

PROCURAÇÃO JUDICIAL

OUTORGANTE: ANDERSON ALMEIDA DOS SANTOS,
brasileiro, estado civil CASADO, profissão AUTÔNOMO,
RG nº 3433-253-7 SSP/AL, CPF sob o nº 047.793.044-01 residente
e domiciliado RUA DIVISÓRIA, Nº 485, JACINTINHO,
cidade de MAEIO, Estado AL, CEP 57000-000.

OUTORGADO: ALESSANDRA MARIA CERQUEIRA DE MEDEIROS CAVALCANTE,
brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/AL sob o nº 9.509 com endereço
profissional localizado na Rua Muniz Falcão, Pinheiro, Maceió-AL;

PODERES: Os mais amplos e ilimitados poderes da cláusula "ad judicium et extra" para o Foro em geral e, especialmente, onde com esta se apresentar, defender, em conjunto ou separadamente, o(a) Outorgante em qualquer ação em que o(a) mesmo(a) seja réu, assistente, oponente ou de qualquer forma interessado(a), podendo propor ações e delas variar ou desistir, transigir, reconvir, fazer acordos, receber e dar quitação, endossar cheques, retirar alvarás e oferecer todos os recursos em direito admitidos em qualquer instância ou Foro, podendo ainda prestar declarações que julgue sejam necessárias; requerer documentos, vista de processos, apresentando recursos ou reclamações, junto às entidades da Administração Pública Direita e Indireta, Autarquias e Fundações (Receitas Federal do Brasil, Estadual e Municipal, INSS, IBAMA, Juntas Comerciais, Cartórios Judiciais, etc.), podendo tudo o mais praticar para o mais completo desempenho do presente mandato, inclusive substabelecer, no todo ou em parte, com ou sem reservas de poderes. Deixando estipulado nesse documento, contrato de risco com o(a) Outorgante que, em caso de êxito, serão pagos a título de honorários advocatícios de trinta por cento do valor recuperado.

PODERES ESPECIAIS: para **MOVER AÇÃO DE RESPONSABILIDADE CIVIL E OU SECURITÁRIA**, podendo autorizar seu procurador (a) supra a requerer os benefícios da Assistência Jurídica Gratuita nos termos da Lei 1.060/50 e 7.115/93.

Maceió-AL, 09 de Outubro de 2018.

x Anderson Almeida dos Santos

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

Eu, ANDERSON ALMEIDA DOS SANTOS
brasileiro(a), profissão AUTÔNOMO portador da cédula de
identidade (RG) sob nº 3433253-7, inscrito no cadastro de
pessoas físicas (CPF/MF) sob nº 097.793.044-01, residente e
domiciliado à Rua DIVISÓRIA, nº
385, Bairro JALINFINHO, CEP 57000-000, cidade de
MACEIÓ / AL.

Declaro sob as penas da lei que não tenho condições
de arcar com as custas do processo sem prejuízo do meu sustento e de minha
família.

Por isso requero os benefícios da assistência judiciária
gratuita nos termos da lei nº 1060/50.

Maceió, 09 de setembro de 2018

x Anderson Almeida dos Santos

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE ALAGOAS

SECRETARIA DE ESTADO DA DEFESA SOCIAL

PERÍCIA OFICIAL - POIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DEL MARIO PEDRO DOS SANTOS



Polegar Direito



Anderson Almeida dos Santos

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3433253-7

DATA DE EXPEDIÇÃO

23/04/2014

NOME ANDERSON ALMEIDA DOS SANTOS

FILIAÇÃO

JOSÉ HILTON DA CONCEIÇÃO DOS SANTOS

FLÁVIA DE ALMEIDA

NATURALIDADE

MACEIÓ - AL

DATA DE NASCIMENTO

06/03/1992

CERTID MASC 70049 FLS 114 LIV 65

2 D OF MACEIÓ - AL

097.793.044-01

2 VIA

MARIA MADALENA CARDOSO DA SILVA
DIRETORA DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL

P 300

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83


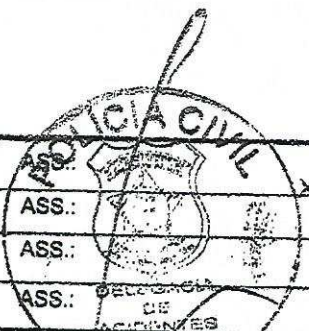


CDD FAROL AL
CLEIDEANE PEREIRA DA SILVA
AV GOV AFRANIO LAGES 125
CASA - FAROL
57050-015 MACEIO - AL



721109423024735000000075730 050918

Data de Postagem:
Data de Vencimento:
Data de Fechamento (emissão)
Data prevista de fechamento da próxima fatura

 ESTADO DE ALAGOAS SECRETARIA DE ESTADO DE DEFESA SOCIAL POLICIA CIVIL		BOLETIM DE OCORRÊNCIA		NUMERO: 0052-I/16-3202		Pág.1 / 1	
		DELEGACIA: Del. de Acidentes e Delitos de Trânsito - DADT FONE: 33156424 DATA/HORA COMUNICADO: 23/11/2016 16:39 DELEGACIA DESTINO: Del. de Acidentes e Delitos de Trânsito - DADT					
FATO	NATUREZA: LESÃO CORPORAL - ACIDENTE DE TRÂNSITO				INSTRUMENTO: Outros		
	DATA/HORA: 07/10/2016 19:30		LOCAL DO FATO: RUA ALCIDES RAMOS DE LIMA Jacintinho Maceló				
	DIA DA SEMANA: 5 PONTO DE REFERÊNCIA: APOS A PRAÇA DA MACACHEIRA, ACESSO AO PEIXOTO						
COR 1 BRANCO 4 PARDO 2 PRETO 5 SÁRARA 3 AMARELO 6 ALBINO		ESTADO CIVIL 1 SOLTEIRO 4 SEPARADO 2 CASADO 5 AMASIADO 3 VIÚVO		NACIONALIDADE 1 BRAS. NATO 2 BRAS. NATURALIZADO 3 ESTRANGEIRO		DIA DA SEMANA 1 SEG 4 QUI 7 DOM 2 TER 5 SEX 3 QUA 6 SÁB	
						GRAU DE INSTRUÇÃO 1 ANALFABETO 4 NÍVEL MÉDIO 2 ALFABETIZADO 5 SUPERIOR 3 FUNDAMENTAL	
VITIMA	NOME / RAZÃO SOCIAL: ANDERSON ALMEIDA DOS SANTOS				RG: 3433253-7		SEDS-AL
	FILIAÇÃO: José Hilton da Conceição dos Santos				Flávia de Almeida		
	PROFISSÃO: Outras				DATA DE NASCIMENTO: 08/03/1992		IDADE: 24
	UF: AL		NATURALIDADE: Maceló - AL		NACIONALIDADE: 1		ESTADO CIVIL: 2
					GRAU INSTRUÇÃO: 4		TURISTA: NÃO
	ENDEREÇO: Rua Divisória				Nº 485		
	BAIRRO: Jacintinho		CIDADE: Maceló		FONE:		
SE () PM () PF () PC () PRF () BM () GM ESPECIFICAR () EM SERVIÇO () FORA DE SERVIÇO () INATIVO							
AFINIDADE VITIMA -> AUTOR:				OCORRÊNCIA RELACIONADA A:			
Nº 0012-R/16-0053							
AUTOR: DESCONHECIDO							
VEICULO	VEÍCULO: INSTRUMENTO		PLACA: HWY1777		CHASSI: 9BWHE49AX3P007983		
	MARCA/MODELO: VW POLO 2.0		COR: PRATA		ANO FABRICAÇÃO: 2002		ANO MODELO: 2003
VEICULO	VEÍCULO: INSTRUMENTO		PLACA: OVB1816		CHASSI: 9C6KG0490E0010751		
	MARCA/MODELO: YAMAHA FAZER 250		COR: BRANCA		ANO FABRICAÇÃO: 2013		ANO MODELO: 2014
HISTÓRICO	<p>Compareceu a esta delegacia especializada o Sr. JOSÉ HILTON DA CONCEIÇÃO DOS SANTOS, CPF 74016504449, nesse ato representando seu filho, que se encontra acamado. DISSE QUE: seu filho conduzia uma moto de sua propriedade, esta já a cima cadastrado, onde a vítima trafegando na via já acima aludida, sentido Praça da Macaxeira/Peixoto, a trabalho, quando um veículo que vinha na mesma via e no sentido contrario, quando este sem ter a devida atenção, faz uma manobra para adentrar na Rua Alcides Correia, obstruindo a passagem da moto da vítima, ocorrendo nesse momento o choque da moto com o veículo, levando a vítima ao solo: foi socorrido pelo SAMU e foi conduzido para o HGE conforme relatório medico de Nº 2530092.</p>						
NOTICIANTE:							
ELABORADO POR: Silvio Eduardo Michel Maia Gomes				ASS.: 			
AUTORIDADE: Alcides Andrade de Alencar				RG / MAT.: 662160			
ESCRIVÃO AD-HOC: Silvio Eduardo Michel Maia Gomes				RG / MAT.: 601411			
				RG / MAT.: 662160			



ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DO ESTADO OSVALDO BRANDÃO VILELA
SETOR SECRETARIA HOSPITALAR

Avenida Jorge de Lima, 2095, Trapiche da Barra - Maceió - AL - CEP Nº 57010-001

Fone(82) 3315-7364 - CNPJ nº 12.200.259/0001-65

RELATÓRIO MÉDICO

PACIENTE: ANDERSON ALMEIDA DOS SANTOS
PRONTUÁRIO: 2530092 **HORA:** 20:38 HS
ATENDIMENTO: 07/10/16
NASCIMENTO: 06/03/92 **IDADE:** 24 ANOS
SITUAÇÃO: TRANSFERENCIA **DATA:** **HOSPITAL:** NOSSA SENHORA DE FÁTIMA
CID: S82

DIAGNÓSTICO: FRATURA DE TÍBIA ESQUERDA

TRATAMENTO: CONSERVADOR

ACHADO: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE RODOVIÁRIO, COLISÃO MOTOCICLETA-CARRO.
 TRAZIDO PELO SAMU.
 QUEIXA DE DOR EM PERNA ESQUERDA E COTOVELO ESQUERDO.
 ESCORIAÇÕES EM COTOVELO ESQUERDO E SINAIS DE FRATURA EM PERNA ESQUERDA (TÍBIA E)
 GLASGOW 15

CONDUTA: AVALIAÇÃO DA CIRURGIA GERAL, ORTOPEDIA
 EXAMES RADIOLÓGICOS
 IMOBILIZAÇÃO COM TALA GESSADA
 PRESCRIÇÕES, CUIDADOS E ORIENTAÇÕES MÉDICAS

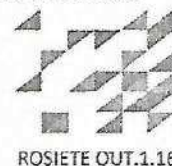
Maria Rosiete C. Bandeira
 Médica
 CRM 2777 - AL

Obs 1: Paciente atendido pela equipe Médica desta Unidade de Emergência através do Sistema Único de saúde - SUS.

Obs 2: Relato das informações constantes no Prontuário do paciente.



Maceió, quarta-feira, 23 de novembro de 2016



ROSIE TE OUT.1.16

FICHA DE ATENDIMENTO

Nº ATENDIMENTO: 2530092

DATA: 7/10/2016

HORA: 20:38:21

INTERNADO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

PACIENTE: ANDERSON ALMEIDA DOS SANTOS

SEXO: MASCULINO DATA NASCIMENTO: 06/03/1992

IDADE: 24 ANOS

CPF:

MÃE:

RG:

RESPONSÁVEL:

NACIONALIDADE: BRASIL

NATURAL DE: ALAGOAS

CARTÃO SUS: 700302908060835

CIDADE: MACEIO/AL

BAIRRO:

LOGRADOURO: NAO INFORMADO

OBSERVAÇÕES:

TELEFONE:

988144924-
dediane

DADOS DO ATENDIMENTO

MOTIVO ATENDIMENTO: ACIDENTE DE MOTO

FORMA DE CHEGADA: TERCEIROS

PROCEDÊNCIA: MACEIO

SETOR: TRAUMA

ACIDENTE DE TRABALHO: NAO

CASO POLICIAL: NAO

PLANO DE SAÚDE: NAO

TRAUMA: SIM

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERMELHO

AMARELO

VERDE

AZUL

Queixa Principal / História da Doença Atual:

Paciente vítima de colisão moto carro há 40 min. Trajido pelo SIA em prancha rígida e colar cervical, usando capacete. Nega ingestão de bebida alcoólica. Nega alergia. Nega síncope ou vômito.

Queixa-x de dor em perna (E) e cotovelo (E)

Exame Físico:

1. VAP, sem cervicalgia.
2. Exponibilidade torácica simétrica, MV+ em AHT.
3. RCR 2T, BNF.
4. Pupilas isotóricas e isocóricas, GSW 15.
5. Escoriações em cotovelo (E) e sinais de fratura em perna (E).

Exames Complementares:

☒ RAIO-X☐ SANGUE☐ URINA☐ TC☐ LIQUOR☐ ECG☐ ULTRASSONOGRAFIA

Hipótese Diagnóstica:

TRAUMA

Conduta Clínica

- 1) Rx de perna (E)
- 2) Dipirona (10mg/ml) + AD, EV
Tilatil 40mg + AD, EV
Ibuprofeno 200mg + AD, EV
- 3) Soro 0,9% 100ml
- 4) Alta da Cirurgia geral

USUÁRIO: Thiago Falcao Pedrosa Silva

Enfermagem

Enfermagem
F. de Inicializ
[Assinatura]
[Assinatura]

Dr. Michel I. Guimarães Lopes
CIRURGIA GERAL
CRMAL - 5672

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

Sist. Nervoso: lúcido () sonolento () confuso () comatoso () convulsões () otorragia ()
Glasgow: abertura ocular () resposta verbal () resposta motora () Total: _____
Pupilas: normal D () E () dilatada D () E () não reativa ()

EVOLUÇÃO / MEDICAÇÃO	HORÁRIO (Enfermagem)
07/10/16 #508 U	
#508 Fratura de Tibia (C)	
Pericostostomia	
Alimentação Sina or	
Sina. Curativo	
es: (1) Intubado	
07/10/16. Psicologia	
Paciente orientado, relata acidente de moto. Fatores	
essenciais e acollimento	
Assinatura: [Assinatura]	
Carla Augusta Gomes Silva	
Psicóloga	
CRP 150184	

PACIENTE TRANSFERIDO DO HGE:	DIAGNÓSTICO:
------------------------------	--------------

REGISTRO DE INTERNAÇÃO:

INTERNAÇÃO: (A ser preenchido em caso de permanência maior que 6 horas) DATA: 6 / 11 / 2011 HORA: 14:00

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: _____

EVOLUÇÃO DA DOENÇA: ☒ AGUDA () SUB-AGUDA () CRÔNICA () CRÔNICA-AGUDIZADA

CONDIÇÃO DO PACIENTE: () CUIDADOS INTENSIVOS () INTERMEDIÁRIOS () ENFERMARIA

MÉDICO (Responsável pela internação): _____

ASSISTENTE SOCIAL (Responsável pela internação): _____

ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DA SAÚDE / SESAU
SUPERVISÃO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192

	SUPERVISÃO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 AL		US\$	DATA DA OCORRÊNCIA
	NOME	Adelson Almeida dos S.	IDADE / DT. NASC.	SEXO
	ENDEREÇO			IDADE / DT. NASC.
			FICHA - Nº	
PONTO DE REFERÊNCIA				HORA DA CHAMADA

<input type="checkbox"/> CLÍNICO			
<input type="checkbox"/> PARADA CARDÍACA	<input type="checkbox"/> DIST. NEUROLÓGICOS	<input type="checkbox"/> DIST. GINECOLÓGICOS	<input type="checkbox"/> DESMAIO
<input type="checkbox"/> INTOXICAÇÃO EXÓGENA	<input type="checkbox"/> DIST. ENDOCRINOLÓGICOS	<input type="checkbox"/> ASSIST. PARTO NORMAL	<input type="checkbox"/> TENTATIVA DE SUICÍDIO
<input type="checkbox"/> DIST. CARDIOVASCULARES	<input type="checkbox"/> DIST. PSIQUIÁTRICOS	<input type="checkbox"/> DIST. UROLÓGICOS	<input type="checkbox"/> OUTROS / OBSERVAÇÕES
<input type="checkbox"/> DIST. RESPIRATORIOS	<input type="checkbox"/> DIST. GASTROINTESTINAIS	<input type="checkbox"/> DIST. GASTROINTESTINAIS	
<input checked="" type="checkbox"/> TRAUMA			
<input type="checkbox"/> OUTROS TRAUMAS	<input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO		
<input type="checkbox"/> AGRESSÃO FÍSICA ARMADA	<input type="checkbox"/> Queda da própria altura	<input type="checkbox"/> PEDESTRE	<input type="checkbox"/> PEDESTRE
<input type="checkbox"/> AGRESSÃO POR ARMA BRANCA	<input type="checkbox"/> CHOQUE ELÉTRICO	<input type="checkbox"/> BICICLETA	<input type="checkbox"/> BICICLETA
<input type="checkbox"/> AGRESSÃO POR ARMA DE FOGO	<input type="checkbox"/> QUEIMADURA	<input type="checkbox"/> MOTOCICLETA	<input type="checkbox"/> MOTOCICLETA
<input type="checkbox"/> MORDEDURA ANIMAL DOMÉSTICO	<input type="checkbox"/> ESMAGAMENTO	<input type="checkbox"/> CARRO	<input type="checkbox"/> CARRO
<input type="checkbox"/> MORDEDURA ANIMAL SILVESTRE	<input type="checkbox"/> POR OBJETO CONTUNDENTE	<input type="checkbox"/> CAMINHÃO / ÔNIBUS	<input type="checkbox"/> CAMINHÃO / ÔNIBUS
<input type="checkbox"/> QUEDA DE ALTURA		<input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> OUTROS
METROS			
LOCAL DO ATENDIMENTO	PROTEÇÃO	SITUAÇÃO DA VÍTIMA	POSIÇÃO DA VÍTIMA
<input type="checkbox"/> CASA	<input type="checkbox"/> CAPACETE	<input type="checkbox"/> PEDESTRE	<input type="checkbox"/> PEDESTRE
<input type="checkbox"/> APARTAMENTO	<input type="checkbox"/> CINTO DE SEGURANÇA	<input type="checkbox"/> BICICLETA	<input type="checkbox"/> CONDUTOR
<input type="checkbox"/> FAVELA	<input type="checkbox"/> NÃO USAVA	<input type="checkbox"/> MOTOCICLETA	<input type="checkbox"/> CARONA/GARUPA
<input checked="" type="checkbox"/> VIA PÚBLICA	<input type="checkbox"/> NÃO OBSERVADO	<input type="checkbox"/> CARRO	<input type="checkbox"/> BANCO TRASEIRO
<input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> OBSERVAÇÕES:	<input type="checkbox"/> CAMINHÃO / ÔNIBUS	<input type="checkbox"/> CARROCERIA
		<input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> OUTROS
		CAPOTAMENTO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	EJEÇÃO DO VEÍCULO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

VIAS AÉREAS			
<input type="checkbox"/> LIVRES	OBSERVAÇÕES		
<input type="checkbox"/> OBSTRUÍDAS			
<input type="checkbox"/> CIANOSE			
RESPIRAÇÃO E CIRCULAÇÃO		PULSO	PRESSÃO ARTERIAL
FREQ. RESP.	<input type="checkbox"/> LESÃO TORÁCICA	<input checked="" type="checkbox"/> PALPÁVEL	OXIMETRIA:
20		EDEMA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	120 x 80
DANO NEUROLÓGICO		SINAL DE ALERTA	
DEFICIT NEUROLÓGICO			
<input type="checkbox"/> ALERTA	<input type="checkbox"/> INCONSCIENTE	<input type="checkbox"/> CEFALÉIA	<input type="checkbox"/> COMATOZO
<input type="checkbox"/> RESPOSTA VERBAL		<input type="checkbox"/> AMNÉSIA	<input type="checkbox"/> CHOROSO
<input type="checkbox"/> RESPOSTA DOR		<input type="checkbox"/> NÁUSEAS / VÔMITOS	<input type="checkbox"/> AGITADO
		<input type="checkbox"/> RINORRAGIA	<input type="checkbox"/> OTORRAGIA
		<input type="checkbox"/> PERDA DE MASSA ENCEFÁLICA	
ATENDIMENTO À GESTANTE (PREENCHER APENAS PARA DIST. OBSTÉTRICOS E ASSIST. PARTO NORMAL)			
ÚLTIMA MENSTRUÇÃO (DATA)	GESTA	PARA	CESÁRIA
HÁ ABORTO PROVOCADO?		SANGRAMENTO VAGINAL?	
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
FAZ PRÉ-NATAL?		PERDA DE LÍQUIDO	
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
IDADE GESTACIONAL (SEMANAS)		OUTRAS OBSERVAÇÕES SOBRE A GESTAÇÃO:	
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
CONSULTAS:			

Código Solicitação: 223748453

Número AIH: 271710175197-0

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:
CASA DE SAUDE E MATERNIDADE NOSSA SR DE FATIMA
Unidade Executante:
CASA DE SAUDE E MATERNIDADE NOSSA SR DE FATIMA
Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro
AV HUBERTO MENDES - 290 - - JARAGUA
Central Reguladora
Data de Solicitação
Data de Autorização
Data de Reserva
Data de Internação
Data Prevista de Alta
Data de Alta
Motivo da Alta

CNES:
2006405
CNES:
2006405
Município Executante
MACEIO

MACEIO
11.12.2017 - 15:09:35 Operador 2006405CAROLINE-S
11/12/2017 - 15:14:03 Operador 5408889NELJOFONSECA
12.12.2017
13.12.2017 Operador 2006405CAROLINE-E
17.12.2017
14/12/2017 - 10:56:44 Operador 2006405CAROLINE-E
1.5 ALTA COM PREVISAO DE RETORNO PARA ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE

DADOS DO PACIENTE

CNS:
700302908060835
Nome do Paciente
ANDERSON ALMEIDA DOS SANTOS
Nome da Mãe
FLAVIA DE ALMEIDA
Sexo:
MASCULINO
Data de Nascimento:
06/03/1992 (25 anos)
Tipo Logradouro:
INVALIDO
Número:
125
Pelo de Residência:
INVALIDO
Telefone:
(00) 0000-0000 (valor não permitido)

Nome Social/Apelido:

Naturalidade:

Raça:
SEM INFORMACAO
Tipo Sanguíneo:

Logradouro:
AV GOV AFRANIO LAGES
Bairro:
FAROL
Município de Residência:
MACEIO
Complemento:
CEP:
57050-015
UF:
AL

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:
CPF do Médico Executante:
Data de Solicitação:
Data de Autorização:
Data de Reserva:
Data de Internação:
Data Prevista de Alta:
Data de Alta:
Motivo da Alta:
Motivo de Impedimento do Regulador:
Assinatura e Carimbo do Médico: (examinador)

Nome do Médico Solicitante:
LUIZ ROCHA TOLEDO
Nome do Médico Executante:
LUIZ ROCHA TOLEDO
Status da Solicitação:
APROVADA
Classificação de Risco:

Clínica Complementar:
Nenhuma
Código:
0408050500

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:
PACIENTE COM FRATURA DE TIBIA ESQUERDA NECESSITA DE TRATAMENTO
Principais Resultados de Provas Diagnósticas:
EXAME FÍSICO
DIAGNOSTICO RADIOLOGICO:
Condições que Justificam a Internação:
NECESSITA DE TRATAMENTO CIRÚRGICO

PARECER

Motivo de Impedimento do Regulador:

CRM:

Data de Solicitação:
11.12.2017 - 15:09:35

Data da Extração dos Dados: 14/12/2017 11:14:06

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:
CASA DE SAÚDE E HINTERMUNDO INDESA SR DE PATINA
Município Regulator:
MAICED
Data Despejato:

CNES:
2006405
Unidade Desejada: CNES:
CASA DE SAUDE E MATERNIDADE NOSSA SR DE FATIMA 2006405
11.12.2017

DADOS DO PACIENTE

CNS
700302908058835
Nome do Paciente:
ANDERSON ALMEIDA DOS SANTOS
Sexo:
MASCULINO
Data de Nascimento:
06/03/1992 (25 anos)
Nome da Mãe:
FLAVIA DE ALMEIDA
Tipo Logradouro:
INVALIDO
Número:
125
País de Residência:
BRASIL
Telefone(s):
(61) 3315-2425 *(Exibir Lista Detalhada)*
Nome do Responsável:
Não Informado

Nome Social/Apelido:

Raça:
SEM INFORMACAO
Tipo Sanguíneo:

Naturalidade:
-
Logradouro:
AV GOV AFRANCO LAGES
Bairro:
PAROL
Município de Residência:
MACEIO

Complemento:
CEP:
57050015
UF:
AL

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:
00341169404

Diagnóstico Inicial - CID:
FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA - S822

Classificação de Risco
VERDELLHO - emergência, necessidade de atendimento imediato.

Carimbo

Nome do Médico Solicitante:
LUIZ BOCHA TOLEDO

Status da Solicitação
PENDENTE

Clinica:	Clinica Com
ESPEC. CIRURGICO - ORTODONTIA-TRAUMATOLOGIA	Nenhuma
Procedimentos de Sobrelado:	Código:
ESPEC. CIRURGICO ORTODONTIA-TRAUMATOLOGIA	0488057500

Clinica Complementar:
Nenhuma
Código:
040000000

ANÁLISE TÉCNICA E JUSTIFICATIVA DA INTERMEDIÇÃO

1. **PROPOSTA DE CONTRATO DE PRESTACIÃO DE SERVIÇOS**
 2. **OBJETO DO CONTRATO**
 3. **PREÇOS E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO**
 4. **PRazos**
 5. **Garantia**
 6. **Foro**
 7. **Assinaturas**
 8. **Observações**
 9. **Assinatura do Cliente**
 10. **Assinatura do Prestador**
 11. **Assinatura do Testemunha**
 12. **Assinatura do Testemunha**
 13. **Assinatura do Testemunha**
 14. **Assinatura do Testemunha**
 15. **Assinatura do Testemunha**
 16. **Assinatura do Testemunha**
 17. **Assinatura do Testemunha**
 18. **Assinatura do Testemunha**
 19. **Assinatura do Testemunha**
 20. **Assinatura do Testemunha**
 21. **Assinatura do Testemunha**
 22. **Assinatura do Testemunha**
 23. **Assinatura do Testemunha**
 24. **Assinatura do Testemunha**
 25. **Assinatura do Testemunha**
 26. **Assinatura do Testemunha**
 27. **Assinatura do Testemunha**
 28. **Assinatura do Testemunha**
 29. **Assinatura do Testemunha**
 30. **Assinatura do Testemunha**
 31. **Assinatura do Testemunha**
 32. **Assinatura do Testemunha**
 33. **Assinatura do Testemunha**
 34. **Assinatura do Testemunha**
 35. **Assinatura do Testemunha**
 36. **Assinatura do Testemunha**
 37. **Assinatura do Testemunha**
 38. **Assinatura do Testemunha**
 39. **Assinatura do Testemunha**
 40. **Assinatura do Testemunha**
 41. **Assinatura do Testemunha**
 42. **Assinatura do Testemunha**
 43. **Assinatura do Testemunha**
 44. **Assinatura do Testemunha**
 45. **Assinatura do Testemunha**
 46. **Assinatura do Testemunha**
 47. **Assinatura do Testemunha**
 48. **Assinatura do Testemunha**
 49. **Assinatura do Testemunha**
 50. **Assinatura do Testemunha**
 51. **Assinatura do Testemunha**
 52. **Assinatura do Testemunha**
 53. **Assinatura do Testemunha**
 54. **Assinatura do Testemunha**
 55. **Assinatura do Testemunha**
 56. **Assinatura do Testemunha**
 57. **Assinatura do Testemunha**
 58. **Assinatura do Testemunha**
 59. **Assinatura do Testemunha**
 60. **Assinatura do Testemunha**
 61. **Assinatura do Testemunha**
 62. **Assinatura do Testemunha**
 63. **Assinatura do Testemunha**
 64. **Assinatura do Testemunha**
 65. **Assinatura do Testemunha**
 66. **Assinatura do Testemunha**
 67. **Assinatura do Testemunha**
 68. **Assinatura do Testemunha**
 69. **Assinatura do Testemunha**
 70. **Assinatura do Testemunha**
 71. **Assinatura do Testemunha**
 72. **Assinatura do Testemunha**
 73. **Assinatura do Testemunha**
 74. **Assinatura do Testemunha**
 75. **Assinatura do Testemunha**
 76. **Assinatura do Testemunha**
 77. **Assinatura do Testemunha**
 78. **Assinatura do Testemunha**
 79. **Assinatura do Testemunha**
 80. **Assinatura do Testemunha**
 81. **Assinatura do Testemunha**
 82. **Assinatura do Testemunha**
 83. **Assinatura do Testemunha**
 84. **Assinatura do Testemunha**
 85. **Assinatura do Testemunha**
 86. **Assinatura do Testemunha**
 87. **Assinatura do Testemunha**
 88. **Assinatura do Testemunha**
 89. **Assinatura do Testemunha**
 90. **Assinatura do Testemunha**
 91. **Assinatura do Testemunha**
 92. **Assinatura do Testemunha**
 93. **Assinatura do Testemunha**
 94. **Assinatura do Testemunha**
 95. **Assinatura do Testemunha**
 96. **Assinatura do Testemunha**
 97. **Assinatura do Testemunha**
 98. **Assinatura do Testemunha**
 99. **Assinatura do Testemunha**
 100. **Assinatura do Testemunha**

PARECER

Situação:
PENDENTE
Motivo de Impedimento do Regulador

Operador Solicitante:
2006405CAROLINE-S

Assinatura e Carimbo do Médico Solicitante (examinador) CRM:

Data
11.12.2017 - 15.12.2017

Data da Extração dos Dados: 11/12/2017 15:09:35

[Nova Solicitação](#) [Imprimir](#)

ENCAMINHAMENTO DE USUÁRIO PARA ^{fls. 22}
ATENDIMENTO AMBULATORIAL ESPECIALIZADO

UNIDADE DE DESTINO:

Nessa Senhora de Fátima

NOME DO USUÁRIO:

A. ALBERTSON A. ALMILLOA

IDADE:

57S

SEXO:

CARTÃO SUS:

700.302.908.060.835

REGISTRO:

2690629

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

SÍNDROME DE TRAUMA
COM NIE

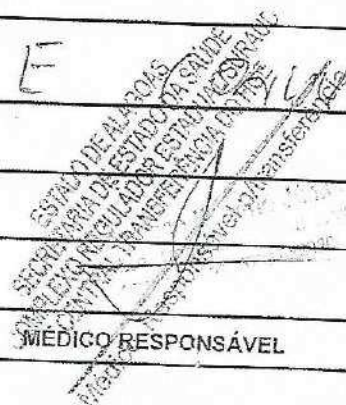
MOTIVO ENCAMINHAMENTO:

SEGUIMENTO E AVALIAÇÃO

11.11.17
DATA

NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO - N.I.R.

MÉDICO RESPONSÁVEL





Casa de Saúde e Maternidade

Nossa Senhora de Fátima

Avenida Humberto Mendes, 290 - Bairro Paga,
Maceió - Alagoas. Fone: (82) 3221-8908

FICHA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

DATA DA INTERNAÇÃO: 11/12/2017

HORA: 16:10

TIPO DE INTERNAÇÃO: SUS

ALTA:

NOME DO PACIENTE:

Nº CARTÃO: 700.302.908.060.835

CARTEIRA 0

ANDERSON ALMEIDA DOS SANTOS

FILIAÇÃO:

FLAVIA DE ALMEIDA

DATA DE NASCIMENTO: 06/03/1992

IDADE: 25 ANOS

SEXO: M

ESTADO CIVIL: CASADO

PROFISSÃO: CHAPEIRO

RAÇA/COR: PARDAS

ENDEREÇO: AVENIDA GOVERNADOR AFRANIO LAJES Nº125 FAROL

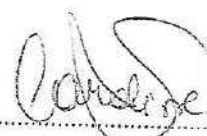
BAIRRO: FAROL

CEP: 57

CIDADE: MACEIÓ-AL

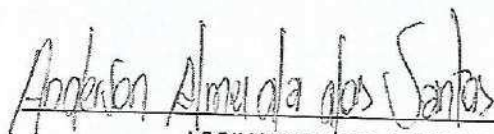
PONTO DE REFERÊNCIA: PX COMAFÉ

FONES: 98732-6102

Responsável pelo Cadastro: 

TERMO DE AUTORIZAÇÃO E RESPONSABILIDADE

Autorizo a execução de todos os tratamentos médicos, cirúrgicos, exames diagnósticos, prescritos pelo Corpo Clínico da CASA DE SAÚDE E MATERNIDADE NOSSA SENHORA DE FÁTIMA durante o período de internação. Bem como autorizo a transferência para outro hospital, desde que a critério médico as condições de saúde exijam ou permitam, autorizando ainda necropsias se ocorrer o óbito. Declaro ter sido informado a cerca dos riscos e benefícios inerentes a transfusão de componentes sanguíneos. Estando ciente que as transfusões, apesar de todos os testes e de todas as precauções, possuem alguns riscos para o paciente podendo causar reações como: febre, calafrios, alergias, problemas pulmonares e ou cardíacos, mas que todos os cuidados preconizados pela legislação e segurança do paciente são tomados para evitar ao máximo essas reações. Não responsabilizarei a unidade nos casos de fuga a qualquer imprevisto do paciente. Responsabilizo-me pela retirada imediata do paciente, quando for solicitada pela direção Clínica e hospitalar, que por cura, melhora, incurabilidade, enfermidade contagiosa ou por qualquer outro motivo justificado clinicamente. Ficando ciente que paciente menor de idade ou incapaz somente sairá com a presença do pai, mãe ou responsável legal. Declaro não responsabilizar o hospital em casos de extravios de pertences, tendo ciência que são de minha responsabilidade os objetos pessoais, bem como indenizarei a unidade pelos eventuais estragos e danos materiais ocasionados durante toda permanência do paciente e do acompanhante (se houver) na unidade de saúde. Comprometo-me em respeitar as normas internas administrativas e assistenciais e os horários de visita, estando ciente que as normas visam manter o bom andamento no ambiente hospitalar.



ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

Grau de Parentesco: _____

OBS.: A Ficha de Internação Hospitalar, deverá ser anexado ao prontuário do paciente internado.

SUS

Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Fs. 24

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
CASA DE SAUDE E MATERNIDADE NOSSA SENHORA DE FATIMA2 - CNES
20064023 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
CASA DE SAUDE E MATERNIDADE NOSSA SENHORA DE FATIMA4 - CNES
2006402

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
ANDERSON ALMEIDA DOS SANTOS6 - Nº DO PRONTUÁRIO
456817 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
Z003029080608358 - DATA DE NASCIMENTO
06/03/19929 - SEXO
Masc ☒ 1 Fem. ☐ 310 - RAÇA/COR
PARDA10.1 - ETNIA
NEGRA11 - NOME DA MÃE
FLAVIA DE ALMEIDA

12 - TELEFONE DE CONTATO

13 - NOME DO RESPONSÁVEL
CLEIDIANE PEREIRA DA SILVA ALMEIDA

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
Avenida GOVERNADOR AFRANIO LAJES, 125,16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
Maceió17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO
270430-218 - UF
AL19 - CEP
57050015

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
PACIENTE COM REFRATURA DE TIBIA E., SENDO INDICADO NOVO PROCEDIMENTO CIRURGICO21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
REFRATURA DE TIBIA E.22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
EXAME CLÍNICO
ESTUDO RADIOLOGICO23 - DIAGNÓSTICO INICIAL
FRAT. DE TIBIA24 - CID 10 PRINCIPAL
S822

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
TRATAMENTO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
040805050029 - CLÍNICA
CIRURGICA30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
URGENCIA31 - DOCUMENTO
() CNS (X) CPF32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
3094317545333 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
RICARDO GUSMÃO MOURA34 - DATA DA SOLICITAÇÃO
12/12/2017

35 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
Anderson de Melo Jesus

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO
() CNS (X) CPF49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
140.033.924-3450 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
11/12/17

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

271710175197-0

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome: ANDERSON ALMEIDA DOS SANTOS

fls. 25

Reg: _____

Leito: _____

Conv.: SISTEMA UNICO DE SAUDEData: 13/12/2017CIRURGIÃO: RICARDO MOURA

1º AUXILIAR: _____

CRM: _____

2º AUXILIAR: _____

CRM: _____

3º AUXILIAR: _____

CRM: _____

ANESTESIOLOGISTA: GUSTAVO PEDROZA

CRM: _____

ANESTESIA: _____

CRM: _____

INSTRUMENTADOR (A): AMANDA URSULA SANTANA

CID: _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: REFRATURA DE TIBIADIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O MESMOCIRURGIA REALIZADA: TRATAMENTO DE FRATURA DE TIBIA E.CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 0408050500

PRÓTESES: _____

TIPO: _____

LOCALIZAÇÃO: _____

DRENO: _____

TIPO: _____

LOCALIZAÇÃO: _____

ANATOMIA PATOLÓGICA: ☐ NÃO ☐ SIM

PEÇA: _____

ANATOMO-CONGELAÇÃO: ☐ NÃO ☐ SIM

LOCALIZAÇÃO: _____

MEDICAÇÕES

TIPO: _____	DOSE: _____
TIPO: _____	DOSE: _____
TIPO: _____	DOSE: _____
TIPO: _____	DOSE: _____

FIOS

TIPO: _____
TIPO: _____
TIPO: _____
TIPO: _____

MATERIAL ESPECIAL

HASTE BLOQUEADA 1
PARAFUSO DE BLOQUEIO 2

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

CUIDADOS DE ANESTESIA

ISQUEMIA

ASSEPSIA E ANTISSEPISIA

COLOCAÇÃO DE CAMPOS

INCISÃO NA TIBIA E.

ABERTURA POR PLANOS

RETIRADA DA SINTESE QUEBRADA

DECORTICAÇÃO

PREPARAÇÃO DO CANAL TIBIAL

COLOCAÇÃO DA HASTE

FIXAÇÃO DA HASTE

SUTURA


Dr. Ricardo Moura
Ortopedista Traumatologia
CRM 3063

OBSERVAÇÕES

CURATIVO (

TALA GESSADA


 Dr. Ricardo Moura
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 3083

RICARDO GUSMÃO MOURA
 MÉDICO

3083/AL
 CRM

ASSINATURA

Prescrição Médica

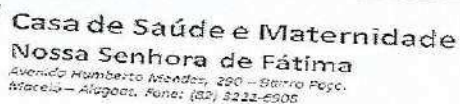
REGISTRO: 45681

DATA	PRESCRIÇÃO (com assinatura e carimbo do responsável)
12/12/2017	DIETA LIVRE
-	RINGER COM LACTATO 1000 ML EV CORRER 25 GOTAS POR MINUTO 500 1.500
-	FISIOLOGICO 1000ML EV CORRER 25 GOTAS POR MINUTO 500
-	TRAMAL 50MG EV DE 12/12H 10.
-	DIPIRONA 2 CC EV DE 8/8H 08 - (10)

Dr. Ricardo Moura
Ortopedia e Traumatologia
CRM-3083

CLINICA DE DCA
Dr. Gustavo C. Fed...
CRM 2484

(*) Cont. 1400 / 1000



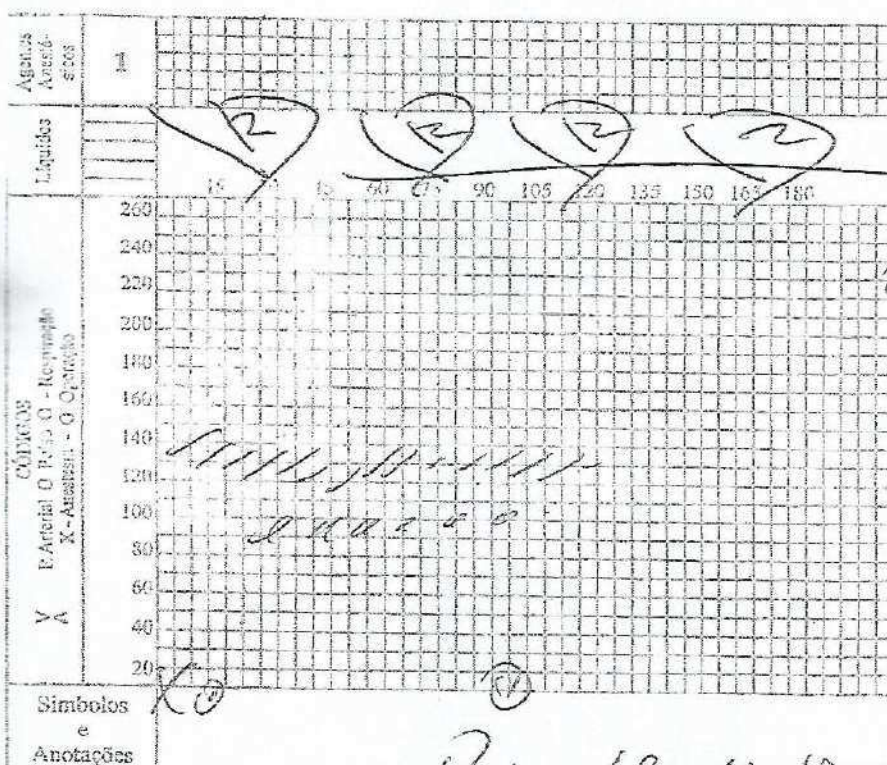
DATA	HORA	EVALUACIÓN DE ENFERMERÍA
11/12	16:05	Paciente admitido nesta unidade hospitalar, com queixa M.S.E. O mesmo nega H.A.S., D.M. e alergia medicamentosa. P.A. 180x100 mmHg. Exame físico normal.
11/12/2017	23 h.	Paciente em repouso no leito, após dois procedimentos de ortopedia para o tornozelo. Medicamentos de prescrição prescritos. Queixas são mínimas. Evolução satisfatória.
12/12	8h	Paciente em elite, acionando sonda jejuno-gástrica. Eliminação fisiológica presente. Aguarda procedimento ortopédico. Segue em observação de enfermagem.
12/12/17	20:40	Paciente admitida ao Centro Cirúrgico para substituição da articulação do joelho esquerdo. Realizado punção sinovial com gelco 20. Prescritos analgésicos e antibióticos.
12/12		Paciente retornou do S.O.C. em boas condições. Medicamentos conforme prescrição. Queixas mínimas. Evolução satisfatória.
12/12/17		Paciente em repouso no leito após S.O.C. sem mais queixas. Acompanhamento de rotina.



Casa de Saúde e Maternidade
Nossa Senhora de Fátima
 Avenida Humberto Mendes, 290 - Bairro Pego,
 Macaé - Alagoas, Fone: (82) 3232-6928

FICHA DE ANESTESIA

PACIENTE: ANDERSON ALMEIDA DOS SANTOS				ENFERMARIA	LEITO	N.º DO PRONTUÁRIO 45681
MÉDICO ANESTESISTA:				IDADE 25 ANOS	SEXO M	COR PARDA
DATA 11/12/2017	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
TIPO SANGÜÍNEO	HEMATIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS
URINA						
AP. RESPIRATÓRIO				ASMA		BRONQUITE
AP. CIRCULATÓRIO				ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO	
AP. DIGESTIVO			ATARÁXICOS	CORTICOIDES	ALEGIA	HIPOTENSORES
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO	RISCO
ANESTESIAS ANTERIORES						
MEDICAÇÕES PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA ÀS	EFEITO	



INDUÇÃO
 Satisf. _____ Excit. _____ Tosse: _____
 Laringe Espasmo: _____ Lenta: _____
 Náuseas: _____ Vômitos: _____
 Outros: _____

MANUTENÇÃO
 ② Neostigmina 0.5 0.1
 ③ (Eufila 2000 (2)

Anestesia Satisf. () Sim () Não
 Não Por que? _____

DESPERTAR
 Reflexos no SO
 Obstr. _____ CO _____ Excit. _____
 Náuseas: _____ Vômitos: _____
 Outros _____
 Com cânula
 Para o Jejum () Sim () Não
 Condições: _____

Posição: _____
 Agentes: _____
 Técnicas: _____
 Operação: _____
 Cirurgião: _____
 Anestesiista: _____
 Observações: _____

ANESTESIOLOGIA
 Dr. Gustavo C. Pedrosa
 CRM 2484

ANESTESIOLOGIA
 Dr. Gustavo C. Pedrosa
 CRM 2484
 ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ALESSANDRA MARIA CERQUEIRA DE MEDEIROS CAVALCANTE e www2.tjal.jus.br, protocolado em 10/10/2018 às 11:18, sob o número 07263416120188020001. Para conferir o original, acesse o site https://www2.tjal.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0726341-61.2018.8.02.0001 e código 2DAF5A0.

Casa de Saúde e Maternidade
Nossa Senhora de Fátima
Avenida Humberto Mendes, 200 - Bairro: Pq. Moisés - Alagoinhas. Fone: (82) 3221-5908

PACIENTE: DADOS MODELOS
 DATA NASC.: 06/03/1992 DATA PROCEDIMENTO: 11/12/2017
 CIRURGIÃO: RICARDO MOURA AUXILIAR: _____
 ANESTESISTA: _____

ANESTESIOLOGIA
Dr. Gustavo C. Pedrosa
CRM 2484

FOLHA DE GASTOS CIRÚRGICOS				
MATERIAIS	UNIDADE	QUANT.	MEDICAMENTOS	QUANT.
Agulha descartável 25x7	UND		Adrenalina ampola	
Agulha descartável	UND		Água Destilada 1000ml	
Agulha desc. Peridural	UND		Água Destilada 10ml	
Agulha desc. Raqui <u>25</u>	UND	<u>01</u>	Aminofilina 10ML Ampola	
Atadura crepom <u>cm</u>	UND		Atropina 1ml	
Álcool 70%	UND	<u>20ml</u>	Bicarbonato de sódio 8,4%	
Algodão	UND		Cefalotina 1gr	
Bolsa col. de urina s.aberto	UND		Diazepam 10mg	
Bolsa col. de urina s. fechado	UND		Dipirona 2ml	
Equipo Microgotas	UND		Dolantina Ampola	
Equipo Macrogotas	UND	<u>01</u>	Dexametasona 0,4mg	
Equipo polifix 2 vias	UND		Dormonid	
Estojo de Barbear	UND		Dimorf 0,2	
Eletrodo Descartável	UND		Efedrina ampola	
Esparadrapo Comum	UND	<u>308mm</u>	Fentanil <u>ml</u>	
Esparadrapo Micropore	UND		Glicose 25% () 50% () 10ml	
Gaze Hidrófila (pacote)	UND	<u>10</u>	Haloperidol 5mg	
Abocath nº <u>30</u>	UND	<u>01</u>	Halotano	
Lâmina de Bisturi nº <u>2,5</u>	UND	<u>01</u>	Narcan	
Luva estéril Nº7,0	PAR	<u>03</u>	Nilperidol	
Luva estéril Nº7,5	PAR	<u>03</u>	Neocaína S/ Adrenalina	
Luva estéril Nº8,0	PAR	<u>01</u>	Neocaína C/ Adrenalina	
Luva estéril Nº8,5	PAR		Neocaína Pesada	<u>01</u>
Luva de Procedimento M	UND	<u>05mm</u>	Ocitocina 5UI	
Scalp nº	UND		Ondasetrona ampola	
Seringa decartável 1ml	UND		Polisocel 3,5% 500ml	
Seringa decartável 3ml	UND	<u>02</u>	Propofol 10ml	
Seringa descartável 5ml	UND	<u>01</u>	Plasil Ampola	
Seringa descartável 10ml	UND	<u>01</u>	Prostigmine Ampola	
Seringa descartável 20ml	UND		Quelicín 100mg	
Seringa descartável 60ml	UND		Ranitidina 25mg Ampola	
Sonda Foley nº	UND		Solução Ringer Lactato 500ml	<u>1000</u>
Sonda Uretral Nº	UND		Solução Fisiológica 0,9% 500ml	<u>500</u>
Sonda Nasogástrica Nº	UND		Solução Glicosada 5% 500ml	
Sonda	UND		Tenoxicam 40mg Ampola	
Fio catgut cromado Nº	UND		Tramal 50mg Ampola	
Fio catgut simples Nº	UND		Tracrium (Atracúrio)	
Fio algodão Nº	UND		Xylocaína S/ Adrenalina	
Fio Monocryl Nº	UND		Xylocaína C/ Adrenalina	
Fio Mononylon Nº <u>2-0</u>	UND	<u>03</u>	Xylocaína Geléja	
Fio Prolene Nº	UND		TAXA DE SERVIÇOS	
Fio Vicryl 1	UND		Ar comprimido (hora)	
Povidine Tópico	UND		Aspirador elétrico (uso)	
Clorexidina 0,5%	ML	<u>30ml</u>	Bisturi Elétrico (uso)	
Clorexidina 2%	ML	<u>100ml</u>	Desfibrilador (uso)	
Éter	ML		Equipamento de Anestesia (uso)	
Escova PVPI	UND	<u>04</u>	Oxigênio (hora)	
OUTROS:				

DATA: 12, 12, 17 ASSINATURA: Bruke



Juízo de Direito - 12ª Vara Cível da Capital
Avenida Juca Sampaio, nº 206, Barro Duro, sala 114, Fórum Desembargador
Jairon Maia Fernandes, Barro Duro - CEP 57040-600, Fone: 4009-3502, Maceió-
AL - E-mail: vcivel12@tjal.jus.br

Autos nº: 0726341-61.2018.8.02.0001

Ação: Procedimento Ordinário

Autor: Anderson Almeida dos Santos

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

DECISÃO

Preambularmente, concedo a parte demandante as benesses da assistência judiciária gratuita, em respeito as determinações contidas no art. 98 e 99, da Lei 13.105/2015 (Código de processo Civil de 2015 – CPC/2015).

Na espécie, em se tratando de cobrança de DPVAT, da qual dificilmente as partes transigem antes de realizada a perícia, deixo de designar audiência prévia de conciliação, podendo ser postergada para momento posterior ao da perícia, fazendo-se adaptações no procedimento que conduzam à máxima efetividade dos atos processuais e à maior celeridade do processo.

Da análise da inicial, já verifico a necessidade de prova pericial, com a finalidade de comprovar o percentual da lesão e o montante que a parte autora faz *jus*, razão pela qual, com base no princípio da celeridade processual e amparado ao artigo 139 do CPC, passo a flexibilizar o procedimento da causa e adaptá-lo - CPC, art. 139, VI e enunciado nº 35 da ENFAM: "*Além das situações em que a flexibilização do procedimento é autorizada pelo art. 139, VI, do CPC/2015, pode o juiz, de ofício, preservada a previsibilidade do rito, adaptá-lo às especificidades da causa*".

Passo a determinar, de ofício, a produção antecipada da prova pericial, tendo em vista a necessidade de um parecer de profissional competente e especializado na área para elucidar as questões técnicas, razão pela qual nomeio a médica Dra. GERMANA VELOSO MACHADO GUERRA DE MORAIS, que deverá ser intimada



Juízo de Direito - 12ª Vara Cível da Capital
Avenida Juca Sampaio, nº 206, Barro Duro, sala 114, Fórum Desembargador
Jairon Maia Fernandes, Barro Duro - CEP 57040-600, Fone: 4009-3502, Maceió-
AL - E-mail: vcivel12@tjal.jus.br

via endereço eletrônico germanademorais@gmail.com, telefone celular (82) 98123-1772, para apresentar proposta de honorários, cuja perícia será realizada na sede deste juízo, **a podendo ser realizada em regime de mutirão**, em data a ser determinada, ocasião em que será discutido o ônus de arca com a verba correspondentes aos honorários periciais. No cumprimento da medida, a serventia deverá intimar as partes e seus respectivos assistentes técnicos, tendo os últimos o direito de acessar e acompanhar todas as diligências e eventuais exames que o perito achar necessário à conclusão do trabalho

Desde já, formulo os seguintes quesitos: a) Quais as lesões sofridas pelo autor?; c) As lesões decorreram de acidente de veículo?; c) Essas lesões tornam algum membro ou função deficiente?; d) Totalmente ou em parte?; e) Em que percentual?; f) Das lesões resulta incapacidade para o trabalho ou incapacidade fisiológica?; g)- A incapacidade é temporária ou permanente?; h) Das lesões resultam redução da capacidade laboral ou fisiológica?; i) A incapacidade, se parcial, é completa em relação à parte do corpo afetada ou é incompleta?; j) No caso de invalidez parcial incompleta, a repercussão da lesão é intensa (75% ou mais), média (50%), leve (25%) ou residual (10% ou menos)?.

Destarte, **cite-se a parte ré**, por carta com aviso de recebimento, para contestar no prazo de 15 (quinze) dias sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos aduzidos na inicial, podendo indicar assistente técnico e apresentar outros quesitos diferentes dos formulados por este juízo, no prazo da contestação, aproveitando o mesmo prazo para indicação de assistente pela parte autora.

Após, apresentado o laudo, intinem-se as partes para se pronunciarem sobre o mesmo, no prazo comum de 10 (dez) dias e informarem se têm interesse em audiência de conciliação.

Solicitada por ambas as partes audiência de conciliação, a secretaria apraze a audiência. Se somente uma parte ou nenhuma requerer a realização de



Juízo de Direito - 12ª Vara Cível da Capital
Avenida Juca Sampaio, nº 206, Barro Duro, sala 114, Fórum Desembargador
Jairon Maia Fernandes, Barro Duro - CEP 57040-600, Fone: 4009-3502, Maceió-
AL - E-mail: vcivel12@tjal.jus.br

audiência de conciliação, e cumpridas as diligências acima determinadas, tragam-me conclusos para sentença.

Cumpra-se.

Maceió , 05 de novembro de 2018.

Gustavo Souza Lima
Juiz de Direito

CERTIDÃO DE REMESSA DE RELAÇÃO

Certifico que o ato abaixo consta da relação nº 0409/2018, encaminhada para publicação.

Advogado	Forma
Alessandra Maria Cerqueira de Medeiros Cavalcante (OAB 9509/AL)	D.J

Teor do ato: "Autos nº: 0726341-61.2018.8.02.0001 Ação: Procedimento Ordinário Autor: Anderson Almeida dos Santos Réu: Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A. DECISÃO Preambularmente, concedo a parte demandante as benesses da assistência judiciária gratuita, em respeito as determinações contidas no art. 98 e 99, da Lei 13.105/2015 (Código de processo Civil de 2015 - CPC/2015). Na espécie, em se tratando de cobrança de DPVAT, da qual dificilmente as partes transigem antes de realizada a perícia, deixo de designar audiência prévia de conciliação, podendo ser postergada para momento posterior ao da perícia, fazendo-se adaptações no procedimento que conduzam à máxima efetividade dos atos processuais e à maior celeridade do processo. Da análise da inicial, já verifico a necessidade de prova pericial, com a finalidade de comprovar o percentual da lesão e o montante que a parte autora faz jus, razão pela qual, com base no princípio da celeridade processual e amparado ao artigo 139 do CPC, passo a flexibilizar o procedimento da causa e adaptá-lo - CPC, art. 139, VI e enunciado nº 35 da ENFAM: "Além das situações em que a flexibilização do procedimento é autorizada pelo art. 139, VI, do CPC/2015, pode o juiz, de ofício, preservada a previsibilidade do rito, adaptá-lo às especificidades da causa". Passo a determinar, de ofício, a produção antecipada da prova pericial, tendo em vista a necessidade de um parecer de profissional competente e especializado na área para elucidar as questões técnicas, razão pela qual nomeio a médica Dra. GERMANA VELOSO MACHADO GUERRA DE MORAIS, que deverá ser intimada via endereço eletrônico germanademorais@gmail.com, telefone celular (82) 98123-1772, para apresentar proposta de honorários, cuja perícia será realizada na sede deste juízo, a podendo ser realizada em regime de mutirão, em data a ser determinada, ocasião em que será discutido o ônus de arca com a verba correspondentes aos honorários periciais. No cumprimento da medida, a serventia deverá intimar as partes e seus respectivos assistentes técnicos, tendo os últimos o direito de acessar e acompanhar todas as diligências e eventuais exames que o perito achar necessário à conclusão do trabalho Desde já, formulo os seguintes quesitos: a) Quais as lesões sofridas pelo autor?; c) As lesões decorreram de acidente de veículo?; c) Essas lesões tornam algum membro ou função deficiente?; d) Totalmente ou em parte?; e) Em que percentual?; f) Das lesões resulta incapacidade para o trabalho ou incapacidade fisiológica?; g)- A incapacidade é temporária ou permanente?; h) Das lesões resultam redução da capacidade laboral ou fisiológica?; i) A incapacidade, se parcial, é completa em relação à parte do corpo afetada ou é incompleta?; j) No caso de invalidez parcial incompleta, a repercussão da lesão é intensa (75% ou mais), média (50%), leve (25%) ou residual (10% ou menos)?. Destarte, cite-se a parte ré, por carta com aviso de recebimento, para contestar no prazo de 15 (quinze) dias sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos aduzidos na inicial, podendo indicar assistente técnico e apresentar outros quesitos diferentes dos formulados por este juízo, no prazo da contestação, aproveitando o mesmo prazo para indicação de assistente pela parte autora. Após, apresentado o laudo, intem-se as partes para se pronunciarem sobre o mesmo, no prazo comum de 10 (dez) dias e informarem se têm interesse em audiência de conciliação. Solicitada por ambas as partes audiência de conciliação, a secretaria apraze a audiência. Se somente uma parte ou nenhuma requerer a realização de audiência de conciliação, e cumpridas as diligências acima determinadas, tragam-me conclusos para sentença. Cumpra-se. Maceió , 05 de novembro de 2018. Gustavo Souza Lima Juiz de Direito"

Maceió, 27 de novembro de 2018.

CERTIDÃO DE PUBLICAÇÃO DE RELAÇÃO

Certifico que o ato abaixo, constante da relação nº 0409/2018, foi disponibilizado no Diário da Justiça Eletrônico em 28/11/2018. Considera-se data da publicação, o primeiro dia útil subsequente à data acima mencionada. O prazo terá início em 03/12/2018, conforme disposto no Código de Normas da Corregedoria Geral da Justiça.

Certifico, ainda, que para efeito de contagem do prazo foram consideradas as seguintes datas.
30/11/2018 - Dia Estadual do Evangélico - Prorrogação

Advogado	Prazo em dias	Término do prazo
Alessandra Maria Cerqueira de Medeiros Cavalcante (OAB 9509/AL)	5	07/12/2018

Teor do ato: "Autos nº: 0726341-61.2018.8.02.0001 Ação: Procedimento Ordinário Autor: Anderson Almeida dos Santos Réu: Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A. DECISÃO Preambularmente, concedo a parte demandante as benesses da assistência judiciária gratuita, em respeito as determinações contidas no art. 98 e 99, da Lei 13.105/2015 (Código de processo Civil de 2015 - CPC/2015). Na espécie, em se tratando de cobrança de DPVAT, da qual dificilmente as partes transigem antes de realizada a perícia, deixo de designar audiência prévia de conciliação, podendo ser postergada para momento posterior ao da perícia, fazendo-se adaptações no procedimento que conduzam à máxima efetividade dos atos processuais e à maior celeridade do processo. Da análise da inicial, já verifico a necessidade de prova pericial, com a finalidade de comprovar o percentual da lesão e o montante que a parte autora faz jus, razão pela qual, com base no princípio da celeridade processual e amparado ao artigo 139 do CPC, passo a flexibilizar o procedimento da causa e adaptá-lo - CPC, art. 139, VI e enunciado nº 35 da ENFAM: "Além das situações em que a flexibilização do procedimento é autorizada pelo art. 139, VI, do CPC/2015, pode o juiz, de ofício, preservada a previsibilidade do rito, adaptá-lo às especificidades da causa". Passo a determinar, de ofício, a produção antecipada da prova pericial, tendo em vista a necessidade de um parecer de profissional competente e especializado na área para elucidar as questões técnicas, razão pela qual nomeio a médica Dra. GERMANA VELOSO MACHADO GUERRA DE MORAIS, que deverá ser intimada via endereço eletrônico germanademoraism@gmail.com, telefone celular (82) 98123-1772, para apresentar proposta de honorários, cuja perícia será realizada na sede deste juízo, a podendo ser realizada em regime de mutirão, em data a ser determinada, ocasião em que será discutido o ônus de arca com a verba correspondentes aos honorários periciais. No cumprimento da medida, a serventia deverá intimar as partes e seus respectivos assistentes técnicos, tendo os últimos o direito de acessar e acompanhar todas as diligências e eventuais exames que o perito achar necessário à conclusão do trabalho Desde já, formulo os seguintes quesitos: a) Quais as lesões sofridas pelo autor?; c) As lesões decorreram de acidente de veículo?; c) Essas lesões tornam algum membro ou função deficiente?; d) Totalmente ou em parte?; e) Em que percentual?; f) Das lesões resulta incapacidade para o trabalho ou incapacidade fisiológica?; g)- A incapacidade é temporária ou permanente?; h) Das lesões resultam redução da capacidade laboral ou fisiológica?; i) A incapacidade, se parcial, é completa em relação à parte do corpo afetada ou é incompleta?; j) No caso de invalidez parcial incompleta, a repercussão da lesão é intensa (75% ou mais), média (50%), leve (25%) ou residual (10% ou menos)?. Destarte, cite-se a parte ré, por carta com aviso de recebimento, para contestar no prazo de 15 (quinze) dias sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos aduzidos na inicial, podendo indicar assistente técnico e apresentar outros quesitos diferentes dos formulados por este juízo, no prazo da contestação, aproveitando o mesmo prazo para indicação de assistente pela parte autora. Após, apresentado o laudo, intemem-se as partes para se pronunciarem sobre o mesmo, no prazo comum de 10 (dez) dias e informarem se têm interesse em audiência de conciliação. Solicitada por ambas as partes audiência de conciliação, a secretaria apraze a audiência. Se somente uma parte ou nenhuma requerer a realização de audiência de conciliação, e cumpridas as diligências acima determinadas, tragam-me conclusos

para sentença. Cumpra-se. Maceió , 05 de novembro de 2018. Gustavo Souza Lima Juiz de Direito"

Maceió, 28 de novembro de 2018.



PODER
JUDICIÁRIO
DE ALAGOAS

ESTADO DE ALAGOAS
PODER JUDICIÁRIO

Juízo de Direito da 12ª Vara Cível da Capital
Avenida Juca Sampaio, nº 206, Barro Duro, sala 114, Fórum Desembargador Jairon Maia Fernandes,
Barro Duro - CEP 57040-600, Fone: 4009-3502, Maceió-AL - E-mail: vcivel12@tjal.jus.br

CARTA DE CITAÇÃO – COBRANÇA DE SEGURO DPVAT

Autos nº 0726341-61.2018.8.02.0001 - Ação: Procedimento Ordinário

Autor: Anderson Almeida dos Santos

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

Observação: A Senha de acesso ao processo encontra-se na parte inferior, junto a assinatura.

Através da presente carta, fica Vossa Senhoria **CITADA** acerca da existência da demanda cujos dados seguem acima, bem como **INTIMADA** de que, nela, foi proferida decisão que: **I – alterou a ordem dos atos processuais**, determinando a realização de prova pericial antes da sessão de conciliação ou mediação; **II - facultou** às partes a indicação de assistentes técnicos e a formulação de quesitos no prazo de 15 (quinze) dias (artigo 465, § 1º, do Código de Processo Civil); **III - consignou** o prazo para contestar de 15 (quinze) dias sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos aduzidos na inicial.

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 nº 11.419/2006). Petições, procurações, contestação etc, devem ser trazidos ao Juízo por peticionamento eletrônico.

12ª Vara Cível da Capital, 14 de março de 2019. Isabela Carnaúba Gonçalves Técnico Judiciário



Digital

19/03/2019
LOTE: 1611

ATENÇÃO:
Posta restante de
20 (vinte) dias
corridos.

CARIMBO
UNIDADE DE ENTREGA

9 MAR 2019
JJ

DESTINATÁRIO

Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A.

Rua Senador Dantas, 74, 5º Andar, Centro

Rio de Janeiro, RJ

20031-205

AR990938345VU



TENTATIVAS DE ENTREGA

1ª ____/____/____ ____:____ h

2ª ____/____/____ ____:____ h

3ª ____/____/____ ____:____ h

MOTIVOS DE DEVOLUÇÃO

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Mudou-se | <input type="checkbox"/> 5 Recusado |
| <input type="checkbox"/> 2 Endereço insuficiente | <input type="checkbox"/> 6 Não procurado |
| <input type="checkbox"/> 3 Não existe o número | <input type="checkbox"/> 7 Ausente |
| <input type="checkbox"/> 4 Desconhecido | <input type="checkbox"/> 8 Falecido |

ENDEREÇO PARA DEVOLUÇÃO DO AR
Centralizador Regional

SEGURADORA LIDER

PARA USO EXCLUSIVO DO REMETENTE (OPCIONAL)

20 MAR 2019

ASSINATURA DO RECEBEDOR

BRUNO LUIZ GONZALEZ VIEIRA

DATA DE ENTREGA

NOME LEGÍVEL DO RECEBEDOR

RG: 40.153.880-7

Nº DOCUMENTO DE IDENTIDADE

RUBRICA E MATRÍCULA DO

Cláudia
057 075.0