefícios da assistência judiciária gratuita, requerer isenção de imposto de renda, renunciar ao direito sobre que se funda a Ação, renunciar ao crédito excedente ao limite previsto em Lei que instituiu o Juizado Federal, levantar precatório, alvará, levantar a quantia revista em contrato referente a honorários, ficando ressalvado que os mesmos são devidos em caso de desistência, revogação/ cassação do mandato ou acordo por parte do ora Outorgante, sem expressa concordância dos Outorgados, enfim praticar todos os atos necessários ao fiel cumprimento do presente mandato e acompanhá-la até o seu final, em conjunto ou separadamente, inclusive substabelecer, com ou sem reservas de poderes.

Maceió (19) de setembro de 2019.

Cícero Paulo de Azevedo Moraes
OUTORGANTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE ALAGOÁS
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
PERÍCIA OFICIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DEL. MÁRIO PEDRO DOS SANTOS

NOME CICERO PAULO DE OMENA MORAIS

FILIAÇÃO
PAULO ROSENDO DE MORAIS
CREUSA DE OMENA MORAIS

DATA NASCIMENTO 21/02/1972
NATURALIDADE MACEIÓ-AL
TIPO/FATOR RH ☒ ORGÃO EXPEDIDOR SSP/AL
OBSERVAÇÃO ☒

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

LEI Nº 7.116 DE 28 DE AGOSTO DE 1983

CPF 777.718.184-04 DNS ☒
REGISTRO GERAL 933493 2ª VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 28/08/2019
REGISTRO CIVIL CICERO PAULO DE OMENA MORAIS
CERT. CAS. Nº4010 - LIV.148 - FLs.216V - CARTÓRIO PENEDO - AL

T. ELEITOR 016373951724 CTPS ☒ SÉRIE ☒ UF ☒
NIS/ PIS/ PASEP ☒ IDENTIDADE PROFISSIONAL ☒
CERT. MILITAR ☒
CNS 00434028950 CDS 706800228575822
RONEY MESTREIRO DE ARAÚJO NASCIMENTO
SUPERINTENDENTE DO INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

P 302

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL



FATURAMENTO INDIVIDUAL

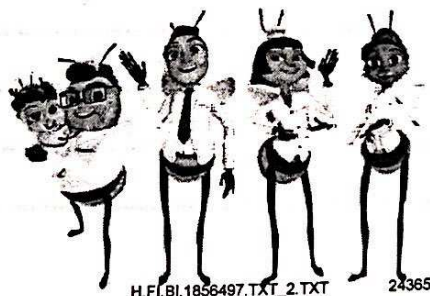


VENC: 10/06/2019

CTC RECIFE PE G6

CICERO PAULO DE OMENA MORAIS
COND RECANTO DAS ORQUÍDIAS 331 RUA B CASA 71
BENEDITO BENTES
57084-156 MACEIO - AL

10



H.F.BI.1856497.TXT_2.TXT

24365



MINISTÉRIO DO TRABALHO
SECRETARIA DE EMPREGO E SALÁRIO

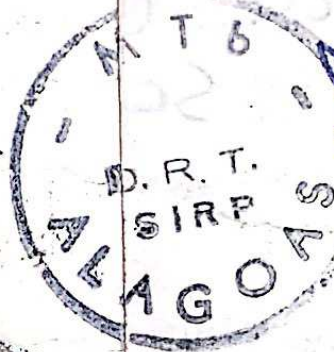
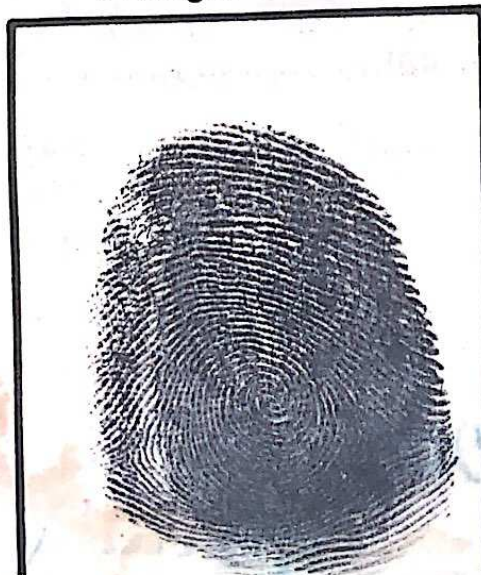
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDENCIA SOCIAL

Série... 00008-1dc

Número... 065.510



Polegar Direito.



Assinatura de Claudia Mendes Araujo Alves
ASSINATURA DO PORTADOR

Nome..... *Licero Paulo de Que-*
ira Mourais
Loc. Nasc..... *Ilheus*
Est..... *Alagoas* Data *21 02 1972*
Filiação..... *Paulo Roseado de*
Ilheus e Creusa
de Oliveira Mourais
Est. Civil..... *Solteiro* Doc. N.º..... *68.694*
Fls..... Liv..... *65* Reg. Civil..... *Belém do Aracaju*
Outro doc..... *Ilheus AC*
Situação Militar: Doc.....
N.º..... Órgão..... Est.....
Naturalizado Dec. N.º..... Em...../...../.....

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em.....
Doc. Ident. N.º..... Exp. em...../...../.....
Estado.....
Obs..... *Vide fls 42*
Data Emissão..... *03/06/88* DRT..... *Alagoas*
Assinatura
Assinatura do Funcionário

12

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador.....

BOMPREÇO S/A - Supermercados do Nordeste

BR 101 Km 7 - Tabuleiro dos Martins

CGC/MF..... Maceló - Alagoas

Rua..... COMÉRCIAL N.º.....

Município..... Est.....

Esp. do estabelecimento.....

Cargo..... Embalador II

..... C.B.O. n.º 97850

Data admissão 04 de Setembro de 1989

Registro n.º 16898 Fls./Ficha.....

Remuneração especificada R\$ 192,88 (cento

e noventa e dois cruza-

dos novos e cinquenta e

oito centavos) mensal

BOMPREÇO S/A - Supermercados do Nordeste

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1.º SEREQUINALA 2.º

Data saída 24 de DEZEMBRO de 1991

BOMPREÇO S/A - Supermercados do Nordeste

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1.º SEREQUINALA 2.º

Com. Dispensa CD N.º.....

CONTRATO DE TRABALHO

13

Empregador.....

24240988/0001-24

CGC/MF.....

O ATACADÃO DAS JOIAS LTDA.

Rua.....

Rua Dr. Pontes de Miranda, 42, Sala 321/322

Município.....

3. Andar Edif. Breda

Est.....

CENTRO - CEP 57020-140

Esp. do estabelecimento.....

MACETIO - AL.

Cargo.....

Gerente

C.B.O. n.º

24350

Data admissão..... de

01 de julho

de 19

95

Registro n.º

18

Fls./Ficha

F15

Remuneração especificada.....

R\$ 315,00 (trezentos e quinze reais) por mês

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1.º

2.º

Data saída..... de

30

de Agosto

de 19

99

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1.º

2.º

Com. Dispensa CD N.º

* vide pag. 246

53.07.99
pago
4/08/99
Leide

14

CONTRATO DE TRABALHO

fls. 22

Empregador.....

F. Marinho Confeccões Ltda

CGC/MF.....

Av. Fernandes Lima, 1.230

Rua.....

FANOL - CEP 57050-000

Município.....

Marceló - Alagoas

Esp. do estabelecimento.....

Cargo.....

Gerente Administrativo

C.B.O. n.º

2.4120

Data admissão.....

01

de

Março

de

19.2001

Registro n.º

03

Fls./Ficha

61

Remuneração especificada.....

R\$ 430,00 (Quatrocentos e trinta reais) p/mês.

X

[Signature]

F. MARINHO CONFEC. LTDA.

1.º

2.º

Data saída.....

01

de

Março

de

19.04

X

[Signature]

F. MARINHO CONFEC. LTDA.

1.º

2.º

Com. Dispensa CD N.º

[Handwritten notes]

CONTRATO DE TRABALHO

15

Empregador.....

12.952.610/0001-74

CGC/MF **F. Marinho Conferções Ltda**

Rua..... **Av. Fernandes Lima, Nº. 250**

Município..... **PAROL - CEP. 57050-000**

Esp. do estabelecimento..... **Maceió - Alagoas**

Cargo..... **Gerente de vendas**

Data admissão..... **01** de **Outubro** de 19..... **2007**

Registro nº..... **04** Fls./Ficha..... **38**

Remuneração especificada..... **828,00 (Oitocentos vinte e oito reais) p/mês**

X **F. MARINHO CONFEC. LTDA**
Assinado empregador ou a cargo c/test.

1º..... 2º.....
Data saída..... **15** de **Julho** de 19..... **2008**

X **F. MARINHO CONFEC. LTDA**
Assinado empregador ou a cargo c/test.

1º..... 2º.....

Com. Dispensa CD Nº.....

BEIRA RIO IND E COM DE PLASTICOS LTDA

CNPJ: 07.603.058/0001-79

End: Via-Secundaria 3,

Bairro: Tabuleiro dos Martins – CEP: 57080-000

Município: Maceió – UF: AL

Esp.Estab: FABRICACAO DE P DIVERSOS

Cargo: Gerente de Vendas

CBO: 1412-05

Data de Admissão: 01/09/2009

Registro N°. 02020

Remuneração específica: R\$ 1.500,00

(Hum mil quinhentos reais) p/ mês

BEIRA RIO IND E COM DE PLASTICOS LTDA

Juliana de Oliveira Farias

CPF: 998.420.924-53

Sócia-Administradora

1º 2º

Data saída.....15 de JULHO de 19 2010

Ass. do empregador ou representante

BEIRA RIO IND E COM DE PLASTICOS LTDA
Juliana de Oliveira Farias

1º 2º
CPF: 998.420.924-53

Com. Dispensa CD N°
Sócia - Administradora

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

ISS. 25

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

777718184-04

4 - Nome completo da vítima:

Picero Paulo de Oliveira Moura

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

5 - Nome completo:

Picero Paulo de Oliveira Moura

6 - CPF:

777718184-04

7 - Profissão:

Vendedor

8 - Endereço:

Rua Recanto dos Arquibios

9 - Número:

331

10 - Complemento:

Rua B Casa 71

11 - Bairro:

Benedito Bentes

12 - Cidade:

Mocim

13 - Estado:

AL

14 - CEP:

57084 156

15 - E-mail:

FABYCLAUDIA@GMAIL.COM

16 - Tel.(DDD):

82.99945-6224

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:

☐

RECUSO 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)

AGÊNCIA:

0240

CONTA:

7616

2

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐

Solteiro

☐

Casado (no Civil)

☐

Divorciado

☐

Separado Judicialmente

☐

Viuvo

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:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐

Sim

☐

Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐

Sim

☐

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

☐

Sim

☐

Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Mocim, 19 de Setembro de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

DESTINATÁRIO:

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

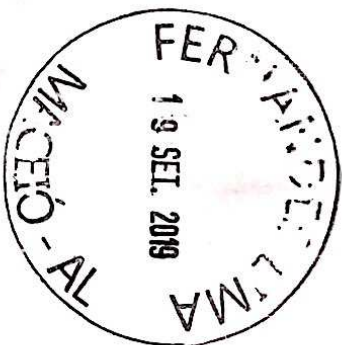
RUA SENADOR DANTAS, Nº74, 15º ANDAR

CENTRO

RIO DE JANEIRO/RJ

CEP: 20.031-205

DIH





GOVERNO DO ESTADO DE ALAGOAS
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA CAPITAL - MACEIÓ - AL



fls. 27

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 068987/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 05/08/2019 15:01 Data/Hora Fim: 05/08/2019 15:10
Delegado de Polícia: Sheila Carvalho Dantas

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes e Delitos de Trânsito da Capital
Data/Hora do Fato: 13/06/2019 14:00

Local do Fato

Município: Maceió (AL)
Logradouro: AV. BENEDITO BENTES

Bairro: Benedito Bentes

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: CICERO PAULO DE OMENA MORAIS (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: AL - Maceió Sexo: Masculino Nasc: 21/02/1972
Profissão: Comerciante
Estado Civil: Casado(a)
Nome da Mãe: CREUSA DE OMENA MORAIS Nome do Pai: PAULO ROSENDO DE MORAIS

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 777.718.184-04
RG - Carteira de Identidade: 933493

Endereço

Município: Maceió - AL
Logradouro: CD. RECANTO DAS ORQUIDEAS Nº: 71
Complemento: RUA B
Bairro: BENEDITO BENTES
Telefone: (82) 99641-1348 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição MOTOCICLETA	CPF/CNPJ do Proprietário 111.896.464-04
Placa OHH9504	Renavam 01005042435
Número do Motor KC16E5E025662	Número do Chassi 9C2KC1650ER025662
Ano/Modelo Fabricação 2014/2014	Cor PRETA
UF Veículo Alagoas	Município Veículo Maceió
Marca/Modelo HONDA/CG 150 TITAN ESD	Modelo HONDA/CG 150 TITAN ESD
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido, Meio Empregado	Última Atualização Denatran 13/07/2017



Delegado de Polícia Civil: Sheila Carvalho Dantas
Impresso por: Silvio Eduardo Michel Maia Gomes
Data de Impressão: 05/08/2019 15:10
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE ALAGOAS
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA CAPITAL - MACEIÓ -
AL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 068987/2019

Situação do Veículo NADA CONSTA	Envolvimentos
Nome Envolvido	Depositário
CICERO PAULO DE OMENA MORAIS	

RELATO/HISTÓRICO

SEGUNDO O DECLARANTE, guiava uma MOTOCICLETA de placa OHH9504 licenciado em nome de YGOR LEONARDO SANTOS COSTA CPF 11189646404, que trafegava pela Av. Benedito Bentes, que em um trecho dessa via, o pneu dianteiro derrapa na pista e leva a vítima ao solo, onde a moto cai sobre sua perna. Foi socorrido pelo SAMU e levado ao HGE segundo o relatório de nº 2937402.

ASSINATURAS

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

Silvio Eduardo Michel Maia Gomes
 Agente de Polícia
 Matrícula 66216-0
 Responsável pelo Atendimento

CICERO PAULO DE OMENA MORAIS
 (Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei
 origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Delegado de Polícia Civil: Sheila Carvalho Dantas
 Impresso por: Silvio Eduardo Michel Maia Gomes
 Data de Impressão: 05/08/2019 15:10
 Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

AMBULATÓRIO DE FRATURA

fls. 29

Ortopedia

Traumatologia

Medicina
do Trabalho

ATOT MAR

Atento, para o de-
nominado Sr. Paulo Carne-
iro de Moraes, topreu-
do acidente automobilístico
em 13-06-19 (Sec), e
que como consequên-
cia sofreu fratura de extre-
midade proximal da
fêmur esquerda. Que-
sente um déficit de
50% em relação
à normalidade, tendo

Data

Assinatura Médico - CRM

Av. Juca Sampaio, 11 - Maceió - AL
Fone: (82) 3320-2533 / 98884-8508

Scanned with
CamScanner

Scanned with CamScanner

alta definitiva em
05/12/19

maio, 05/12/19


Dr. José Matias de Albuquerque
Ortopedia - Traumatologia
Medicina do Trabalho
CREMAL - 1071

Volou
pr
consu/ar
150,00 reais

GMT

Prof. Dr. Geraldo Magella
Fisioterapeuta - 19.511-F

Univ. Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas - UNCISAL

DECLARAÇÃO

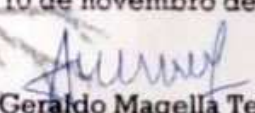
Declaro, para os devidos fins que o **Sr. Cícero Paulo de Omena Moraes**, CPF 777.718.184-04 encontra-se em tratamento fisioterápico sob minha responsabilidade; declaro ainda que o Supra Referido tem evoluído com quadro de insuficiência motora para flexo-extensão do joelho E, sequela de fratura do platô tibial com tratamento cruento, em decorrência de acidente motociclistico.

Do ponto de vista cinético-funcional o cliente tem apresentado, por interferência algica + hipotrofia + hipotrofia quadriciptal, prognóstico sombrio quanto às praxias que envolvam o referido membro além de apresentar um padrão de marcha disbásico decorrente de hiperprogramação de toda cadeia flexora do quadril e joelho do dimidio esquerdo.

Declaro ainda que o quadro acima apresentado pode, por hora, interferir nas execuções de atividades motoras que exijam contração muscular isométrica mantida para as habilidades de precisão, velocidade, ritmo e manutenção da postura estática por longos períodos e, em função disso, o cliente está **DESACONSELHADO** a pilotar motocicleta, dirigir automóveis que necessite o uso da embreagem e manter longos períodos em bipedestação.

Informo ainda que o quadro supra referido é transitório e apresenta tendência de evolução com o tratamento fisioterápico.

Maceió, 10 de novembro de 2019.


Geraldo Magella Teixeira
Fisioterapeuta - CREFITO 19511-F

Mestre em Ciências da Saúde - Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Doutor em Ciências - Universidade Federal de São Paulo

Prof. Dr. Geraldo Magella
Fisioterapeuta
CREFITO 19511-F



TELEFONE (82) 99949-6849

CamScanner

**MICROFISIOTERAPIA
BIOALINHAMENTO
QUIROPAXIA
CADEISAS MUSCULARES LEOPOLD
BUSQUET**





CLÍNICA RADIOLÓGICA POPULAR ALAGOANA

NOME: CICERO PAULO DE OMENA MORAIS
DATA NASCIMENTO: 21/02/1972 IDADE: 47 ANOS
DATA DO EXAME: 21/11/2019
CONVÊNIO: CRPA

Nº 226 MN
FONE:

RADIOGRAFIA DO JOELHO ESQUERDO EM AP E PERFIL

Controle de fratura na tíbia proximal, com osteossíntese metálica através de placas e parafusos.

Osteófitos femorais e tibiais.

Densificação dos planos adiposos do joelho.

Superfícies e espaços articulares conservados.


Dr. Alessandra Karine Lessa Oliveira
CRM: 4913/AL - RQE 2619

Av. Santa Rita de Cássia, Nº 84, anexo ao Laboratório Oswaldo Cruz - Bairro: Farol - Maceió - AL. Cep: 57051-600
Fone: (82) 3326-0016 Email: crpalagoana@gmail.com



Scanned with
CamScanner



ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DO ESTADO PROFESSOR OSVALDO BRANDÃO VILELA
SECRETARIA HOSPITALAR
Avenida Jorge de Lima, 2095, Trapiche da Barra - Maceió - AL - CEP: 57010-001
Fone: (82) 3315-7364 - CNPJ: 12.200.259/0001-65

RELATÓRIO MÉDICO

PACIENTE: CICERO PAULO DE OMENA MORAIS

D.NASCIMENTO: 21/02/72

NºPRONTUÁRIO: 2937402

D.ATENDIMENTO: 13/06/19

ALTA: 28/06/19

CID: S82.1

HORA: 16h:09min

DIAGNÓSTICO: FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

TRATAMENTO: CIRÚRGICO : REDUÇÃO CRUENTA DA FRATURA DA TÍBIA , FIXAÇÃO COM PLACA EM "L" E PARAFUSOS .

ACHADO:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE RODOVIÁRIO, QUEDA DE MOTOCICLETA
PACIENTE ORIUNDO DA UPA DO BENEDITO BENTES
PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU SOB PROTOCOLO DE IMOBILIZAÇÃO PADRÃO
PACIENTE APRESENTA - SE COM FRATURA DO PLANALTO TIBIAL SEM SINAIS DE SÍNDROME
COMPARTIMENTAL, SEM DÉFICIT NEURO VASCULAR
GLASGOW 15
PA : 180 x 120 mmhg FC : 88 bpm FR : 18 bpm SAT O2 : 99%

CONDUTA:

AVALIAÇÃO DA CIRURGIA GERAL , DA ORTOPEDIA
INTERNAMENTO HOSPITALAR
INTERVENÇÃO CIRÚRGICA
IMOBILIZAÇÃO
SOLICITADO EXAMES LABORATORIAIS, RADIOLÓGICOS E ELETROCARDIOGRAMA E TOMOGRAFIA
COMPUTADORIZADA DO JOELHO ESQUERDO
ENCAMINHADO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA / IORTAL
PRESCRIÇÕES, CUIDADOS E ORIENTAÇÕES MÉDICAS

 Rosiete C. Bandeira
Médica
CRM 2777-AL

Maceió, 26 de julho de 2019.

OBS.: Paciente atendido pela equipe médica desta Unidade de Emergência através do Sistema Único de Saúde.

Neste relatório estão expressas as informações constantes no prontuário.



HOSPITAL GERAL DO ESTADO DE ALAGOAS

fls. 34

FICHA DE ATENDIMENTO

NUMERO DE ATENDIMENTO: 2937402

DATA: 13/6/2019

HORA: 16:09:21

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

INTERNADO

PACIENTE: CICERO PAULO DE OMENA MORAIS

DATA NASCITO: 21/02/1972 IDADE: 47 ANOS CPF: 77771818404

SEXO: MAS RAÇA/COR: PARDA

Mãe: CREUZA DE OMENA MORAIS

RELACIONÁVEL/COMUNICANTE: ESTER MORAES - FILHO (FONE: 987029566)

NACIONALIDADE: BRASIL

NATURAL DE: ALAGOAS

CARTÃO SUS:

CIDADE: MACEIO/AL

BAIRRO: BENEDITO BENTES

TELEFONE PACIENTE:

LOGRADOURO: COND RECANTO DAS ORQUIDEAS RUA B N 71

COMPLAÇÕES:

DADOS DO ATENDIMENTO

Realizado C. T. Coelho
15/06/19
Ass. Seaney Polly

MOTIVO DE ATENDIMENTO: ACIDENTE DE MOTO

FORMA DE CHEGADA: SAMU USB

PRIMEIRA AJUDA: BENEDITO BENTES

SETOR: AREA VERMELHA

ATIVIDADE DE TRABALHO: NAO

CASO POLICIAL: NAO

PLANO DE SAÚDE: NAO

TRAUMA: SIM

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐ VERMELHO

☐ AMARELO

☐ VERDE

☐ AZUL

História da Doença Atual: Paciente vítima de queda de moto.

Exatidão: A: Via aérea permeável, sem cervicalgia B: MV@ em RNT; SIRA C: RCR em 2T; SIS D: Glasgow 15 E: Fratura em MMIE (?)

Exatidão Complementares: ☒ RAIO-X ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ TC ☐ LIQUOR ☐ ECG ☐ ULTRASSONOGRAFIA

Exatidão Diagnóstica:

1) Alta da Cirurgia Geral
2) Avaliação da Ortopedia

Enfermagem

Certifico que a presente cópia
Confero com o Original.
O referido é verdade. Dou fé.
Maceio/AL 13/06/19
Servidor
Mat. N° 2784

FEITO RELATÓRIO
MÉDICO
26/07/19

13/06/2019 16:09:39

Onde P(1) is:

= Tax planalto Alivel

= Nervosidade MIE @

Se viver Sndrome

Correntes MIE

= Vesp sleep - dentes,
Dm, HAS

1) 1) Tabagismo com - moléculas

2) Internamento hospitalar

3) Tratamento para

Dr. Anderson B. B.
CRM-AL 5046 - RCO 1512



 SAMU 192	SERVIÇO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU FICHA DE ATENDIMENTO - USB		USB 66	DATA DA OCORRÊNCIA 13.06.19
	NOME Cicero Paulo da Silva	IDADE / DT. NASC. 47	SEXO ☒ M ☐ F	FICHA Nº 182
ENDEREÇO Av. Benedito Bentes			HORA DA CHAMADA 14:00	
PONTO DE REFERÊNCIA Rua da Igreja, ao campo, no ponto de ônibus				

CARACTERIZAÇÃO DA OCORRÊNCIA

☐ CLÍNICO ☐ PARADA CARDÍACA ☐ INTOXICAÇÃO EXÓGENA ☐ DIST. CARDIOVASCULARES ☐ DIST. RESPIRATÓRIOS	☐ DIST. NEUROLÓGICOS ☐ DIST. ENDOCRINOLÓGICOS ☐ DIST. PSIQUIÁTRICOS ☐ DIST. MÚSCULO-ESQUELÉTICOS ☐ DIST. OBSTÉTRICOS	☐ DIST. GINECOLÓGICOS ☐ ASSIST. PARTO NORMAL ☐ DIST. UROLÓGICOS ☐ DIST. GASTROINTESTINAIS ☐ AFOGAMENTO	☐ DESMAIO ☐ TENTATIVA DE SUICÍDIO ☐ OUTROS / OBSERVAÇÕES
---	---	---	---

☐ TRÁUMA ☒ OUTROS TRAUMAS ☐ AGRESSÃO FÍSICA ☐ AGRESSÃO POR ARMA BRANCA ☐ AGRESSÃO POR ARMA DE FOGO ☐ MORDEDURA ANIMAL DOMÉSTICO ☐ MORDEDURA ANIMAL SILVESTRE ☐ QUEDA DE ALTURA	☐ Queda da própria altura ☐ CHOQUE ELÉTRICO ☐ QUEIMADURA ☐ ESMAGAMENTO ☐ POR OBJETO CONTUNDENTE	☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO ☐ PEDESTRE ☐ BICICLETA ☐ MOTOCICLETA ☐ CARRO ☐ CAMINHÃO / ÔNIBUS ☐ OUTROS	☐ PEDESTRE ☐ BICICLETA ☐ MOTOCICLETA ☐ CARRO ☐ CAMINHÃO / ÔNIBUS ☐ OUTROS
--	--	---	--

LOCAL DO ATENDIMENTO ☐ CASA ☐ APARTAMENTO ☐ FAVELA ☒ VIA PÚBLICA ☐ OUTROS	PROTEÇÃO ☐ CAPACETE ☐ CINTO DE SEGURANÇA ☐ NÃO USAVA ☐ NÃO OBSERVADO ☐ OBSERVAÇÕES:	SITUAÇÃO DA VÍTIMA ☐ PEDESTRE ☐ BICICLETA ☐ MOTOCICLETA ☐ CARRO ☐ CAMINHÃO / ÔNIBUS ☐ OUTROS	POSIÇÃO DA VÍTIMA ☐ PEDESTRE ☐ CONDUTOR ☐ CARONA/GARUPA ☐ BANCO TRÁSEIRO ☐ CARROCERIA ☐ OUTROS
CAPOTAMENTO? ☐ SIM ☐ NÃO		EJEÇÃO DO VEÍCULO ☐ SIM ☐ NÃO	

AValiação DE ENFERMAGEM

VIAS AÉREAS ☐ LIVRES ☐ OBSTRUÍDAS ☐ CIANOSE	OBSERVAÇÕES Nível de consciência, DM, Nível de
RESPIRAÇÃO E CIRCULAÇÃO FREQ. RESP. 18 ☐ LESÃO TORÁCICA	PULSO ☐ PALPÁVEL EDEMA? ☐ SIM ☒ NÃO PRESSÃO ARTERIAL 180/120 OXIMETRIA 99% PULSO 88 BPM

DANO NEUROLÓGICO DEFICIT NEUROLÓGICO ☒ ALERTA ☐ INCONSCIENTE ☐ RESPOSTA VERBAL ☐ RESPOSTA DOR	SINAL DE ALERTA ☐ CEFALÉIA ☐ AMNÉSIA ☐ NÁUSEAS / VÔMITOS ☐ COMATOSO ☐ CHOROSO ☐ AGITADO ☐ RINORRAGIA ☐ OTORRAGIA ☐ PERDA DE MASSA ENCEFÁLICA
---	---

ATENDIMENTO À GESTANTE (PREENCHER APENAS PARA DIST. OBSTÉTRICOS E ASSIST. PARTO NORMAL)							
ÚLTIMA MENSTRUACÃO (DATA)	GESTA	PARA	CESÁRIA	ABORTO	SANGRAMENTO VAGINAL?	CONTRAÇÕES?	
					☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	
HÁ ABORTO PROVOCADO?					PERDA DE LÍQUIDO	FREQÜÊNCIA (EM 10 MIN)	
☐ SIM ☐ NÃO					☐ SIM ☐ NÃO		
FAZ PRÉ-NATAL?					OUTRAS OBSERVAÇÕES SOBRE A GESTAÇÃO:		
☐ SIM ☐ NÃO							
IDADE GESTACIONAL (SEMANAS)							
CONSULTAS:							

EXPOSIÇÃO / LESÕES EXTERNAS / OUTROS DADOS										GLICEMIA CAPILAR	
☐ HIPOTERMIA	☐ PALIDEZ	☐ SUDORESE	☐ HIPERSALIVAÇÃO	☐ HIPOGLICEMIA						4,5	
☐ DOR	☐ ALCOOLIZADO	☐ DROGADO								☐ QUEIMADURA	
☐ SEM LESÃO APARENTE											
	CRÂNIO	FACE	PESCOÇO	DORSO	TÓRAX	ABDOMEN	BACIA	MSD	MSE	MID	MIE
ESCORIAÇÃO											
F.C. CONTUSO											
F. PERFURANTE											
CONTUSÃO											
FRT. ABERTA											
FRT. FECHADA											
LUXAÇÃO											
HEMATOMA											
EMPALHAÇÃO											
EVISCERAÇÃO											
OUTROS											

1 ☐ TÉRMICA

2 ☐ QUÍMICA

3 ☐ ELÉTRICA

SUPERFÍCIES

QUEIMADURA VIAS AÉREAS

☐ SIM

☐ NÃO

OBSERVAÇÕES:
 Vítima de queda de 10m, si e o mesmo desmaiou e caiu a cerca de 10m e depois acordou e ficou em pé e não se lembra mais o tempo inferior que ele ficou sem consciência avaliado verbalmente.

PROCEDIMENTOS E DESTINO À VÍTIMA - ORIENTAÇÃO DO MÉDICO REGULADOR			
PROCEDIMENTOS REALIZADOS			
☐ OXIGÊNIO MÁSCARA	☐ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS	☐ LIMPEZA DE FERIDA COM S.F.	☐ GLICEMIA CAPILAR
☐ OXIMETRIA DE PULSO	☐ CURATIVO SIMPLES	OUTROS: <i>plancha</i>	
☐ IMOBILIZAÇÃO CERVICAL	☐ HEMOSTASIA POR COMPRESSÃO		
DESTINO DA VÍTIMA			
☐ NÃO TRANSPORTADO	☐ ÓBITO NO TRANSPORTE	☒ TRANSPORTADA PARA UNIDADE:	
☐ APOIO DA USA NO TRANSPORTE	☐ REMOVIDA POR TERCEIROS	<i>UPA B10 / HSC</i>	
☐ EM ÓBITO NO LOCAL	☐ RECUSOU TRANSPORTE		
APOIO EXTERNO			
☐ POLÍCIA CIVIL	☐ POLÍCIA MILITAR	☐ CORPO DE BOMBEIROS	OUTROS:
☐ BPTRAN	☐ POLÍCIA ROD. FEDERAL	☐ IML	

VÍTIMA RECUSA O ATENDIMENTO - TERMO DE RECUSA	
NOME RESPONSÁVEL	IDENTIFICAÇÃO
NOME PACIENTE	IDENTIFICAÇÃO
ESTOU CIENTE DA CONDIÇÃO DO PACIENTE ACIMA E ASSUMO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA RECUSA DE ATENDIMENTO DESSA UNIDADE, ISENTANDO DE QUALQUER RESPONSABILIDADE O SAMU/ALAGOAS.	
MACEIO, ____/____/____	ASSINATURA: _____

RESPONSÁVEIS	
MÉDICO PLANTONISTA - UNIDADE RECEPTORA	ENFERMAGEM SAMU - ALAGOAS
<i>[Assinatura]</i> ASSINATURA - CARIMBO COM CRM	<i>[Assinatura]</i> ASSINATURA - CARIMBO COM COREN

Causa externa de 10m de altura, vítima desmaiou e caiu a cerca de 10m e depois acordou e ficou em pé e não se lembra mais o tempo inferior que ele ficou sem consciência avaliado verbalmente.

Indutor - Melen

HOSPITAL GERAL DO ESTADO

CNPJ: 12200259000246

Av. Siqueira Campos, Nº 2095 –Trapiche da Barra

Tel.: 3025-6336 - 3034-4903



fls. 38

BOLETIM OPERATÓRIO

NOME: CICERO PAULO DE OMENA MORAIS		IDADE: 47	REG.: 2937402
DATA DA CIRURGIA: 21/06/2019		INÍCIO:	TÉRMINO:
MÉDICO: FERNANDO BASTOS		MÉDICO AUXILIAR: HENRIQUE ROSENDO (R1)	
MÉDICO ANESTESISTA: LUCAS ACIOLI		MÉDICO AUXILIAR: VINICIUS GUERRA (R1)	

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO (ACESSO – ACHADOS – CONDUTA)

HD: FRATURA DE PLANALTO TIBIAL ESQUERDO

1. PACIENTE EM DDH SOB RAQUIANESTESIA + GARROTEAMENTO DE MIE.
2. ANTISSEPSIA DE MIE + APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS.
3. INCISÃO EM REGIÃO ANTERO-LATERAL MEDIAL + LATERAL EM JOELHO ESQUERDO.
4. ABERTURA POR PLANOS ANATÔMICOS.
5. OBSERVADO FOCO DE FRATURA.
6. REDUÇÃO CRUENTA DA FRATURA.
7. FIXAÇÃO COM PLACA EM "L" 4 X 2 LATERAL + PLACA EM "L" 8X2 MEDIAL, USANDO 08 PARAFUSOS CORTICAIS + 04 PARAFUSOS ESPONJOSOS.
8. VISUALIZAÇÃO SOB FLUOROSCOPIA DE BOA REDUÇÃO E FIXAÇÃO.
9. LIMPEZA MECÂNICO-CIRÚRGICA COM SF 0,9%.
10. SUTURA POR PLANOS ANATÔMICOS.
11. CURATIVO OCLUSIVO.
12. RETIRADA DE GARROTE – PERFUSÃO DISTAL PRESENTE.
13. PROCEDIMENTO SEM INTERCORRÊNCIAS.

MATERIAIS ESPECIAIS UTILIZADOS

- 01 PLACA EM "L" 4 X 2.
- 01 PLACA EM "L" 8X2.
- 08 PARAFUSOS CORTICAIS.
- 04 PARAFUSOS ESPONJOSOS.

Luiz Henrique Rosendo de Barros
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 17665

ASS. DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELA CIRURGIA - CRM



RELATÓRIO DE ANESTESIA

PACIENTE: Cláudio Paulo de Amorim Torres NOME SOCIAL: _____
 DATA DE NASCIMENTO: 21/02/1972 IDADE: 47 SEXO: ☒ M () F
 LEITO: _____ CLÍNICA: Ortopedia
 OPERAÇÃO: Procedimento de fixação de placa e parafusos na tíbia (C-)
 INDICAÇÃO: _____
 DATA PREVISTA: ____/____/____ INÍCIO PREVISTO: ____/____/____
 () ELETIVA () URGÊNCIA () EMERGÊNCIA () AMBULATÓRIO
 PERDA SANGÜÍNEA: _____ ASA: J
 ANESTESIA: Propofol DATA: 21/06/18

AGENTES	N2O	
	O2	
	HALOTANO	
	ETRANE	
	OUTROS	

LÍQUIDOS: _____ INÍCIO: _____ H _____ MIN _____ TERMINO: _____ H _____

HORÁRIO			
COD	PVD	T	PRPA
	-		220
V	+	39	
A	+		200
P	+	38	
O	+		180
FR	+	37	
O	+		160
PAM	+	36	
	+		140
X	+	35	
	+		120
T	+	34	
	+		100
Δ	+	33	
	+		80
	+	32	
	+		60
PVC	+	31	
	+		40
	+	30	
	+		20

DIURESE: _____ OBSERVAÇÕES: _____

LÍQUIDOS	VOLUME	AGENTES	DOSES	TÉCNICO
<u>500 ml</u>	<u>1500 ml</u>	<u>Propofol</u>	<u>200 mg</u>	<u>Propofol</u>
<u>500 ml</u>	<u>500 ml</u>	<u>Propofol</u>	<u>200 mg</u>	<u>Propofol</u>
		<u>Propofol</u>	<u>200 mg</u>	<u>Propofol</u>
		<u>Propofol</u>	<u>200 mg</u>	<u>Propofol</u>
		<u>Propofol</u>	<u>200 mg</u>	<u>Propofol</u>
		<u>Propofol</u>	<u>200 mg</u>	<u>Propofol</u>
		<u>Propofol</u>	<u>200 mg</u>	<u>Propofol</u>
		<u>Propofol</u>	<u>200 mg</u>	<u>Propofol</u>
		<u>Propofol</u>	<u>200 mg</u>	<u>Propofol</u>

TOTAL: _____ ANESTESIOLOGISTAS: Lucas A. Pinto CRM: _____
 1. Lucas A. Pinto CRM: _____
 2. Lucas A. Pinto CRM: _____
 OPERAÇÕES REALIZADAS: Procedimento de fixação de placa e parafusos na tíbia (C-) CIRURGIÃO: Lucas A. Pinto
 ASSISTENTE: _____

Confirmado por:

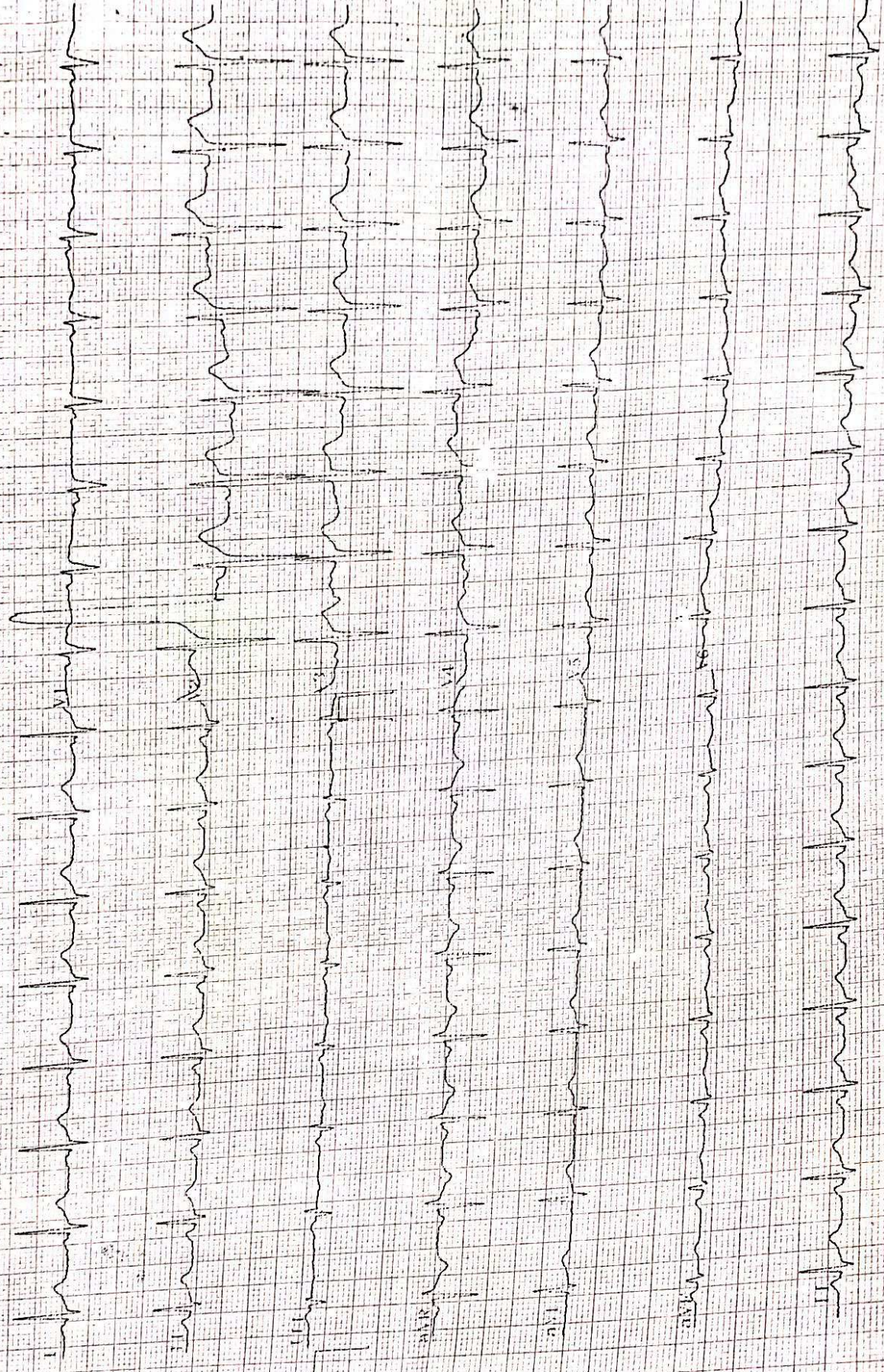
Deve ser confirmado pelo médico:

CICERO PAULO DE OLIVEIRA MOR

17/6/19 Aux. Eder

ECG: 97bpm
PR Int.: 118 ms Rítmico Sinusal Normal
QRS Dur.: 88 ms Eixo Normal
QT/QTc: 344/437 ms ECG Normal
Eixo P-R-T 61 11 19

ID: 470
Nome: Anos: / kg



Nº amostra: 143
ID paciente: 2939402
Nome: CICERO PAULO ALA G
Comnt. amostra: 1.53038/CICERO PAULO

Rack: 21

Posição: 1 20/06/2019 15:57:38 WB

Médico:

Nasc.: 20/06/2019 Sexo:

Nome: XN-1000-1-A

Positive
Diff. Count

RBC	4.93	[10 ⁶ /uL]
HGB	13.9	[g/dL]
HCT	44.1	[%]
MCV	89.5	[fL]
MCH	28.2	[pg]
MCHC	31.5	[g/dL]
RDW-SD	44.2	[fL]
RDW-CV	13.5	[%]

PLT	258 *	[10 ³ /uL]
PDW	14.1 *	[fL]
MPV	11.4 *	[fL]
P-LCR	36.0 *	[%]
PCT	0.29 *	[%]

WBC	11.21	[10 ³ /uL]
-----	-------	-----------------------

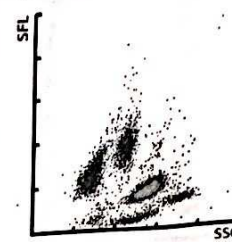
NEUT	6.95	[10 ³ /uL]	62.1	[%]
LYMPH	2.12	[10 ³ /uL]	18.9	[%]
MONO	1.54 +	[10 ³ /uL]	13.7	[%]
EO	0.55 +	[10 ³ /uL]	4.9	[%]
BASO	0.05	[10 ³ /uL]	0.4	[%]
IG	0.09	[10 ³ /uL]	0.8	[%]
NRBC	0.00	[10 ³ /uL]	0.0	[%]

WBC IP Message
Monocytosis
Eosinophilia
Leukocytosis

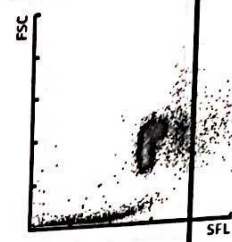
RBC IP Message

PLT IP Message
PLT Clumps?

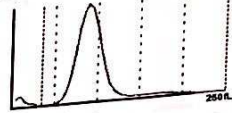
WDF



WNR



RBC



PLT



Handwritten signature

Handwritten signature
Márcia Gama Carreira
Enfermeira
CRM 2 Região 1705

00-17A 20/06/2019 15:57

1/1

Nº amostra: 47
 ID paciente: 2927902
 Nome: CICERO PEDRO ALA G
 Comnt. amostra: 1.47389/ CICERO PEDRO

Origem: Rack: 6

CPML - HGE - UNCISAL XN series: hemato

Posição: 9 15/06/2019 10:34:42 WB
 Médico:
 Nasc.: 15/06/2019 Sexo:
 Nome: XN-1000-1-A

Positive
 Diff.

RBC	4.90	[10 ⁶ /uL]
HGB	13.8	[g/dL]
HCT	44.3	[%]
MCV	90.4	[fL]
MCH	28.2	[pg]
MCHC	31.2	[g/dL]
RDW-SD	44.7	[fL]
RDW-CV	13.5	[%]

PLT	287	[10 ³ /uL]
PDW	13.1	[fL]
MPV	10.9	[fL]
P-LCR	33.0	[%]
PCT	0.31	[%]

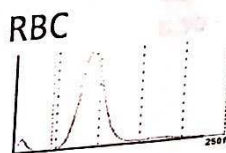
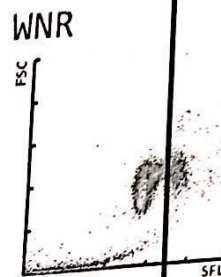
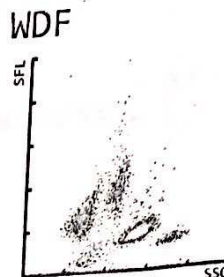
WBC 9.53 [10³/uL]

NEUT	6.04	[10 ³ /uL]	63.4	[%]
LYMPH	2.01	[10 ³ /uL]	21.1	[%]
MONO	1.14 +	[10 ³ /uL]	12.0	[%]
EO	0.30	[10 ³ /uL]	3.1	[%]
BASO	0.04	[10 ³ /uL]	0.4	[%]
IG	0.04	[10 ³ /uL]	0.4	[%]
NRBC	0.00	[10 ³ /uL]	0.0	[%]

WBC IP Message
 Monocytosis

RBC IP Message

PLT IP Message



[Handwritten signature]

00-17A 15/06/2019 10:34

1/1

CENTRO DE PATOLOGIA E MEDICINA LABORATORIAL
Av. Siqueira Campos Nº2095
Trapiche da Barra, Maceió-AL
CEP: 57010-001
Fone: (82) 3315-3281

5-1

15/06/2019 09:18

Nome do paciente: **ALA G, CICERO P DE OMENA MORAIS**
ID Paciente: 47-1.47389/2937402
Dat. Nac.:
Idade:
Sexo:
Observações:

Técnicas	Tipo	Conc.	Unidade	Flags	Categorias ref.
UREA-BUN-UV	SER	20	mg/dL		12 - 40
CREATININE	SER	0,73	mg/dL		0,30 - 1,30


Livia Caroline dos S. Azevedo
BIOMÉDICA
CRBM - 1274



IORTAL
INSTITUTO DE ORTOPEDIA DE ALAGOAS
AMBULATÓRIO

RUA IVAN WOLFF, Nº 82, QD-J,
PINHEIRO, CEP: 57.057-140 - MACEIÓ - AL
FONES: (0*82) 3025-4204 / 9.9958-0033

fls. 14

ATESTADO MÉDICO

PACIENTE: CICERO PAUL DE OLIVEIRA MORAIS

DN:

1- PATOLOGIAS APRESENTADAS (CID-10):

- Fratura tíbia proximal

2- TERAPÊUTICAS REALIZADAS:

- Tratamento cirúrgico com osteossíntese em 21/06/19

3- CONSIDERAÇÕES:

Fratura em consórcio

Exigirá fisioterapia

Necessita afastamento de trabalho por mais 12 (doze) e
vinte dias

MACEIÓ, 06

DE AGOSTO

DE 2019

MÉDICO ASSISTENTE
Dr. Rodrigo Xavier Maia
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRMAL 217407 EOT 15236



Juízo de Direito da 10ª Vara Cível da Capital

Av. Presidente Roosevelt, 206, Fórum Desembargador Jairon Maia Fernandes, Barro Duro - CEP 57045-900, Fone: 3218-3516, Maceió-AL - E-mail: vcivel10@tjal.jus.br

Autos nº 0708059-04.2020.8.02.0001

Ação: Procedimento Ordinário

Autor: Cícero Paulo de Omena Moraes

Réu: Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A.

Cls.

R.H.

Face o disposto no art. 99, § 3º, do NCPC, *verbis*: "*Presume-se verdadeira a alegação de insuficiência deduzida exclusivamente por pessoa natural.*", defiro o pedido de concessão dos benefícios da justiça gratuita, formulado na exordial.

Outrossim, considerando-se a natureza da presente demanda, bem como a baixa eficiência das audiências de conciliações, na fase inaugural, neste tipo de ação; considerando-se, outrossim, revelar-se imprescindível, para o deslinde da lide, a realização de perícia nos presentes autos, tenho por prejudicada a realização de audiência de conciliação nesta fase processual, não descartando, todavia, a possibilidade de autocomposição, que poderá ocorrer em momento futuro oportuno.

Ademais, cite-se, no prazo e na forma da lei.

Intimem-se e cumpra-se.

Maceió, 20 de março de 2020.

Erick Costa de Oliveira Filho
Juiz de Direito



ESTADO DE ALAGOAS
PODER JUDICIÁRIO

Juízo de Direito da 10ª Vara Cível da Capital

Av. Presidente Roosevelt, 206, Fórum Desembargador Jairon Maia Fernandes, Barro Duro - CEP 57045-900, Fone: 3218-3516, Maceió-AL - E-mail: vcivel10@tjal.jus.br

CARTA DE CITAÇÃO

Processo Digital nº: 0708059-04.2020.8.02.0001
Classe – Assunto: **Procedimento Ordinário - Acidente de Trânsito**
Autor: Cícero Paulo de Omena Moraes
Réu: Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A.

Destinatário:

Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A.

Rua Senador Dantas, 74, 5º Andar, Centro

Rio de Janeiro-RJ

CEP 20031-205

senha: rjxy99

Fica Vossa Senhoria **CITADO(A)** para oferecer resposta no prazo e com as advertências abaixo assinalados.

PRAZO: O prazo para oferecer resposta aos termos da petição inicial, a qual deverá ser apresentada por petição, é de 15 (quinze) dias (art. 335 do CPC).

ADVERTÊNCIAS:

01) Não sendo oferecida contestação no prazo marcado, o réu será considerado revel e presumir-se-ão verdadeiras as alegações de fato formuladas pelo autor (art. 344 do CPC).

OBSERVAÇÃO: Este processo tramita eletronicamente. A íntegra do processo poderá ser visualizada mediante acesso ao sítio do Tribunal de Justiça de Alagoas, na internet, no endereço www.tjal.jus.br, sendo considerado vista pessoal (art. 9º, § 1º, da Lei Federal nº11.419/2006). Petições, procurações, contestação etc, devem ser trazidos ao Juízo por peticionamento eletrônico.

Maceió, 23 de abril de 2020. Sandra Buarque Nunes de Lima - Analista