

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE:

Maria Lílara Mauro Barros, brasileira, solteira,
do lar, portadora de RG n° 3735846-4 SSP-AL
inscrita no CPF sob n° 120.686.144-48 Residente
e domiciliada na Rua Des. Olavo Lathiere, 31,
QD 'C-1', Maceió, Alagoas.

OUTORGADOS: CARLOS ROBERTO FERRAZ PLECH FILHO, brasileiro,
solteiro, advogado inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil,
Seção do Estado de Alagoas, sob o n.º 8628, inscrito no CPF sob
o n.º 048.679.764-31, com endereço profissional situado na Rua
Dr. Padre Donald, s/n.º, Sala 01, Cohab Velha, União dos
Palmares/AL.

PODERES: Confere o outorgante ao outorgado poderes para foro em
geral, investindo-se nos poderes da cláusula ad judicia, podendo
ainda transigir, confessar, desistir, receber e dar quitação bem
como substabelecer, com ou sem reserva.

União dos Palmares, 21 de junho de 2016.

maria lílara mauro Barros

OUTORGANTE

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu,
Maria Lívia Maria Barros,
brasileiro (a), sóteira, do lar,
portador (a) de RG n.º 3735846-4 SSP/Al.,
inscrito (a) no CPF sob o n.º 120.686.149-48,
residente e domiciliado(a) na
Lj. Pcs. Olavo Calheiros, 32, Q.D 'C-31,
Murici - Alagoas,
declaro, com a finalidade de obter os benefícios da Assistência Judiciária (art. 5º, LXXIV, CF/88 e lei nº 1.060/50), que não possuo condições econômico-financeiras de arcar com as custas processuais sem prejuízo de meu sustento próprio e/ou família.

União das Palmares, 21 de junho de 2016:

Maria Lívia Maria Barros

DECLARAÇÃO ANUAL DE ISENTO

Declaro para os devidos fins que sou isento
(a) de apresentar declaração de Imposto de Renda junto à Receita Federal (Lei 7.115/83), não possuindo condições financeiras para arcar com as custas processuais sem o prejuízo de meu sustento próprio, bem como de minha família.

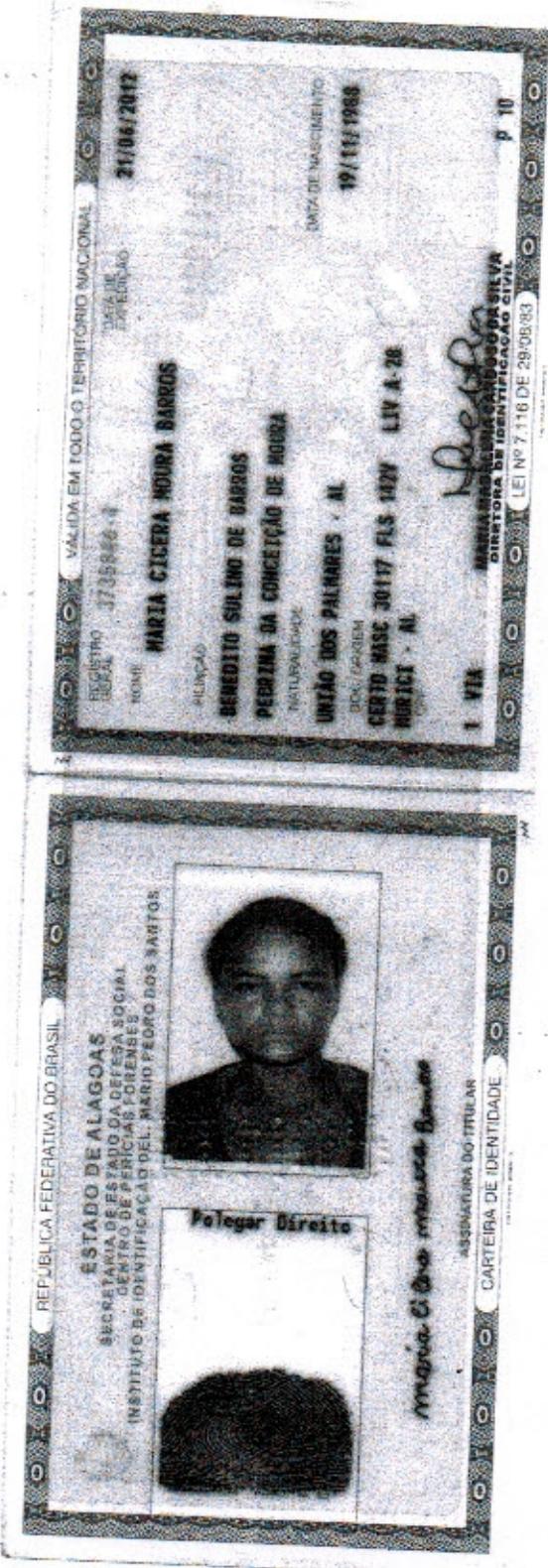
Chico de Almunes, 21 de julho de 2016.

Maria Líbera Maura Barros

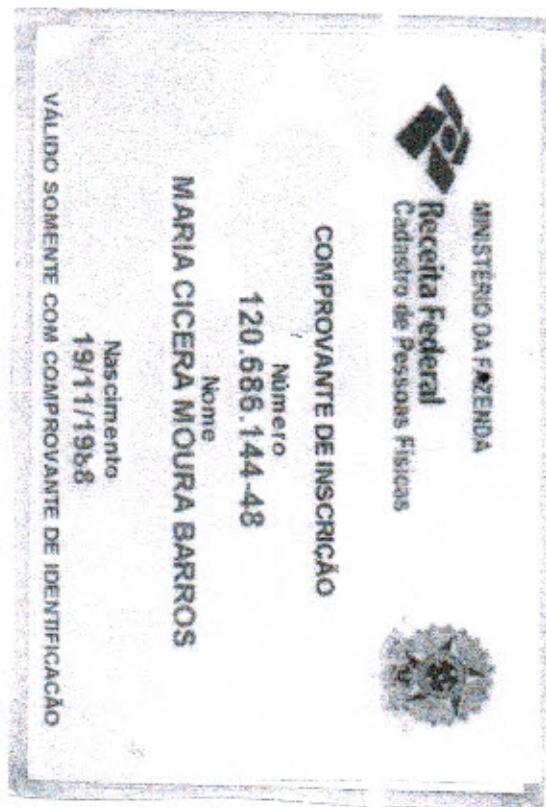
NOME: Maria Líbera Maura Barros

CPF n.º 120.686.144-48

RG n.º 3735846-4 SSP-AL



CÓDIGO DE CONTROLE	
65D1.ADBB.3DBC.4DD5	
A autenticidade deste comprovante deve ser confirmada na internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br	
Comprovante emitido pela	Secretaria da Fazenda Federal do Brasil
nas	10:53:53
do dia	04/03/2013 (hora e data de Brasília)
digito verificador:	00



**Eletrobras**

Distribuição Alagoas

Av. Fernandes Lima, nº 3349, Gruta de Lourdes - MACEIÓ-AL

CNPJ: 12.272.084/0001-00

IE: 24007177-8

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

Emitida Conforme Art. 123, Resolução 414/2010 da ANEEL

NF: 1022053

MARIA JEANE DA SILVA

CJ RES OLAVO CALHEIROS, 32 , QD C1

BAIRRO URBANO

57820000 MURICI

AL

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
12669652	05/2016	28/04/16 a 30/05/16
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
73	10/06/16	R\$ 37,79

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Eletrobras: 0800 082 0196

autenticação mecânica

recorte aqui

**Eletrobras**

Distribuição Alagoas

Av. Fernandes Lima, nº 3349, Gruta de Lourdes - MACEIÓ-AL

CNPJ: 12.272.084/0001-00

IE: 24007177-8

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
12669652	05/2016	R\$ 37,79

836200000005.377900030000.000000012666.965205160058



ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA
DE ESTADO DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

NUMERO: 0303-B/15-0148

fls. 13/1

DELEGACIA: 116º DP - Murici 11º DRP/DPJA3
FONE: 32861666 DATA/HORA COMUNICADO: 17/06/2015 17:02
DELEGACIA DESTINO: 116º DP - Murici 11º DRP/DPJA3

FATO

NATUREZA: LESÃO CORPORAL - ACIDENTE DE TRÂNSITO

INSTRUMENTO: Outros

DATA/HORA: 07/02/2015 15:00

LOCAL DO FATO: CONJUNTO OLAVO CALHEIROS Bairro não informado Municí

DIA DA SEMANA: 6 PONTO DE REFERÊNCIA:

COR	ESTADO CIVIL	NACIONALIDADE	DIA DA SEMANA	GRAU DE INSTRUÇÃO
1 BRANCO 4 PARDO	1 SOLTEIRO 4 SEPARADO	1 BRAS. NATO	1 SEG 4 QUI 7 DOM	1 ANALFABETO 4 NÍVEL MÉDIO
2 PRETO 5 SARADA	2 CASADO 5 AMASADO	2 BRAS. NATURALIZADO	2 TER 5 SEX	2 ALFABETIZADO 5 SUPERIOR
3 AMARELO 6 ALBINO	3 VIUVO	3 ESTRANGEIRO	3 QUA 6 SAB	3 FUNDAMENTAL

NOME / RAZÃO SOCIAL: MARIA CICERA MAURA DE BARROS

RG: 37358464

SEDS/AL

CPF: 12068614448

FILIAÇÃO: BENEDITO SULINO DE BARROS

PEDRINA DA CONCEIÇÃO DE MOURA

PROFISSÃO: Autônomo

DATA DE NASCIMENTO: 19/11/1988

IDADE: 26

COR:

SE: F

UF: AL NATURALIDADE: UNIÃO DOS PALMARES/AL

NACIONALIDADE: 1

ESTADO CIVIL: 1

GRAU INSTRUÇÃO: 3

TURISTA

ENDERECO: CONJUNTO OLAVO CALHEIROS

Nº

BAIRRO:

CIDADE: Murici

FONE

SE ()PM ()PF ()PC ()PRF ()BM ()GM ESPECIFICAR ()EM SERVIÇO ()FORA DE SERVIÇO ()NATIVO

AFINIDADE VITIMA -> AUTOR:

OCORRÊNCIA RELACIONADA A:

Nº 0303-B/15-0156

AUTOR: DESCONHECIDO

CIENTIFICADA QUE AS FALSAS DECLARAÇÕES PODEM OCASIONAR SANÇÕES PENais.

AFFIRMA A DECLARANTE QUE EM DATA, HORA E LOCAL SUPRAMENCIONADOS SOFREU UM ACIDENTE DE TRANSITO; QUE ESTAVA NA GARUPA DE UMA MOTOCICLETA, GUIADA POR UM MOTOTAXISTA; QUE O MOTOQUEIRO PERDEU O CONTROLE DA MOTO AO DERRAPAR EM UMA CURVA, TENDO SIDO ARREMEÇADA AO CHÃO; QUE SOFREU FRATURA NOS OSSO DA Perna; QUE FOI SOCORRIDO E ENCAMINHADO PARA O HGE EM MACEIO PELO SAMU; QUE NÃO SABE INFORMAR DADOS DO VEÍCULO EM QUE ESTAVA, NEM SABE DIZER O NOME DO MOTOTAXISTA; QUE ANEXOU A ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA OS COMPROVANTES DE QUE DEU ENTRADA NO HOSPITAL. NADA MAIS DISSE.

HISTÓRICO

NOTICIANTE:

ASS.: *Maria Cicera Maura de Barros*

ELABORADO POR: Gustavo Henrique Bezerra de Menezes

ASS.: _____

RG / MAT.: 027-2

AUTORIDADE: IGOR DIEGO VILELA COSTA

ASS.: _____

RG / MAT.: 044-2

ESCRIVÃO: Gustavo Henrique Bezerra de Menezes

ASS.: _____

RG / MAT.: 027-2



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

RELATÓRIO MÉDICO

PACIENTE: MARIA CICERA MOURA BARROS

D. N / IDADE: 19.11.1988

PRONTUÁRIO: 2244098

DATA DO ATENDIMENTO: 07.02.2015

HORA: 17h:35min

ALTA: 05.03.2015

CID: S 72

DIAGNÓSTICO: ➤ Trauma de coxa direita por acidente de transito.

TRATAMENTO: ➤ Cirúrgico.

ACHADO: ➤ Fratura de fêmur direito.

➤ Exames radiológicos e laboratoriais;

➤ Limpeza com soro fisiológico;

➤ Redução e fixação da fratura com placa e parafusos;

➤ Antibiótico;

➤ Analgesia;

➤ Clexane.

CONDUTA:

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

OBS.: Relato as informações constantes no prontuário.

Maceió, 12 de maio de 2015



HOSPITAL GERAL DO ESTADO DE ALAGOAS

FICHA DE ATENDIMENTO

Nº ATENDIMENTO: 2244098

DATA: 7/2/2015

HORA: 17:35:36

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

PACIENTE: MARIA CICERA MOURA BARROS

SEXO FEMININO DATA NASCIMENTO:

MÃE

IDADE: 24 ANOS

CPF

RG

RESPONSÁVEL: SAMU R

NACIONALIDADE: BRASIL

CIDADE MUNICIPAL

NATURAL DE ALAGOAS

BAIRRO:

CARTÃO SUS

LOGRADOURO: CONJ OLAVO CALHEIROS QD C1 N 34

OBSERVAÇÕES: NAO PORTAVA CARTAO SUS

TELEFONE:

9417-3563

DADOS DO ATENDIMENTO

MOTIVO ATENDIMENTO: ACIDENTE DE MOTO

FORMA DE CHEGADA: SAMU

PROCEDÊNCIA: MURICI

SETOR: AREA VERMELHA

ACIDENTE DE TRABALHO: NAO

CASO POLICIAL: NAO

PLANO DE SAÚDE: NAO

TRAUMA: NAO

VERMELHO

AMARELO

VERDE

AZUL

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Queixa Principal / História da Doença Atual:

Paciente vítima de quebra de moto, caiu e golpeou o lado direito da coxa, seguiu a correr com dificuldade, impossibilitada permanecer de pé, referindo dor local. Dolor intenso, surte-se e alergias. Coceira.

Exame Físico:

O paciente apresenta queixa de dor intensa na coxa direita e suspeita de fratura cervical cervical, com dor intensa no lado direito, impossibilitado permanecer de pé, referindo dor local. Dolor intenso, surte-se e alergias. Coceira.

Exames Complementares:

 RAIO-X SANGUE URINA TC LIQUOR ECG ULTRASSONOGRAFIA

Hipótese Diagnóstica:

Fratura em perna D, caviga com D

Conduta Clínica

- Rx de coxa D
- audições de ortopedia
- alta de cirurgia pélvica

Enfermagem

Folha de Rx

Assunto: Rx da paciente

Data: 07/02/2015

Assinatura: [Assinatura]

Número: 299378

BOLETIM OPERATÓRIO

SECRETARIA DE SAÚDE
PREFEITURA MUNICIPAL DE ALAGARÉ
PROFESSOR DILMÁRDO IRAMMO VOLPE

NOME:	Márcia Moreira Ferreira	REG.:	IDADE:
DATA DA CIRURGIA:	07/03/16	HORA-INÍCIO:	HORA-TÉRMINO:
MÉDICO:	Fernando de Britto	MÉDICO AUXILIAR:	
MÉDICO ANESTESISTA:	Lucas Corrêa	ACADÊMICO:	
DESCRIPÇÃO DO ATO CIRÚRGICO (ACESSO - ACHADOS - CONDUTA)			

1 Acesso:

- Fimbra da fáscia lateral da coxa ②

2 Achados:

- Freio e desprendimento da fáscia ③

3 Conduta:

- Antevertente a metade da coxa
- Invertente a fibra do plântano e hemostase
- Identificou-se o fio de ferro
- Fixação da pele e remoção da fáscia
- Fáscia de ferro → Placa DCP de 12Fus.
larg. de 95mm, com, 12 parafusos
fixado 5 parafusos 32, 2 parafusos 34, 2 parafusos
36, 2 parafusos 28, 1 um parafuso 38;
- Irrigação com SFC 0,9% e duas de sucres 4,5%
- Fechamento da ferida
- Curativo

Dr. Fernando Barros
Ortopedista - Traumatologista
CRM-AL 5211

ASS. DO RESPONSÁVEL PELA CIRURGIA - CRM

SE NECESSÁRIO USAR O VERSO

 SAMU 192	SERVIÇO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU FICHA DE ATENDIMENTO - USB					USB	DATA DA OCORRÊNCIA																																																																																																																																										
	NOME	<i>Maria Clara Moura Barros</i>				07/02/15	IDADE / DT. NASC.																																																																																																																																										
ENDERECO	<i>Av. Gláucio Catheiros Edif. C 1 N° 39</i>						FICHA - N°	381																																																																																																																																									
PONTO DE REFERÊNCIA							HORA DA CHAMADA	16:33																																																																																																																																									
<h3>CARACTERIZAÇÃO DA OCORRÊNCIA</h3> <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> CLÍNICO</td> <td><input type="checkbox"/> PARADA CARDIACA</td> <td><input type="checkbox"/> DIST. NEUROLÓGICOS</td> <td><input type="checkbox"/> DIST. GINECOLÓGICOS</td> <td><input type="checkbox"/> DESMAIO</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> INTOXICAÇÃO EXÓGENA</td> <td><input type="checkbox"/> DIST. ENDOCRINOLÓGICOS</td> <td><input type="checkbox"/> ASSIST. PARTO NORMAL</td> <td><input type="checkbox"/> TENTATIVA DE SUICÍDIO</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> DIST. CARDIOVASCULARES</td> <td><input type="checkbox"/> DIST. PSQUIATRICOS</td> <td><input type="checkbox"/> DIST. UROLÓGICOS</td> <td><input type="checkbox"/> OUTROS / OBSERVAÇÕES</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> DIST. RESPIRATÓRIOS</td> <td><input type="checkbox"/> DIST. MUSCULO-ESQUELÉTICOS</td> <td><input type="checkbox"/> DIST. OBSTÉTRICOS</td> <td><input type="checkbox"/> AFOGAMENTO</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> TRAUMA</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> OUTROS TRÂUMAS</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> AGRESSÃO FÍSICA</td> <td><input type="checkbox"/> QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA</td> <td><input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> AGRESSÃO POR ARMA BRANCA</td> <td><input type="checkbox"/> CHOQUE ELÉTRICO</td> <td><input type="checkbox"/> PEDESTRE</td> <td><input type="checkbox"/> PEDESTRE</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> AGRESSÃO POR ARMA DE FOGO</td> <td><input type="checkbox"/> QUEMADURA</td> <td><input type="checkbox"/> BICICLETA</td> <td><input type="checkbox"/> BICICLETA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> MORDEDURA ANIMAL DOMÉSTICO</td> <td><input type="checkbox"/> ESMAGAMENTO</td> <td><input type="checkbox"/> MOTOCICLETA</td> <td><input type="checkbox"/> MOTOCICLETA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> MORDEDURA ANIMAL SILVESTRE</td> <td><input type="checkbox"/> POR OBJETO CONTUNDENTE</td> <td><input type="checkbox"/> CARRO</td> <td><input type="checkbox"/> CARRO</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> QUEDA DE ALTURA</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> CAMINHÃO / ÔNIBUS</td> <td><input type="checkbox"/> CAMINHÃO / ÔNIBUS</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> OUTROS</td> <td><input type="checkbox"/> OUTROS</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">METROS</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>LOCAL DO ATENDIMENTO</td> <td>PROTEÇÃO</td> <td colspan="3">SITUAÇÃO DA VITIMA</td> <td>POSIÇÃO DA VITIMA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> CASA</td> <td><input type="checkbox"/> CAPACETE</td> <td><input type="checkbox"/> PEDESTRE</td> <td><input type="checkbox"/> PEDESTRE</td> <td><input type="checkbox"/> PEDESTRE</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> APARTAMENTO</td> <td><input type="checkbox"/> CINTO DE SEGURANÇA</td> <td><input type="checkbox"/> BICICLETA</td> <td><input type="checkbox"/> BICICLETA</td> <td><input type="checkbox"/> CONDUTOR</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> FAZELA</td> <td><input type="checkbox"/> NÃO USAVA</td> <td><input type="checkbox"/> MOTOCICLETA</td> <td><input type="checkbox"/> MOTOCICLETA</td> <td><input type="checkbox"/> CARONA/GARUPA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> VIA PÚBLICA</td> <td><input type="checkbox"/> NÃO OBSERVADO</td> <td><input type="checkbox"/> CARRO</td> <td><input type="checkbox"/> CARRO</td> <td><input type="checkbox"/> BANCO TRASEIRO</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> OUTROS</td> <td><input type="checkbox"/> OBSERVAÇÕES:</td> <td><input type="checkbox"/> CAMINHÃO / ÔNIBUS</td> <td><input type="checkbox"/> CAMINHÃO / ÔNIBUS</td> <td><input type="checkbox"/> CARROCERIA</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> OUTROS</td> <td><input type="checkbox"/> OUTROS</td> <td><input type="checkbox"/> OUTROS</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>DAPOTAMENTO?</td> <td><input type="checkbox"/> SIM</td> <td><input type="checkbox"/> NÃO</td> <td>EJEÇÃO DO VEÍCULO?</td> <td><input type="checkbox"/> SIM</td> </tr> </table>									<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> PARADA CARDIACA	<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. PSQUIATRICOS	<input type="checkbox"/> DIST. UROLÓGICOS	<input type="checkbox"/> OUTROS / OBSERVAÇÕES		<input type="checkbox"/> DIST. RESPIRATÓRIOS	<input type="checkbox"/> DIST. MUSCULO-ESQUELÉTICOS	<input type="checkbox"/> DIST. OBSTÉTRICOS	<input type="checkbox"/> AFOGAMENTO		<input type="checkbox"/> TRAUMA					<input type="checkbox"/> OUTROS TRÂUMAS					<input type="checkbox"/> AGRESSÃO FÍSICA	<input type="checkbox"/> QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA	<input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO			<input type="checkbox"/> AGRESSÃO POR ARMA BRANCA	<input type="checkbox"/> CHOQUE ELÉTRICO	<input type="checkbox"/> PEDESTRE	<input type="checkbox"/> PEDESTRE	<input type="checkbox"/> AGRESSÃO POR ARMA DE FOGO	<input type="checkbox"/> QUEMADURA	<input type="checkbox"/> BICICLETA	<input type="checkbox"/> BICICLETA	<input type="checkbox"/> MORDEDURA ANIMAL DOMÉSTICO	<input type="checkbox"/> ESMAGAMENTO	<input type="checkbox"/> MOTOCICLETA	<input type="checkbox"/> MOTOCICLETA	<input type="checkbox"/> MORDEDURA ANIMAL SILVESTRE	<input type="checkbox"/> POR OBJETO CONTUNDENTE	<input type="checkbox"/> CARRO	<input type="checkbox"/> CARRO	<input type="checkbox"/> QUEDA DE ALTURA		<input type="checkbox"/> CAMINHÃO / ÔNIBUS	<input type="checkbox"/> CAMINHÃO / ÔNIBUS			<input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> OUTROS						METROS						LOCAL DO ATENDIMENTO	PROTEÇÃO	SITUAÇÃO DA VITIMA			POSIÇÃO DA VITIMA	<input type="checkbox"/> CASA	<input type="checkbox"/> CAPACETE	<input type="checkbox"/> PEDESTRE	<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"/> BICICLETA	<input type="checkbox"/> CONDUTOR	<input type="checkbox"/> FAZELA	<input type="checkbox"/> NÃO USAVA	<input type="checkbox"/> MOTOCICLETA	<input type="checkbox"/> MOTOCICLETA	<input type="checkbox"/> CARONA/GARUPA	<input type="checkbox"/> VIA PÚBLICA	<input type="checkbox"/> NÃO OBSERVADO	<input type="checkbox"/> CARRO	<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"/> CAMINHÃO / ÔNIBUS	<input type="checkbox"/> CARROCERIA			<input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> OUTROS													DAPOTAMENTO?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	EJEÇÃO DO VEÍCULO?	<input type="checkbox"/> SIM														
<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> PARADA CARDIACA	<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. PSQUIATRICOS	<input type="checkbox"/> DIST. UROLÓGICOS	<input type="checkbox"/> OUTROS / OBSERVAÇÕES																																																																																																																																														
<input type="checkbox"/> DIST. RESPIRATÓRIOS	<input type="checkbox"/> DIST. MUSCULO-ESQUELÉTICOS	<input type="checkbox"/> DIST. OBSTÉTRICOS	<input type="checkbox"/> AFOGAMENTO																																																																																																																																														
<input type="checkbox"/> TRAUMA																																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> OUTROS TRÂUMAS																																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> AGRESSÃO FÍSICA	<input type="checkbox"/> QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA	<input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO																																																																																																																																															
<input type="checkbox"/> AGRESSÃO POR ARMA BRANCA	<input type="checkbox"/> CHOQUE ELÉTRICO	<input type="checkbox"/> PEDESTRE	<input type="checkbox"/> PEDESTRE																																																																																																																																														
<input type="checkbox"/> AGRESSÃO POR ARMA DE FOGO	<input type="checkbox"/> QUEMADURA	<input type="checkbox"/> BICICLETA	<input type="checkbox"/> BICICLETA																																																																																																																																														
<input type="checkbox"/> MORDEDURA ANIMAL DOMÉSTICO	<input type="checkbox"/> ESMAGAMENTO	<input type="checkbox"/> MOTOCICLETA	<input type="checkbox"/> MOTOCICLETA																																																																																																																																														
<input type="checkbox"/> MORDEDURA ANIMAL SILVESTRE	<input type="checkbox"/> POR OBJETO CONTUNDENTE	<input type="checkbox"/> CARRO	<input type="checkbox"/> CARRO																																																																																																																																														
<input type="checkbox"/> QUEDA DE ALTURA		<input type="checkbox"/> CAMINHÃO / ÔNIBUS	<input type="checkbox"/> CAMINHÃO / ÔNIBUS																																																																																																																																														
		<input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> OUTROS																																																																																																																																														
METROS																																																																																																																																																	
LOCAL DO ATENDIMENTO	PROTEÇÃO	SITUAÇÃO DA VITIMA			POSIÇÃO DA VITIMA																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> CASA	<input type="checkbox"/> CAPACETE	<input type="checkbox"/> PEDESTRE	<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"/> BICICLETA	<input type="checkbox"/> CONDUTOR																																																																																																																																													
<input type="checkbox"/> FAZELA	<input type="checkbox"/> NÃO USAVA	<input type="checkbox"/> MOTOCICLETA	<input type="checkbox"/> MOTOCICLETA	<input type="checkbox"/> CARONA/GARUPA																																																																																																																																													
<input type="checkbox"/> VIA PÚBLICA	<input type="checkbox"/> NÃO OBSERVADO	<input type="checkbox"/> CARRO	<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"/> CAMINHÃO / ÔNIBUS	<input type="checkbox"/> CARROCERIA																																																																																																																																													
		<input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> OUTROS																																																																																																																																													
		DAPOTAMENTO?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	EJEÇÃO DO VEÍCULO?	<input type="checkbox"/> SIM																																																																																																																																											
<h3>AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM</h3> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">VIAS AÉREAS</td> <td colspan="7">OBSERVAÇÕES</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> LIVRES</td> <td><input type="checkbox"/> OBSTRUÍDAS</td> <td colspan="7"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> CIANOSE</td> <td></td> <td colspan="7"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">RESPIRAÇÃO E CIRCULAÇÃO</td> <td>PULSO</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> PALPÁVEL</td> <td colspan="2">PRESSÃO ARTERIAL</td> <td>OXIMETRIA</td> <td>PÔLEGA</td> </tr> <tr> <td>FREQ. RESP.</td> <td>38</td> <td><input type="checkbox"/> LESÃO TORÁCICA</td> <td></td> <td>EDEMA?</td> <td><input type="checkbox"/> SIM</td> <td><input type="checkbox"/> NÃO</td> <td>70 X 90</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>1+</td> </tr> <tr> <td colspan="2">DANO NEUROLÓGICO</td> <td colspan="7">SINAL DE ALERTA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ALERTA</td> <td><input type="checkbox"/> INCONSCIENTE</td> <td><input type="checkbox"/> CEFALÉIA</td> <td><input type="checkbox"/> COMATOSO</td> <td colspan="4"><input type="checkbox"/> RINORRAGIA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> RESPOSTA VERBAL</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> AMNÉSIA</td> <td><input type="checkbox"/> CHOROSO</td> <td colspan="4"><input type="checkbox"/> OTORRAGIA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> RESPOSTA DOR</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> NAUSEAS / VÓMITOS</td> <td><input type="checkbox"/> AGITADO</td> <td colspan="4"><input type="checkbox"/> PERDA DE MASSA ENCEFALICA</td> </tr> <tr> <td colspan="2">ATENDIMENTO A GESTANTE (PREENCHER APENAS PARA DIST. OBSTÉTRICOS E ASSIST. PARTO NORMAL)</td> <td colspan="7"></td> </tr> <tr> <td>ÚLTIMA MENSTRUAÇÃO (DATA)</td> <td>GESTA</td> <td>PARA</td> <td>CESARIA</td> <td>ABORTO</td> <td>SANGRAMENTO VAGINAL?</td> <td colspan="2">CONTRAÇÕES?</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> SIM</td> <td><input type="checkbox"/> NÃO</td> <td><input type="checkbox"/> SIM</td> <td><input type="checkbox"/> NÃO</td> </tr> <tr> <td colspan="2">HÁ ABORTO PROVOCADO?</td> <td colspan="2">FAZ PRÉ-NATAL?</td> <td colspan="5">PERDA DE LÍQUIDO</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> SIM</td> <td><input type="checkbox"/> NÃO</td> <td><input type="checkbox"/> SIM</td> <td><input type="checkbox"/> NÃO</td> <td><input type="checkbox"/> SIM</td> <td><input type="checkbox"/> NÃO</td> <td colspan="3">FREQUÊNCIA (EM 10 MIN)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">IDADE GESTACIONAL (SEMANAS)</td> <td colspan="2">CONSULTAS:</td> <td colspan="5">OUTRAS OBSERVAÇÕES SOBRE A GESTAÇÃO</td> </tr> </table>									VIAS AÉREAS		OBSERVAÇÕES							<input type="checkbox"/> LIVRES	<input type="checkbox"/> OBSTRUÍDAS								<input type="checkbox"/> CIANOSE									RESPIRAÇÃO E CIRCULAÇÃO		PULSO	<input checked="" type="checkbox"/> PALPÁVEL	PRESSÃO ARTERIAL		OXIMETRIA	PÔLEGA	FREQ. RESP.	38	<input type="checkbox"/> LESÃO TORÁCICA		EDEMA?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	70 X 90								1+	DANO NEUROLÓGICO		SINAL DE ALERTA							<input type="checkbox"/> ALERTA	<input type="checkbox"/> INCONSCIENTE	<input type="checkbox"/> CEFALÉIA	<input type="checkbox"/> COMATOSO	<input type="checkbox"/> RINORRAGIA				<input type="checkbox"/> RESPOSTA VERBAL		<input type="checkbox"/> AMNÉSIA	<input type="checkbox"/> CHOROSO	<input type="checkbox"/> OTORRAGIA				<input type="checkbox"/> RESPOSTA DOR		<input type="checkbox"/> NAUSEAS / VÓMITOS	<input type="checkbox"/> AGITADO	<input type="checkbox"/> PERDA DE MASSA ENCEFALICA				ATENDIMENTO A GESTANTE (PREENCHER APENAS PARA DIST. OBSTÉTRICOS E ASSIST. PARTO NORMAL)									ÚLTIMA MENSTRUAÇÃO (DATA)	GESTA	PARA	CESARIA	ABORTO	SANGRAMENTO VAGINAL?	CONTRAÇÕES?							<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	HÁ ABORTO PROVOCADO?		FAZ PRÉ-NATAL?		PERDA DE LÍQUIDO					<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	FREQUÊNCIA (EM 10 MIN)			IDADE GESTACIONAL (SEMANAS)		CONSULTAS:		OUTRAS OBSERVAÇÕES SOBRE A GESTAÇÃO				
VIAS AÉREAS		OBSERVAÇÕES																																																																																																																																															
<input type="checkbox"/> LIVRES	<input type="checkbox"/> OBSTRUÍDAS																																																																																																																																																
<input type="checkbox"/> CIANOSE																																																																																																																																																	
RESPIRAÇÃO E CIRCULAÇÃO		PULSO	<input checked="" type="checkbox"/> PALPÁVEL	PRESSÃO ARTERIAL		OXIMETRIA	PÔLEGA																																																																																																																																										
FREQ. RESP.	38	<input type="checkbox"/> LESÃO TORÁCICA		EDEMA?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	70 X 90																																																																																																																																										
							1+																																																																																																																																										
DANO NEUROLÓGICO		SINAL DE ALERTA																																																																																																																																															
<input type="checkbox"/> ALERTA	<input type="checkbox"/> INCONSCIENTE	<input type="checkbox"/> CEFALÉIA	<input type="checkbox"/> COMATOSO	<input type="checkbox"/> RINORRAGIA																																																																																																																																													
<input type="checkbox"/> RESPOSTA VERBAL		<input type="checkbox"/> AMNÉSIA	<input type="checkbox"/> CHOROSO	<input type="checkbox"/> OTORRAGIA																																																																																																																																													
<input type="checkbox"/> RESPOSTA DOR		<input type="checkbox"/> NAUSEAS / VÓMITOS	<input type="checkbox"/> AGITADO	<input type="checkbox"/> PERDA DE MASSA ENCEFALICA																																																																																																																																													
ATENDIMENTO A GESTANTE (PREENCHER APENAS PARA DIST. OBSTÉTRICOS E ASSIST. PARTO NORMAL)																																																																																																																																																	
ÚLTIMA MENSTRUAÇÃO (DATA)	GESTA	PARA	CESARIA	ABORTO	SANGRAMENTO VAGINAL?	CONTRAÇÕES?																																																																																																																																											
					<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO																																																																																																																																									
HÁ ABORTO PROVOCADO?		FAZ PRÉ-NATAL?		PERDA DE LÍQUIDO																																																																																																																																													
<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	FREQUÊNCIA (EM 10 MIN)																																																																																																																																											
IDADE GESTACIONAL (SEMANAS)		CONSULTAS:		OUTRAS OBSERVAÇÕES SOBRE A GESTAÇÃO																																																																																																																																													

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIENCIAS DA SAUDE DE ALAGOAS
CENTRO DE PATOLOGIA E MEDICINA LABORATORIAL

fls. 18

02/03/2015

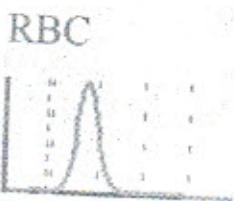
Nome: MARIA CICERA
Last Name: MARIA CICERA
ID DOENTE: 1.12264/2244098
Patient Comment:

Sample No. 120
Comentário: MARIA CICERA
Sex
Birth
Rack No.
Tube Pos. 1
2

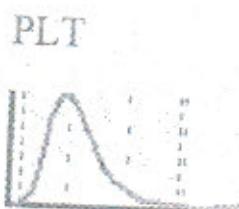
Positivo

Dif.

RBC 4.07 [$10^6/\mu\text{L}$]
HGB 12.7 [g/dL]
HCT 35.5 [%]
MCV 89.7 [μL]
MCH 31.2 [μg]
MCHC 34.8 [$\mu\text{g}/\mu\text{L}$]
RDW-SD 41.0 [μL]
RDW-CV 12.7 [%]



PLT 352 [$10^3/\mu\text{L}$]
MPV 11.7 [μL]



WBC 8.55 [$10^3/\mu\text{L}$]
DIFF:
NEUT# 3.33 [$10^3/\mu\text{L}$]
LYMPH# 2.21 [$10^3/\mu\text{L}$]
MONO# 0.84 + [$10^3/\mu\text{L}$]
EO 2.09 + [$10^3/\mu\text{L}$]
BASO# 0.08 [$10^3/\mu\text{L}$]



WBC Mensagem IP

RBC Mensagem IP

PLT Mensagem IP

Neutropenia
Eosinofilia

Luana Souza de SOUZA
Farmacia - UFP/UFAL

2:44:49

Analizador: XE-2100-1

2244098
q.05h
03/03/15

CLB FILHO N 25



fls. 20

SINISTRO 3150637160 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MARIA CICERA MOURA BARROS
COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO GENTE SEGURADORA S/A
BENEFICIÁRIO MARIA CICERA MOURA BARROS
CPF/CNPJ: 12068614448

Posição em 07-07-2016 15:15:13

Pagamento creditado ao beneficiário de acordo com os dados informados na autorização de pagamento.

R. 725,00



**Juízo de Direito - Vara do Único Ofício de Murici
Parque Res. Antenor Marinho de Melo, 2, . - CEP 57820-000, Fone: 3286-1334,
Murici-AL - E-mail: murici@tjal.jus.br**

Autos nº: 0700465-40.2016.8.02.0045

Ação: Procedimento Ordinário

Autor: Maria Cícera Moura Barros

Réu: Companhia Excelsior de Seguros S/A

DECISÃO

Vistos etc.

Inexistindo reparos na exordial postulada, alcançados estão os requisitos essenciais para a sua propositura.

Diante do insucesso das conciliações em ações desta natureza, deixo de designá-la nos presentes autos.

Cite-se o réu no prazo de 15 (quinze) dias, a ser contado na forma prevista no art. 335, do NCPC.

Nomeio o Dr. Marcello Roter Martins Santos, para atuar como perito, com currículo já carreado aos autos, uma vez que ausente especialista em Ortopedia atualmente cadastrado no Banco de Peritos do TJAL, tendo em vista a necessidade de se produzir prova acerca da incapacidade da parte autora, em caso positivo, se ela decorre de fato descrito na inicial e a respectiva intensidade.

Para agilizar a elaboração do laudo pericial, deverão ambas as partes e o perito serem intimados para comparecerem à sala de audiências deste Fórum no dia 22.05.2019, às 9:30 horas. A intimação do autor para perícia se dará de maneira pessoal, conforme entendimento consolidado do STJ, sendo certo que sua ausência ensejará na resolução do mérito pela improcedência do pedido.

Levando em consideração a complexidade da matéria, o lugar, e o tempo exigido para a prestação do serviço e as peculiaridades regionais, fixo os honorários periciais em R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais) a ser adiantado integralmente por meio de depósito judicial pela parte ré, nos termos do Convênio n. 48/2018 do TJAL que fixou valores das perícias judiciais a serem observados pelos magistrados de Alagoas.

O perito deve responder sucintamente aos seguintes quesitos enumerados, podendo fazer outras observações que entenda pertinentes acerca da incapacidade da parte autora:



**Juízo de Direito - Vara do Único Ofício de Murici
Parque Res. Antenor Marinho de Melo, 2, . - CEP 57820-000, Fone: 3286-1334,
Murici-AL - E-mail: murici@tjal.jus.br**

1) Pelas características da lesão, pode-se afirmar que ela decorreu de acidente automobilístico?

2) A natureza da lesão que acomete à autora acarreta invalidez permanente ou transitória para o trabalho e/ou atividades habituais, ou apenas debilidade permanente ou transitória? (Em caso da resposta ser debilidade, os demais quesitos restarão prejudicados).

3) Em se tratando de hipótese de invalidez permanente, ela se apresenta como total ou parcial?

4) Em se tratando de hipótese de invalidez permanente total, qual o enquadramento da lesão de acordo com as seguintes hipóteses da tabela DPVAT?

a) perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;

b) perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés.

c) perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior ou de um membro inferior.

d) perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral.

e) lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante, impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal, perda completa do controle esfíncteriano ou comprometimento de função vital ou autonômica.

f) lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital.

5) Em sendo hipótese de invalidez permanente parcial, ela se apresenta como completa ou incompleta?

6) Em sendo hipótese de invalidez permanente parcial completa, qual o enquadramento da lesão de acordo com as seguintes hipóteses da tabela DPVAT?

a) perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos.

b) perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores.



**Juízo de Direito - Vara do Único Ofício de Murici
Parque Res. Antenor Marinho de Melo, 2, . - CEP 57820-000, Fone: 3286-1334,
Murici-AL - E-mail: murici@tjal.jus.br**

- c) perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés.
- d) perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho.
- e) perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar.
- f) perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo.
- g) perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral, exceto o sacral.
- h) perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre outros dedos da mão.
- i) perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé.
- j) perda integral (retirada cirúrgica) do baço.

7) Em sendo hipótese de invalidez permanente parcial incompleta e em sendo enquadrado em uma das hipóteses da tabela DPVAT do quesito anterior, as perdas se apresentaram de repercussão intensa, de repercussão médica, de repercussão leve ou de sequelas residuais?

Deverá o perito, ainda, responder a eventuais quesitos apresentados previamente pelas partes, no que forem diversos do ora indicados, cabendo às partes carreá-los ao tempo da impugnação do perito, acaso assim já não tenham procedido.

Caso entenda pertinente, o perito pode adotar laudo conclusivo próprio sem adotar a quesitação acima delineada.

Intime-se o perito por *e-mail* (marcelloroter@gmail.com) para que se manifeste acerca da aceitação do múnus e proposta de honorários em 5 (cinco) dias e, em seguida, intimem-se as partes em idêntico prazo para se manifestarem acerca dos honorários.

Havendo concordância da parte ré e acaso já exista algum valor depositado em juízo pelo demandado a título de honorários periciais vinculado a este processo, faz-se oportuno nesse momento a sua complementação em 10 (dez) dias, uma vez que competirá ao réu o adiantamento integral dos honorários periciais.

Em continuidade, intimem-se as partes para, acaso assim já não tenham



**Juízo de Direito - Vara do Único Ofício de Murici
Parque Res. Antenor Marinho de Melo, 2, . - CEP 57820-000, Fone: 3286-1334,
Murici-AL - E-mail: murici@tjal.jus.br**

procedido, com a indicação de assistentes técnicos, impugnação do perito e para a apresentação de quesitos, nos moldes do art. 465, §1º, do NCPC, respeitado o prazo de 15 (quinze) dias para tanto.

Cumprida a diligência, dê-se vistas do laudo pericial às partes para se manifestarem, no prazo comum também de 15 (quinze) dias, nos termos do art. 477, §1º, do NCPC.

Tão logo findada a perícia, proceda-se com expedição de alvará de transferência dos honorários periciais depositados em juízo pelo réu para conta bancária do Banco do Brasil, Agência 597-5, conta corrente 105232-2, de titularidade do Sr. Perito Marcello Roter Marins dos Santos, CRM 7228/AL, CPF 078.783.247-27.

Por fim, conclusos para sentença.

Murici , 03 de abril de 2019.

**Emanuela Bianca de Oliveira Porangaba
Juíza de Direito**

CERTIDÃO DE REMESSA DE RELAÇÃO

Certifico que o ato abaixo consta da relação nº 0222/2019, encaminhada para publicação.

Advogado
 Carlos Roberto Ferraz Plech Filho (OAB 8628/AL)

Forma
 D.J

Teor do ato: "Autos nº: 0700465-40.2016.8.02.0045 Ação: Procedimento Ordinário Autor: Maria Cícera Moura Barros Réu: Companhia Excelsior de Seguros S/A DECISÃO Vistos etc. Inexistindo reparos na exordial postulada, alcançados estão os requisitos essenciais para a sua propositura. Diante do insucesso das conciliações em ações desta natureza, deixo de designá-la nos presentes autos. Cite-se o réu no prazo de 15 (quinze) dias, a ser contado na forma prevista no art. 335, do NCPC. Nomeio o Dr. Marcello Roter Martins Santos, para atuar como perito, com currículo já carreado aos autos, uma vez que ausente especialista em Ortopedia atualmente cadastrado no Banco de Peritos do TJAL, tendo em vista a necessidade de se produzir prova acerca da incapacidade da parte autora, em caso positivo, se ela decorre de fato descrito na inicial e a respectiva intensidade. Para agilizar a elaboração do laudo pericial, deverão ambas as partes e o perito serem intimados para comparecerem à sala de audiências deste Fórum no dia 22.05.2019, às 9:30 horas. A intimação do autor para perícia se dará de maneira pessoal, conforme entendimento consolidado do STJ, sendo certo que sua ausência ensejará na resolução do mérito pela improcedência do pedido. Levando em consideração a complexidade da matéria, o lugar, e o tempo exigido para a prestação do serviço e as peculiaridades regionais, fixo os honorários periciais em R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais) a ser adiantado integralmente por meio de depósito judicial pela parte ré, nos termos do Convênio n. 48/2018 do TJAL que fixou valores das perícias judiciais a serem observados pelos magistrados de Alagoas. O perito deve responder sucintamente aos seguintes quesitos enumerados, podendo fazer outras observações que entenda pertinentes acerca da incapacidade da parte autora: 1) Pelas características da lesão, pode-se afirmar que ela decorreu de acidente automobilístico? 2) A natureza da lesão que acomete à autora acarreta invalidez permanente ou transitória para o trabalho e/ou atividades habituais, ou apenas debilidade permanente ou transitória? (Em caso da resposta ser debilidade, os demais quesitos restarão prejudicados). 3) Em se tratando de hipótese de invalidez permanente, ela se apresenta como total ou parcial? 4) Em se tratando de hipótese de invalidez permanente total, qual o enquadramento da lesão de acordo com as seguintes hipóteses da tabela DPVAT? a) perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores; b) perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés. c) perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior ou de um membro inferior. d) perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral. e) lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante, impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal, perda completa do controle esfíncteriano ou comprometimento de função vital ou autonômica. f) lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital. 5) Em sendo hipótese de invalidez permanente parcial, ela se apresenta como completa ou incompleta? 6) Em sendo hipótese de invalidez permanente parcial completa, qual o enquadramento da lesão de acordo com as seguintes hipóteses da tabela DPVAT? a) perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos. b) perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores. c) perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés. d) perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho. e) perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar. f) perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo. g) perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral, exceto o sacral. h) perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre outros dedos da mão. i) perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé. j) perda integral (retirada cirúrgica) do baço. 7) Em sendo hipótese de invalidez permanente parcial incompleta e em sendo enquadrado em uma das hipóteses da tabela DPVAT do quesito anterior, as perdas se apresentaram de repercussão intensa, de repercussão médica, de repercussão leve ou de sequelas residuais? Deverá o perito, ainda, responder a eventuais quesitos apresentados previamente pelas partes, no que forem diversos do ora indicados, cabendo às partes carreá-los ao tempo da impugnação do perito, acaso assim já não tenham procedido. Caso entenda pertinente, o perito

pode adotar laudo conclusivo próprio sem adotar a quesitação acima delineada. Intime-se o perito por e-mail (marcelloroter@gmail.com) para que se manifeste acerca da aceitação do múnus e proposta de honorários em 5 (cinco) dias e, em seguida, intimem-se as partes em idêntico prazo para se manifestarem acerca dos honorários. Havendo concordância da parte ré e acaso já exista algum valor depositado em juízo pelo demandado a título de honorários periciais vinculado a este processo, faz-se oportuno nesse momento a sua complementação em 10 (dez) dias, uma vez que competirá ao réu o adiantamento integral dos honorários periciais. Em continuidade, intimem-se as partes para, acaso assim já não tenham procedido, com a indicação de assistentes técnicos, impugnação do perito e para a apresentação de quesitos, nos moldes do art. 465, §1º, do NCPC, respeitado o prazo de 15 (quinze) dias para tanto. Cumprida a diligência, dê-se vistas do laudo pericial às partes para se manifestarem, no prazo comum também de 15 (quinze) dias, nos termos do art. 477, §1º, do NCPC. Tão logo findada a perícia, proceda-se com expedição de alvará de transferência dos honorários periciais depositados em juízo pelo réu para conta bancária do Banco do Brasil, Agência 597-5, conta corrente 105232-2, de titularidade do Sr. Perito Marcello Roter Marins dos Santos, CRM 7228/AL, CPF 078.783.247-27. Por fim, conclusos para sentença. Murici , 03 de abril de 2019. Emanuela Bianca de Oliveira Porangaba Juíza de Direito"

Murici, 3 de abril de 2019.

CERTIDÃO DE PUBLICAÇÃO DE RELAÇÃO

Certifico que o ato abaixo, constante da relação nº 0222/2019, foi disponibilizado no Diário da Justiça Eletrônico em 04/04/2019. Considera-se data da publicação, o primeiro dia útil subsequente à data acima mencionada. O prazo terá início em 08/04/2019, conforme disposto no Código de Normas da Corregedoria Geral da Justiça.

Advogado	Prazo em dias	Término do prazo
Carlos Roberto Ferraz Plech Filho (OAB 8628/AL)	5	12/04/2019

Teor do ato: "Autos nº: 0700465-40.2016.8.02.0045 Ação: Procedimento Ordinário Autor: Maria Cícera Moura Barros Réu: Companhia Excelsior de Seguros S/A DECISÃO Vistos etc. Inexistindo reparos na exordial postulada, alcançados estão os requisitos essenciais para a sua propositura. Diante do insucesso das conciliações em ações desta natureza, deixo de designá-la nos presentes autos. Cite-se o réu no prazo de 15 (quinze) dias, a ser contado na forma prevista no art. 335, do NCPC. Nomeio o Dr. Marcello Roter Martins Santos, para atuar como perito, com currículo já carreado aos autos, uma vez que ausente especialista em Ortopedia atualmente cadastrado no Banco de Peritos do TJAL, tendo em vista a necessidade de se produzir prova acerca da incapacidade da parte autora, em caso positivo, se ela decorre de fato descrito na inicial e a respectiva intensidade. Para agilizar a elaboração do laudo pericial, deverão ambas as partes e o perito serem intimados para comparecerem à sala de audiências deste Fórum no dia 22.05.2019, às 9:30 horas. A intimação do autor para perícia se dará de maneira pessoal, conforme entendimento consolidado do STJ, sendo certo que sua ausência ensejará na resolução do mérito pela improcedência do pedido. Levando em consideração a complexidade da matéria, o lugar, e o tempo exigido para a prestação do serviço e as peculiaridades regionais, fixo os honorários periciais em R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais) a ser adiantado integralmente por meio de depósito judicial pela parte ré, nos termos do Convênio n. 48/2018 do TJAL que fixou valores das perícias judiciais a serem observados pelos magistrados de Alagoas. O perito deve responder sucintamente aos seguintes quesitos enumerados, podendo fazer outras observações que entenda pertinentes acerca da incapacidade da parte autora: 1) Pelas características da lesão, pode-se afirmar que ela decorreu de acidente automobilístico? 2) A natureza da lesão que acomete à autora acarreta invalidez permanente ou transitória para o trabalho e/ou atividades habituais, ou apenas debilidade permanente ou transitória? (Em caso da resposta ser debilidade, os demais quesitos restarão prejudicados). 3) Em se tratando de hipótese de invalidez permanente, ela se apresenta como total ou parcial? 4) Em se tratando de hipótese de invalidez permanente total, qual o enquadramento da lesão de acordo com as seguintes hipóteses da tabela DPVAT? a) perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores; b) perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés. c) perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior ou de um membro inferior. d) perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral. e) lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante, impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal, perda completa do controle esfíncteriano ou comprometimento de função vital ou autonômica. f) lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital. 5) Em sendo hipótese de invalidez permanente parcial, ela se apresenta como completa ou incompleta? 6) Em sendo hipótese de invalidez permanente parcial completa, qual o enquadramento da lesão de acordo com as seguintes hipóteses da tabela DPVAT? a) perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos. b) perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores. c) perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés. d) perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho. e) perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar. f) perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo. g) perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral, exceto o sacral. h) perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre outros dedos da mão. i) perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé. j) perda integral (retirada cirúrgica) do baço. 7) Em sendo hipótese de invalidez permanente parcial incompleta e em sendo enquadrado em uma das hipóteses da tabela DPVAT do quesito anterior, as perdas se apresentaram de repercussão intensa, de repercussão médica, de

repercussão leve ou de sequelas residuais? Deverá o perito, ainda, responder a eventuais quesitos apresentados previamente pelas partes, no que forem diversos do ora indicados, cabendo às partes carreá-los ao tempo da impugnação do perito, acaso assim já não tenham procedido. Caso entenda pertinente, o perito pode adotar laudo conclusivo próprio sem adotar a quesitação acima delineada. Intime-se o perito por e-mail (marcelloroter@gmail.com) para que se manifeste acerca da aceitação do múnus e proposta de honorários em 5 (cinco) dias e, em seguida, intimem-se as partes em idêntico prazo para se manifestarem acerca dos honorários. Havendo concordância da parte ré e acaso já exista algum valor depositado em juízo pelo demandado a título de honorários periciais vinculado a este processo, faz-se oportuno nesse momento a sua complementação em 10 (dez) dias, uma vez que competirá ao réu o adiantamento integral dos honorários periciais. Em continuidade, intimem-se as partes para, acaso assim já não tenham procedido, com a indicação de assistentes técnicos, impugnação do perito e para a apresentação de quesitos, nos moldes do art. 465, §1º, do NCPC, respeitado o prazo de 15 (quinze) dias para tanto. Cumprida a diligência, dê-se vistas do laudo pericial às partes para se manifestarem, no prazo comum também de 15 (quinze) dias, nos termos do art. 477, §1º, do NCPC. Tão logo findada a perícia, proceda-se com expedição de alvará de transferência dos honorários periciais depositados em juízo pelo réu para conta bancária do Banco do Brasil, Agência 597-5, conta corrente 105232-2, de titularidade do Sr. Perito Marcello Roter Marins dos Santos, CRM 7228/AL, CPF 078.783.247-27. Por fim, conclusos para sentença. Murici , 03 de abril de 2019. Emanuela Bianca de Oliveira Porangaba Juíza de Direito"

Murici, 4 de abril de 2019.



ESTADO DE ALAGOAS
PODER JUDICIÁRIO

Juízo de Direito da Vara do Único Ofício de Murici

Parque Res. Antenor Marinho de Melo, 2, . - CEP 57820-000, Fone: 3286-1334, Murici-AL - E-mail: murici@tjal.jus.br

CARTA DE CITAÇÃO E INTIMAÇÃO DE AUDIÊNCIA

Processo Digital nº:	0700465-40.2016.8.02.0045
Classe – Assunto:	Procedimento Ordinário - Acidente de Trânsito
Autor:	Maria Cícera Moura Barros
Réu:	Companhia Excelsior de Seguros S/A
Data da Audiência:	22/05/2019 às 09:30h - Sala Sala de Audiência

Destinatário:

Companhia Excelsior de Seguros S/A
Av. Marquês de Olinda, 175, 4º Andar, Recife Antigo
Recife-PE
CEP 50030-000

Fica Vossa Senhoria **CITADO(A)** para oferecer resposta no prazo e com as advertências abaixo assinalados, bem como **INTIMADO(A)** a comparecer à audiência designada, e de todo o teor da decisão de fls. 22/25.

AUDIÊNCIA: Local: Sala de Audiências da Vara do Único Ofício de Murici - Tipo: Audiência Especial - Data e Horário: 22/05/2019 às 09:30h.

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

ADVERTÊNCIAS:

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

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

Murici, 04 de abril de 2019. Manoel Alexandre Silva de Assis - Analista Judiciário



Juízo de Direito - Vara do Único Ofício de Murici
Parque Res. Antenor Marinho de Melo, 2, . - CEP 57820-000, Fone: 3286-1334,
Murici-AL - E-mail: murici@tjal.jus.br

Autos nº: 0700465-40.2016.8.02.0045

Ação: Procedimento Ordinário

Assunto: Acidente de Trânsito

Autor: Maria Cícera Moura Barros

Réu: Companhia Excelsior de Seguros S/A

Mandado nº: 045.2019/001095-7

MANDADO DE INTIMAÇÃO PARA COMPARECIMENTO NA AUDIÊNCIA

O(A) Doutor(a) Emanuela Bianca de Oliveira Porangaba, Juiz(a) de Direito da Vara do Único Ofício de Murici, da Comarca de Murici, na forma da lei etc.

MANDA o (a) Senhor (a) Oficial (a) de Justiça, Willie Vieira de Castro (572), que, em cumprimento ao presente, extraído do processo acima indicado, **EFETUE A INTIMAÇÃO** da(s) pessoa(s) a seguir relacionada(s) para que compareça(m) à audiência designada para a realização de perícia, junto à sala de audiências deste Juízo de Direito.

AUDIÊNCIA: Local: Sala de audiências do(a) Vara do Único Ofício de Murici, Murici - Endereço: Parque Res. Antenor Marinho de Melo, 2 - Data: 22/05/2019 às 09:30h.

Destinatário(s)

Autor: MARIA CÍCERA MOURA BARROS, Brasileira, Solteira, Prendas do Lar, RG 3735846-4, CPF 120.686.144-48, Conjunto Olavo Calheiros, 32, Quadra C1, Centro, CEP 57820-000, Murici - AL

Eu, Manoel Alexandre Silva de Assis, o digitei, e eu, _____, Manoel Alexandre Silva de Assis, Escrivã(o) Judicial, o conferi e subscrevi.

Murici , 04 de abril de 2019.

Manoel Alexandre Silva de Assis
Analista Judiciário

04520190010957

Acesse os autos através do site www.tjal.jus.br – Consulta de Processos – 1º Grau, com a seguinte senha do processo: Senha de acesso da pessoa selecionada

EXMO. (A) SR. (A) DR. (A) JUIZ(A) DE DIREITO DA VARA DO ÚNICO OFÍCIO DA COMARCA DE MURICI - AL

Processo n.º: 0700465-40.2016.8.02.0045

Demandante: MARIA CICERA MOURA BARROS

Demandado: Companhia Excelsior de Seguros S/A

MARIA CICERA MOURA BARROS, já qualificado nos autos do processo em epígrafe, por seu advogado abaixo assinado, legalmente constituído, com escritório situado na Rua Dr. José Castro de Azevedo, n.º 133, Farol, Maceió/AL, Contato: (82) 98856-9989 / 99118-8786 / 98128-2588, e-mail: carlos.plech@gmail.com, onde recebe intimações de direito, vem a presença de Vossa Excelência, em cumprimento a Decisão de fls. 22/25, para informar que, a princípio, **não tem nada a opor quanto ao perito nomeado**, bem como que **possui quesitos suplementares** ao final desta petição disponibilizados, como também **não indicará assistente técnico**, em função de não ter condições econômicas para tanto.

Termos em que

Pede e espera deferimento.

Murici/AL, 07 de Abril de 2019.

**CARLOS ROBERTO FERRAZ PLECH FILHO
OAB/AL 8628**

QUESITOS :

1. Queira o Sr. Perito informar, detalhadamente, quais são as lesões atualmente apresentadas pela parte Autora e se as mesmas decorrem (ou não) do acidente relatado na petição inicial;
2. Queira o Sr. Perito informar se das referidas lesões decorreu alguma invalidez ou incapacidade para a parte Autora e, em caso positivo, qual o seu respectivo GRAU DE EXTENSÃO, DE ACORDO COM O DISPOSTO NA TABELA CONTIDA NA RESOLUÇÃO N.º 1/75, DE 03/10/75, EXPEDIDA PELO CONSELHO NACIONAL DE SEGUROS PRIVADOS – CNSP, que segue em anexo, bem ainda se a mesma é definitiva ou meramente provisória;
3. Queira o SR. Perito informar, em caso de debilidade definitiva encontrada, se a mesma é TOTAL ou PARCIAL. Se for Parcial, informar se a mesma é COMPLETA ou INCOMPLETA, bem como sua respectiva GRADUAÇÃO, de acordo com a Tabela Indenizatória anexa à Lei do Seguro DPVAT.
4. Queira o Sr. Perito justificar as suas conclusões e esclarecer o que mais entendam necessário para o deslinde da causa.



Digital

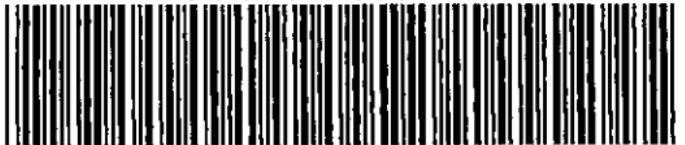
09/04/2019
LOTE: 1690

DESTINATÁRIO

Companhia Excelsior de Seguros S/A

Av. Marquês de Olinda, 175, 4º Andar, Recife Antigo
Recife, PE
50030-000

AR996820358VU



ENDEREÇO PARA DEVOLUÇÃO DO AR

Centralizador Regional

PARA USO EXCLUSIVO DO REMETENTE (OPCIONAL)

ASSINATURA DO RECEBEDOR

Rogel queiroz

NOME LEGÍVEL DO RECEBEDOR

TENTATIVAS DE ENTREGA

1º ____ / ____ / ____ : ____ h

2º ____ / ____ / ____ : ____ h

3º ____ / ____ / ____ : ____ h



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

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 |
| <input type="checkbox"/> 9 Outros _____ | |

CARIMBO
UNIDADE DE ENTREGA

JJ RUBRICA E MATRÍCULA DO CARTEIRO

DATA DE ENTREGA

11/04/2019

Nº DOCUMENTO DE IDENTIDADE

8099728

fls. 34

Juízo de Direito da Vara do Único Ofício de Murici
Parque Res. Antenor Marinho de Melo, 2, . - CEP 57820-000, Fone: 3286-1334, Murici-
AL - E-mail: murici@tjal.jus.br

Autos nº 0700465-40.2016.8.02.0045

Mandado nº 045.2019/001095-7

Ação: Procedimento Ordinário

Autor: Maria Cícera Moura Barros

Réu: Companhia Excelsior de Seguros S/A

CERTIDÃO

Certifico eu, Willie Vieira de Castro (572) Oficial de Justiça, que em cumprimento ao mandado da M.M. Juíza de Direito da Vara do Único Ofício de Murici, Dr. Emanuela Bianca de Oliveira Porangaba, e extraído dos autos da Ação Procedimento Ordinário, processo nº. 0700465-40.2016.8.02.0045, proposta pelo Maria Cícera Moura Barros, em face de Companhia Excelsior de Seguros S/A, em diligência, dirigi-me ao endereço constante no mandado, e aí sendo, **PROCEDI A INTIMAÇÃO** de **Maria Cícera Moura Barros**, na pessoa de sua mãe, D. Pedrina da C. De Moura, que após a leitura do presente mandado, recebeu a contrafé e exarou sua nota de ciente.(a intimanda mudou-se para outro endereço e a mãe não soube precisar).

Razão pela qual, devolvo o presente mandado para os devidos fins.

O referido é verdade e dou fé.

Murici, 23 de abril de 2019 .

Willie Vieira de Castro (572)
Oficial de Justiça