

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE ALAGOAS

SECRETARIA COORDENADORA DE JUSTIÇA E DEFESA SOCIAL

CENTRO DE PERÍCIAS FORENSES - CPFOR

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DEL MARIO PEDRO DOS SANTOS

Polegar Direito





Fabio Soares Cardoso

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1573530

DATA DE EXPEDIÇÃO 09/08/2005

NOME FABIO SOARES CARDOSO

FILIAÇÃO ANTONIO OLIMPIO CARDOSO

MARIA DE LOURDES SOARES

NATURALIDADE MACETÓ - AL

DOC ORIGEM CERTO NASC 20513 FLS 233 LIV A-19

6-F OF MACETÓ - AL

029.986.694-76

2 VITA

DATA DE NASCIMENTO 24/11/1979

LEIN 7116 DE 29/08/83

P 300

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição 029.986.694-76

Nome FABIO SOARES CARDOSO

Nascimento 24/11/1979

COMPREV

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

15 ABR. 2019

PROTOCOLO

AG. MACETÓ - AL

CÓPIA

Eletrobras
Distribuição Alagoas

Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
1600479-5

Nº da Nota Fiscal 017868788

Av. Fernandes Lima, nº 3349 - Grutas de Lourdes - CEP: 57052-902
MACEDÔNIAL - CNPJ: 12.272.084/0001-00 - IE: 24007177-8
REGIME ESPECIAL DE IMPRESSÃO AUTORIZADO PELA SEC. DA FAZENDA
NF / FATURA DE ENERGIA ELÉTRICA / SERVIÇO SÉRIE U N°

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MARCO/2019	22/03/2019	130	114,97

FABIO SOARES CARDOSO
CD RESID JARDIM DAS ORQUIDEAS 960 QD A C5 33
CJ JARDIM DAS ORQUIDEAS
57.072-000 - MACEIO

ROT: 001.58.012.000321

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	130	Atual:	16/03/2019
Anterior:	0	Anterior:	15/02/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	15/04/2019
Consumo Medido:	130	Emissão:	15/03/2019
Consumo Faturado:	130	Apresentação:	16/03/2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Fator de Potência:	
		Dias de Consumo:	29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	E2632343		1.1.1.1	0

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo		CONSUMO	130 kWh a R\$ 0,739562 = 96,14
FEV/19	0	CONTRIB. DE ILUMINAÇÃO PÚBLICA(COSIP)	18,83
JAN/19	0		
DEZ/18	0		
NOV/18	0		
OUT/18	0		
SET/18	0		
AGO/18	0		
JUL/18	0		
JUN/18	0		
MAI/18	0		
ABR/18	0		
MAR/18	0		

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO
LIGUE 0800 082 0196 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 3 8 13 18 23 28

RESERVADO AO FISCO 7482.A260.7ACF.7AF3.5D8B.96D3.7000.2A06

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	35,33	Base de Cálculo:	96,14
Energia:	25,06	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	3,43	Valor do ICMS:	16,34
Encargos:	7,80	Valor do PIS:	1,46
Tributos:	24,52	Valor do COFINS:	6,72

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DIC			FIC			DMIC	DICRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Realizado	0,00			0,00			0,00	
Conjunto	Período de 01/2019						EUSD:	0,00

ROT: 001.58.012.000321

Eletrobras
Distribuição Alagoas

Av. Fernandes Lima, nº 3349 - Grutas de Lourdes - CEP: 57052-902
MACEDÔNIAL - CNPJ: 12.272.084/0001-00 - IE: 24007177-8

SEU CÓDIGO
1600479-5

TOTAL A PAGAR - R\$
114,97

MÊS FATURADO
MAR/2019

VENCIMENTO
22/03/2019

Nº da Nota Fiscal: 017868788 FCAM

83630000001 2 14970003000 5 00000001600 6 47950319008 0

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

15 ABR. 2019

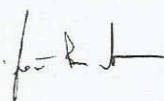
PROTOCOLO
AS. MACEIO - AL

CÓPIA

SUBSTABELECIMENTO

Pelo presente instrumento, eu, Dr. João Braz Amorim Neto, brasileiro, solteiro OAB/AL 13.754, com escritório profissional na Av. Durval de Goes Monteiro, Mangabeiras, Ed. Norcom, Sala 212, Maceió/AL, **substabeleço com reserva de poderes de iguais poderes**, na pessoa do Dr. Yury Carvalho Camelo, brasileiro, solteiro, OAB/AL 12.312, os poderes que me foram conferidos, para fins de dar quitação, retirar os autos, representar em juízo, receber, podendo o dito procurador praticar quaisquer atos para o fiel cumprimento do objeto instrumento de mandato, inclusive representando o cliente e a mim mesmo perante às juntas administrativas Estaduais, Municipais ou Federais, INSS, Prefeitura, Governo do Estado, toda e qualquer repartição, órgão jurisdicional, tribunal ou justiça, como advogado e procurador da parte, em perícias e todo e qualquer ato, visando os fins pretendidos ao bom desempenho deste mandato.

Maceió, 13 de janeiro de 2020.



Assinado de forma digital por
JOAO BRAZ AMORIM NETO
Dados: 2020.01.13 11:21:26 -03'00'

Dr. João Braz Amorim Neto

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: FABIO SOARES CARDOSO, SOLTEIRO, BRASILEIRO
Corbador ONIBUS, RG nº 157 3530, CPF: 029.986.694-76
 residente e domiciliado na RUA PROSETARA R, 00A, Cond. SARDINIA ORQUIDEAS, 960, CIDADE UNIVERSITARIA

OUTORGADOS: JOÃO BRAZ DE AMORIM NETO, brasileiro, solteiro, inscrito na OAB/AL sob o número 13.754 e RICARDO LIMA TORRES, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/AL sob o número 9.104, ambos com endereço profissional à Av. Comendador Gustavo Paiva, nº 2789, Ed. Norcon, Sala 212, Mangabeira, Maceió/AL.

PODERES: Pelo presente instrumento procuratório, nomeio e constituo como meus procuradores os outorgados acima, para atuação no foro geral para me representar perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, como também junto às instituições e repartições públicas federais, estaduais e municipais, autárquicas, especialmente perante o INSS, sociedades de economia mista, pessoas jurídicas de direito privado ou pessoas físicas e geral, os quais dou plenos poderes, inclusive os contidos nas cláusulas "AD JUDICIA ET EXTRA JUDICIA", e os poderes especiais para transigir, desistir, renunciar ao sobre o que se funda a ação, receber e dar quitação, firmar compromisso, podendo substabelecer quaisquer termos, e, finalmente, praticar todos os atos necessários ao fiel cumprimento deste instrumento, inclusive autorizando a retenção do percentual de 30% dos créditos brutos percebidos pelo outorgante, na ação intentada. Havendo acordo extrajudicial ou em fase de execução, o outorgante obriga-se ao pagamento integral dos honorários de 30% incidentes sobre os créditos brutos do outorgante. Havendo desistência da ação, ou ausência em ocasião de audiência que leve ao encerramento do processo, obriga-se a Outorgante a pagar aos Outorgados a quantia fixa de 1 salário mínimo a título de honorários advocatícios pelos trabalhos dispendidos.

Declaro, ainda, com a assinatura do presente instrumento procuratório, que me responsabilizo integralmente pelas declarações fornecidas aos meus advogados, e que passarão a integrar a descrição fática da presente ação.

Maceió/AL, ____ de ____ de 2019.

Fabio Soares Cardoso

Declaração de Isenção do Imposto de Renda Pessoa Física (IRPF)

Eu, FABIO SOARES CARDOZO, RG/CNH nº 1573530,
 órgão expedidor: SSP, UF: AL, CPF 029.986.694-76, endereço
RUA PROTETADA "A", 33, RD. A, COND. JARDIM DAS O., CEP 57092-136
 cidade de MACÉIO, telefone(s) (82) 9 9357-2834, **DECLARO** ser
 isento(a) da apresentação da Declaração do Imposto de Renda Pessoa Física (DIRPF) no(s)
 exercício(s) 2014-2019 E 2020 por não incorrer em nenhuma das hipóteses de
 obrigatoriedade estabelecidas pelas Instruções Normativas (IN) da Receita Federal do Brasil (RFB).

Esta declaração está em conformidade com a IN RFB nº 1548/2015 e a Lei nº 7.115/83*.

Declaro ainda, sob as penas da lei, serem verdadeiras todas as informações acima prestadas.

MACÉIO, 22 de JANEIRO de 20 20.

Fabio Soares Cardoso
 Assinatura

*Esclarecemos que a Receita Federal do Brasil não emite declaração de que o(a) cidadão(ã) está isento(a) de apresentar a Declaração do Imposto de Renda da Pessoa Física (DIRPF), pois a Instrução Normativa RFB nº 1548, de 25 de fevereiro de 2015, regula que, a partir do ano de 2008, deixa de existir a Declaração Anual de Isento. Ademais, a Lei nº 7.115/83 assegura que a isenção poderá ser comprovada mediante declaração escrita e assinada pelo próprio Interessado. Mais informações podem ser obtidas na página da RFB na internet, no seguinte endereço eletrônico: <http://receita.economia.gov.br/orientacao/tributaria/declaracoes-e-demonstrativos/dai-declaracao-anual-de-isento>

LEI Nº 7.115, DE 29 DE AGOSTO DE 1983.

Dispõe sobre prova documental nos casos que indica e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º - A declaração destinada a fazer prova de vida, residência, pobreza, dependência econômica, homonímia ou bons antecedentes, quando firmada pelo próprio interessado ou por procurador bastante, e sob as penas da Lei, presume-se verdadeira.

Parágrafo único - O dispositivo neste artigo não se aplica para fins de prova em processo penal.

Art. 2º - Se comprovadamente falsa a declaração, sujeitar-se-á o declarante às sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável.

Art. 3º - A declaração mencionará expressamente a responsabilidade do declarante.

Art. 4º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 5º - Revogam-se as disposições em contrário.



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 028866/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 01/04/2019 15:12 Data/Hora Fim: 01/04/2019 15:24
 Delegado de Polícia: Sheila Carvalho Dantas

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes e Delitos de Trânsito da Capital

Data/Hora do Fato: 23/11/2018 18:30

Local do Fato

Município: Maceió (AL)

Bairro: Tabuleiro do Martins

Logradouro: AV. DURVAL DE GOES MONTEIRO

Ponto de Referência: PROXIMO AOS CORREIOS

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: FABIO SOARES CARDOSO (VÍTIMA , COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: AL - Maceió	Sexo: Masculino	Nasc: 24/11/1979
Profissão: Cobrador de Ônibus			
Estado Civil: Solteiro(a)			
Nome da Mãe: Maria de Lourdes Soares	Nome do Pai: Antonio Olimpio Cardoso		

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 029.986.694-76
 RG - Carteira de Identidade: 1573530

Endereço

Município: Maceió - AL
 Logradouro: R Projetada R Nº: 33
 Complemento: QD A, COND. JARDIM DAS ORQUIDEAS, 960
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 57.072-136

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 042.920.614-32	Placa NMO9067
Renavam 00345228146	Número do Motor KC16E7B611502
Número do Chassi 9C2KC1670BR611502	Ano/Modelo Fabricação 2011/2011
Cor PRETA	UF Veículo Alagoas
Município Veículo Maceió	Marca/Modelo HONDA/CG 150 FAN ESI
Modelo HONDA/CG 150 FAN ESI	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 22/03/2016	Situação do Veículo NADA CONSTA

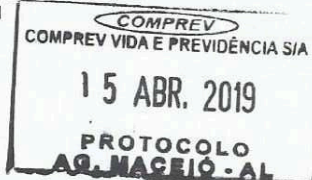
Nome Envolvido	Envolvimentos
----------------	---------------

Delegado de Polícia Civil: Sheila Carvalho Dantas
 Impresso por: Silvio Eduardo Michel Maia Gomes
 Data de Impressão: 01/04/2019 15:24
 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: 028866/2019

Nome Envolvido	Envolvimentos
Fabio Soares Cardoso	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

SEGUNDO O DECLARANTE, guiava uma moto de placa NMO9067 licenciado em nome de JOSE EDVAN DA ROCHA CPF 04292061432, este já acima cadastrado, onde trafegava pela Av. Durval de Goes Monteiro, quando um carro a sua frente, freia evitando um atropelamento e a vítima tomada de surpresa choca-se na traseira desse veículo e é arremessado ao solo, sofrendo lesões. Foi socorrido pelo SAMU e levado ao Hospital Maceió.

ASSINATURAS

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

Silvio Eduardo Michel Maia Gomes
 Responsável pelo Atendimento

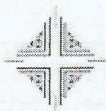
Fabio Soares Cardoso
 (Vítima / Comunicante)

"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."

COMPREV VIDA É PREV.:

15 ABR. 2019

PROTOCOLO
 AG. MACEIÓ



SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA DE MALHADA

Nome do Paciente: FABIO SOARES CARDOSO

fls. 22

Data de Nascimento: 24/11/1979

Internação: 07/12/2018 13:54 2 Dia(s) Int

Atendimento: 05726918

Convênio: SUS - INTERNACAO

Data/Hora: 26/02/2019 16:16:33

Setor / Leito: UNID DR OSVALDO BRANDAO VILELA, ENF 30 L03

BOLETIM OPERATÓRIO

Data da Intervenção: 07/12/2018

Hora Inicial:

Hora Final:

Duração:

CID Principal: S821 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

CID Secundário:

CID Secundário:

CID Secundário:

CID Secundário:

PROCEDIMENTO

Principal: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANA SUS : 0408050551

Segundo: MICRONEUROLISE DE NERVO PERIFERICO SUS : 0403020050

Terceiro: OSTEOTOMIA, OSTEOTOMIA, CURETAGEM SUS : 0408060174

Quarto:

Quinto:

Sexto:

Sétimo:

Oitavo:

Nono:

Décimo:

D. Primeiro:

D. Segundo:

D. Terceiro:

D. Quarto:

Dr. Rogério N. Costa
Ortopedia - Traumatologia
Cirurgia do Joelho
RQE/SS05 TROT 14813
CRM/AL 6132

Intervenções
Realizadas:

☐ Unilateral

☐ Bilateral

☐ Simultânea

☐ Múltipla

☐ Único

☐ Cesariana

☐ Parto Normal

☐ Trat. Clínico

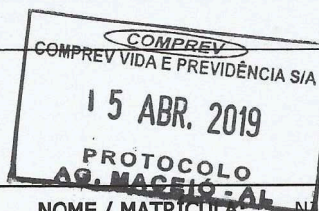
☐ Trat. Conservador

☐ Ex. Esp

EQUIPE E SERVIÇOS PROFISSIONAIS

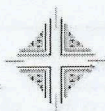
Cirurgião/Obstetra: ROGERIO NASCIMENTO COSTA CRM: 6132

1º - Auxílio:



CÓPIA

NOME / MATRÍCULA: NIKOLAS NASCIMENTO DE ALMEIDA / CRM - 6758



SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA DE MACAÉ

Nome do Paciente: FABIO SOARES CARDOSO

fls. 23

Data de Nascimento: 24/11/1979

Internação: 07/12/2018 13:54 2 Dia(s) Int

Atendimento: 05726918

Convênio: SUS - INTERNACAO

Data/Hora: 26/02/2019 16:16:33

Setor / Leito: UNID DR OSVALDO BRANDAO VILELA, ENF 30 L03

2º - Auxílio:

3º - Auxílio:

Instrumentador(a):

1º - Anestesista: LARISSA CERQUEIRA CAVALCANTE CRM: 5841

2º - Anestesista:

Perfusionista:

Clínico Especialista:

Neonatalogista:

Neonatalogista:

Neonatalogista:

Psicólogo Hospitalar:

Clínico Assistente:

Anátomo - Patologista:

☐ Terapia Intensiva

☐ Nutrição Parenteral

☐ Nutrição Enteral

Houver mudança no procedimento inicialmente solicitado, no caso afirmativo

Justifique no laudo para solicitações e autorização do auditor ?

☐ SIM

☐ NÃO

Visitas/Tratamento	2ª F	3ª F	4ª F	5ª F	6ª F	Sábado	Domingo	Hora Normal	Hora Especial	Total
Clínico Especialista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Clínico Especialista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Psicólogo Hospitalar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cirurgião/Obstetra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Achados Operatórios e/ou Clínicos - Descrição:

Dr. Rogério N. Costa
Ortopedia - Traumatologia
Cirurgia do Joelho
RQE/3565 T2OT 14813
CRMAL 6132

Equipamentos Especiais Utilizados

- | | | | | |
|--|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Microscópio Cirúrgico | <input checked="" type="checkbox"/> Monitor | <input checked="" type="checkbox"/> Aspirador a Vácuo | <input type="checkbox"/> Citoscopia/ Endoscopia | <input type="checkbox"/> Bomba Infusão |
| <input type="checkbox"/> Perfurados Pneumático | <input type="checkbox"/> Fonte de Luz Fria | <input checked="" type="checkbox"/> Bisturi Elétrico | <input type="checkbox"/> Equipamento p/ Video | <input type="checkbox"/> Serra Elétrica |
| <input type="checkbox"/> Fibra Optica | <input type="checkbox"/> Bomba Cir. ext. Corp. | <input type="checkbox"/> Mat. p/v. Laparoscopia | <input type="checkbox"/> Dióxido de Carbono | <input type="checkbox"/> Outros |

Porte Cirúrgico:



ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO A SAÚDE - SUAS
GERENCIA DE ASSISTÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR - GAPH
SUPERVISÃO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192

Cert. de Socorro nº. 90

Maceió, 27 de Fevereiro de 2019.

Ao Senhor
Fabio Soares Cardoso
Vítima

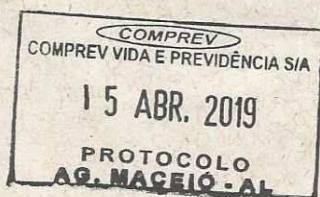
Atendendo a solicitação, declaramos a V. Senhoria havermos efetivado o atendimento da ocorrência abaixo:

- 1 – DATA DA OCORRÊNCIA: 23 de Novembro de 2018
- 2 – VÍTIMA: **Fabio Soares Cardoso**
- 3 – OCORRÊNCIA: Acidente de Trânsito
- 4 – LOCAL: Avenida Durval de Góes Monteiro
- 5 – BAIRRO: Santa Lucia
- 6 – REFERÊNCIA: Defronte a Escola Santa Barbara
- 7 – SITUAÇÃO: Vítima atendida e transportada, após regulação Médica, a unidade de destino
- 8 – DESTINO: Hospital Hapvida
- 9 - UNIDADE SOCORRISTA: USB 01

Atenciosamente



[Assinatura]
Marcos André Ramalho Martins
Coordenador Médico
CRM 7093



CÓPIA

Rua Oldemburgo da Silva Paranhos, nº 800, Farol – CEP: 57055-320
Maceió/AL - fone (82) 3315-1174 / fax: (82) 3315-1176
E-mail: samu192@saude.al.gov.br

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Pagina 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP MACEIO

21/03/2019 17:09

Paciente: FABIO SOARES CARDOSO	Dt. Nasc.: 24/11/1979	Atendimento: 55124239	Prontuário: 9225441
Convênio: HAPVIDA MACEIO	Posto: POSTO EMERGENCIA	Leito: 550209/8	

Profissional(is): DARLAN DE ARAUJO BENEVIDES CRM 6505 [1]	Nº: 30611563	23/11/2018	às 20:19
---	--------------	------------	----------

ANAMNESE

Queixa Principal	paciente veio trazido pelo samu devido a queda de moto, sem capacete, chega a unidade com escoriações no antebraço e dor no joelho esquerdo. a - vias aéreas pervias, sem cervicalgia b - mv+ em aht sem ra c - pulsos periféricos e simétricos d - glasgow 15 e - escoriações no corpo e edema no joelho esquerdo	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	S837 TRAUM DE ESTRUTURAS MULT DO JOELHO	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]
	99	[1]

EXAME FÍSICO

Dispensar preenchimento de Sinais Vitais?	Sim	[1]
---	-----	-----

DIAGNÓSTICO

CID10	S837 TRAUM DE ESTRUTURAS MULT DO JOELHO	[1]
CID10	S837 TRAUM DE ESTRUTURAS MULT DO JOELHO	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP MACEIO

21/03/2019 17:09

Paciente: FABIO SOARES CARDOSO	Dt. Nasc.: 24/11/1979	Atendimento: 55124239	Prontuário: 9225441
Convênio: HAPVIDA MACEIO	Posto: POSTO EMERGENCIA	Leito: 550209/8	

Profissional(is): ANDREA NUNES DA SILVA DE MOURA COREN 597065 [1]	Nº: 30613670	23/11/2018	às 21:33
---	--------------	------------	----------

SINAIS E SINTOMAS

Administrado medicamento conforme prescrição médica. Segue sob cuidados de enfermagem	Sim	[1]
---	-----	-----

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE	VOLTAREN INJETAVEL AMPL 75MG IM ADMINISTRADO AS 21:33, EM 23/11/2018 RESP. ANDREA NUNES DA SILVA DE MOURA, COREN/AL 597065.	[1]
--	---	-----

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP MACEIO

21/03/2019 17:08

Paciente: FABIO SOARES CARDOSO	Dt. Nasc.: 24/11/1979	Atendimento: 55124239	Prontuário: 9225441
Convênio: HAPVIDA MACEIO	Posto: POSTO EMERGENCIA	Leito: 550209/8	

Profissional(is): DARLAN DE ARAUJO BENEVIDES CRM 6505 [1]	Nº: 30611921	23/11/2018	às 20:33
---	--------------	------------	----------

ANAMNESE
Queixa Principal

paciente veio trazido pelo samu devido a queda de moto, sem capacete, chega a unidade com escoriações no antebraço e dor no joelho esquerdo.

[1]

- a - vias aéreas pervias, sem cervicalgia
- b - mv+ em aht sem ra
- c - pulsos periféricos e simétricos
- d - glasgow 15
- e - escoriações no corpo e edema no joelho esquerdo

EXAME FÍSICO
Aspecto Geral

paciente veio trazido pelo samu devido a queda de moto, sem capacete, chega a unidade com escoriações no antebraço e dor no joelho esquerdo.

[1]

- a - vias aéreas pervias, sem cervicalgia
- b - mv+ em aht sem ra
- c - pulsos periféricos e simétricos
- d - glasgow 15
- e - escoriações no corpo e edema no joelho esquerdo

PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO
Alta Após Medicação E Cuidados

Alta após cuidados e/ou medicação

[1]

Nome do Paciente: FABIO SOARES CARDOSO

fls. 28

Data de Nascimento: 24/11/1979

Internação: 07/12/2018 13:54 2 Dia(s) Int

Atendimento: 05726918

Convênio: SUS - INTERNACAO

Data/Hora: 26/02/2019 16:16:33

Sector / Leito: UNID DR OSVALDO BRANDAO VILELA, ENF 30 L03

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

Via de Acesso - Aspecto dos Órgãos e Lesões:

1. INCISAO POSTEROLATERAL EM JOELHO ESQUERDO (LOBENHOFFER)
2. INCISAO LATERAL EM JOELHO ESQUERDO

Tática e Técnica Cirúrgica:

1º TEMPO CIRURGICO:

1. PACIENTE EM DECUBITO VENTRAL SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
3. APOSICAO DE CAMPOS CIRURGICOS
4. PASSAGEM DE GARROTE PNEUMATICO
5. INCISAO COMO DESCRITA ACIMA POSTEROLATERAL
6. DIVULSAO POR PLANOS
7. DISSECAÇÃO DO NERVO FIBULAR COMUM E PROTEÇÃO DO MESMO
8. ENTRADA NO PLANO ENTRE O GASTROCNEMIO LATERAL E SOLEO
9. VISUALIZADO FOCO DE FRATURA
10. REDUÇÃO DA FRATURA E FIXAÇÃO COM PLACA EM "T" 3X3 COM 05 PARAFUSOS CORTICAIS
11. VISUALIZADO BOA REDUCAO E BOM POSICIONAMENTO DOS IMPLANTES SOB SCOPIA
12. LIMPEZA COM SF0,9%
13. REVISAO DE HEMOSTASIA
14. SUTURA POR PLANOS
15. SOLTURA DO GARROTE
16. CURATIVO

2º TEMPO CIRURGICO:

1. MUDANÇA DE DECÚBITO PARA DORSAL.
2. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA
3. INSUFLADO GARROTE PNEUMATICO
4. INCISAO COMO DESCRITA ACIMA (LATERAL)
5. DIVULSAO POR PLANOS
6. VISUALIZADO FOCO DE FRATURA
7. REDUZIDA FRATURA E FIXADA COM 01 FIO DE K E 01 PLACA DCP 06 FUROS COM 02 PARAFUSOS CORTICAIS E 01 PARAFUSO ESPONJOSO, REALIZADA COMPRESSAO NO FOCO DE FRATURA COM 01 PARAFUSO ESPONJOSO COM ARRUELA
8. VISUALIZADO BOA REDUCAO E BOM POSICIONAMENTO DOS IMPLANTES SOB SCOPIA
9. LIMPEZA COM SF
10. REVISAO DE HEMOSTASIA
11. SUTURA POR PLANOS
12. CURATIVO
13. AOS CUIDADOS DA ANESTESIA EMBOAS CONDIÇÕES

Drenagem - Síntese - Material Cirúrgica:

Dr. Rogério N. Costa
Ortopedia - Traumatologia
Cirurgia do Joelho
RQE/3585 TEOT 14843
CRM/AL 6132

Ortese e Prótese:

IMPLAMEDICAL:

- 01 PLACA EM "T" 3X3
- 01 PLACA DCP 06 FUROS
- 07 PARAFUSOS CORTICAIS
- 02 PARAFUSOS ESPONJOSOS
- 01 ARRUELA

Foi necessário exame anátomo-patológico per-operatório por congelção:

☐ SIM ☐ NÃO

Foi solicitado exame anátomo-patológico da(s) peça(s) operatória(s) ?:

☐ SIM ☐ NÃO

Peça(s) operatória(s) enviadas para exames:

Nome: FABIO SOARES CARDOSO	OS: 1112256	Atendimento: 28/11/2018
Nascimento: 24/11/79	Registro: 510411	Convênio: HAPVIDA ANGIO
Solicitante: Dr. ROGERIO NASCIMENTO COSTA	Setor: RESSONANCIA (ANGIONEURO)	

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO ESQUERDO

Técnica:

Exame realizado pela técnica Fast-Spin-Eco, com imagens ponderadas em T1 e T2, sem a administração do meio de contraste paramagnético.

Análise:

Fratura cominutiva acometendo o platô tibial lateral com extensão para a superfície articular, determinando infra-desnívelamento da porção posterolateral do platô tibial, em cerca de 1,0 cm. Um dos fragmento envolve as espinhas tibiais, sem diástase óssea significativa.

Fratura cominutiva metaepifisária proximal da fíbula, com extensão para a superfície articular, sem desalinhamentos ósseos significativos.

Patela centrada com altura normal.

Superfícies condrais regulares.

Tendões do quadríceps e patelar preservados.

Meniscos sem sinais de lesão.

Ligamentos cruzados e colaterais íntegros.

Demais estruturas ósseas com morfologia e sinal da medular conservados.

Planos musculares anatômicos, sem evidências de lesão.

Moderado derrame articular com conteúdo hemático de permeio formando nível líquido-adiposo (hemolipoartrose).

Fossa poplíteia livre.

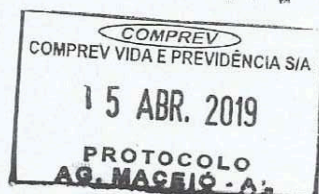
Conclusão:

Fratura cominutiva acometendo o platô tibial lateral com extensão para a superfície articular, determinando infra-desnívelamento da porção posterolateral do platô tibial. Um dos fragmento envolve as espinhas tibiais, sem diástase óssea significativa.

Fratura cominutiva metaepifisária proximal da fíbula, com extensão para a superfície articular, sem desalinhamentos ósseos significativos.

Moderado derrame articular com conteúdo hemático de permeio formando nível líquido-adiposo (hemolipoartrose).

Revisado



Dr. Leandro Soares Lamenha
 CRM/AL 5814

Av. Fernandes Lima, km 05 Hospital do Açúcar - Farol - Maceió/AL - CEP: 57.050-000
 Tel.: 82 3218.0398 / 3218.0197 / 3218.0198 / 3218.0458
 WhatsApp: 99406.3308 Claro | 99613.4529 Tim
 www.angioneuro.com.br angioneuro
 Agende seu exame através dos números: 82 3218.0399 / 3218.0241



HOSPITAL MACEIÓ
END.: Rua Prof. José da Silveira Camerino, 815, Pinheiro
Maceió – AL
CEP: 57057-250
TEL: (82) 3215-2550/2551

RELATORIO MEDICO

PACIENTE: FABIO SOARES CARDOSO

DECLARO PARA DEVIDOS FINS, QUE O PACIENTE FABIO SOARES CARDOSO, ESTA EM ACOMPANHAMENTO DE FRATURA-LUXAÇÃO DO JOELHO ESQUERDO. FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO NO DIA 07/12/2018. HOJE SEGUE EM REABILITAÇÃO COM FISIOTERAPIA. LOGO NECESSITA PERMANECER AFASTADO DAS ATIVIDADES.

CID:

S82.1

Dr. Rogério N. Costa
Ortopedia - Traumatologia
Cirurgia do Joelho
RQE/3595 TEOT 14813
CRM/AL 8132

MACEIÓ, 15 / 01 / 2019



HOSPITAL MACEIÓ
END.: Rua Prof. José da Silveira Camerino, 815, Pinheiro
Maceió – AL
CEP: 57057-250
TEL: (82) 3215-2550/2551



COPIA

Emissão 21/03/2019 17:09

Paciente: FABIO SOARES CARDOSO		Dt. Nasc.: 24/11/1979		Atendimento: 55124239		Prontuário: 9225441	
Convenio: HAPVIDA MACEIO		Nº Prescrição: 0019289748		23/11/2018 às 20:33			
Posto: POSTO EMERGENCIA		Leito: 550209/8		Peso: kg			

PRESCRIÇÃO MÉDICA				HORÁRIOS	
1. VOLTAREN INJETAVEL (25.00mg/ml)	75mg	3 ML	(AMPL C/ 75MG) Agora	IM	20:49 ;
2. CALHA OU TALA MEMBRO INFERIOR	1	24/24h			24/11- 01:02 ;

Reservado para o SND
ENTEROFIX _____
Ass. _____

Legenda horário : ☐ Indica item não administrado.
☒ Indica item checado.



ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP MACEIO

21/03/2019 17:08

Paciente: FABIO SOARES CARDOSO	Dt. Nasc.: 24/11/1979	Atendimento: 55124239	Prontuário: 9225441
Convênio: HAPVIDA MACEIO	Posto: POSTO EMERGENCIA	Leito: 550209/1	
Profissional(is): TONY JAN RODRIGUES NASCIMENTO COREN 812408 [1]			
Nº: 30617936 24/11/2018 às 01:24			

SINAIS E SINTOMAS			
Administrado medicamento conforme prescrição médica. Segue sob cuidados de enfermagem	Sim		[1]
CUIDADOS DE ENFERMAGEM			
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE	CALHA OU TALA MEMBRO INFERIOR 1 REALIZADO AS 01:24, EM 24/11/2018 RESP. TONY JAN RODRIGUES NASCIMENTO, COREN/AL 812408.		[1]

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL/SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA – SP/SADT Nº

37086443

1 - Registro Ans ANS nº 0	3 - Nº Guia Principal 37086443	Prioridade Programado	4 - Nº Guia da Operadora	5 - Data da Autorização	6 - Senha	7 - Data de Validade da Senha	8 - Data de Emissão da Guia
------------------------------	-----------------------------------	--------------------------	--------------------------	-------------------------	-----------	-------------------------------	-----------------------------

DADOS DO BENEFICIÁRIO

9 - Número da Carteira 35231001468007028	10 - Plano PLANO EMPRESA ENFERMARIA	11 - Validade da Carteira	12 - Nome FABIO SOARES CARDOSO	13 - Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--	---------------------------	-----------------------------------	---

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

14 - Código na Operadora/CNPJ/CPF 12361267000860	15 - Nome do Contratado ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP MACEIO	16 - Código CNES 6485960
17 - Nome do Profissional Solicitante DARLAN DE ARAUJO BENEVIDES	18 - Conselho Profissional CRM	19 - Número no Conselho 6505
20 - UF AL	21 - Código CBO S	

DADOS DA SOLICITAÇÃO/PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS

22 - Data/Hora da Solicitação	23 - Caráter da Solicitação U E - Eletiva U - Urgência/Emergência	24 - CID 10 S837	25 - Indicação Clínica
-------------------------------	--	---------------------	------------------------

26 - Tabela	27 - Código do Procedimento	28 - Descrição	29 - Qtde Solic.	30 - Qtde Autor.
1 02	00010071	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	1	
2 02	52230023	CALHA OU TALA MEMBRO INFERIOR	1	
3	-	-		
4	-	-		
5	-	-		

DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE

31 - Código na Operadora/CNPJ/CPF	32 - Nome do Contratado	33 - T. Log.	34-35-36 Logradouro - Número - Complemento	37 - Município	38 - UF	39 - Cód. BGE	40 - CEP	41 - Código CNES
41 a - Código na Operadora/CNPJ/CPF do Exec. Complementar 3056344530	42 - Nome do Profissional Executante/Complementar DARLAN DE ARAUJO BENEVIDES	43 - Conselho Profissional CRM	44 - Número no Conselho 6505	45 - UF AL	46 - Código CBO S	46 a - Grau de Participação		

DADOS DO ATENDIMENTO

47 - Tipo de Atendimento 01 - Remoção 02 - Pequena Cirurgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05 - Exame 06 - Atendimento Domiciliar 07 - SADT Internado 08 - Quimioterapia 09 - Radioterapia 10 - TRS - Terapia Renal Substitutiva	48 - Indicação de Acidente 0 - Acidente ou Doença relacionado ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros	49 - Tipo de Saída 1 - Retorno 2 - Retorno SADT 3 - Referência 4 - Internação 5 - Alta 6 - Óbito
---	---	--

CONSULTA REFERÊNCIA

50 - Tipo de Doença A - Aguda C - Crônica	51 - Tempo de Doença A - Anos M - Meses D - Dias
--	---

PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS

52 - Data	53 - Hora Inicial	54 - Hora Final	55 - Tab	56 - Código do Procedimento	57 - Qde.	58 - Via	59 - Tec	60 - %Red. / Acréscimo	61 - Valor Unitário - R\$	62 - Valor Total - R\$
				00010071 CONSULTA EM PRONTO S	1					0.00
				52230023 CALHA OU TALA MEMBRO	1					0.00

63 - Data e Assinatura de Procedimentos em Série 1 - _____ 3 - _____ 5 - _____ 7 - _____ 9 - _____ 2 - _____ 4 - _____ 6 - _____ 8 - _____ 10 - _____

64 - Observação

65 - Total Procedimentos - R\$	66 - Total Taxas e Aluguéis - R\$	67 - Total Materiais - R\$	68 - Total Medicamentos - R\$	69 - Total Diárias - R\$	70 - Total Gases Medicinais - R\$	71 - Total Geral da Guia - R\$
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
85 - Data e Assinatura do Solicitante 21/03/2019	87 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização	88 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	88 - Data e Assinatura do Prestador Executante			
_____	_____	_____	_____			

1 - Registro Ans ANS nº 0	3 - Nº Guia Principal 37084382	Prioridade Programado	4 - Nº Guia da Operadora	5 - Data da Autorização	6 - Senha	7 - Data de Validade da Senha	8 - Data de Emissão da Guia
------------------------------	-----------------------------------	--------------------------	--------------------------	-------------------------	-----------	-------------------------------	-----------------------------

DADOS DO BENEFICIÁRIO

9 - Número da Carteira 35231001468007028	10 - Plano PLANO EMPRESA ENFERMARIA	11 - Validade da Carteira	12 - Nome FABIO SOARES CARDOSO	13 - Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--	---------------------------	-----------------------------------	---

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

14 - Código na Operadora/CNPJ/CPF 12361267000860	15 - Nome do Contratado ULTRA SOM SERV MED LTDA - H OSP MACEIO	16 - Código CNES 6485960
17 - Nome do Profissional Solicitante DARLAN DE ARAUJO BENEVIDES	18 - Conselho Profissional CRM	19 - Número no Conselho 6505
20 - UF AL	21 - Código CBO S	

DADOS DA SOLICITAÇÃO/PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS

22 - Data/Hora da Solicitação	23 - Caráter da Solicitação U - Eletiva U - Urgência/Emergência	24 - CID 10 S837	25 - Indicação Clínica
-------------------------------	--	---------------------	------------------------

26 - Tabela	27 - Código do Procedimento	28 - Descrição	29 - Qtde Solic.	30 - Qtde Autor.
1 02	00010071	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	1	
2	-			
3	-			
4	-			
5	-			

DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE

31 - Código na Operadora/CNPJ/CPF 63554067050888	32 - Nome do Contratado VIDA IMAGEM MACEIO	33 - T. Log.	34-35-36 - Logradouro - Número - Complemento	37 - Município	38 - UF	39 - Cód. BGE	40 - CEP	41 - Código CNES
41 a - Código na Operadora/CNPJ/CPF do Exec. Complementar 3056344530	42 - Nome do Profissional Executante/Complementar DARLAN DE ARAUJO BENEVIDES	43 - Conselho Profissional CRM	44 - Número no Conselho 6505	45 - UF AL	46 - Código CBO S	46 a - Grau de Participação		

DADOS DO ATENDIMENTO

47 - Tipo de Atendimento 01 - Remoção 02 - Pequena Cirurgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05 - Exame 06 - Atendimento Domiciliar 07 - SADT Internado 08 - Quimioterapia 09 - Radioterapia 10 - TRS - Terapia Renal Substitutiva	48 - Indicação de Acidente 0 - Acidente ou Doença relacionado ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros	49 - Tipo de Saída 1 - Retorno 2 - Retorno SADT 3 - Referência 4 - Internação 5 - Alta 6 - Óbito
---	---	--

CONSULTA REFERÊNCIA

50 - Tipo de Doença A - Aguda C - Crônica	51 - Tempo de Doença A - Anos M - Meses D - Dias
--	---

PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS

52 - Data	53 - Hora Inicial	54 - Hora Final	55 - Tab	56 - Código do Procedimento	57 - Qde.	58 - Via	59 - Tec	60 - %Red. / Acréscimo	61 - Valor Unitário - R\$	62 - Valor Total - R\$
				00010071 CONSULTA EM PRONTO S	1					0.00

63 - Data e Assinatura de Procedimentos em Série 1 - <input type="text"/> 2 - <input type="text"/> 3 - <input type="text"/> 4 - <input type="text"/> 5 - <input type="text"/> 6 - <input type="text"/> 7 - <input type="text"/> 8 - <input type="text"/> 9 - <input type="text"/> 10 - <input type="text"/>
--

64 - Observação

65 - Total Procedimentos - R\$	66 - Total Taxas e Aluguéis - R\$	67 - Total Materiais - R\$	68 - Total Medicamentos - R\$	69 - Total Diárias - R\$	70 - Total Gases Medicinais - R\$	71 - Total Geral da Guia - R\$
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
85 - Data e Assinatura do Solicitante 21/03/2019	87 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização	88 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	88 - Data e Assinatura do Prestador Executante			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL/SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA – SP/SADT Nº

37084382

1 - Registro Ans ANS nº 0	3 - Nº Guia Principal 37084382	Prioridade Programado	4 - Nº Guia da Operadora	5 - Data da Autorização	6 - Senha	7 - Data de Validade da Senha	8 - Data de Emissão da Guia
------------------------------	-----------------------------------	--------------------------	--------------------------	-------------------------	-----------	-------------------------------	-----------------------------

DADOS DO BENEFICIÁRIO

9 - Número da Carteira 35231001468007028	10 - Plano PLANO EMPRESA ENFERMARIA	11 - Validade da Carteira	12 - Nome FABIO SOARES CARDOSO	13 - Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--	---------------------------	-----------------------------------	---

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

14 - Código na Operadora/CNPJ/CPF 12361267000860	15 - Nome do Contratado ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP MACEIO	16 - Código CNES 6485960
17 - Nome do Profissional Solicitante DARLAN DE ARAUJO BENEVIDES	18 - Conselho Profissional CRM	19 - Número no Conselho 6505
20 - UF AL	21 - Código CBO S	

DADOS DA SOLICITAÇÃO/PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS

22 - Data/Hora da Solicitação	23 - Caráter da Solicitação U E - Eletiva U - Urgência/Emergência	24 - CID 10 S837	25 - Indicação Clínica
-------------------------------	--	---------------------	------------------------

26 - Tabela	27 - Código do Procedimento	28 - Descrição	29 - Qtde Solic.	30 - Qtde Autor.
1 02	00010071	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	1	
2	-			
3	-			
4	-			
5	-			

DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE

31 - Código na Operadora/CNPJ/CPF 63554067050888	32 - Nome do Contratado VIDA MAGEM MACEIO	33 - T. Log.	34-35-36 Logradouro - Número - Complemento	37 - Município	38 - UF	39 - Cód. BGE	40 - CEP	41 - Código CNES
41 a - Código na Operadora/CNPJ/CPF do Exec. Complementar 3056344530	42 - Nome do Profissional Executante/Complementar DARLAN DE ARAUJO BENEVIDES	43 - Conselho Profissional CRM	44 - Número no Conselho 6505	45 - UF AL	46 - Código CBO S	46 a - Grau de Participação		

DADOS DO ATENDIMENTO

47 - Tipo de Atendimento 01 - Remoção 02 - Pequena Cirurgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05 - Exame 06 - Atendimento Domiciliar 07 - SADT Internado 08 - Quimioterapia 09 - Radioterapia 10 - TRS - Terapia Renal Substitutiva	48 - Indicação de Acidente 0 - Acidente ou Doença relacionado ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros	49 - Tipo de Saída 1 - Retorno 2 - Retorno SADT 3 - Referência 4 - Internação 5 - Alta 6 - Óbito
---	---	--

CONSULTA REFERÊNCIA

50 - Tipo de Doença A - Aguda C - Crônica	51 - Tempo de Doença A - Anos M - Meses D - Dias
--	---

PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS

52 - Data	53 - Hora Inicial	54 - Hora Final	55 - Tab	56 - Código do Procedimento	57 - Qde.	58 - Via	59 - Tec	60 - %Red. / Acréscimo	61 - Valor Unitário - R\$	62 - Valor Total - R\$
				00010071 CONSULTA EM PRONTO S	1					0.00

63 - Data e Assinatura de Procedimentos em Série

1 -	3 -	5 -	7 -	9 -
2 -	4 -	6 -	8 -	10 -

64 - Observação

--

65 - Total Procedimentos - R\$	66 - Total Taxas e Aluguéis - R\$	67 - Total Materiais - R\$	68 - Total Medicamentos - R\$	69 - Total Diárias - R\$	70 - Total Gases Medicinais - R\$	71 - Total Geral da Guia - R\$
86 - Data e Assinatura do Solicitante 21/03/2019	87 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização	88 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	88 - Data e Assinatura do Prestador Executante			

R3100ANS

RAFAELE DE MENDONCA ROCHA

21/03/2019 17:09

10.1.22.151

CÓPIA

COMPROVANTE DE PREVIDÊNCIA SIA

15 ABR. 2019

PROTOCOLO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Pagina 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP MACEIO

21/03/2019 17:08

Paciente: FABIO SOARES CARDOSO	Dt. Nasc.: 24/11/1979	Atendimento: 55124239	Prontuário: 9225441
Convênio: HAPVIDA MACEIO	Posto: POSTO EMERGENCIA	Leito: 550209/1	

Profissional(is): TONY JAN RODRIGUES NASCIMENTO COREN 812408 [1]	Nº: 30617936	24/11/2018	às 01:24
--	--------------	------------	----------

SINAIS E SINTOMAS

Administrado medicamento conforme prescrição médica. Segue sob cuidados de enfermagem

Sim

[1]

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE

CALHA OU TALA MEMBRO INFERIOR 1 REALIZADO AS 01:24, EM 24/11/2018 RESP. TONY JAN RODRIGUES NASCIMENTO, COREN/AL 812408.

[1]



HOSPITAL MACEIÓ
END.: Rua Prof. José da Silveira Camerino, 815, Pinheiro
Maceió – AL
CEP: 57057-250
TEL: (82) 3215-2550/2551

RELATORIO MEDICO

PACIENTE: FABIO SOARES CARDOSO

DECLARO PARA DEVIDOS FINS, QUE O PACIENTE FABIO SOARES CARDOSO, ESTA EM ACOMPANHAMENTO DE FRATURA-LUXAÇÃO DO JOELHO ESQUERDO. FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO NO DIA 07/12/2018. HOJE SEGUE EM REABILITAÇÃO COM FISIOTERAPIA. LOGO NECESSITA PERMANECER AFASTADO DAS ATIVIDADES.

CID:

S82.1

Dr. Rogério N. Costa
Ortopedia - Traumatologia
Cirurgia do Joelho
RQE/3595 TEOT 14813
CRM/AL 8132

MACEIÓ, 15 / 01 / 2019



HOSPITAL MACEIÓ
END.: Rua Prof. José da Silveira Camerino, 815, Pinheiro
Maceió – AL
CEP: 57057-250
TEL: (82) 3215-2550/2551



CÓPIA

Emissão 21/03/2019 17:09

Paciente: FABIO SOARES CARDOSO		Dt. Nasc.: 24/11/1979		Atendimento: 55124239		Prontuário: 9225441	
Convenio: HAPVIDA MACEIO		Nº Prescrição: 0019289748		23/11/2018 às 20:33			
Posto: POSTO EMERGENCIA		Leito: 550209/8		Peso: kg			

PRESCRIÇÃO MÉDICA				HORÁRIOS	
1. VOLTAREN INJETAVEL (25.00mg/ml)	75mg	3 ML	(AMPL C/ 75MG) Agora	IM	20:49 ;
2. CALHA OU TALA MEMBRO INFERIOR	1	24/24h			24/11- 01:02 ;

Reservado para o SND	
ENTEROFIX	Ass.

Legenda horário : ☐ Indica item não administrado.
☒ Indica item checado.



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Pagina 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP MACEIO

21/03/2019 17:08

Paciente: FABIO SOARES CARDOSO	Dt. Nasc.: 24/11/1979	Atendimento: 55124239	Prontuário: 9225441
Convênio: HAPVIDA MACEIO	Posto: POSTO EMERGENCIA	Leito: 550209/1	

Profissional(is): TONY JAN RODRIGUES NASCIMENTO COREN 812408 [1]	Nº: 30617936	24/11/2018	às 01:24
--	--------------	------------	----------

SINAIS E SINTOMAS

Administrado medicamento conforme prescrição médica. Segue sob cuidados de enfermagem

Sim

[1]

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE

CALHA OU TALA MEMBRO INFERIOR 1 REALIZADO AS 01:24, EM 24/11/2018 RESP. TONY JAN RODRIGUES NASCIMENTO, COREN/AL 812408.

[1]

1 - Registro Ans ANS nº 0	3 - Nº Guia Principal 37084382	Prioridade Programado	4 - Nº Guia da Operadora	5 - Data da Autorização	6 - Senha	7 - Data de Validade da Senha	8 - Data de Emissão da Guia
------------------------------	-----------------------------------	--------------------------	--------------------------	-------------------------	-----------	-------------------------------	-----------------------------

DADOS DO BENEFICIÁRIO

9 - Número da Carteira 35231001468007028	10 - Plano PLANO EMPRESA ENFERMARIA	11 - Validade da Carteira	12 - Nome FABIO SOARES CARDOSO	13 - Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--	---------------------------	-----------------------------------	---

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

14 - Código na Operadora/CNPJ/CPF 12361267000860	15 - Nome do Contratado ULTRA SOM SERV MED LTDA - H OSP MACEIO	16 - Código CNES 6485960
17 - Nome do Profissional Solicitante DARLAN DE ARAUJO BENEVIDES	18 - Conselho Profissional CRM	19 - Número no Conselho 6505
20 - UF AL	21 - Código CBO S	

DADOS DA SOLICITAÇÃO/PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS

22 - Data/Hora da Solicitação	23 - Caráter da Solicitação U - Eletiva U - Urgência/Emergência	24 - CID 10 S837	25 - Indicação Clínica
-------------------------------	--	---------------------	------------------------

26 - Tabela	27 - Código do Procedimento	28 - Descrição	29 - Qtde Solic.	30 - Qtde Autor.
1 02	00010071	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	1	
2	-			
3	-			
4	-			
5	-			

DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE

31 - Código na Operadora/CNPJ/CPF 63554067050888	32 - Nome do Contratado VIDA IMAGEM MACEIO	33 - T. Log.	34-35-36 - Logradouro - Número - Complemento	37 - Município	38 - UF	39 - Cód. BGE	40 - CEP	41 - Código CNES
41 a - Código na Operadora/CNPJ/CPF do Exec. Complementar 3056344530	42 - Nome do Profissional Executante/Complementar DARLAN DE ARAUJO BENEVIDES	43 - Conselho Profissional CRM	44 - Número no Conselho 6505	45 - UF AL	46 - Código CBO S	46 a - Grau de Participação		

DADOS DO ATENDIMENTO

47 - Tipo de Atendimento 01 - Remoção 02 - Pequena Cirurgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05 - Exame 06 - Atendimento Domiciliar 07 - SADT Internado 08 - Quimioterapia 09 - Radioterapia 10 - TRS - Terapia Renal Substitutiva	48 - Indicação de Acidente 0 - Acidente ou Doença relacionado ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros	49 - Tipo de Saída 1 - Retorno 2 - Retorno SADT 3 - Referência 4 - Internação 5 - Alta 6 - Óbito
---	---	--

CONSULTA REFERÊNCIA

50 - Tipo de Doença A - Aguda C - Crônica	51 - Tempo de Doença A - Anos M - Meses D - Dias
--	---

PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS

52 - Data	53 - Hora Inicial	54 - Hora Final	55 - Tab	56 - Código do Procedimento	57 - Qde	58 - Via	59 - Tec	60 - %Red. / Acréscimo	61 - Valor Unitário - R\$	62 - Valor Total - R\$
				00010071 CONSULTA EM PRONTO S	1					0.00

63 - Data e Assinatura de Procedimentos em Série 1 - _____ 2 - _____ 3 - _____ 4 - _____ 5 - _____ 6 - _____ 7 - _____ 8 - _____ 9 - _____ 10 - _____
--

64 - Observação

65 - Total Procedimentos - R\$	66 - Total Taxas e Aluguéis - R\$	67 - Total Materiais - R\$	68 - Total Medicamentos - R\$	69 - Total Diárias - R\$	70 - Total Gases Medicinais - R\$	71 - Total Geral da Guia - R\$
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
85 - Data e Assinatura do Solicitante 21/03/2019	87 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização	88 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	88 - Data e Assinatura do Prestador Executante			
_____	_____	_____	_____			

1 - Registro Ans ANS nº 0	3 - Nº Guia Principal 37084382	Prioridade Programado	4 - Nº Guia da Operadora	5 - Data da Autorização	6 - Senha	7 - Data de Validade da Senha	8 - Data de Emissão da Guia
------------------------------	-----------------------------------	--------------------------	--------------------------	-------------------------	-----------	-------------------------------	-----------------------------

DADOS DO BENEFICIÁRIO

9 - Número da Carteira 35231001468007028	10 - Plano PLANO EMPRESA ENFERMARIA	11 - Validade da Carteira	12 - Nome FABIO SOARES CARDOSO	13 - Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--	---------------------------	-----------------------------------	---

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

14 - Código na Operadora/CNPJ/CPF 12361267000860	15 - Nome do Contratado ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP MACEIO	16 - Código CNES 6485960
17 - Nome do Profissional Solicitante DARLAN DE ARAUJO BENEVIDES	18 - Conselho Profissional CRM	19 - Número no Conselho 6505
	20 - UF AL	21 - Código CBO S

DADOS DA SOLICITAÇÃO/PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS

22 - Data/Hora da Solicitação	23 - Caráter da Solicitação U E - Eletiva U - Urgência/Emergência	24 - CID 10 S837	25 - Indicação Clínica
-------------------------------	--	---------------------	------------------------

26 - Tabela	27 - Código do Procedimento	28 - Descrição	29 - Qtde Solic.	30 - Qtde Autor.
1 02	00010071	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	1	
2	-			
3	-			
4	-			
5	-			

DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE

31 - Código na Operadora/CNPJ/CPF 63564067050888	32 - Nome do Contratado VIDA MAGEM MACEIO	33 - T. Log.	34-35-36 Logradouro - Número - Complemento	37 - Município	38 - UF	39 - Cód. BGE	40 - CEP	41 - Código CNES
41 a - Código na Operadora/CNPJ/CPF do Exec. Complementar 3056344530	42 - Nome do Profissional Executante/Complementar DARLAN DE ARAUJO BENEVIDES	43 - Conselho Profissional CRM	44 - Número no Conselho 6505	45 - UF AL	46 - Código CBO S	46 a - Grau de Participação		

DADOS DO ATENDIMENTO

47 - Tipo de Atendimento 01 - Remoção 02 - Pequena Cirurgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05 - Exame 06 - Atendimento Domiciliar 07 - SADT Internado 08 - Quimioterapia 09 - Radioterapia 10 - TRS - Terapia Renal Substitutiva	48 - Indicação de Acidente 0 - Acidente ou Doença relacionado ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros	49 - Tipo de Saída 1 - Retorno 2 - Retorno SADT 3 - Referência 4 - Internação 5 - Alta 6 - Óbito
---	---	--

CONSULTA REFERÊNCIA

50 - Tipo de Doença A - Aguda C - Crônica	51 - Tempo de Doença A - Anos M - Meses D - Dias
--	---

PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS

52 - Data	53 - Hora Inicial	54 - Hora Final	55 - Tab	56 - Código do Procedimento	57 - Qde	58 - Via	59 - Tec	60 - %Red. / Acréscimo	61 - Valor Unitário - R\$	62 - Valor Total - R\$
				00010071 CONSULTA EM PRONTO S	1					0.00

63 - Data e Assinatura de Procedimentos em Série

1 -	3 -	5 -	7 -	9 -
2 -	4 -	6 -	8 -	10 -

64 - Observação

65 - Total Procedimentos - R\$	66 - Total Taxas e Aluguéis - R\$	67 - Total Materiais - R\$	68 - Total Medicamentos - R\$	69 - Total Diárias - R\$	70 - Total Gases Medicinais - R\$	71 - Total Geral da Guia - R\$
86 - Data e Assinatura do Solicitante 21/03/2019	87 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização	88 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	88 - Data e Assinatura do Prestador Executante			

CÓPIA

COMPROVANTE DE PREVIDÊNCIA SIA

15 ABR. 2019

PROTOCOLO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Pagina 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP MACEIO

21/03/2019 17:08

Paciente: FABIO SOARES CARDOSO	Dt. Nasc.: 24/11/1979	Atendimento: 55124239	Prontuário: 9225441
Convênio: HAPVIDA MACEIO	Posto: POSTO EMERGENCIA	Leito: 550209/1	
Profissional(is): TONY JAN RODRIGUES NASCIMENTO COREN 812408 [1]		Nº: 30617936	24/11/2018 às 01:24
SINAIS E SINTOMAS			
Administrado medicamento conforme prescrição médica. Segue sob cuidados de enfermagem	Sim		[1]
CUIDADOS DE ENFERMAGEM			
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE	CALHA OU TALA MEMBRO INFERIOR 1 REALIZADO AS 01:24, EM 24/11/2018 RESP. TONY JAN RODRIGUES NASCIMENTO, COREN/AL 812408.		[1]

Dano	Percentual	Valor
PERDA PARCIAL - PARTE INFERIOR		
Fratura não consolidada do fêmur	50%	R\$ 6.750,00
Fratura não consolidada de uma perna	25%	R\$ 3.375,00
Perda total do uso de uma perna	70%	R\$ 9.450,00
Fratura não consolidada da rótula	20%	R\$ 2.700,00
Anquilose total de um joelho	20%	R\$ 2.700,00
Anquilose total de um dos tornozelos	20%	R\$ 2.700,00
Fratura não consolidada de um pé	20%	R\$ 2.700,00
Perda total de um dos pés	50%	R\$ 6.750,00
Perda parcial de um pé	25%	R\$ 3.375,00
Amputação do primeiro dedo do pé	10%	R\$ 1.350,00
Amputação de qualquer outro dedo do pé	03%	R\$ 405,00
Encurtamento de uma perna de 5 cm ou mais	15%	R\$ 2.025,00
Encurtamento de uma perna de 4 cm	10%	R\$ 1.350,00
Encurtamento de uma perna de 3 cm	06%	R\$ 810,00
Menos que 3 centímetros não tem indenização		



Juízo de Direito da 13ª Vara Cível da Capital
Av. Presidente Roosevelt, 206, Fórum Desembargador Jairon Maia Fernandes,
Barro Duro - CEP 57045-900, Fone: 4009-3501, Maceió-AL - E-mail:
vcivel13@tjal.jus.br

Autos nº 0702506-73.2020.8.02.0001

Ação: Procedimento Ordinário

Autor: Fábio Soares Cardoso

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

DESPACHO

Determino a remessa dos autos ao CJUS para realização de audiência de conciliação.

Cite-se a parte ré para participar da audiência de conciliação ou mediação, nos termos do art. 334, *caput*, do CPC, acompanhada por seu advogado ou defensor público (§ 9º), advertindo-a de que o não comparecimento injustificado é considerado ato atentatório à dignidade da justiça e será sancionado com multa de até dois por cento da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa (§ 8º).

Ressalte-se ainda que, nos termos do artigo 335 do CPC, o réu poderá oferecer contestação, por petição, no prazo de 15(quinze) dias, cujo termo inicial será a data da audiência de conciliação ou de mediação, ou da última sessão de conciliação, quando qualquer parte não comparecer ou, comparecendo, não houve composição.

Deve constar no ato de comunicação processual, ainda, que incumbe ao réu instruir a contestação com os documentos destinados a provar suas alegações (art. 434), bem como a advertência de que, se ele não contestar a ação, será considerado revel e presumir-se-ão verdadeiras as alegações de fato formuladas pelo autor (art. 344).

Em razão da declaração de insuficiência de recursos, defiro o pedido de justiça gratuita.

Cumpra-se.

Maceió(AL), 30 de janeiro de 2020.

Pedro Jorge Melro Cansanção
Juiz de Direito

CERTIDÃO DE REMESSA DE RELAÇÃO

Certifico que o ato abaixo consta da relação nº 0038/2020, encaminhada para publicação.

Advogado
João Braz Amorim (OAB 13754/AL)

Forma
D.J

Teor do ato: "DESPACHO Determino a remessa dos autos ao CJUS para realização de audiência de conciliação. Cite-se a parte ré para participar da audiência de conciliação ou mediação, nos termos do art. 334, caput, do CPC, acompanhada por seu advogado ou defensor público (§ 9º), advertindo-a de que o não comparecimento injustificado é considerado ato atentatório à dignidade da justiça e será sancionado com multa de até dois por cento da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa (§ 8º). Ressalte-se ainda que, nos termos do artigo 335 do CPC, o réu poderá oferecer contestação, por petição, no prazo de 15(quinze) dias, cujo termo inicial será a data da audiência de conciliação ou de mediação, ou da última sessão de conciliação, quando qualquer parte não comparecer ou, comparecendo, não houve composição. Deve constar no ato de comunicação processual, ainda, que incumbe ao réu instruir a contestação com os documentos destinados a provar suas alegações (art. 434), bem como a advertência de que, se ele não contestar a ação, será considerado revel e presumir-se-ão verdadeiras as alegações de fato formuladas pelo autor (art. 344). Em razão da declaração de insuficiência de recursos, defiro o pedido de justiça gratuita. Cumpra-se. Maceió(AL), 30 de janeiro de 2020. Pedro Jorge Melro Cansação Juiz de Direito"

Maceió, 30 de janeiro de 2020.

CERTIDÃO DE PUBLICAÇÃO DE RELAÇÃO

Certifico que o ato abaixo, constante da relação nº 0038/2020, foi disponibilizado no Diário da Justiça Eletrônico em 31/01/2020. Considera-se data da publicação, o primeiro dia útil subsequente à data acima mencionada. O prazo terá início em 04/02/2020, conforme disposto no Código de Normas da Corregedoria Geral da Justiça.

Advogado	Prazo em dias	Término do prazo
João Braz Amorim (OAB 13754/AL)	5	10/02/2020

Teor do ato: "DESPACHO Determino a remessa dos autos ao CJUS para realização de audiência de conciliação. Cite-se a parte ré para participar da audiência de conciliação ou mediação, nos termos do art. 334, caput, do CPC, acompanhada por seu advogado ou defensor público (§ 9º), advertindo-a de que o não comparecimento injustificado é considerado ato atentatório à dignidade da justiça e será sancionado com multa de até dois por cento da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa (§ 8º). Ressalte-se ainda que, nos termos do artigo 335 do CPC, o réu poderá oferecer contestação, por petição, no prazo de 15(quinze) dias, cujo termo inicial será a data da audiência de conciliação ou de mediação, ou da última sessão de conciliação, quando qualquer parte não comparecer ou, comparecendo, não houve composição. Deve constar no ato de comunicação processual, ainda, que incumbe ao réu instruir a contestação com os documentos destinados a provar suas alegações (art. 434), bem como a advertência de que, se ele não contestar a ação, será considerado revel e presumir-se-ão verdadeiras as alegações de fato formuladas pelo autor (art. 344). Em razão da declaração de insuficiência de recursos, defiro o pedido de justiça gratuita. Cumpra-se. Maceió(AL), 30 de janeiro de 2020. Pedro Jorge Melro Cansanção Juiz de Direito"

Maceió, 31 de janeiro de 2020.



PODER
JUDICIÁRIO
DE ALAGOAS

ESTADO DE ALAGOAS

PODER JUDICIÁRIO

Juízo de Direito da 13ª Vara Cível da Capital

Av. Presidente Roosevelt, 206, Fórum Desembargador Jairon Maia Fernandes, Barro Duro - CEP 57045-900, Fone: 4009-3501, Maceió-AL - E-mail: vcivel13@tjal.jus.br

CARTA DE CITAÇÃO

Processo Digital nº: 0702506-73.2020.8.02.0001
Classe – Assunto: **Procedimento Comum Cível - Seguro**
Autor: Fábio Soares Cardoso
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

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). "Cite-se a parte ré para participar da audiência de conciliação ou mediação, nos termos do art. 334, caput, do CPC, acompanhada por seu advogado ou defensor público (§ 9º), advertindo-a de que o não comparecimento injustificado é considerado ato atentatório à dignidade da justiça e será sancionado com multa de até dois por cento da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa (§ 8º). Ressalte-se ainda que, nos termos do artigo 335 do CPC, o réu poderá oferecer contestação, por petição, no prazo de 15(quinze) dias, cujo termo inicial será a data da audiência de conciliação ou de mediação, ou da última sessão de conciliação, quando qualquer parte não comparecer ou, comparecendo, não houve composição. Deve constar no ato de comunicação processual, ainda, que incumbe ao réu instruir a contestação com os documentos destinados a provar suas alegações (art. 434), bem como a advertência de que, se ele não contestar a ação, será considerado revel e presumir-se-ão verdadeiras as alegações de fato formuladas pelo autor (art. 344)."

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, 29 de outubro de 2020. Evilson da Silva Prado - Analista Judiciário



Juízo de Direito - 13ª Vara Cível da Capital
Av. Presidente Roosevelt, 206, Fórum Desembargador Jairon Maia Fernandes, Barro Duro -
CEP 57045-900, Fone: 4009-3501, Maceió-AL - E-mail: vcivel13@tjal.jus.br

Autos nº 0702506-73.2020.8.02.0001

Ação: Procedimento Comum Cível

Autor: Fábio Soares Cardoso

Réu: Nome Parte Principal Passiva<< Campo excluído do banco de dados >>

VISTO EM “AUTO INSPEÇÃO”

DESPACHO	
1. () PROCESSO EM ORDEM, NADA A PROVER	
2. () À CONCLUSÃO PARA:	2.1() DESPACHO
	2.2() DECISÃO
	2.3() SENTENÇA
3. () COBRE-SE	3.1() A DEVOLUÇÃO DE PRECATÓRIA
	3.2() A DEVOLUÇÃO DE MANDADO
4. () CUMpra-SE O DESPACHO DE FLS.	
5. () REITERE-SE O DESPACHO DE FLS.	
6. () MANTENHA-SE O FEITO SOBRESTADO	
7. () ARQUIVE-SE, APÓS BAIXA NA DISTRIBUIÇÃO	
8. () AUTUE-SE	
9. () REMETA-SE	9.1() AO TRIBUNAL DE JUSTIÇA
	9.2() À CONTADORIA
	9.3() À DISTRIBUIÇÃO
10. () EXPEÇA-SE CERTIDÃO AO FUNJURIS	
11. (X) COLOQUE-SE NA PAUTA DE AUDIÊNCIA:	11.1() CONCILIAÇÃO
	11.2() INSTRUÇÃO
	11.3(X) OUTRA ENVIA P/ CJUS
12. () ABRA-SE VISTA AO ADVOGADO:	12.1() DO AUTOR
	12.2() DO RÉU
	12.3() DAS PARTES
13. () ABRA-SE VISTA AO DEFENSOR PÚBLICO	
14. () ABRA-SE VISTA AO MINISTÉRIO PÚBLICO	
15. () JUNTE-SE PETIÇÃO	
16. () CUMpra-SE O ATO PROCESSUAL DETERMINADO	
17. () REITERE-SE OFÍCIO	
18. (X) EXPEÇA-SE:	18.1() ATO ORDINATÓRIO
	18.2() EDITAL
	18.3() PRECATÓRIA
	18.4() OFÍCIO
	18.5() MANDADO
	18.6(X) CARTA CITAÇÃO
	18.7() ALVARÁ
19. () PUBLIQUE-SE:	19.1() ORDINATÓRIO
	19.2() DESPACHO
	19.3() DECISÃO



Juízo de Direito - 13ª Vara Cível da Capital

**Av. Presidente Roosevelt, 206, Fórum Desembargador Jairon Maia Fernandes, Barro Duro -
CEP 57045-900, Fone: 4009-3501, Maceió-AL - E-mail: vcivel13@tjal.jus.br**

19.4() SENTENÇA	
20. () CERTIFIQUE-SE O DECURSO DO PRAZO	
21. () DEVOLVA-SE CARTA PRECATÓRIA	
22. () RETORNEM OS AUTOS AO ARQUIVO	
23. () AGUARDE-SE O PRAZO DE SUSPENSÃO	
24. () OUTRO	

Maceió, 28 de outubro de 2020

José Afrânio dos Santos Oliveira
Juiz de Direito