

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

EDGAR PAULO DOS SANTOS, brasileiro, casado, Taxista, portador da cédula de identidade RG 2001001026270 SSP/AL, inscrito no CPF sob o nº 564.364.904-63, residente e domiciliado na CJ. Cidade do Taxista, Qd. 02 nº33, Bairro Tabuleiro do Martins, Lot. Clima Bom II, Maceió-AL, CEP: 57.071-460.

OUTORGADA:

Bel^a. STEPHANNE CLEÓPATRA PEREIRA TANI DE CASTRO, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/AL sob o n.^o 13.918, endereço eletrônico: unidosadv@gmail.com, com escritório profissional na Rua Dezesseis de Setembro, 198-B, Levada, CEP: 57.017-020, Maceió, Alagoas.

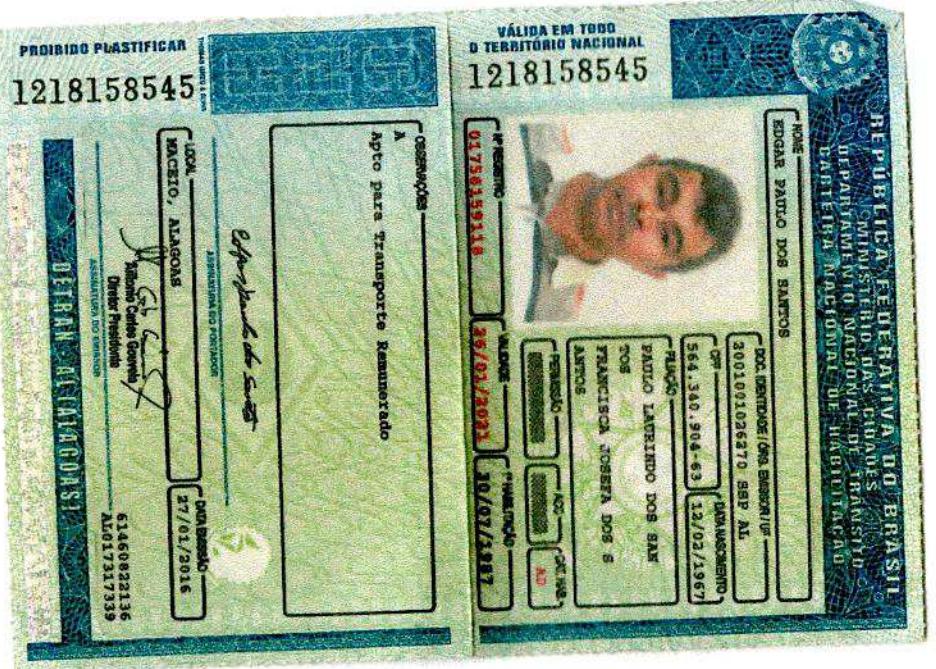
PODERES:

Para o Foro em geral, em qualquer Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito, ações competentes e defender nas contrárias seguindo umas e outras, até final decisão, utilizando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe ainda, PODERES, para assinar, contestar, reconhecer a procedência de pedidos, transigir, firmar compromissos e/ou acordos, desistir, e, ainda, podendo, solicitar documentos, recorrer de decisões, inclusive no INSS (Instituto Nacional de Seguro Social), como também substabelecer o presente mandato, com ou sem reserva de iguais poderes, receber e dar quitação, especialmente para receber Requisição de Pequeno Valor (RPV) em qualquer instituição bancária, podendo praticar os demais atos necessários para o bom, fiel e cabal cumprimento deste mandato, no sentido da persecução em prol do outorgante na esfera administrativa ou judicial.

Maceió/AL, 21 de Novembro de 2018.

x

Edgar paulo dos Santos
EDGAR PAULO DOS SANTOS



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - AL N° 013141295416
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.I.R.C.	EXERCÍCIO
01	00476715407		2017
NOME			
EDGAR PAULO DOS SANTOS			
CPF / CNPJ	PLACA		
56434090463	OHK1545		
PLACA ANT. / UF	CHASSI		
- NOVO AL	9C2KD0540CR551104		
ESPECIE / TIPO	COMBUSTIVEL		
PAS / MOTOCICLETA / NENHUMA	ALCO / GASOL		
MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.	
HONDA / NXR150 BROS ESD	2012	2012	
CAP / POT / CIL.	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2P / 149CC	PARTIC	VERMELHA	
I P V A	COTA ÚNICA PAGO EM FAIXA I.P.V.A.	VENC. COTA ÚNICA *** / *** / *** PARCELAMENTO / COTAS ***** / ***** / *****	VENC. / COTAS 1º *** / *** / *** 2º *** / *** / *** 3º *** / *** / ***
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
180,65	0,70	185,50	27/04/17
OBSERVAÇÕES			
AF / ADM. DE CONS. NAC. HONDA LTDA			
LOCAL	DATA		
MACEIÓ - AL	27/04/2017		
E10E	ANTONIO DARIOS GOUVEIA DIRETOR PRESIDENTE		
BOBO			

DENATRAN

SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

AL N° 013141295416 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoraalider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO	
2017	27/04/2017	
VIA	CPF / CNPJ	PLACA
01	56434090463	OHK1545
RENAVAM	MARCA / MODELO	
00476715407	HONDA / NXR150 BROS ESD	
ANO FAB.	CAT. TAB.	Nº CHASSI
2012	9	9C2KD0540CR551104
PRÊMIO TARIFÁRIO		
FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
81,29	9,03	90,33
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGUARDADO (R\$)
4,15	0,70	185,50
PAGAMENTO		
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	DATA DE QUITAÇÃO
27/04/17		

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.669/0001-04

04/2017

ESTADO DE ALAGOAS SECRETARIA DE ESTADO DE DEFESA SOCIAL POLICIA CIVIL		BOLETIM DE OCORRÊNCIA DELEGACIA: Del. de Acidentes e Delitos de Trânsito - DADT FONE: 33156424 DELEGACIA DESTINO: Del. de Acidentes e Delitos de Trânsito - DADT		NUMERO: 0052-I/16-1630	Pág.1 / 1	
FATO	NATUREZA: LESÃO CORPORAL - ACIDENTE DE TRÂNSITO			INSTRUMENTO Outros		
	DATA/HORA: 16/05/2016 17:30		LOCAL DO FATO: via publica Bairro não informado Marechal Deodoro			
DIA DA SEMANA: 1		PONTO DE REFERÊNCIA: MASSAGUEIRA				
COR 1 BRANCO 4 PARDO 2 PRETO 5 SARARA 3 AMARELO 6 ALBINO		ESTADO CIVIL 1 SOLTEIRO 4 SEPARADO 2 CASADO 5 AMASIAIDO 3 VIUVO	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 SAB	GRAU DE INSTRUÇÃO 1 ANALFABETO 4 NIVEL MEDIO 2 ALFABETIZADO 5 SUPERIOR 3 FUNDAMENTAL	
NOME / RAZÃO SOCIAL: EDGAR PAULO DOS SANTOS			RG: 2001001026270	SSP-AL	CPF: 56434090463	
FILIAÇÃO PAULO LAURINDO DOS SANTOS			FRANCISCA JOSEFA DOS SANTOS			
VITIMA	PROFISSÃO Motorista de taxi		DATA DE NASCIMENTO: 12/02/1967	IDADE: 49	COR: 1 SEXO M	
	UF: AL	NATIONALIDADE: ALAGOANO	NACIONALIDADE: 1	ESTADO CIVIL: 2	GRAU INSTRUÇÃO: 3	TURISTA: NÃO
	ENDERECO: QD B2, CONJ CIDADE DOS TAXISTAS			Nº 33		
	BAIRRO: CLIMA BOM II		CIDADE: Maceió	FONE:		
SE ()PM ()PF ()PC ()PRF ()BM ()GM ESPECIFICAR ()EM SERVIÇO ()FORA DE SERVIÇO ()INATIVO						
AFINIDADE VITIMA -> AUTOR:			OCORRÊNCIA RELACIONADA A:			
			Nº 0052-I/15-0389			
AUTOR: DESCONHECIDO						
VEÍCULO	VEÍCULO INSTRUMENTO		PLACA: OHK1545	CHASSI: 9C2KD0540CR551104		
	MARCA/MODELO: HONDA /NXR 150 BROS HONDA /NXR 150 BROS COR:		VERMELHA	ANO FABRICAÇÃO: 2012	ANO MODELO: 2012	
HISTÓRICO	SEGUNDO O DECLARANTE, guiava uma Moto de sua propriedade, esta já acima cadastrada, onde o declarante trafegando na Rua do bar do Pato, quando um veículo de placa não anotada pela vítima, invade a contra mão para adentrar em sua garagem, no momento em que a vítima estava passando em sua mão correta, ocorrendo nesse instante o choque entre a moto e o veículo. A vítima foi socorrida pelos Bombeiros e foi conduzida ao HGE conforme relatório médico de Nº 2470121.					
	NOTICIANTE:	ASS.: <i>Edgar Paulo dos Santos</i>				
	ELABORADO POR: Silvio Eduardo Michel Maia Gomes	ASS.:	RG / MAT.: 662160			
	AUTORIDADE: Alcides Andrade de Alencar	ASS.:	RG / MAT.: 601411			
	ESCRIVÃO AD-HOC: Silvio Eduardo Michel Maia Gomes	ASS.:	RG / MAT.: 662160			

3160718650

394 025

SCM STRW B160 !

ESTADO DE ALAGOAS SECRETARIA DE ESTADO DE DEFESA SOCIAL POLICIA CIVIL		BOLETIM DE OCORRÊNCIA DELEGACIA: Del. de Acidentes e Delitos de Trânsito - DADT FONE: 33156424 DELEGACIA DESTINO: Del. de Acidentes e Delitos de Trânsito - DADT		NUMERO: 0052-I/16-1630	Pág. 1 / 1
FATO	NATUREZA: LESÃO CORPORAL - ACIDENTE DE TRÂNSITO			INSTRUMENTO: Outros	
	DATA/HORA: 16/05/2016 17:30		LOCAL DO FATO: via publica Bairro não informado Marechal Deodoro		
	DIA DA SEMANA: 1		PONTO DE REFERÊNCIA: MASSAGUEIRA		
COR 1 BRANCO 4 PARDO 2 PRETO 5 SARARA 3 AMARELO 6 ALBINO	ESTADO CIVIL 1 SOLTEIRO 4 SEPARADO 2 CASADO 5 AMASIADO 3 VIUVO	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 SAB	GRAU DE INSTRUÇÃO 1 ANALFABETO 4 NÍVEL MÉDIO 2 ALFABETIZADO 5 SUPERIOR 3 FUNDAMENTAL	
NOME / RAZÃO SOCIAL: EDGAR PAULO DOS SANTOS			RG 2001001026270	SSP-AL	CPF: 56434090463
FILIAÇÃO: PAULO LAURINDO DOS SANTOS			FRANCISCA JOSEFA DOS SANTOS		
PROFISSÃO: Motorista de taxi		DATA DE NASCIMENTO: 12/02/1957	IDADE: 49	COR: 1	SEXO: M
UF: AL	NACIONALIDADE: ALAGOANO	NACIONALIDADE 1	ESTADO CIVIL 2	GRAU INSTRUÇÃO: 3	TURISTA: NÃO
ENDERECO: QD B2, CONJ CIDADE DOS TAXISTAS			Nº 33		
BAIRRO: CLIMA BOM II		CIDADE: Maceió	FONE:		
SE ()PM ()PF ()PC ()PRF ()BM ()GM ESPECIFICAR ()EM SERVIÇO ()FORA DE SERVIÇO ()INATIVO					
AFINIDADE VITIMA -> AUTOR:			OCORRÊNCIA RELACIONADA A:		
Nº 0052-I/15-0380					
AUTOR: DESCONHECIDO					
VEÍCULO	VEÍCULO: INSTRUMENTO		PLACA: OHK1545	CHASSI: 9C2KD0540CR551104	
	MARCA/MODELO: HONDA /NXR 150 BROS HONDA /NXR 150 BROS COR: VERMELHA		ANO FABRICAÇÃO: 2012		ANO MODELO: 2012
HISTÓRICO	SEGUNDO O DECLARANTE, guava uma Moto de sua propriedade, esta já acima cadastrada, onde o declarante trafegando na Rua do bar do Pato, quando um veículo de placa não anotada pela vítima, invade a contra mão para adentrar em sua garagem, no momento em que a vítima estava passando em sua mão correta, ocorrendo nesse instante o choque entre a moto e o veículo. A vítima foi socorrida pelos Bombeiros e foi conduzida ao HGE conforme relatório médico de Nº 2470121.				
	NOTICIANTE:	ASS.: 			
	ELABORADO POR: Silvio Eduardo Michel Maia Gomes	ASS.: RG / MAT.: 662160			
	AUTORIDADE: Alcides Andrade de Alencar	ASS.: RG / MAT.: 601411			
	ESCRIVÃO AD-HOC: Silvio Eduardo Michel Maia Gomes	ASS.: RG / MAT.: 662160			

ESTADO DE ALAGOAS

SISTEMA DE GESTÃO OPERACIONAL UNIFICADO

Usuário:

CB

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

CBMAL

CHARLENE

(REG/METRBM)

CENTRO INTEGRADO DE OPERAÇÕES

Segunda, 24 de Julho de 2017 as 8:55:39



ESTADO DE ALAGOAS

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR

CERTIDÃO

281/2017 - COB/METROPOL.

1. O Comando Operacional da Região Metropolitana do Estado de Alagoas certifica que o **Sr. Edgar Paulo dos Santos**, portador do RG 2001001026270 SEDS/AL, CPF 564.340.904-63, residente no Conj. cidade dos Taxistas, 33, QD 02, Tabuleiro dos Martins, Maceió/AL, foi atendido pelo Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Alagoas por meio da guarnição de Resgate AR-36, comandada pelo SGT BM Edgar Gonçalo Alves Júnior.
2. A ocorrência do tipo atendimento pré-hospitalar / ocorrência de trânsito (colisão carro x moto), conforme BO 1545569, aconteceu no dia 16 de maio de 2016, aproximadamente às 17h29min, na Avenida Bosque da Massagueira, Massagueira, Marechal Deodoro/AL. A vítima foi conduzida ao HUE.
3. Certidão emitida por solicitação da vítima.

Quartel em Maceió, 24 de Julho de 2017


 JOSE PEDRO DOS SANTOS FILHO - TEN CEL

Comando Operacional de Bombeiros

Região Metropolitana

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Edgar Paulo dos Santos, portador da carteira de identidade nº 2001001026770 e inscrito no CPF/MF sob o nº 564-340-904-63, residente e domiciliado na Rua Lídice da Fáveria 33 00.02 Clima Bom, Cidade Maceió, Estado Alagoas, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

maceio - AL 29 de Janeiro de 2017

Local e data



ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DE ESTADO DA DEFESA SOCIAL
DIRETORIA GERAL DA PERÍCIA OFICIAL – PO/AL
INSTITUTO MÉDICO LEGAL ESTÁCIO DE LIMA
Rua Zacarias de Azevedo- s/nº, Prado – CEP: 57020 - 470
Fones: (82) 3315-2291 / (82) 3315-3767



**LAUDO DE EXAME DE CORPO DE DELITO
(LESÃO CORPORAL)**

PROTOCOLO NÚMERO 06266/2016

Aos 06 dias do mês de setembro do ano 2016, nesta cidade de Maceió, às 17h30min, no INSTITUTO MEDICO LEGAL ESTÁCIO DE LIMA, presente o doutor: **LUIZ ANTONIO MANSUR BRANCO**, Medico Legista da Diretoria Geral da Pericia Oficial de Alagoas, abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto Médico Legal, e de acordo com o disposto na Lei número 11.680 de 09.06.2008, para realizar o exame pericial em: **EDGAR PAULO DOS SANTOS**, afim de ser atendida a requisição ou ofício de nº 505/2016, a ser encaminhado para DELEGACIA DE ACIDENTE E DELITOS DE MACEÍO/ALAGOAS, descrevendo, com verdade e com todas as circunstâncias, o que encontrou, descobriu e observou, bem assim, para responder aos seguintes quesitos: 1º- Se há ofensa à integridade corporal ou a saúde do paciente; 2º - Qual o instrumento ou meio que produziu a ofensa; 3º - Se foi produzida com o emprego de veneno, fogo, explosivo, tortura ou por meio insidioso ou cruel; 4º - Se resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias, ou perigo de vida, ou debilidade permanente de membro, sentido ou função, ou aceleração de parto (resposta especificada); 5º - Se resultou incapacidade permanente para o trabalho, ou enfermidade incurável, ou perda ou inutilização de membro, sentido ou função, ou deformidade permanente, ou aborto (resposta especificada); Em consequência, passou o perito a fazer os exames e investigações que julgou necessário, findo o qual declarou o seguinte: exame pericial realizado em: EDGAR PAULO DOS SANTOS, alagoano, casado, nascido 12/02/1967, filho de Paulo Laurindo dos Santos e Francisca Josefa dos Santos, residente no Conjunto Cidade dos Taxistas- Qd B-2 nº 33- Clima Bom- Maceió.

HISTÓRICO:

Periciando informa que foi vítima de acidente de trânsito (colisão moto x carro) no dia 16/05/2016, às 17:30h aproximadamente.

EXAME FÍSICO:

Constata-se: Apresenta prontuário incompleto de atendimento do Hospital Geral do Estado- HGE que informa que o Paciente deu entrada socorrido pela viatura do Corpo de Bombeiros, no dia 16/05/2016 às 18:30h. Apresentava estado geral estável, Glasgow 15, e com história de ter sido vítima de colisão moto x carro, queixando intensa dor em joelho esquerdo e hemitórax esquerdo, atendido pelo Dr. Sérgio Andrade CRMAL 5719. Tendo sido submetido à radiografia, porém só se refere à fratura de patela esquerda, tratamento conservador, atendido pelo Dr. Alisson Farias de Araújo CRMAL 6356. Informações encontradas também no relatório médico assinado pelo Dra. Maria Rosiete C. Bandeira CRMAL 2777.

Recebeu Alta Hospitalar no dia 16/05/2016 CID S82.

Encaminhado para o Hospital Médico Cirúrgico de Alagoas dia 25/05/2016, realizado a cirurgia pelo Dr. Hellycarlos Albuquerque Santos CRMAL 5225 de correção de fratura de patela esquerda.

Sem informações médicas posteriores ao atendimento inicial e a cirurgia.

AO EXAME:

Periciando comparece deambulando com alguma dificuldade. Presença de cicatriz com



ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DE ESTADO DA DEFESA SOCIAL
DIRETORIA GERAL DA PERÍCIA OFICIAL – PO/AL
INSTITUTO MÉDICO LEGAL ESTÁCIO DE LIMA
Rua Zacarias de Azevedo - s/nº, Prado – CEP: 57020 - 470
Fones: (82) 3315-2291 / (82) 3315-3767



queloide em região anterior do joelho direito com 14 cm de comprimento, longitudinalmente e edema de joelho esquerdo. Refere realizando fisioterapia.

RESPOSTA AOS QUESITOS:

- AO 1º: Sim.
 AO 2º: Instrumento Contundente.
 AO 3º: Não.
 AO 4º: Sim, incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias.
 AO 5º: Prejudicado, sem acompanhamento adequado.
 Nada mais havendo e respeito do assunto, deu-se por encerrado o presente laudo, que
 vai assinado pelo Médico Legista. Eu Irene Gomes da Silva, o digitei e assino _____
 Maceió 15/09/2016.

Dr. LUIZ ANTONIO MANSUR BRANCO
 Perito Médico Legista



Luiz Antonio Mansur Branco
 Perito Médico Legista
 CRM 3882



Rio de Janeiro, 02 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10449415

A/C: EDGAR PAULO DOS SANTOS

Sinistro: 3160718656 ASL-1178350/16
 Vítima: EDGAR PAULO DOS SANTOS
 Data Acidente: 16/05/2016
 Natureza: INVALIDEZ
 Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: EDGAR PAULO DOS SANTOS

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000002391

Conta: 0000069627-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

MODELO DE ATESTADO MÉDICO PARA FINS DE PERÍCIA

(Elaborado de acordo com a resolução CFM nº. 1.658/2002, com alterações feitas pela Resolução CFM 1.851/2008)1

Atesto, para fins de comprovação junto à Perícia Oficial da Previdência Social ou do Poder Judiciário que examinei o paciente abaixo indicado, cuja identidade foi por mim conferida, nos termos do art. 4º da Resolução CFM nº 1.658/2002, e constatei que o examinado e portador da(s) patologia(s) relacionada(s) adiante, com as consequências descritas a seguir:

Nome do paciente: Edson Geraldo dos Santos

Número do documento de identificação (documento com foto): _____

- Diagnóstico: patologias verificadas e respectiva classificação CID 10:

- 1) Artrite degenerativa lombar M83
- 2)
- 3) Sofrimento crônico lombar M11
- 4)

Cjel
M83
M11
T93
S83

- O paciente se submeteu ou apresentou resultados de exames complementares?

Não

Sim. Quais (descrição breve e resultado)?

Am借此 opportunity

- Quais as consequências da(s) patologia(s) constatada(s) para a saúde do paciente?

Quais as funções ou sentidos de que está o paciente privado ou limitado em virtude das patologias verificadas? função das pernas
funcionamento intestinal
funcionamento urinário

A(s) patologia(s) constatada(s) o incapacita(m) para o trabalho?

Não

Sim. Por quê? Restrições constantes
de função.

- Em caso de resposta positiva à pergunta anterior, a incapacidade é irreversível?

Sim.

Não. Qual o tempo de repouso estimado para a recuperação do paciente, considerando que o mesmo siga o tratamento indicado para a patologia? _____

1 Art. 1º O atestado médico é parte integrante do ato médico, sendo seu fornecimento direito inalienável do paciente, não podendo importar em qualquer majoração de honorários.

Art. 2º Ao fornecer o atestado, deverá o médico registrar em ficha própria e/ou prontuário médico os dados dos exames e tratamentos realizados, de maneira que possa atender às pesquisas de informações dos médicos peritos das empresas ou dos órgãos públicos da Previdência Social e da Justiça.

Art. 3º (...) III – registrar os dados de maneira legível;

Informo, por fim, que o fornecimento do presente atestado, com o respectivo diagnóstico, foi solicitado e autorizado pelo próprio paciente ou seu representante legal, conforme assinatura (ou identificação digital) ao final, em observância ao art. 5º da Resolução CFM nº.1.658/2002.

Dr. LUIZ CARLOS P. SOUZA
Ortopedia e Traumatologia
CRM-AL 1163

(local) data

09.07.13 /20 _____ NOME DO MÉDICO / N.º CRM

Eu (nome do paciente ou representante legal) autorizo o fornecimento de atestado médico ao Poder Judiciário, com a identificação das patologias constatadas e informações a ela relacionadas.

MODELO DE ATESTADO MÉDICO PARA FINS DE PERÍCIA

(Elaborado de acordo com a resolução CFM nº. 1.658/2002, com alterações feitas pela Resolução CFM 1.851/2008)

Atesto, para fins de comprovação junto à Perícia Oficial da Previdência Social ou do Poder Judiciário que examinei o paciente abaixo indicado, cuja identidade foi por mim conferida, nos termos do art. 4º da Resolução CFM nº 1.658/2002, e constatei que o examinado e portador da(s) patologia(s) relacionada(s) adiante, com as consequências descritas a seguir:

Nome do paciente: Edson Ferreira dos Santos

Número do documento de identificação (documento com foto): _____

- Diagnóstico: patologias verificadas e respectiva classificação CID 10:

- 1) Síndrome Gastrointestinal
- 2) Doença de Lúpus Eritematoso
- 3) Alívio dos sintomas dolorosos
- 4) Artrite, septic.

C10
M16
M81
M83
T03
S81

- O paciente se submeteu ou apresentou resultados de exames complementares?

Não

Sim. Quais (descrição breve e resultado)? Luz forte expõe

Brilhos de bres

- Quais as consequências da(s) patologia(s) constatada(s) para a saúde do paciente?

Quais as funções ou sentidos de que está o paciente privado ou limitado em virtude das patologias verificadas? Falta de sono, apetite ruim

Glárias, lumbago, dor de cabeça

A(s) patologia(s) constatada(s) o incapacita(m) para o trabalho?

Não

Sim. Por quê? Edson Ferreira dos Santos

Impossível

- Em caso de resposta positiva à pergunta anterior, a incapacidade é irreversível?

Sim.

Não. Qual o tempo de repouso estimado para a recuperação do paciente, considerando que o mesmo siga o tratamento indicado para a patologia? _____

Art. 1º O atestado médico é parte integrante do ato médico, sendo seu fornecimento direito inalienável do paciente, não podendo importar em qualquer majoração de honorários.

Art. 2º Ao fornecer o atestado, deverá o médico registrar em ficha própria e/ou prontuário médico os dados dos exames e tratamentos realizados, de maneira que possa atender às pesquisas de informações dos médicos peritos das empresas ou dos órgãos públicos da Previdência Social e da Justiça.

Art. 3º (...) III – registrar os dados de maneira legível;

Informo, por fim, que o fornecimento do presente atestado, com o respectivo diagnóstico, foi solicitado e autorizado pelo próprio paciente ou seu representante legal, conforme assinatura (ou identificação digital) ao final, em obediência ao art. 5º da Resolução CFM nº. 1.658/2002.

Dr. Luiz Florencio S. Sobrinho

Ortopedia e Traumatologia

CRM-AL 1163

(local) data

16/08/18

NOME DO MÉDICO / Nº. CRM

Eu (nome do paciente ou representante legal) autorizo o fornecimento de atestado médico ao Poder Judiciário, com a identificação das patologias constatadas e informações a ela relacionadas.

Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			Data da Internação 25/5/2016
Identificação do Estabelecimento de Saúde					
1 - Nome do Estabelecimento Solicitante HOSPITAL MÉDICO CIRURGICO					2 - CNSE 7471955
3 - Nome do Estabelecimento Executante HOSPITAL MÉDICO CIRURGICO					4 - CNES 7471955
Identificação do Paciente					
5 - Nome do Paciente EDGAR PAULO DOS SANTOS		6 - Nº Prontuário 8.202			
7 - Cartão Nacional de Saúde (CNS) 700 801 996 724 883		8 - Data de Nascimento 12/2/1967		9 - Sexo MASCULINO	
11 - Nome da Mãe FRANCISCA JOSEFA DOS SANTOS				10 - Raça / Cor PARDA	
13 - Nome do Responsável A MESMO				12 - Telefone de Contato (82) 98803-6629	
15 - Endereço (Rua, Nº Bairro) (CJ. CIDADE DO TAXISTA Nº33 QD-02				14 - Telefone de Contato 98803-6629/98832-4639	
16 - Município de Residência MACEIÓ		17 - Cód. IBGE Município 0		18 - UF ALAGOAS	
				19 - CEP 57.071-460	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
20 - Principais sinais e Sintomas Clínicos <i>Pel d'orelha ab. forte d'orelha</i> <i>e que che</i>					
21 - Condições que Justifiquem a Internação <i>infecção d'orelha dura</i>					
22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultados de Exames Realizados) <i>exame fisico + exa. anatômico</i>					
23 - Diagnóstico Inicial <i>Prima pez 1212020034</i>		24 - CID 10 Principal <i>5020</i>		25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
27 - Descrição do Procedimento Solicitado <i>anamnese clínica final 12120201</i>			28 - Código do Procedimento <i>040805037</i>		
29 - Clínica		30 - Caráter da Internação	31 - Documento <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	32 - Nº Documento (CNS) do Profissional Solicitante / Assistente	
33 - Nome do Profissional Solicitante / Assistente <i>Stephanne Cleopatra Pereira Tani de Castro</i>		34 - Data da Solicitação <i>25/05/16</i>		35 - Assinatura e Carimbo (Nº do Registro do Conselho <i>[Assinatura]</i>	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)					
36 - <input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito		39 - CNPJ da Seguradora		40 - Nº do Bilhete	41 - Série
37 - <input type="checkbox"/> Acidente Trabalho Típico					
38 - <input type="checkbox"/> Acidente Trabalho Trajeto		42 - CNPJ da Empresa		43 - CNAE da Empresa	44 - Série
45 - Vínculo com a Previdência <input type="checkbox"/> Empregado		<input type="checkbox"/> Empregador		<input type="checkbox"/> Autônomo	<input type="checkbox"/> Aposentado
				<input type="checkbox"/> Aposentado	<input type="checkbox"/> Não Segurado
AUTORIZAÇÃO					
46 - Nome do Profissional Autorizador			47 - Cód. Orgão Emissor		52 - Nº da Autorização de Internação Hospitalar
48 - Documento <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		49 - Nº Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador			
50 - Data da Autorização <i>/ /</i>		51 - Assinatura e Carimbo (Nº do Registro do Conselho <i>[Assinatura]</i>			



**SSSS - SECRETARIA DE SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL
FUNDAÇÃO DE SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL DO ESTADO DE ALAGOAS - FUSAL**

CERTIFICADO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

MUNICIPIO: MACEIÓ

1 - UNIDADE HOSPITALAR:

HOSPITAL MÉDICO CIRÚRGICO DE ALAGOAS

2 - NOME DO PACIENTE:

EDGAR PAULO DOS SANTOS

3 - FILIAÇÃO:

FRANCISCA JOSEFA DOS SANTOS

4 - ENDEREÇO

CJ. CIDADE DO TAXISTA Nº33 QD-02

BAIRRO

TABULEIRO DO MARTINS

PONTO DE REFERÊNCIA:

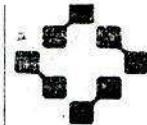
0

5 - ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

Edgar paulo dos Santos

6 - TESTEMUNHA:

OBS.: O Ceretificado de Internação Hospitalar , deverá ser anexado ao laudo do paciente internado.



HOSPITAL MEDICO CIRURGICO

HOSPITAL MÉDICO CIRÚRGICO DE ALAGOAS

CNPJ: 41.161.258/0001-57

Rua Cícinato Pinto, 199 - Centro - Tel.: 3025-6336 - 3034-4903

Maceió - Alagoas

fls. 25

Data Internamento:	25/5/2016	Hora:	12:00	Alta:	27-05-16	Clinica:	CIRÚRGICA
Nome do Paciente:	EDGAR PAULO DOS SANTOS					Reg. N.º	8.202
Data de Nascimento:	12/2/1967			Sexo:	MASCULINO	Naturalidade:	TAQUARANA - AL
Profissão:	AUTONOMO					Estado Civil:	CASADO
Endereço:	CJ. CIDADE DO TAXISTA N°33 QD-02					Estado:	ALAGOAS
Bairro:	TABULEIRO DO MARTINS			CEP:	57.071-460	Cidade:	MACEIÓ
Responsável:	A MESMO					Fone P / Contato:	(82) 98803-6629
Convênio:	SUS			Apto.:		Leito:	Perm.:
Queixa Principal:							

Histórico de Doença Atual:

Atecedentes Pessoais:

Aparelho Respiratório:

Circulatório:

Diagnóstico:

Tratamento:

Médico

BOLETIM OPERATÓRIO

fls. 26

Data

Hora

Diagnóstico Pre-Operatório:

Fistula de fistula

Procedimento Realizado:

Parietaria

Equipe Médica:

Cirurgião:

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

Anestesista:

Instrumentador (a):

Tipo de Anestesia:

Descrição Cirúrgica:

CRM:

CRM:

CRM:

CRM:

CPF:

CPF:

CPF:

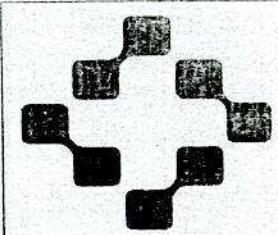
CPF:

CPF:

Abordagem clássica
 abertura + curva em
 mariposa sobre o rebordo
 folicular e cíngulo de colo uterino
 transplante do revestimento
 vaginal para plana

Peça para Exame Histopatológico:

Assinatura do Cirurgião



HOSPITAL MÉDICO CIRÚRGICO

HOSPITAL MÉDICO CIRÚRGICO DE ALAGOAS
CNPJ: 41.161.258/0001-57
Rua Cicinato pinto, 199 - Centro - Maceió - Alagoas
Tel.: 3025-6336 - 3034-4903

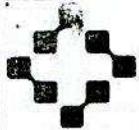
Paciente: EDGAR PAULO DOS SANTOS
Registro: 8.202
Médico: DRº HELLYCARLOS
Setor:

Idade: 49 ANOS
Enf.: _____
Leito: _____

NOTA DE EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO

DATA / HORA	EVOLUÇÃO DO CASO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIOS DE ADMINISTRAÇÃO DO MEDICAMENTO / PROCEDIMENTO
24/10/2016	25/10/2016 - fez exames - no hospital - com raio-x	A Dete Tux A 500mg - SCOD 07/10 A Cetazolin 1mg 07/10 A Primid 1mg 07/10 A Glucan 10g 07/10 A Cane + 554	22/10/2016 22/10/2016 22/10/2016 22/10/2016 22/10/2016
24/10/2016	HOSPITAL MÉDICO CIRÚRGICO RAIO-X FEITO Assistente Social		Mariana Enfermeira COREN/AL 38530
		A Dete Tux A 500mg - SCOD 07/10 A Primid 1mg 07/10 A Cetazolin 1mg 07/10 A Glucan 10g 07/10	22/10/2016 22/10/2016 22/10/2016 22/10/2016

NOTA: no espaço destinado à enfermagem, aprazar o horário para administração e/ou realização do procedimento com um X e assinatura checando, ou com um O indicando a suspensão. Não rebrigar.



HOSPITAL MÉDICO CIRÚRGICO

HOSPITAL MÉDICO CIRÚRGICO DE ALAGOAS

CNPJ: 41.161.258/0001-57

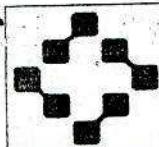
Rua Cicinato pinto, 199 - Centro - Tel.: 3025-6336 - 3034-4903

Maceió - Alagoas

fls. 28

PACIENTE: EDGAR PAULO DOS SANTOS

MÉRICO DRº HELLYCARLOS



HOSPITAL MÉDICO CIRÚRGICO

HOSPITAL MÉDICO CIRÚRGICO DE ALAGOAS
Rua Cícero Pinto, 199 - Centro - Tel.: 3025-6336 - 3034-4903
Maceió - Alagoas

FOLHA DE ANESTESIA

HOSPITAL HOSPITAL MÉDICO CIRÚRGICO		ENFERMARIA	LEITO	N.º DO PRONTUÁRIO 8.202
NOME EDGAR PAULO DOS SANTOS		IDADE 49 ANOS	SEXO MASCULINO	COR PARDA
DATA 25/5/2016	PRESSÃO ARTERIAL 130x80	PULSO 85	RESPIRAÇÃO Cicrônio	TEMPERATURA 36,5
TIPO SANGUÍNEO	HEMATIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA Car 100
URINA		URÉIA	OUTROS	
AP. RESPIRATÓRIO <i>WOB em 200, a 100</i>		ASMA <i>Negar</i>	BRONQUITE <i>Negar</i>	
AP. CIRCULATÓRIO <i>REV em 25/BNF</i>		ELETROCARDIOGRAMA <i>Sinus regular</i>		
AP. DIGESTIVO		DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO
AP. DIGESTIVO		ATARÁXICOS	CORTICOIDES	ALEGRIA <i>Negar</i>
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				ESTADO FÍSICO <i>+/-</i>
ANESTESIAS ANTERIORES				
MEDICAÇÕES PRÉ-ANESTÉTICA		APLICADA ÀS	EFEITO	
Agentes Anest sicos	Líquidos	INDUÇÃO		
		Satisf. <i>_____</i>	Excit. <i>_____</i>	Tosse: <i>_____</i>
		Laringo Espasmo: <i>_____</i>	Vômitos: <i>_____</i>	Lenta: <i>_____</i>
		Náuseas: <i>_____</i>	Outros <i>_____</i>	
		MANUTENÇÃO		
		Anestia Satisf. () Sim () Não Não Por que? _____		
		DESPERTAR		
		Reflexos no SO Obstr. Náuseas: Outros Com cânula: Para o Jejum: () Sim () Não Condições: _____	CO Vômitos: Excit.: _____	
CÓDIGOS P. Arterial O. Pulso O. Respiração X - Anestesia - O Operação				
Símbolos e Anotações				

Posição:

Decubito dorsal

Agentes:

Propofol et etomidate

Técnicas:

Intubation laryngeal ou fibroscopie

Operação:

Exérise de la peau

Cirurgiões:

Dr. André S. Pinto

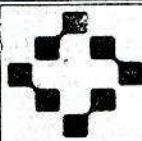
Anestesistas:

Enfermeira S. S. S.

Observações:

*X Montançaria + Monoveneus MSD
① Neurite de 12**12-13**Som de traqueostomia**Mucosa perdeu 175
Mucosa 175
Perdeu 100*

(2) Endotracheal 175
(3) Duração 90 min
(4) Duração 90 min
(5) Cigarrilha 175
(6) Endotracheal 175



HOSPITAL MÉDICO CIRURGICO

HOSPITAL MÉDICO CIRÚRGICO DE ALAGOAS

CNPJ: 41.161.258/0001-57

Rua Cicinato pinto, 199 - Centro - Tel.: 3025-6336 - 3034-4903

Maceió - Alagoas

fls. 30

PACIENTE: EDGAR PAULO DOS SANTOS

LEITE:

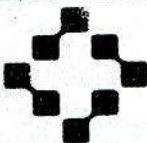
DATA

MÉDICO: DRº HELLYCARLOS

AUXILIAR:

NAESTESIOLOGISTA:

QUANT.	MAT/MED	TOTAL	QUANT.	MAT/MED	TOTAL
	Algodão 0			Marcaína 0,5%	
	Algodão 00			Marcaína 0,75%	
	Cat Gut Simples		01	Marbaína Pesada	
	Cat Gut C/ Agulha			Xilocaína 1%	
	Cat Gut Cromado			Xilocaína 2%	
01	Cat Gut C. C/Ag. Vicryl 0			Xilocaína Pesada	
01	Mononylon 9-0		02	A. Destilada	
	vicryl			Adrenalina	
01	Ag. Descartável			Atropina	
1	A. Oxigenada			Araminol	
1	Alcool Iodado			B. de Sódio	
	Merthionate		01	Decadron	
	Mercurio Cromo			Fenergan	
	Eter			Glicose	
1	Povidine + Ucf			Lasix	
	Soapex			Plasil	
	Dreno de Penrose			Styptanon	
	Dreno de Torax			Syntocinon	
01	Equipo P/ Soro			Sintomicetina	
01	Scir			Methergin	
08	Gaze			Transamin	
01	L. de Bistuti			Diempax	
01/01/01	Seringa Hipod. S. 1ml 12cc			Dolantina	
	Sonda de Folley			Inoval	
	Sonda Uretral			Fentanil	
	S. Nazogástrica			Droperidol	
	Gilette			Ketalar	
06	Atadura Crepon			Pavulon	
	Bisturi Elétrico		01	Doimorf	
07	Luvas			Quelicin	
Scir	Oxímetro			Etrane	
	Monitor Candiaco			Fluothane	
Scir	Monitor Oximétrico			Thiomembutal	
	Vent. Anestésico		02	S. Fisiológico	
Scir	Oxigênio			S. Glicosado	
	Voltarem		05	S. Ringer Lactado	
	Glicerina			Hemaccel	
	Outros			Outros	
01	alveatti		01	cefatoline	
01	bala de algodão		02	halpicon	
01	ag. vicryl				
05	elásticos				
10	tecido				
04	mascara				
10	bruxo				
03	reservas - elást				
01	cataler				



HOSPITAL MÉDICO CIRÚRGICO

HOSPITAL MÉDICO CIRÚRGICO DE ALAGOAS

CNPJ: 41.161.258/0001-57

Rua Cícicinato pinto, 199 - Centro - Tel.: 3025-6336 - 3034-4903

Maceió - Alagoas

TERMO DE CONSENTIMENTO

DECLARANTE EDGAR PAULO DOS SANTOS

IDADE: 49 ANOS IDENTIDADE (RG): 2.001.001.026.270 ORGÃO EXPEDIDOR: SSP-AL

ENDERECO: CJ. CIDADE DO TAXISTA N°33 QD-02

FONE: (82) 98803-6629 CELULAR: (82) 98832-4639 CEP: 57.071-460

PACIENTE () REPRESENTANTE LEGAL () REPRESENTANTE FAMILIAR ()

OBS: NO CASO DO DECLARANTE NÃO SER O PACIENTE, PREENCHER OS DADOS DO PACIENTE.

PACIENTE:

IDADE: IDENTIDADE (RG): ORGÃO EXPEDIDOR:

ENDERECO:

FONE: CELULAR: CEP:

Autorizo, a partir da assinatura deste termo, o médico a seguir identificado e/ou a equipe por ele solicitada: Dr. _____ CRM _____ a realizar no (a) paciente acima identificado (a) o seguinte procedimento: _____

Inclusive com ato anestésico, se necessário, ou qualquer outra conduta médica inerente à intervenção, sendo informado que este procedimento será realizado nas dependências do Hospital Médico Cirúrgico de Alagoas.

Declaro ainda que:

1. Fui informado (a) claramente pelo médico acima identificado sobre as indicações, benefícios, possíveis riscos e complicações desta intervenção médica a ser realizada, tanto da parte cirúrgica, quanto da parte anestésica e clínica, bem como as outras alternativas de tratamento para o caso, sendo que aceitei a intervenção indicada pelo médico;
2. Que, apesar da segurança desta internação médica e excelente relação risco-benefício em favor do paciente, poderão ocorrer complicações que requeiram internação de maior duração, podendo inclusive vir a necessitar, em alguns casos, de procedimentos especiais imprevistos, como por exemplo: transfusão de sangue e hemoderivados, exames complementares, reanimação cardio-respiratória, bem como outros exames ou procedimentos médicos;
3. Tenho ciência que o compromisso da equipe médica é de procurar o correto diagnóstico, a melhor conduta e o melhor tratamento a ser adotado, sendo certo que esta intervenção não é garantia de cura, pois, esta não depende do médico, e sim de fatores que fogem ao seu alcance, não representando esse compromisso uma certeza de resultados e sim uma garantia de dedicação e zelo;
4. Como paciente e/ou responsável, declaro que prestei informações sobre alergias, doenças crônicas e demais patologias, que tive a oportunidade de fazer perguntas quanto a esta intervenção médica e informações suficientes sobre seus riscos, exames complementares e complicações inerentes ao procedimento, sejam intercorrências medicamentos, clínicas, anestesiológicas e/ou cirúrgicas;
5. Autorizo também que qualquer tecido (peça anatômica), removida cirurgicamente, seja encaminhado para exame anatomopatológico, histopatológico e/ou citopatológico necessários para o esclarecimento diagnóstico.

E para ciência e conhecimento geral, firmam a presente declaração o responsável e/ou paciente e o médico responsável pela intervenção.

Declaro que entendi e estou satisfeito (a) com as explicações que me foram prestadas em linguagem clara e simples, esclarecendo – me todas as dúvidas que me ocorreram e que comprehendo p alcance e os riscos do tratamento. Também entendi que, a qualquer momento e sem necessidade de explicação, poderei revogar o consentimento que agora preste, antes da realização do procedimento cirúrgico.

Maceió, 25/5/2016

Paciente e/ou responsável

Médico responsável

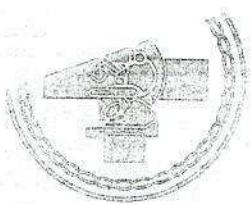
Testemunha 1

Testemunha 2

Nome: Edgar Paes dos S^{tos}
Idade: 49a^v **Sexo:** () Fem. (x) Masc.
Médico Solicitante:
Ritmo: l^enusal
FC=: 100 bpm **PR=:** 0,32 seg
Conclusão: V^ep^eci^e card^es l^enusal

Stella Cristiana de O. Freire
Cardiologia/Ergometria
CRM-3473

Ass. Carimbo do Médico



Biola 6

CLÍNICA MÉDICA E LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Dra Claudia Vânia S. Vieira Bello
CREM: 1707

*Responsável Técnica: Dra Zeilda M^a Santos de Melo
CREM: 1709*

Paciente...: EDGAR PAULO DOS SANTOS
Médico....: DR° HELLYCARLOS ALBUQUERQUE SANTOS
Convênio..: PARTICULAR
Idade....: 49 ano(s)

Reg...: 001-113504
Data.: 19/05/2016
Posto.: BIOLAB
Sexo: M

COAGULOGRAMA

(Sangue / Plasma Citratado)

FASE I

TEMPO DE SANGRAMENTO - TS.....:	1:45 min.	VS: 200 g sangue
TEMPO DE COAGULACAO - TC.....:	6:30 min.	VS: 5 a 10 minutos
PROVA DO LAÇO - PL.....:	Negativa	VS: Negativa
RETRAÇÃO DO COAGULO - RC.....:	Total	VS: Total
PLAQUETAS.....:	203.000 /mm³	VP: 200.000 - 400.000/mm ³

FASE II

• Avaliações realizadas através de FIBROMETRO AUTOMATIZADO

Naceió = At., 24/05/2016

Ura Cláudia Vania S. Vieira Bello

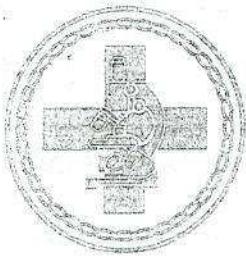
Ora Zelma M^a Santos de Melo
1957/1958



PNCQ
PROGRAMA NACIONAL DE
CONTROLE DA SAÚDE

Os resultados dos testes de laboratórios sofrem influência de estados fisiológicos, uso de medicamentos, incluindo regime alimentar e/ou tempo de jejum. Somente um profissional qualificado tem condições de interpretar estes resultados.

BIOLAB - CLÍNICA MÉDICA E LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
Rua Dr. João Crisóstomo de Farias, 25 - Clima Bom I (Antiga Rua Jerusalém) - Maceió - Alagoas
Tel: +55 82 3372-4483 / 3432-4692 (BIOLAB - Clima Bom)



Biolab

CLÍNICA MÉDICA E LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Dra Claudia Vânia S. Vieira Bello
CRBM: 1707

Responsável Técnica: Dra Zelma M^a Santos de Melo
CRBM: 1709

Paciente...: EDGAR PAULO DOS SANTOS
Médico....: DR° HELLYCARLOS ALBUQUERQUE SANTOS
Convênio...: PARTICULAR
Idade....: 49 ano(s)

Reg...: 001-113504
Data...: 19/05/2016
Posto..: BIOLAB
Sexo: M

HEMOGRAMA AUTOMATIZADO

ERITROGRAMA

Valores de Referência:

	Valores encontrados		Masculino	Feminino
Hemácias	: 4,53 milhoes/mm ³		4,50 - 6,50	4,00 - 6,00
Hemoglobina	: 13,00 g/dl		13,00 - 14,00	11,50 - 14,00
Hemató crito	: 39,00 %		40,00 - 54,00	39,00 - 47,00
VCM	: 86,09 u3		80 - 99	81 - 93
HCM	: 28,69 uug		27 - 32	27 - 32
RBCM	: 33,33 %		32 - 36	32 - 36

LEUCOGRAMA

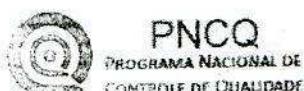
Leucócitos	:	9.000 /mm ³			
Contagem global	:	Recém Nascido	1 a 3 anos	4 a 12 anos	adultos
mm ³		10.000 - 26.000	6.000 - 12.000	4.500 - 11.000	4.000 - 11.000

Contagem Diferencial		mm ³	Valor Absoluto
Neutrofilos	:	0	0
Promielocitos	:	0	0
Mielocitos	:	0	0
Metamielocitos	:	0	0
Blastos	:	0	0
Bastões	:	0	0
Segmentados	:	70	6.300
Eosinófilos	:	6	540
Basófilos	:	0	0
Linfócitos	:	20	1.800
Monócitos	:	4	360
Plaquetas	:	203.000 mm ³	150.000 - 400.000

Maceió - AL., 24/05/2016

Dra. Claudia Vânia S. Vieira Bello
CRBM: 1707

Dra Zelma M^a Santos de Melo
CRBM: 1709



PNCQ

PROGRAMA NACIONAL DE
CONTROLE DE QUALIDADE

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por STEPHANNE CLEOPATRA PEREIRA TANI DE CASTRO e www2.tjal.jus.br, protocolado em 06/12/2018 às 16:34 , sob o número 07319095820188020001 . Para conferir o original, acesse https://www2.tjal.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0731909-58.8.02.0001 e código 2FB97D2.

Or. Hellycarlos
Is. 36

912
OK
912
OK

Estado de Alagoas
SSSS - SECRETARIA DE SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL
FUNDAÇÃO DE SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL DO ESTADO DE ALAGOAS - FUSAL

CERTIFICADO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

MUNICIPIO: MACEIÓ/AL

1 - UNIDADE HOSPITALAR:
HOSPITAL MÉDICO CIRÚRGICO DE ALAGOAS

2 - NOME DO PACIENTE:
EDGAR PAULO DOS SANTOS

3 - FILIAÇÃO:
FRANCISCA JOSEFA DOS SANTOS

4 - ENDEREÇO
CONJ: CIDADE DO TAXISTA Nº33 QDº 02

BAIRRO
TABULEIRO DOS MARTINS

PONTO DE REFERÊNCIA:
0

5 - ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

Edgar paulo dos Santos

6 - TESTEMUNHA:

OBS.: O Ceretificado de Internação Hospitalar , deverá ser anexado ao laudo do paciente internado.

HOSPITAL MEDICO CIRURGICO

HOSPITAL MÉDICO CIRÚRGICO DE ALAGOAS

CNPJ: 41.161.258/0001-57

Rua Cícinato Pinto, 199 - Centro - Tel.: 3025-6335 - 3034-4903

Maceió - Alagoas

fls. 36

DATA internamento:	1/2/2017	Hora:	17:52	Alta:		Clinica:	CIRÚRGICA
Nome do paciente:	EDGAR PAULO DOS SANTOS					Reg. N.º	12.915
Data de Nascimento:	12/2/1967			Sexo:	MASCULINO	Naturalidade:	TAQUARANA/AL
Profissão:	TAXISTA			Estado Civil:	CASADO		
Endereço:	CONJ. CIDADE DO TAXISTA Nº33 QDº 02						
CEP:	00.000-000			Cidade:	MACEIÓ/AL	Estado:	ALAGOAS
Ocupação:	TABULEIRO DOS MARTINS			Fone P / Contato:	(82) 98733-0562		
SUS:	Apto.:	Infermaria			Leito:	Perm.:	
Residência Principal:							
<i>LOSAD TOMADA TABULEIRO</i>							

Histórico de Doença Atual:

*PCB com quadro de dor no TO
TOMADA TABULEIRO OX*

Via Recentes Pessoais:

MM

Alergias Respiratórias:

NN

/

MM

LOSAD TOMADA TABULEIRO

LOSAD TOMADA TABULEIRO

MEDICO

**HOSPITAL MÉDICO
CIRÚRGICO DE ALAGOAS**

Paciente: Edson Paiva dos Santos

Data: 05/01/17 Hora: _____ Leito: _____

Procedência: _____ Cirurgião responsável: _____

HISTÓRIA CLÍNICA

1. Procedimento cirúrgico: Integumento
2. Patologias associadas: () Nega HAS DM () Outros: _____
3. Hábitos: () Tabagismo () Etilismo () Outros: _____
4. Medicamentos de uso contínuo: () Não Sim/Quais: Clozapina
5. Cirurgias anteriores: () Não Sim/Quais: Tecido
6. Alergias: Não () Sim/Qual: _____
7. Prótese: () Dentária () Ocular () Auditiva () Motora () Orientada retirada de adornos

AVALIAÇÃO FÍSICA

SSVV:

PA	HGT	Tax	FC	FR	SPO ₂

Locomoção: () Deambula () Acamado () Restrito ao leito

Função motora: () Sem alteração () Com alteração/Qual: _____

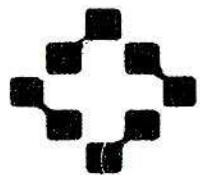
Função respiratória: () Eupnéico () Taquipnéico () Dispnéico () Ar ambiente () O₂

Alimentação: () Dieta zero () Oral () SNG () SNE

Função intestinal: () Preservada () Constipado _____ dias () Diarréia

Função vesical: () Espontânea () Fralda () SVA () SVD () Cistostomia

Obs.: _____



HOSPITAL MÉDICO CIRÚRGICO DE ALAGOAS

CNPJ: 41.161.258/0001-57

Rua Cicinato Pinto, 199 - Centro - Maceió - Alagoas

Tel.: 3025-6336 - 3034-4903

Paciente: EDONAL PAULO SAMY

Registro: _____ Idade: _____

Médico: HELICARUS A. SANTOS

Setor: _____ Enf.: _____ Leito: _____

NOTA DE EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO

DATA / HORA	EVOLUÇÃO DO CASO	PREScrição PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO	HORÁRIOS DE ADMINISTRAÇÃO DO MEDICAMENTO / PROCEDIMENTO
08/02/11	<p>Permanecendo A muito PI Recuperou no romântico Jardim</p> <p>Cm: lioz da comul</p> <p>11/11</p> <p>11/11</p>	<p>1 - DIETA LIVRE, após efeito anestésico.</p> <p>2 - SF a 0,9% - 500ml IV de 12/12h</p> <p>3 - SG a 5% - 500ml IV de 12/12h (suspenso)</p> <p>4 - CEFAZOLINA 1g - 1 ampola IV de 8/8h</p> <p>5 - DIPIRONA - 1 ampola + AD IV de 6/6h</p> <p>6 - TENOXICAN 40mg - 1 ampola IV de 24/24h (suspenso)</p> <p>(1) Fimafac 1000g ② 8/8 SFQ 99 1000g</p> <p>③ Cetazol 40g ss 14/14</p> <p>④ Cusma 01000</p>	<p>500 500</p> <p>12/12 12/12 6/6 6/6</p> <p>11/11 11/11 11/11 11/11</p>

NOTA: no espaço destinado à enfermagem, aprazar o horário para administração e/ou realização do procedimento com um X e assinatura checando, ou com um O indicando a suspensão. Não rubricar!

Rifnay D. D. Fraga
Enfermeiro
CRF-AL 000.43

HOSPITAL MÉDICO CIRÚRGICO

fls. 39

HOSPITAL MÉDICO CIRÚRGICO DE ALAGOAS

CNPJ: 41.161.258/0001-57

Rua Cicinato pinto, 199 - Centro - Tel.: 3025-6336 - 3034-4903

Maceió - Alagoas

ELLEN: EDGAR PAULO DOS SANTOS

DRº HELLYCARLOS

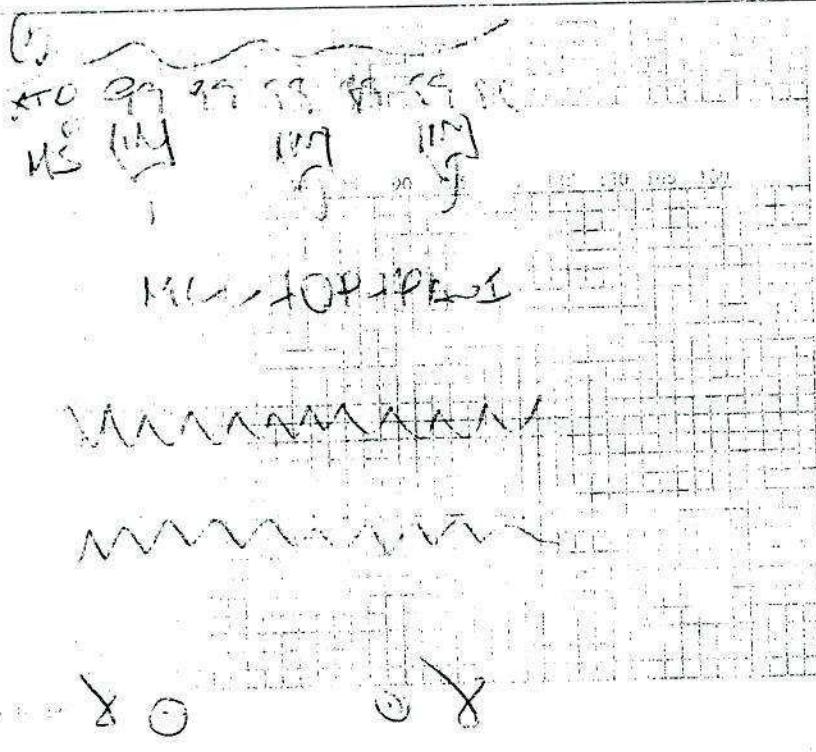
DATA	HORA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	ASSINATURA
08/02/17	10:30	<p>Paciente admitido no ce para cirurgia com Dr. Helly Carlos. Realizado na quimioterapia com Dr. Cibeli. Abriu encamamento fechado para enfermaria.</p> <p>09/02/17 Alto Hospital</p>	<p>Na Apresentação do Tec. em Enfermagem COREN-AL 000437.347</p> <p>Tatia Técnica em Enfermagem COREN-AL 000437.347</p> <p>Tifnay D. D. França Souza Enfermeira COREN-AL 000437.347</p>

HOSPITAL MÉDICO CIRÚRGICO

HOSPITAL MÉDICO CIRÚRGICO DE ALAGOAS
Rua Cicinato Pinto, 199 - Centro - Tel.: 3025-6336 - 3034-4903
Maceió - Alagoas

fls. 40

FOLHA DE ANESTESIA

HOSPITAL MÉDICO CIRÚRGICO			ENFERMARIA	LEITO	N.º DO PRONTUÁRIO 12.915
LIGAR PAULO DOS SANTOS			IDADE 49 ANOS	SEXO MASCULINO	COR PARDO
DATA 7/1/2017	PRESSÃO ARTERIAL 140x70	PULSO 75	RESPIRAÇÃO Puríll.	TEMPERATURA 36,5	PESO -
ANAMNÉSIS	HEMOCOAGULOS	HEMOCOAGULOS	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS
DIAGNÓSTICO			ASMA Nega	BRONQUITE Nega	
DIAGNÓSTICO			ELETROCARDIOGRAMA Jugal, regular		
DIAGNÓSTICO			DENTES /	PESCOÇO /	AP. URINÁRIO -
DIAGNÓSTICO			ATARAXICOS	CORTICOIDES	ALEGRIA Nega
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO			ESTADO FÍSICO I		
DIAGNÓSTICO ANTERIORES			RISCO		
ANESTÉSICO ANESTÉSICO			APLICADA ÀS	EFEITO	
			INDUÇÃO		
			Latist. _____	Excit. _____	Fosse. _____
			Laringo Espasmo: _____	Vômitos: _____	Lenta: _____
			Neuless: _____	Outros: _____	
			MANUTENÇÃO		
			Anestia Satisf. _____ Não Por que? _____ Sim _____ Não _____		
			DESPERTAR		
			Reflexos no SO Ostri: _____ CO: _____ Excit. _____ Neuless: _____ Vômitos: _____ Outras: _____ Com cânula: _____ Para o Jejum: _____ Sim _____ Não _____ Condições: _____		

Anestesia
Intervento cirúrgico de Fratura de Joelho
Dr. Kelly Pinto
Cirurgião Ortopedista

X Infusão, 2000 ml hidroxibe lis
e reagente estocada

Laringo 250

Ser iute em cima

Medicina Fez 10,5 g
Hidroclor 0,65 g
Futerol 150 mg

② Cefotaxima 2g
③ Neuless, 100 mg
④ Cefuroxima 600 mg
⑤ Dipirona 500 mg
X A S.A.P.A.

2 Ceftriaxone 1g

HOSPITAL MÉDICO CIRURGICO

HOSPITAL MÉDICO CIRÚRGICO DE ALAGOAS

CNPJ: 41.161.258/0001-57

Rua Cicinato pinto, 199 - Centro - Tel.: 3025-6336 - 3034-4903

Maceió - Alagoas

fls. 41

LOGAR PAULO DOS SANTOS

DATA

08.02.18

DR HELLYCARLOS

AUXILIAR:

ENFERMEIRO:

Dr estrela:

QUANT.	MAT/MED	TOTAL	QUANT.	MAT/MET	TOTAL
	Algodão 0			Marcaína 0,5%	
	Algodão 00			Marcaína 0,75%	
	Cat Gut Simples		01	Marbaína Pesada	
	Cat Gut C/ Agulha			Xilocaina 1%	
01	Cat Gut Cromado n=0		341C	Xilocaina 2% S/C	
	Cat Gut C. C/ Ag.			Xilocaina Pesada	
01	Mononylon n=2,0		09	A. Destilada	
	vicryl			Adrenalina	
02	Ag. Descartável 40x12			Atropina	
	A. Oxigenada			Araminol	
04061C	Alcool Iodado 0,5%		01	B. de Sódio	
	Merthionate			Decadron	
	Mercurio Cromo			Fenergan	
	Eter			Glicose	
06061C	Povidine			Laxix	
	Soapex			Plasil	
	Dreno de Penrose			Styptanon	
	Dreno de Torax			Syntocinon	
01	Equipo P/ Soro			Sintomicetina	
006cm	Esparradrapo			Methergin	
1P	Gaze			Transamin	
01	L. de Bistuti n=23			Diempax	
08	Seringa Hipod.			Dolantina	
01	Sonda de Foley n=12 milis		01	Inoval	
	Sonda Uretral			Fentanil	
	S. Nazogástrica			Droperidol	
	Gilette			Ketalar	
02	Atadura Crepon 15 cm			Pavulon	
006cm	Bisturi Elétrico Profissional		01	Dol'morf	
08	Luvas			Quelcín	
006cm	Oxímetro			Etrané	
006cm	Monitor Cadiaco			Fluothane	
	Monitor Oximétrico			Thiomembutal	
	Vent. Anestésico		01	S. Fisiológico	
	Oxigênio		05	S. Glicosado	
	Voitarem			S. Ringer Lactado	
	Glicerina			Hemaccel	
	Outros			Outros	
06	Can		025	coelotônias	
06	tripés (R.)		028	Experiencia	
06	fibras		01	acelulosa	
04	Exilia		02	Acetato gesso	
01	gesso n= 10		02	fibra de polivinil	
01	relevo (algodão)		01	fibra tubular	
01	compressa (flock)		02	elásticas	
01	algodão 100%				
01	colchonete				

HOSPITAL MÉDICO CIRÚRGICO

HOSPITAL MÉDICO CIRÚRGICO DE ALAGOAS

CNPJ: 41.161.258/0001-57

Rua Cicinato pinto, 199 - Centro - Tel.: 3025-6336 - 3034-4903

Maceió - Alagoas

TERMO DE CONSENTIMENTO

DECLARANTE EDGAR PAULO DOS SANTOS

IDADE: 49 ANOS IDENTIDADE (RG): 0 ORGÃO EXPEDIDOR: 0

ENDEREÇO: CONJ: CIDADE DO TAXISTA Nº33 QDº 02

FONE: (82) 98733-0562 CELULAR: (82) 90000-0000 CEP: 00.000 000

PACIENTE () REPRESENTANTE LEGAL () REPRESENTANTE FAMILIAR ()

OBS: NO CASO DO DECLARANTE NÃO SER O PACIENTE, PREENCHER OS DADOS DO PACIENTE.

PACIENTE:

IDADE: _____ IDENTIDADE (RG): _____ ORGÃO EXPEDIDOR: _____

ENDEREÇO: _____

FONE: _____ CELULAR: _____ CEP: _____

Autorizo, a partir da assinatura deste termo, o médico a seguir identificado e/ou a equipe por ele solicitada: Dr. _____ CRM _____ a realizar no (a) paciente acima identificado (a) o seguinte procedimento:

Inclusive com ato anestésico, se necessário, ou qualquer outra conduta médica inerente à intervenção, sendo informado que este procedimento será realizado nas dependências do Hospital Médico Cirúrgico de Alagoas.

Declaro ainda que:

1. Fui informado (a) claramente pelo médico acima identificado sobre as indicações, benefícios, possíveis riscos e complicações desta intervenção médica a ser realizada, tanto da parte cirúrgica, quanto da parte anestésica e clínica, bem como as outras alternativas de tratamento para o caso, sendo que aceitei a intervenção indicada pelo médico;

2. Que, apesar da segurança desta internação médica e excelente relação risco-benefício em favor do paciente, poderão ocorrer complicações que requerem internação de maior duração, podendo inclusive vir a necessitar, em alguns casos, de procedimentos especiais imprevistos, como por exemplo: transfusão de sangue e hemoderivados, exames complementares, reanimação cardio-respiratória, bem como outros exames ou procedimentos médicos;

3. Tenho ciência que o compromisso da equipe médica é de procurar o correto diagnóstico, a melhor conduta e o melhor tratamento a ser adotado, sendo certo que esta intervenção não é garantia de cura, pois, esta não depende do médico, e sim de fatores que fogem ao seu alcance, não representando esse compromisso uma certeza de resultados e sim uma garantia de dedicação e zelo;

4. Como paciente e/ou responsável, declaro que prestei informações sobre alergias, doenças crônicas e demais patologias, que tive a oportunidade de fazer perguntas quando a esta intervenção médica e informações suficientes sobre seus riscos, exames complementares e complicações inerentes ao procedimento, sejam intercorrências medicamentos, clínicas, anestesiológicas e/ou cirúrgicas;

5. Autorizo também que qualquer tecido (peça anatômica), removida cirurgicamente, seja encaminhado para exame anatomopatológico, histopatológico e/ou citopatológico necessários para o esclarecimento diagnóstico.

E para ciência e conhecimento geral, firmam a presente declaração o responsável e/ou paciente e o médico responsável pela intervenção.

Declaro que entendi e estou satisfeito (a) com as explicações que me foram prestadas em linguagem clara e simples, esclarecendo – me todas as dúvidas que me ocorreram e que comprehendo o alcance e os riscos do tratamento. Também entendi que, a qualquer momento e sem necessidade de explicação, poderei revogar o consentimento que agora preste, antes da realização do procedimento cirúrgico.

Maceió, 7/2/2017

Paciente e/ou responsável

Médico responsável

Testemunha 1

Testemunha 2

CENTRO DE DIAGNOSTICO LUFER LTDA

Vila dos Bancários, 02 - Poço Maceió-AL.

Fone: (82) 3317-0823 / 3317-0826 Email: Luferresultado@gmail.com

Responsável Técnico: Yuri Kelsem Pimentel Melo CRBM: 3124

Responsável Técnico Substituto: Mércia Leite Setton CRBM: 5803

Laboratório Inscrito Sob CRBM: 203/669-J

912

Paciente.: **EDGAR PAULO DOS SANTOS**
 Médico...: ARIOSTO DE OLIVEIRA MACEDO
 Convênio : HOSP. PAULO NETO
 Idade....: 49 ano(s)
 RG.....:

Posto: HOSP. PAULO NETO

Reg....: 024-140820
 Data...: 08/02/2017
 Empresa:
 Sexo: M

COAGULOGRAMA

Material: Sangue

R E S U L T A D O

V. Referenciais

TEMPO DE COAGULAÇÃO (Lee White):	4:30	Minutos	5.00 - 10 Min
TEMPO DE SANGRAMENTO (Duke):	1:15	Minutos	1.00 - 3 Min
RETRAÇÃO DO COAGULO.....:	TOTAL		total
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....:	276,000	mil/ml	140.000 - 440.000 mil/mm3
TEMPO DE PROTROMBINA.....:	12,50	Segundos	10,00 - 12,50
PTT.....:	31,00		
RNI.....:	1,00		
ATIVIDADE.....:	100,00	%	70.00 - 100.00
R.....:	1,00		

Maceió - AL., 08/02/2017 Hora : 16:20:02

Yuri Kelsem Pimentel Melo
 Dra. Mécia Ribeiro Leite Setton
 CRBM: 5803

Os valores dos testes de laboratório sofrem influência de estados fisiológicos, patológicos, uso de medicamentos, etc. Somente seu clínico tem condições de interpretar corretamente estes resultados. O laboratório possui assessoria científica qualificada para discussão dos resultados laboratoriais.

CENTRO DE DIAGNOSTICO LUFER LTDA

Vila dos Bancários, 02 - Poço Maceió-AL.

Fone: (82) 3317-0823 / 3317-0826 Email: Luferresultado@gmail.com

Responsável Técnico: Yuri Kelsem Pimentel Melo CRBM: 3124

Responsável Técnico Substituto: Mércia Leite Setton CRBM: 5803

Laboratório Inscrito Sob CRBM: 203/669-J

Paciente.: **EDGAR PAULO DOS SANTOS**
 Médico...: ARIOSTO DE OLIVEIRA MACEDO
 Convênio : HOSP. PAULO NETO
 Idade....: 49 ano(s)
 RG.....:

Reg....: 024-140820
 Data...: 08/02/2017
 Empresa:
 Sexo: M
 Posto: HOSP. PAULO NETO

Material: Sangue Método: Automatizado

HEMOGRAMA**ERITROGRAMA**

Hematócrito: **42,00** %
 Hemoglobina: **13,80** g/dl
 Hemácias: **4,65** milhões/mm³
 V.C.M.: **90,32** fl
 H.C.M.: **29,67** pg
 C.H.C.M.: **32,85** %
 RDW.....: **13,10** %

Valores referenciais
 Adulto Masculino
 (41,00 - 53,00)
 (13,50 - 17,50)
 (4,50 - 5,90)
 (80,00 - 100,00)
 (26,00 - 34,00)
 (31,00 - 36,00)
 (11,00 - 15,00)

LEUCOGRAMALeucócitos Totais: **5.840** /mm³

(3.500 - 10.000)
 (% /mm³)
 (0 - 2 . 0 - 200)
 (1 - 5 20 - 500)
 (0 - 0 0 - 0)
 (0 - 0 0 - 390)
 (40 - 78 1.700 - 7.800)
 (20 - 50 1.000 - 4.500)
 (2 - 10 150 - 1.100)
 (150.000 - 450.000/mm³)

Basofilos.....: **0,0** % 0 /mm³

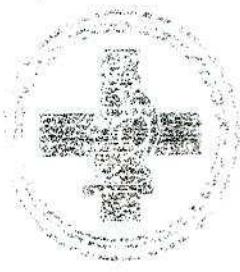
Eosinofilos.....: **5,0** % 292 /mm³
 Mielocitos.....: **0,0** % 0 /mm³
 Metamielocitos...: **0,0** % 0 /mm³
 Bastões.....: **0,0** % 0 /mm³
 Segmentados....: **54,0** % 3.153 /mm³
 Linfócitos.....: **34,0** % 1.985 /mm³
 Monócitos.....: **7,0** % 408 /mm³

Plaquetas.....: **184,000** mm³**HEMATOSCOPIA:**

Maceió - AL., 08/02/2017 Hora : 16:20:02

Yuri Kelsem Pimentel Melo
 Dra. *Mérica Ribeiro Leite/Setton*
 CRBM: 5803

Os valores dos testes de laboratório sofrem influência de estados fisiológicos, patológicos, uso de medicamentos, etc. Somente seu clínico tem condições de interpretar corretamente estes resultados. O laboratório possui assessoria científica qualificada para discussão dos resultados laboratoriais.



Biolab

Dra Claudia Vânia S. Vieira Bello
CRM: 1707

Responsável Técnica: Dra Zelma M. Santos de Melo
CRM: 1709

Paciente...: EDGAR PAULO DOS SANTOS
Médico....: DR° HELLYCARLOS ALBUQUERQUE SANTOS
Convênio...: PARTICULAR
Idade....: 49 ano(s)

Reg...: 001-128153
Data...: 13/01/2017
Posto.: BIOLAB
Sexo: M

HEMOGRAMA AUTOMATIZADO

Valores de Referência:

ERITROGRAMA

	Valores encontrados	Referência
Hemoglobina	4,41 milígramas/dL	4,10 - 6,00
Hematócrito	12,60 %	11,00 - 16,00
HCT	38,00	31 - 42
HCM	86,16 uL	87 - 92
HGM	28,57 ug	31 - 36
HCHM	33,15 g	31 - 36

LEUCOGRAMA

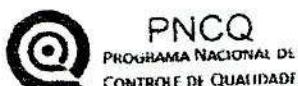
Leucócitos : 7.000 /mm³
Contagem global : Recém Nascido 1 a 3 anos 4 a 12 anos adultos
mm³: 10.000 - 26.000 6.000 - 12.000 4.500 - 11.000 4.000 - 11.000

	mm ³	Valor Absoluto
Contagem Diferencial		
Neutrófilos	0	0
Promielocitos	0	0
Mielocitos	0	0 - 0
Metamielocitos	0	20 - 45
Blastos	0	0 - 4
Bastões	0	40 - 75
Segmentados	60	4.200
Eosinofilos	3	210
Basófilos	0	0 - 1
Linfócitos	31	2.170
Monocitos	6	420
Plaquetas	: 218.000 mm ³	150.000 - 400.000

Maceió - AL., 16/01/2017

Dra Claudia Vânia S. Vieira Bello
CRM: 1707

Dra Zelma M. Santos de Melo
CRM: 1709



Os Valores dos testes de laboratórios sofrem influência de estados fisiológicos, uso de medicamentos, incluindo regime alimentar e/ou tempo de jejum. Somente um profissional qualificado tem condições de interpretar estes resultados.



Biolab

Dra Cláudia Vânia S. Vieira Belli
CRM: 1707

Responsável Técnica: Dra Zelma M. Santos de
CRM: 1709

Paciente...: EDGAR PAULO DOS SANTOS
Médico....: DR° HELLYCARLOS ALBUQUERQUE SANTOS
Convênio...: PARTICULAR
Idade....: 49 ano(s)

Reg...: 001-128153
Data...: 13/01/2017
Posto.: BIOLAB
Sexo: M

COAGULOGRAMA

Sangue / Plasma Citratado

FASE I

TEMPO DE SANGRAMENTO = TS.....:	2:15 min.	TF: 50% à 10 minutos
TEMPO DE COAGULAÇÃO = TC.....:	8:30 min.	TF: 5 a 10 minutos
PRIMA DA FAZÃO = PF.....:	Negativa	TF: Negativa
RETIRAS D. COAGULÓ = RC.....:	Total	TF: Total
PLAQUETAS.....:	218.000/mm ³	TF: 150.000 - 400.000/mm ³

FASE II

(Determinações realizadas através de FIBROMETRO AUTOMATIZADO.)

Maceió - AL., 16/01/2017

Dra Cláudia Vânia S. Vieira Belli
CRM: 1707

Dra Zelma M. Santos de CRM: 1709



PNCQ
PROGRAMA NACIONAL DE
CONTROLE DE QUALIDADE

Os Valores dos testes de laboratórios sofrem influência de estados fisiológicos, uso de medicamentos, incluindo regime alimentar e/ou tempo de jejum. Somente um profissional qualificado tem condições de interpretar estes resultados.

RX | USG | ECOCARDIOGRAFIA | TOMOGRAFIA

Data do Exame:	05/01/2017	Pedido:	190962
Data do Laudo:	06/01/2017	Número do Laudo:	115982
Origem:	RADIOLOGIA	Prontuário:	864785
Nome do Paciente:	EDGAR PAULO DOS SANTOS	Atendimento:	1016054
Data de Nascimento:	12/02/1967	Idade:	49a 10m 25d
Médico Solicitante:	HOSPITAL PROFESSOR ALBERTO ANTUNES UFAL	SAME:	

RX DO JOELHO ESQUERDO

Discreta osteopenia difusa.

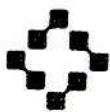
Patela em posição alta, evidenciando pequenos osteófitos marginais e entesófito quadriçiptal. Veem-se, também, calcificações heterotópicas grosseiras na projeção do tendão patelar, inferiormente. (Fratura antiga ?).

Demais superfícies e espaços articulares preservados.

17 JULIANA SIMON PETRUCELI
CRM - 5058

Digitador: FABICAM
Controle Arquivo RX: 36504

Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes - HUPAA - CNPJ: 24.464.109/0001-48
Av. Lourival Melo Mota, S/N - Tabuleiro dos Martins - CEP: 57072-900 - Maceió - AL
Telefone (82)3202-3782 - www.hu.ufal.br



HOSPITAL MÉDICO
CIRÚRGICO DE ALAGOAS

EVOLUÇÃO DE FISIOTERAPIA

Nome: Edgar Paulos dos Santos

Enf.: 9.2

Data: 08/02/17

(08:30) Evolução:

emergência

Paciente aguardando procedimento

- Alongamentos Exercícios ativos Exercícios metabólicos Exercícios passivos
 Exercícios respiratórios Deambulação AVAS

Carimbo e assinatura do Fisioterapeuta

Allyelisson Teles
Fisioterapeuta
LTM 9605

(12:00) Evolução: Paciente no centro emergência

- Alongamentos Exercícios ativos Exercícios metabólicos Exercícios passivos
 Exercícios respiratórios Deambulação AVAS

Carimbo e assinatura do Fisioterapeuta

() Evolução:

- Alongamentos Exercícios ativos Exercícios metabólicos Exercícios passivos
 Exercícios respiratórios Deambulação AVAS

Carimbo e assinatura do Fisioterapeuta

Data: 09/02/17

() Evolução:

Alta médica

- Alongamentos Exercícios ativos Exercícios metabólicos Exercícios passivos
 Exercícios respiratórios Deambulação AVAS

Carimbo e assinatura do Fisioterapeuta

() Evolução:

- Alongamentos Exercícios ativos Exercícios metabólicos Exercícios passivos
 Exercícios respiratórios Deambulação AVAS

Carimbo e assinatura do Fisioterapeuta

() Evolução:

- Alongamentos Exercícios ativos Exercícios metabólicos Exercícios passivos
 Exercícios respiratórios Deambulação AVAS

Carimbo e assinatura do Fisioterapeuta



Allyesson Teles
Fisioterapeuta
C.R.F. - 9605

Nome do Profissional: _____

CPF: _____

CNS: _____

CBO: _____

Serviço 126 - Serviço de Fisioterapia

Nome do Paciente: Edgar Paulo dos Santos

Fratura

Códigos de Procedimento	Quantidades
0302010017	
0302010025	
0302020012	
0302020020	
0302020039	
0302040013	
0302040021	01
0302040030	
0302040056	
0302050019	01
0302050035	
0302060014	
0302060022	
0302060030	
0302070010	
0302070028	

CNPJ: 41.161.258/0001-57
Rua Cincinato Pinto, 199 - Centro - Maceió - Alagoas
Tel.: 3034-4903

BOLETIM OPERATÓRIO

fls. 50

/ /

Data

Hora

Diagnóstico Pre-Operatório:

FEBRIS TOMADA PAROUZ 080

Procedimento Realizado:

RECURVACAO TIRADO PAROUZ CS

Equipe Médica:

CRM:

CPF:

Cirurgião:

CRM:

CPF:

1º Auxiliar:

CRM:

CPF:

2º Auxiliar:

CRM:

CPF:

Anestesista:

CRM:

CPF:

Instrumentador (a):

CRM:

CPF:

Tipo de Anestesia:

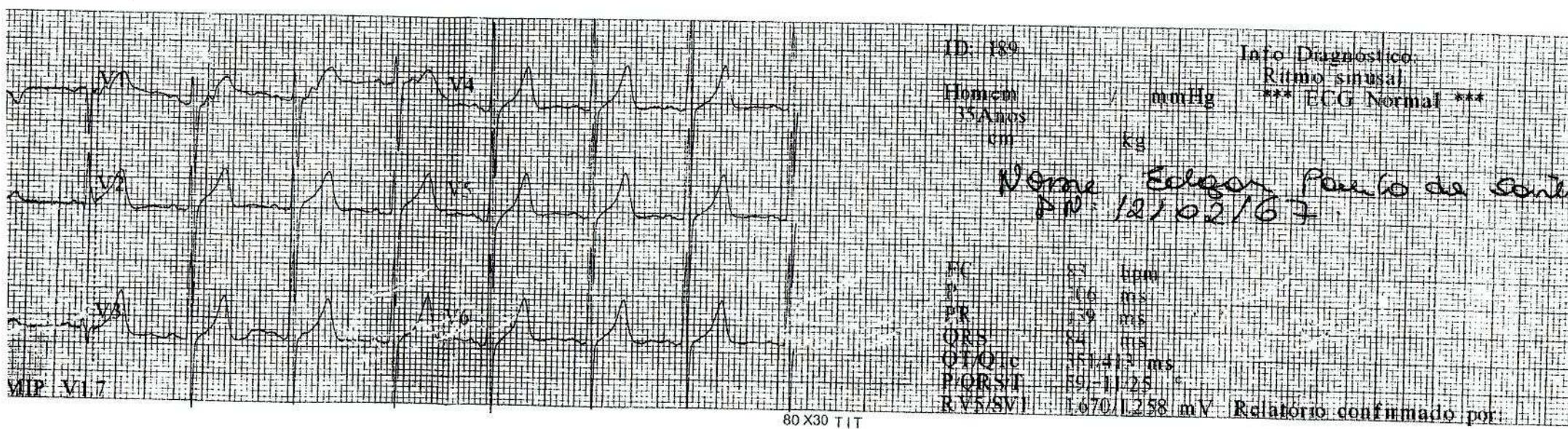
Descrição Cirúrgica:

paciente com DDI 803 ANOS
ASSISTIDA + CAVUM CAVUM
INCISA LIGA ANOMIA JEUNE OR
DEPTISPLA + ROTULADORA DO 1º PAREN
RE CURVACAO + TIREOACAO OR DENTAL NAPOR
PAREN CI ETHNICO M F

SINTO AS LIGAS
CAVUM

Peça para Exame Histopatológico:

Assinatura do Cirurgião





**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: EDGAR PAULO DOS SANTOS

PRONTUÁRIO: 2470121 **NASCIMENTO:** 12/02/67 **IDADE:** 49

ATENDIMENTO: 16/05/16 **HORA:** 18:29 **CID:** S82.0

SITUAÇÃO: ALTA

DATA: 16/05/16 **HOSPITAL:**

DIAGNÓSTICO: FRATURA DE PATELA ESQUERDA

TRATAMENTO: CONSERVADOR

ACHADO: PACIENTE TRAZIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS, COLISÃO DE MOTOCICLETA - CARRO.

VÍTIMA DE ACIDENTE RODOVIÁRIO

DOR E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS EM JOELHO ESQUERDO, DOR EM HEMITÓRAX ESQUERDO

GLASGOW 15

CONDUTA: AVALIAÇÃO DA CIRURGIA GERAL, DA ORTOPEDIA

EXAMES RADIOLÓGICOS

IMOBILIZAÇÃO

PREScrições, CUIDADOS E ORIENTAÇÕES MÉDICAS

Maria Rosiete C. Bandeira
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.

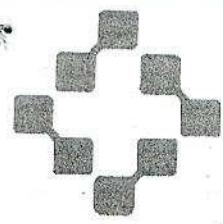
Obs 2: Relato das informações constantes no Prontuário do paciente.

Maceió, quarta-feira, 25 de maio de 2016



DRA. ROSIETE 33 OPM





HOSPITAL MÉDICO CIRÚRGICO DE ALAGOAS

Rua Cincinato Pinto, 199 - Centro
CEP: 57.020-050 - Maceió - AL
Fone: 3032-3740

RELATÓRIO MÉDICO

NOME: Edijor Peixe da Silveira

DN: 1210211964

1- PATOLOGIAS APRESENTADAS (CID-10):

- Sequela de hérnia de Bochdalek esquerda
com protrusão crônica do tendão patelar.
(T93.8)

2- TERAPÊUTICAS REALIZADAS:

- Substituição e reparo de intervenção umbilical do
fígado esquerdo.
- Fisioterapia suave

3- CONSIDERAÇÕES:

- Recuperação plena da sequela funcional permanente com grande restrição funcional dentro
de fôrte de fígado esquerdo, encontrando-se nessa
etapa sua mai alta demanda laborativa de
força permanente.

Maceió, 21 DE Setembro DE 2018

MÉDICO ASSISTENTE

HOSPITAL GERAL DO ESTADO DE ALAGOAS
FICHA DE ATENDIMENTO

fls: 54

Nº ATENDIMENTO: 2470121

DATA: 16/5/2016

HORA: 18:29:00

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

PACIENTE: EDGAR PAULO DOS SANTOS

SEXO: MASCULINO DATA NASCIMENTO:

MÃE:

RESPONSÁVEL:

NACIONALIDADE: BRASIL

NATURAL DE: ALAGOAS

CIDADE: MACEIO/AL

BAIRRO: CLIMA BOM

LOGRADOURO: CONJ CIDADE TAJUSTO QD B2 33

OBSERVAÇÕES: AR 36

IDADE: 51 ANOS

CPF:

RG:

CARTÃO SUS:

Certifico que a presente cópia
Confere com a original.

O referido é verdade. Dado o
Maceio/AL 22/06/16

Servidor
Mat. N° 569-0

DADOS DO ATENDIMENTO

FORMA DE CHEGADA: BOMBEIROS

MOTIVO ATENDIMENTO: COLISAO

PROCEDÊNCIA: MARECHAL DEODORO

ACIDENTE DE TRABALHO: NAO

CASO POLICIAL: SIM

SETOR: AREA VERMELHA

PLANO DE SAÚDE: NAO

TRAUMA: NAO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERMELHO

AMARELO

VERDE

AZUL

Queixa Principal / História da Doença Atual:

Paciente trazido pelo Corpo de Bombeiros, colisão moto carro
quei cando - se de dor em joelho esquerdo e hemitérax
Nega vômitos ou perda de consciência. Nega alergias.
Exame Físico: Paciente lucido, orientado, eupneico, Glasgow
RCR em 2T com 8NF, sem SA. FC: 100 bpm. MV em 90%
dor à exposibilidade torácica. Dor e limitações de movimento
em joelho esquerdo.

Exames Complementares:

RAIO-X

SANGUE

URINA

LÍQUOR

ECG

ULTRASSONOGRAFIA

Hipótese Diagnóstica:

Fratura em joelho e contusão torácica

Enfermagem

Conduta Clínica

1. ibuprofeno 200mg + AD (EV) → 18/05/16

2. Rx de joelho e torax

3. avaliacao da ortopedia
..... alterações + fratura

Dr. Sérgio Andrade
Ortopedia
Coloproctologia
CRM AL 5716


HOSPITAL GERAL DO ESTADO PROFº OSVALDO BRANDÃO VILELA

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)
<i>Bite profundo</i>	
<i>Paciente cheira de cítricos comendo refrigerante em jardim e produziu ferida de cítricos de profundo ()</i>	
<i>(D: Inhaligação profunda entomobiose alta)</i>	
Dr. Alisson Farias da Araújo Médico 6368 AL	

PACIENTE TRANSFERIDO DO HGE:

DIAGNÓSTICO:

REGISTRO DE INTERNAÇÃO:

INTERNACÃO: (A ser preenchido em caso de permanênci maior que 6 horas) DATA: ___ / ___ / ___ HORA: ___

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: _____

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

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



novaimagem

NOVA IMAGEM MEDICINA DIAGNÓSTICA

(RESSONÂNCIA MAGNÉTICA)

- Mamografia Digital
- Ressonância Magnética de Alto Campo/LS. 56
- Tomografia Computadorizada MULTISLICE
- Ultrassonografia
- USG com Doppler colorido
- Ecodopplercardiograma colorido (ECOCARDIO)
- Densitometria Óssea
- Eletrocardiograma
- Colposcopia
- Endoscopia digestiva alta
- Exames laboratoriais
- Colonoscopia
- Eletroencefalograma
- Espirometria
- Raios-X Digital

564.340.904-63

Paciente: **EDGAR PAULO DOS SANTOS**

Convênio: Particular

Nº. 342551

Data: 18/01/2018

Idade: 50A

Sexo: Masculino

Solicitante: HELLYCARLOS ALBUQUERQUE SANTOS



Cod Segurança-Nova Imagem-Ltda

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA JOELHO ESQUERDO SEM CONTRASTE

Técnica

Exame realizado em aparelho de **alto campo de 1,5 Tesla** sem injeção do meio de **contraste**.

Técnicas spin-eco (SE), turbo spin-eco (TSE) e com supressão de gordura em aquisições multiplanares.

Análise

Rotura extensa e completa do tendão patelar com retração patelar superior e tecido fibrótico em projeção da nativa do tendão patelar. Patela centrada sem evidências de báscula significativa.

Afilamento das cartilagens de revestimento do compartimento femoropatelar com evidências de condropatia patelar acentuada sem edema ósseo subcondral.

Espessamento e irregularidade dos complexos ligamentares retináculo patelar medial e lateral.

Morfologia habitual da tróclea femoral.

Ligamento cruzado anterior de orientação, espessura e sinal preservado.

Ligamentos cruzado posterior íntegro. Sinais de estiramento de aspecto fibrocicatricial proximal dos ligamentos colaterais.

Meniscos com morfologia, dimensões e intensidade de sinal habituais sem sinais de rotura .

Ausência de derrame articular ou formações císticas periarticulares.

Musculatura de aspecto anatômico.

Impressão radiológica :

Rotura extensa e completa do tendão patelar com retração patelar superior e tecido fibrótico em projeção da nativa do tendão patelar.

Condropatia patelar acentuada sem edema ósseo subcondral.

Sinais de estiramento de aspecto fibrocicatricial proximal dos ligamentos colaterais.

Meniscos íntegros sem sinais de rotura.

Os achados de imagem devem ser correlacionados com história clínica, cirúrgica e terapêutica para sua valorização.

Revisor

Dr. Leandro Ferracini Campos

CRM:4807

FABIANE

NOVA IMAGEM MEDICINA DIAGNÓSTICA

Rua Auausta. 285 - Centro - Maceió - Alagoas - Fone: (82) 3201-6900

1



**Juízo de Direito - 6ª Vara Cível da Capital
Av. Presidente Roosevelt, 206, Fórum Desembargador Jairon Maia Fernandes,
Barro Duro - CEP 57045-900, Fone: 4009-3512, Maceió-AL - E-mail:
vcivel6@tjal.jus.br**

Autos nº 0731909-58.2018.8.02.0001

Ação: Procedimento Ordinário

Autor: Edgar Paulo dos Santos

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

DESPACHO

De acordo com a previsão do Art. 99, § 2, do NCPC, o juiz pode indeferir o pedido de gratuidade da justiça se houver nos autos elementos que evidenciem a falta dos pressupostos legais para a concessão do pedido, devendo, antes do indeferimento, determinar à parte a comprovação do preenchimento dos referidos pressupostos.

No caso dos autos, a parte Autora não juntou nenhum documento que comprovasse a sua hipossuficiência.

Assim, intime-se a parte Autora para comprovar presentes os pressupostos para concessão da gratuidade ou efetue o pagamento das custas, no prazo de 15(quinze) dias, sob pena de indeferimento da inicial.

Maceió, 30 de janeiro de 2019

**Maria Valéria Lins Calheiros
Juíza de Direito**



**Juízo de Direito da 6ª Vara Cível da Capital
Av. Presidente Roosevelt, 206, Fórum Desembargador Jairon Maia Fernandes,
Barro Duro - CEP 57045-900, Fone: 4009-3512, Maceió-AL - E-mail:
vcivel6@tjal.jus.br**

Autos n° 0731909-58.2018.8.02.0001

Ação: Procedimento Ordinário

Autor: Edgar Paulo dos Santos

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

DESPACHO

Defiro os benefícios da gratuidade da justiça, com base no Art. 98 e seguintes do CPC.

Encaminhem-se os autos ao CJUS, a fim de a Ré seja citada e intimada para comparecer a **audiência de conciliação, em conformidade com o art. 334, do CPC/2015**. Saliente-se às partes que, caso não possuam interesse na autocomposição, deverão informar por petição, no prazo de 10 (dez) dias de antecedência, contados da data da audiência (**art. 334, §5º, CPC/2015**).

Ressalte-se ainda que o **não comparecimento injustificado das partes à audiência de conciliação 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, conforme **art. 334, §8º**, do CPC/2015.

Ademais, o **prazo de 15 (quinze) dias para oferecimento de contestação pelo Réu se inicia da audiência de conciliação**, nos termos do **art. 335, I, do CPC/2015 ou do protocolo do pedido de cancelamento da audiência de conciliação**, nos termos do **art. 335, II**, na hipótese de ambas as partes manifestarem desinteresse na composição consensual.

Intimem-se.

Maceió(AL), 21 de maio de 2019.

**Orlando Rocha Filho
Juiz de Direito**

CERTIDÃO DE REMESSA DE RELAÇÃO

Certifico que o ato abaixo consta da relação nº 0156/2019, encaminhada para publicação.

Advogado	Forma
Stephanne Cleópatra Pereira Tani de Castro (OAB 13918/AL)	D.J

Teor do ato: "Defiro os benefícios da gratuidade da justiça, com base no Art. 98 e seguintes do CPC. Encaminhem-se os autos ao CJUS, a fim de a Ré seja citada e intimada para comparecer a audiência de conciliação, em conformidade com o art. 334, do CPC/2015. Saliente-se às partes que, caso não possuam interesse na autocomposição, deverão informar por petição, no prazo de 10 (dez) dias de antecedência, contados da data da audiência (art. 334, §5º, CPC/2015). Ressalte-se ainda que o não comparecimento injustificado das partes à audiência de conciliação 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, conforme art. 334, §8º, do CPC/2015. Ademais, o prazo de 15 (quinze) dias para oferecimento de contestação pelo Réu se inicia da audiência de conciliação, nos termos do art. 335, I, do CPC/2015 ou do protocolo do pedido de cancelamento da audiência de conciliação, nos termos do art. 335, II, na hipótese de ambas as partes manifestarem desinteresse na composição consensual. Intimem-se."

Maceió, 31 de maio de 2019.

CERTIDÃO DE PUBLICAÇÃO DE RELAÇÃO

Certifico que o ato abaixo, constante da relação nº 0156/2019, foi disponibilizado no Diário da Justiça Eletrônico em 03/06/2019. Considera-se data da publicação, o primeiro dia útil subsequente à data acima mencionada. O prazo terá início em 05/06/2019, conforme disposto no Código de Normas da Corregedoria Geral da Justiça.

Advogado	Prazo em dias	Término do prazo
Stephanne Cleópatra Pereira Tani de Castro (OAB 13918/AL)	15	04/07/2019

Teor do ato: "Defiro os benefícios da gratuidade da justiça, com base no Art. 98 e seguintes do CPC. Encaminhem-se os autos ao CJUS, a fim de a Ré seja citada e intimada para comparecer a audiência de conciliação, em conformidade com o art. 334, do CPC/2015. Saliente-se às partes que, caso não possuam interesse na autocomposição, deverão informar por petição, no prazo de 10 (dez) dias de antecedência, contados da data da audiência (art. 334, §5º, CPC/2015). Ressalte-se ainda que o não comparecimento injustificado das partes à audiência de conciliação 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, conforme art. 334, §8º, do CPC/2015. Ademais, o prazo de 15 (quinze) dias para oferecimento de contestação pelo Réu se inicia da audiência de conciliação, nos termos do art. 335, I, do CPC/2015 ou do protocolo do pedido de cancelamento da audiência de conciliação, nos termos do art. 335, II, na hipótese de ambas as partes manifestarem desinteresse na composição consensual. Intimem-se."

Maceió, 3 de junho de 2019.



**Juízo de Direito - CENTRO JUDICIÁRIO DE SOLUÇÃO DE CONFLITOS E
CIDADANIA-CJUS/PROCESSUAL**

**Av. Presidente Roosevelt, 206, Barro Duro - CEP 57045-900, Fone: (82) 4009-3707,
Maceió-AL - E-mail: centralconciliacao@tjal.jus.br**

Autos nº: 0731909-58.2018.8.02.0001

Ação: Procedimento Ordinário

Autor: Edgar Paulo dos Santos

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

ATO ORDINATÓRIO

Em cumprimento ao disposto no artigo 2.º, XLIV, do Provimento n.º 13/2009, da Corregedoria Geral da Justiça do Estado de Alagoas e, tendo sido pautada audiência de Conciliação, para o dia 17 de julho de 2019, às 17 horas, a seguir, passo a expedir os atos necessários à realização da mesma.

ADVERTÊNCIA: ART.334 §8º NCPC: " O não comparecimento injustificado do autor ou do réu à audiência de conciliação é considerado ato atentatório da justiça e será sancionado com a multa de até 2% (dois por cento) da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa, revertida em favor da União ou do Estado".Art 335, I NCPC: O réu poderá oferecer a Contestação no prazo de 15(quinze) dias da audiência de conciliação ou de mediação, ou da última sessão de conciliação, quando qualquer parte não comparecer ou, comparecendo, não houver auto composição". Art 335, I, NCPC: do protocolo do pedido de cancelamento da audiência de conciliação. Devem as partes comparecerem com seus advogados/ Defensores Públicos.

Maceió, 11 de junho de 2019

**Petrúcia Araújo Ferreira Santos
Analista Judiciário**



ESTADO DE ALAGOAS
PODER JUDICIÁRIO

Juízo de Direito da CENTRO JUDICIÁRIO DE SOLUÇÃO DE CONFLITOS E CIDADANIA-CJUS/PROCESSUAL
Av. Presidente Roosevelt, 206, Barro Duro - CEP 57045-900, Fone: (82) 4009-3707, Maceió-AL - E-mail: centralconciliacao@tjal.jus.br

CARTA DE CITAÇÃO E INTIMAÇÃO DE AUDIÊNCIA

Processo Digital nº:	0731909-58.2018.8.02.0001
Classe – Assunto:	Procedimento Ordinário - Acidente de Trânsito
Autor:	Edgar Paulo dos Santos
Réu:	Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A.
Data da Audiência:	17/07/2019 às 17:00h - Sala Sala de Audiância - 09

Destinatário:

Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A.

Rua Senador Dantas, 74, 5º, 6º, 9º, 14º e 15º andar, Centro

Rio de Janeiro-RJ

CEP 20031-205

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

Pela presente, comunico que perante este Juízo tramita a ação em epígrafe, da qual fica Vossa Senhoria **CITADO(A)**, bem como **INTIMADA(O)** a comparecer à **AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO**, ficando, ainda, ciente de que o recibo que acompanha esta carta valerá como comprovante que esta citação se efetuou.

ADVERTÊNCIA: ART.334 §8º NCPC: " O não comparecimento injustificado do autor ou do réu à audiência de conciliação é considerado ato atentatório da justiça e será sancionado com a multa de até 2% (dois por cento) da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa, revertida em favor da União ou do Estado". Art 335, I NCPC: O réu poderá oferecer a Contestação no prazo de 15(quinze) dias da audiência de conciliação ou de mediação, ou da última sessão de conciliação, quando qualquer parte não comparecer ou, comparecendo, não houver auto composição". Art 335, I, NCPC: do protocolo do pedido de cancelamento da audiência de conciliação. Devem as partes comparecerem com seus advogados/ Defensores Públicos.

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.

Maceió, 11 de junho de 2019. Petrúcia Araújo Ferreira Santos - Analista Judiciário.

CERTIDÃO DE REMESSA DE RELAÇÃO

Certifico que o ato abaixo consta da relação nº 0147/2019, encaminhada para publicação.

Advogado
Stephanne Cleópatra Pereira Tani de Castro (OAB
13918/AL)

Forma
D.J

Teor do ato: "Em cumprimento ao disposto no artigo 2º, XLIV, do Provimento nº 13/2009, da Corregedoria Geral da Justiça do Estado de Alagoas e, tendo sido pautada audiência de Conciliação, para o dia 17 de julho de 2019, às 17 horas, a seguir, passo a expedir os atos necessários à realização da mesma."

Maceió, 11 de junho de 2019.

CERTIDÃO DE PUBLICAÇÃO DE RELAÇÃO

Certifico que o ato abaixo, constante da relação nº 0147/2019, foi disponibilizado no Diário da Justiça Eletrônico em 12/06/2019. Considera-se data da publicação, o primeiro dia útil subsequente à data acima mencionada. O prazo terá início em 14/06/2019, conforme disposto no Código de Normas da Corregedoria Geral da Justiça.

Advogado	Prazo em dias	Término do prazo
Stephanne Cleópatra Pereira Tani de Castro (OAB 13918/AL)	5	02/07/2019

Teor do ato: "Em cumprimento ao disposto no artigo 2º, XLIV, do Provimento nº 13/2009, da Corregedoria Geral da Justiça do Estado de Alagoas e, tendo sido pautada audiência de Conciliação, para o dia 17 de julho de 2019, às 17 horas, a seguir, passo a expedir os atos necessários à realização da mesma."

Maceió, 12 de junho de 2019.