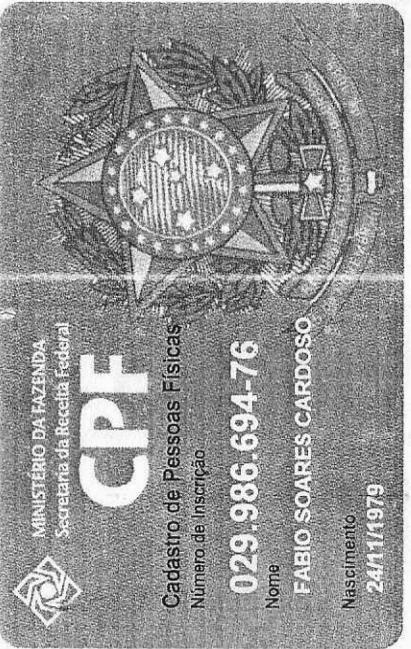


CÓPIA

COMPREV  
COMPRE VIDA E PREVIDÊNCIA SIA

**15 ABR. 2019**

<b>PROTÓCOLO</b>
<b>AG. MACEIÓ - AL</b>



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	1573530	DATA DE EXPEDIÇÃO	09/08/2005
NOME	<b>FÁBIO SOARES CARDOSO</b>		
FILIAÇÃO			
ANTONIO OLÍMPIO CARDOSO			
MARIA DE LOURDES SOARES			
NATURALIDADE			
MACEIÓ - AL			
DOC ORIGEM			
24/11/1979			
CERT. NASC. 20513 FLS 233 LIV A-19			
6ºF OF MACEIÓ - AL 029.986.694-76			
2 VIA			
NACIONAL SÉRIE 001 DIRETOR DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL			
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83			

AMERICAN BANK NOTE  
MARQUINA Série 001

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE ALAGOAS

SECRETAria COORDENADORA DE JUSTIÇA E DEFESA SOCIAL

CENTRO DE PERÍCIAS FORENSESES - CPFor

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DEL MARIO PEDRO DOS SANTOS



Polegar Direito



*Fábio Soares Cardoso*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

**Eletrobras**  
Distribuição Alagoas

Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO  
**SEU CÓDIGO**  
**1600479-5**

Nº da Nota Fiscal **017868788**

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

CONTA MES	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 CS 33  
CJ JARDIM DAS ORQUIDEAS  
57.072-000 - MACEIO

ROT: 001.58.012.000321

D/DOS DA LEITURA	kWh	kVAh	DATAS DA LEITURA
Atual:	130		16/03/2019
Anterior:	0		15/02/2019
Constante de Multiplicação:	1,000		15/04/2019
Consumo Medido:	130		15/03/2019
Consumo Faturado:	130	FCAM	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 Fct.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	E2632343		1.1.1.1	0

**HISTÓRICO kWh**

Mês/ano consumo	CONSUMO	DESCRICAÇÃO DA CONTA	
FEV/19	0	130 kWh a R\$ 0,739562 =	96,14
JAN/19	0	CONTRIB. DE ILUMINACAO PUBLICA(COSIP)	18,83
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

COMPÔSISÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	35,33	Base de Cálculo:	96,14
Energia:	25,06	Aliquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	3,43	Valor do ICMS:	16,34
Encargos:	7,80	Valor do PIS:	1,52% 1,46
Tributos:	24,52	Valor do COFINS:	6,99% 6,72

**INDICADORES DE CONTINUIDADE**

DIC		FIC		DMIC		DICRI	
Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Límite	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 à 01/2019  
apuração: 0,00

ROT: 001.58.012.000321

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
1600479-5	114,97

MÊS FATURADO	VENCIMENTO
MAR/2019	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  
PROTÓCOLO  
09-MACEIÓ-AL

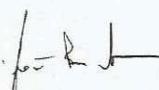
**CÓPIA**



## 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.

BRAZ, VERÍSSIMO E TORRES  
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

---

Endereço: Travessa São Judas Tadeu, nº 363, Jequiá da Praia/AL, CEP 57255-970  
 Telefone e Whatsapp: (82) 9 9187-9551  
 Endereço eletrônico: [bvtadvocacia@gmail.com](mailto:bvtadvocacia@gmail.com)

PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** FÁBIO SOARES CARDOSO SOLTEIRO, BRASILEIRO,  
 Colaborador onibus, RG nº 157 3630, CPF: 029.986.694-76  
 residente e domiciliado na  
 RUA PROSECTARA R, 100 A, Cond. JARDIM DAS ORQUÍDEAS, 960, CIDADE UNIVERSITÁRIA

**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 dispensados.

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.

Fábio Soares Cardoso

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

Eu, FABIO SOARES CARDOSO, RG/CNH nº 1573530, endereço  
 órgão expedidor: SSP, UF: AL, CPF 029.986.694-76,  
RUA PRACTICADA "B", 33, QD. A, COND. JARDIM DAS Q. CEP 57072-136  
 cidade de MACEIÓ, telefone(s) (82) 9 9357-2859, DECLARO ser  
 isento(a) da apresentação da Declaração do Imposto de Renda Pessoa Física (DIRPF) no(s)  
 exercício(s) 2018-2019 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.

MACEIÓ, 22 de JANEIRO de 2020.

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, homônima 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)**

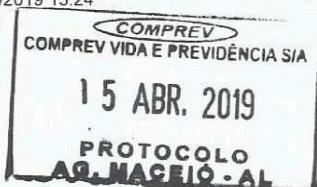
Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 042.920.614-32	Placa NMO9067
Renavam 00345228146	Número do Motor KC16E7B611502
Número do Chassi 9C2KC1670BR611502	Ano/Modelo Fabricação 2011/2011
Cor PRETA	UF Veículo Alagoas
Município Veículo Maceió	Marca/Modelo HONDA/CG 150 FAN ESI
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 Policia 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-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

COMPREV VIDA É FREV:  
15 ABR. 2019  
PROTÓCOLO  
AO. MACEIÓ

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: OSTECTOMIA, 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/15595/2017-CIT 14813  
CRM/AL 6132

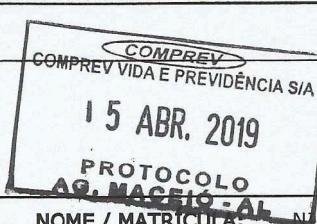
Intervenções Realizadas:

- |                                     |                                       |  |  |                                  |
|-------------------------------------|---------------------------------------|--|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Unilateral | <input type="checkbox"/> Bilateral    | <input type="checkbox"/> Simultânea    | <input type="checkbox"/> Múltipla          | <input type="checkbox"/> Único   |
| <input type="checkbox"/> Cesariana  | <input type="checkbox"/> Parto Normal | <input type="checkbox"/> Trat. Clínico | <input type="checkbox"/> Trat. Conservador | <input type="checkbox"/> Ex. Esp |

## EQUIPE E SERVIÇOS PROFISSIONAIS

Cirurgião/Obstetra: ROGERIO NASCIMENTO COSTA CRM: 6132

1º - Auxílio:



CÓPIA

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 - Auxilio:

3º - Auxilio:

Instrumentador(a):

1º - Anestesista: LARISSA CERQUEIRA CAVALCANTE CRM: 5841

2º - Anestesista:

Perfusionista:

Clínico Especialista:

Neonatologista:

Neonatologista:

Neonatologista:

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"/>									
Clínico Especialista	<input type="checkbox"/>									
Psicólogo Hospitalar	<input type="checkbox"/>									
Cirurgião/Obstetra	<input type="checkbox"/>									

Achados Operatórios e/ou Clínicos - Descrição:

  
 Dr. Rogério N. Costa  
 Ortopedia - Traumatologia  
 Cirurgia do Joelho  
 CRM/AL 6132  
 RQE/3585 T-OT 14813

#### Equipamentos Especiais Utilizados

- |  |  |   |   |   |
|--|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Microscópio Cirúrgico | <input checked="" type="checkbox"/> Monitor    | <input checked="" type="checkbox"/> Aspirador a Vácuo | <input type="checkbox"/> Citoscópia/ 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  
 GERÊNCIA 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

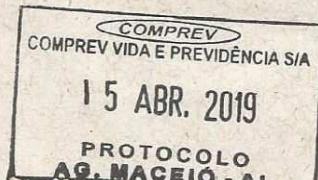
8 – DESTINO: Hospital Hapvida

9 - UNIDADE SOCORRISTA: USB 01

Atenciosamente



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@sauda.al.gov.br](mailto:samu192@sauda.al.gov.br)

# FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

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.

[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

**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
<b>SINAIS E SINTOMAS</b>			
Administrado medicamento conforme prescrição médica. Segue sob cuidados de enfermagem			
<b>CUIDADOS DE ENFERMAGEM</b>			
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]	

# FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

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 TERAPÉUTICO****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	
Setor / 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:

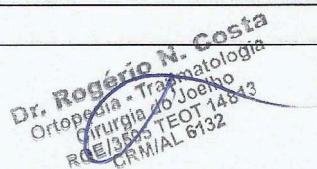
#### 1º TEMPO CIRÚRGICO:

1. PACIENTE EM DECUBITO VENTRAL SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
3. APOSIÇÃO 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 CIRÚRGICO:

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 CONDIÇOES

### Drenagem - Síntese - Material Cirúrgica:



Dr. Rogério N. Costa  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgião do João  
RQE/3505 TEOT 14813  
CRM/AL 6132

### Ortese e Protese:

#### 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 congelação:

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 tibais, sem diástase óssea significativa.

Fratura cominutiva metaepifisária proximal da fibula, 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 poplítea livre.

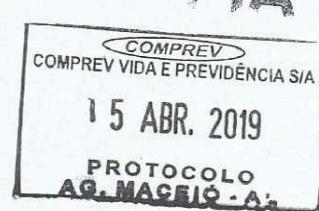
### Conclusão:

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 tibais, sem diástase óssea significativa.

Fratura cominutiva metaepifisária proximal da fibula, 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.angioneurop.com.br](http://www.angioneurop.com.br)



angioneurop

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 6132

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



## PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Pagina 1 de 2

fls. 31

Emissão 21/03/2019 17:09

Paciente: FABIO SOARES CARDOSO  
 Convenio: HAPVIDA MACEIO  
 Posto:POSTO EMERGENCIA

Dt. Nasc.: 24/11/1979  
 Nº Prescrição: 0019289748  
 Leito: 550209/8

Atendimento: 55124239

23/11/2018 às 20:33

Prontuário: 9225441

Peso: kg

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

## HORÁRIOS

1. VOLTAREN INJETAVEL (25.00mg/ml)	75 mg	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.

COMPREV  
COMPREVIA E PREVIDENCIA S/A  
15 ABR. 2019  
PROTÓCOLO  
AGL.VAGNO.A.  
CÓPIA

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

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, CORENAL 812408.	[1]
--	--	-----



## GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL/SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA – SP/SADT N°

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			
<b>DADOS DO BENEFICIÁRIO</b>										
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						
<b>DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE</b>										
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			
<b>DADOS DA SOLICITAÇÃO/PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS</b>										
22 - Data/Hora da Solicitação	23 - Caráter da Solicitação U E - Eletriva U- Urgência/Emergência	24 - CID 10 S837	25 - Indicação Clínica							
26 - Tabela 1 02	27 - Código do Procedimento 00010071	28 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO					29 - Qtde Solic. 1	30 - Qtde Autor. 1		
2 02	52230023	CALHA OU TALA MEMBRO INFERIOR								
3 -	-	-								
4 -	-	-								
5 -	-	-								
<b>DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE</b>										
31 - Código na Operadora/CNPJ/CPF 3056344530	32 - Nome do Contratado DARLAN DE ARAUJO BENEVIDES	33 - T. Log.	34-36-38 - Logradouro - Número - Complemento	37 - Município	38 - UF AL	39-Cód. IBGE	40-CEP	41-Código CNES		
41a - Código na Operadora/CNPJ/CPF do Exec. Complementar	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				
<b>DADOS DO ATENDIMENTO</b>										
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								
<b>CONSULTA REFERÊNCIA</b>										
50 - Tipo de Doença A- Aguda C- Crônica	51 - Tempo de Doença A- Anos M-Meses D-Dias									
<b>PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS</b>										
52 - Data	53 - Hora Inicial	54 - Hora Final	55 - Tab	56 - Código do Procedimento 00010071 CONSULTA EM PRONTO S 52230023 CALHA OU TALA MEMBRO	57 - Qde. 1	58 - Via	59 - Tec	60 - %Red. / Acréscimo	61 - Valor Unitário - R\$	62 - Valor Total - R\$
									0.00	
									0.00	
<b>63 - Data e Assinatura de Procedimentos em Série</b>										
1-	3-	5-	7-	9-						
2-	4-	6-	8-	10-						
<b>64 - Observação</b>										
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\$				
<b>85 - Data e Assinatura do Solicitante</b> 21/03/2019										
87 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 				88 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 						
<b>89 - Data e Assinatura do Prestador Executante</b> 										


**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			
<b>DADOS DO BENEFICIÁRIO</b>										
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						
<b>DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE</b>										
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			
<b>DADOS DA SOLICITAÇÃO/PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS</b>										
22 - Data/Hora da Solicitação	23 - Caráter da Solicitação U E - Eletriva U - Urgência/Emergência	24 - CID 10 S837	25 - Indicação Clínica							
26 - Tabela 1 02	27 - Código do Procedimento 00010071	28 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO					29 - Qtde Solic. 1	30 - Qtde Autor.		
<b>DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE</b>										
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. IBGE	40-CEP			
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		
<b>DADOS DO ATENDIMENTO</b>										
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								
<b>CONSULTA REFERÊNCIA</b>										
50 - Tipo de Doença A- Aguda C- Crônica	51 - Tempo de Doença A- Anos M-Meses D-Dias									
<b>PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS</b>										
52 - Data	53 - Hora Inicial	54 - Hora Final	55 - Tab	56 - Código do Procedimento 00010071 CONSULTA EM PRONTO S	57 - Qds.	58 - Via	59 - Tec	60 - %Red. / Acréscimo	61 - Valor Unitário - R\$	62 - Valor Total - R\$
					1					0,00
<b>63 - Data e Assinatura de Procedimentos em Série</b>										
1 -	3 -	5 -	7 -	9 -						
2 -	4 -	6 -	8 -	10 -						
<b>64 - Observação</b>										
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\$ 				
<b>66 - Data e Assinatura do Solicitante</b> 21/03/2019										
<b>87 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização</b> 				<b>88 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável</b> 						
<b>88 - Data e Assinatura do Prestador Executante</b> 										



## GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL/SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA – SP/SADT N°

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			
<b>DADOS DO BENEFICIÁRIO</b>										
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						
<b>DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE</b>										
14 - Código na Operadora/CNPJ/CPF 12361267000860	15 - Nome do Contratado ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP MACEIÓ					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						
<b>DADOS DA SOLICITAÇÃO/PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS</b>										
22 - Data/Hora da Solicitação	23 - Caráter da Solicitação U E - Eletriva U - Urgência/Emergência	24 - CID 10 S837	25 - Indicação Clínica							
26 - Tabela	27 - Código do Procedimento 00010071	28 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO					29 - Qtde.Solic.	30 - Qtde Autor.		
1	02	-					1			
2	-	-								
3	-	-								
4	-	-								
5	-	-								
<b>DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE</b>										
31 - Código na Operadora/CNPJ/CPF 63554067050888	32 - Nome do Contratado VIDA MAGEM MACEIÓ	33 - T. Log.	34-35-36 - Logradouro - Número - Complemento	37 - Município	38 - UF	39-Cód. IBGE	40-CEP	41-Código CNES		
41 a - Código na Operadora/CNPJ/CPF da 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				
<b>DADOS DO ATENDIMENTO</b>										
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								
<b>CONSULTA REFERÊNCIA</b>										
50 - Tipo de Doença A- Aguda C- Crônica	51 - Tempo de Doença A-Anos M-Meses D-Dias									
<b>PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS</b>										
52 - Data	53 - Hora Inicial	54 - Hora Final	55 - Tab	56 - Código do Procedimento 00010071 CONSULTA EM PRONTO S	57 - Qde. 1	58 - Via	59 - Tec	60 - %Red / Acréscimo	61 - Valor Unitário - R\$	62 - Valor Total - R\$
<b>63 - Data e Assinatura de Procedimentos em Série</b>										
1- L_____L	3- L_____L	5- L_____L	7- L_____L	9- L_____L						
2- L_____L	4- L_____L	6- L_____L	8- L_____L	10- L_____L						
<b>64 - Observação</b>										
65 - Total Procedimentos - R\$ L_____L	66 - Total Taxas e Alugueis - R\$ L_____L	67 - Total Materiais - R\$ L_____L	68 - Total Medicamentos - R\$ L_____L	69 - Total Diárias - R\$ L_____L	70 - Total Gases Medicinais - R\$ L_____L	71 - Total Geral da Guia - R\$ L_____L				
<b>86 - Data e Assinatura do Solicitante 21/03/2019</b>										
<b>87 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização L_____L</b>										
<b>88 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável L_____L</b>										
<b>88 - Data e Assinatura do Prestador Executante L_____L</b>										

15 ABR. 2019

PROTÓCOLO  
INTERNA  
CARVALHO CAMELO

COMPRENSIVIDADE PREVIDENCIÁRIA

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

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, CORENAL 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 6132

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



## PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

fls. 38

Pagina 1 de 2

Emissão 21/03/2019 17:09

Paciente: FABIO SOARES CARDOSO  
 Convenio: HAPVIDA MACEIO  
 Posto:POSTO EMERGENCIA

Dt. Nasc.: 24/11/1979  
 Nº Prescrição: 0019289748  
 Leito: 550209/8

Atendimento: 55124239

23/11/2018 às 20:33

Prontuário: 9225441

Peso: kg

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

## HORÁRIOS

1. VOLTAREN INJETAVEL (25.00mg/ml)	75 mg	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

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, CORENAL 812408.	[1]
--	--	-----



## GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL/SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA – SP/SADT N°

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			
<b>DADOS DO BENEFICIÁRIO</b>										
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						
<b>DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE</b>										
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						
<b>DADOS DA SOLICITAÇÃO/PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS</b>										
22 - Data/Hora da Solicitação	23 - Caráter da Solicitação U E - Eletriva U- Urgência/Emergência	24 - CID 10 S837	25 - Indicação Clínica							
26 - Tabela 1 02	27 - Código do Procedimento 00010071	28 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	29 - Qtde Solic.	30 - Qtde Autor.						
2 02	52230023	CALHA OU TALA MEMBRO INFERIOR	1	1						
3 -	-	-								
4 -	-	-								
5 -	-	-								
<b>DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE</b>										
31 - Código na Operadora/CNPJ/CPF	32 - Nome do Contratado DARLAN DE ARAUJO BENEVIDES	33 - T. Log.	34-36-38 - Logradouro - Número - Complemento	37 - Município	38 - UF	39-Cód. IBGE	40-CEP	41-Código CNES		
41a - 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				
<b>DADOS DO ATENDIMENTO</b>										
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								
<b>CONSULTA REFERÊNCIA</b>										
50 - Tipo de Doença A- Aguda C- Crônica	51 - Tempo de Doença A- Anos M-Meses D-Dias									
<b>PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS</b>										
52 - Data	53 - Hora Inicial	54 - Hora Final	55 - Tab	56 - Código do Procedimento 00010071 CONSULTA EM PRONTO S 52230023 CALHA OU TALA MEMBRO	57 - Qde.	58 - Via	59 - Tec	60 - %Red. / Acréscimo	61 - Valor Unitário - R\$	62 - Valor Total - R\$
					1					0,00
					1					0,00
<b>63 - Data e Assinatura de Procedimentos em Série</b>										
1-	3-	5-	7-	9-						
2-	4-	6-	8-	10-						
<b>64 - Observação</b>										
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\$				
<b>85 - Data e Assinatura do Solicitante</b> 21/03/2019										
<b>87 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização</b> 										
<b>88 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável</b> 										
<b>88 - Data e Assinatura do Prestador Executante</b> 										



## 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		16 - 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 E - Eletriva U - Urgência/Emergência		24 - CID 10 S837	25 - Indicação Clínica					
26 - Tabela 1 02	27 - Código do Procedimento 00010071	28 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO					29 - Qtde Solic. 1	30 - Qtde Autor.		
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. IBGE	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 00010071 CONSULTA EM PRONTO S	57 - Qds.	58 - Via	59 - Tec	60 - %Red. / Acréscimo	61 - Valor Unitário - R\$	62 - Valor Total - R\$
					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 			



## GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL/SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA – SP/SADT N°

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			
<b>DADOS DO BENEFICIÁRIO</b>										
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						
<b>DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE</b>										
14 - Código na Operadora/CNPJ/CPF 12361267000860	15 - Nome do Contratado ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP MACEIÓ					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				
<b>DADOS DA SOLICITAÇÃO/PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS</b>										
22 - Data/Hora da Solicitação	23 - Caráter da Solicitação U E - Eletriva U - Urgência/Emergência	24 - CID 10 S837	25 - Indicação Clínica							
26 - Tabela	27 - Código do Procedimento 00010071	28 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO					29 - Qtde.Solic.	30 - Qtde Autor.		
1	02	-					1			
2	-	-								
3	-	-								
4	-	-								
5	-	-								
<b>DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE</b>										
31 - Código na Operadora/CNPJ/CPF 63554067050888	32 - Nome do Contratado VIDA MAGEM MACEIÓ	33 - T. Log.	34-35-36 - Logradouro - Número - Complemento	37 - Município	38 - UF	39-Cód. IBGE	40-CEP	41-Código CNES		
41 a - Código na Operadora/CNPJ/CPF da 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
<b>DADOS DO ATENDIMENTO</b>										
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					
<b>CONSULTA REFERÊNCIA</b>										
50 - Tipo de Doença A- Aguda C- Crônica	51 - Tempo de Doença A-Anos M-Meses D-Dias									
<b>PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS</b>										
52 - Data	53 - Hora Inicial	54 - Hora Final	55 - Tab	56 - Código do Procedimento 00010071 CONSULTA EM PRONTO S	57 - Qde	58 - Via	59 - Tec	60 - %Red / Acréscimo	61 - Valor Unitário - R\$	62 - Valor Total - R\$
1	11:11:11	11:11:11		1	1	1	1	1	0,00	0,00
2	11:11:11	11:11:11								
3	11:11:11	11:11:11								
4	11:11:11	11:11:11								
5	11:11:11	11:11:11								
6	11:11:11	11:11:11								
7	11:11:11	11:11:11								
8	11:11:11	11:11:11								
9	11:11:11	11:11:11								
10	11:11:11	11:11:11								
<b>63 - Data e Assinatura de Procedimentos em Série</b>										
1 - LLL	3 - LLL	5 - LLL	7 - LLL	9 - LLL						
2 - LLL	4 - LLL	6 - LLL	8 - LLL	10 - LLL						
<b>64 - Observação</b>										
65 - Total Procedimentos - R\$ 11111111	66 - Total Taxas e Alugueis - R\$ 11111111	67 - Total Materiais - R\$ 11111111	68 - Total Medicamentos - R\$ 11111111	69 - Total Diárias - R\$ 11111111	70 - Total Gases Medicinais - R\$ 11111111	71 - Total Geral da Guia - R\$ 11111111				
<b>86 - Data e Assinatura do Solicitante 21/03/2019</b>										
<b>87 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 11:11:11</b>				<b>88 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 11:11:11</b>						
<b>88 - Data e Assinatura do Prestador Executante 11:11:11</b>										

15 ABR. 2019

PROTÓCOLO  
INTERNA  
CARVALHO CAMELOCOMPRENSIVAS  
COMUNITÁRIAS

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

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, CORENAL 812408.	[1]
--	--	-----

# Por beneficiário

**REMITENTE** FABIO SOARES CARDOSO

**OCERTURA** Invalidez

**ENTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev Previdência S/A-Filial Maceio-AL

**NEFICIÁRIO** FABIO SOARES CARDOSO

**F/CNPJ:** 02998669476

**Posição em 17-01-2020 10:55:07**

Desculpe. No momento, não conseguimos localizar



informações com os dados que você forneceu. Por favor, clique [aqui](#) e registre uma solicitação para que possamos fornecer mais detalhes sobre seu caso. Em até 72 horas, entraremos em contato.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção
02/05/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00

## Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência
	RFANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO

Dano	Percentual	Valor
<b>PERDA PARCIAL - PARTE INFERIOR</b>		<b>R\$ 45</b>
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 n° 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 Cansanção 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.



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