

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: JOSEFA ALINE DA SILVA BARBOSA, brasileira, portadora do RG nº 3240806-4 SCJD/AL, inscrita no CPF sob o nº 091.190.264-39, **não possuindo endereço eletrônico**, mas residente e domiciliado no Rua Daniel Malaquias, s/n, Folha Miúda, Craíbas/AL.

OUTORGADO: JOSÉ GOUVEIA DA SILVA NETO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/AL sob nº 12.909, com endereço profissional na Rua Estudante José de Oliveira Leite, nº 809, Bairro Ouro Preto, Arapiraca/AL, com endereço eletrônico: gouveiaadvogado@hotmail.com, e com o telefone de nº 082 99616-8345.

PODERES: Os da cláusula “Ad Judicia”, e mais os especiais para transigir, desistir, firmar compromisso, receber, dar quitação, fazer levantamento de alvará judicial perante Instituições Financeiras, principalmente perante o Banco do Brasil S/A, substabelecer com ou sem reservas de poderes, para representar o OUTORGANTE judicialmente e extra judicialmente, defendendo seus direitos e interesses em qualquer juízo, grau ou instância, bem como representá-lo junto a qualquer repartição pública estadual, federal ou municipal ou particular enfim, todos os atos necessários que visem o bom e fiel cumprimento deste instrumento, podendo agir junto ou separadamente especialmente para a propor ação em seu nome.

Arapiraca/AL, 18 de maio de 2020.

Josefa Aline da Silva Barbosa.

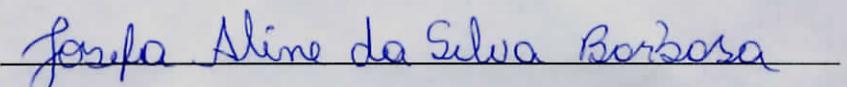
JOSEFA ALINE DA SILVA BARBOSA

OUTORGANTE

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

EU, JOSEFA ALINE DA SILVA BARBOSA, brasileira, portadora do RG nº 3240806-4 SCJD/AL, inscrita no CPF sob o nº 091.190.264-39, **não possuindo endereço eletrônico**, mas residente e domiciliado no Rua Daniel Malaquias, s/n, Folha Miúda, Craibas/AL, DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho condições de arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo do meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da **Gratuidade da Justiça**, nos termos do art. 98 e seguintes da Lei 13.105/2015 (Código de Processo Civil). **Requeiro, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo.**

Arapiraca/AL, 18 de maio de 2020.



JOSEFA ALINE DA SILVA BARBOSA

DECLARANTE

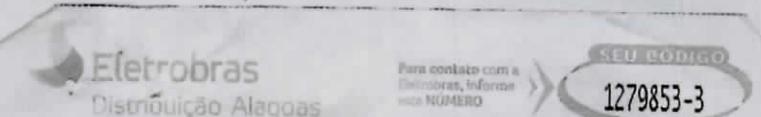


REGISTRO GERAL	3240886-4	VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
DATA DE EXPEDIÇÃO	20/09/2006	DATA DE NASCIMENTO
NOME	JOSEFA ALINE DA SILVA BARBOSA	NATURALIDADE
FILIAÇÃO	JOÉS MARIO LOPES BARBOSA	DOC. ORIGEM
MARIA BEZERRA DA SILVA	ARAPIRACA - AL	1 VIA
ARAPIRACA - AL	CEERTO MASC 79146 FLS 206 LIV 68A	P 592
<i>[Signature]</i>		CEERTO MASC 79146 FLS 206 LIV 68A
LEI N° 7.116 DE 29/06/83		corporador de justica e defesa social CENTRO DE PERÍCIAS FORENSES INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DEL. MARIO PEDRO DOS SANTOS

REPUbLICA FEDERATIVA DO BRASIL	ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA COORDENADORA DE JUSTICA E DEFESA SOCIAL	CEERTO MASC 79146 FLS 206 LIV 68A
CENTRO DE PERÍCIAS FORENSES	<i>[Signature]</i>
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DEL. MARIO PEDRO DOS SANTOS	
ASSINATURA DO TITULAR	
<i>[Signature]</i>	
CARTEIRA DE IDENTIDADE	
<i>[Signature]</i>	

Polegar Direito





Para contato com a
Eletrobras, informe
esse NÚMERO

SEU CÓDIGO
1279853-3

Rua Fernandes Lima, nº 3549 - Centro de Lourdes - CEP: 57052-902
MACHAÍBA - CNPJ 13.072.064/0001-95 - IE 24007177-8
REGISTRO ESPECIAL DE IMPRENSA AUTORIZADO PELA SEC. DA FAZENDA
DA FEDERAÇÃO DE ENERGIA ELÉTRICA - MATERIAIS SÉRIE 01/01

Nº da Nota Fiscal
000035063

o. Termo de Repasse que Energia Elétrica - TEE é feito mediante
pelo Decreto nº 10.432 de 26 de abril de 2003.

DATA FISCAIS	VERBALIZADA	VALOR DA FOLHA	VALOR A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2018	17/09/2018	30	24,78

CLEBSON WELVIS FELIX SANTOS SILVA
R DANIEL MALAQUIAS S/N FOLHA MIUDA

57.320-000 - CRAIBAS

ROT: 113.25.018.000577

	DATA FOLHA	DATA LEITURA	DATA FOLHA	DATA LEITURA
Reab.	3245		Ajuste:	10/09/2018
Anterior:	3235		Anterior:	10/08/2018
Consumo de Multiplicador:	1,000		Próxima Leitura:	09/10/2018
Consumo Mínimo:	10		Erros:	06/09/2018
Consumo Referência:	30	FCAM	Aplica Multa:	10/09/2018
Norma de Referência:	MINIMO		Dia da Contagem:	31

Classe/Multíplo	Ligação	Número Medidor	Prazo	Código Pl.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	E2133420	S 1 21999	1.1.1.1	54
CONSUMO	30 kWh a R\$ 0,604871 =				18,14
CONTRIB. DE ILUMINACAO PÚBLICA(COSIP)					6,64
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	1,50				
AGO/18	52				
JUL/18	80				
JUN/18	62				
MAI/18	58				
ABR/18	61				
MAR/18	50				
FEV/18	12				
JAN/18	32				
DEZ/17	75				
NOV/17	54				
OUT/17	50				
SET/17	67				

Deu

MENSAGENS IMPORTANTES / AVISO DE VENCIMENTO

***** REAVISO DE VENCIMENTO DE CONTA *****
Em 06/09/2018, apuramos o débito abaixo. O não pagamento sujeitará a suspensão do fornecimento a partir de 25/09/2018.
08/18 57,90

Existem outras 006 contas já reavisasadas no valor de R\$ 725,64, que poderão levar a suspensão imediata do fornecimento. Caso o pagamento já tenha sido efetuado, favor desconsiderar este reaviso.

***** LIGUE 0800 082 0196 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 3 8 13 18 23 28

RESERVADO AO FISCO 7DE9.E52F.01B5.303D.33A4.50EB.FC11.A10A

COMPOSTA ALÍQUOTA R\$		IMPORTE/REFUNDOS R\$	
Distribuição:	16,99	Base de Cálculo:	
Energia:	0,00	Aliquota ICMS:	
Transmissão:	0,00	Valor da ICMS:	
Encargos:	0,00	Valor do PIS:	1,14% 0,20
Outras:	1,15	Valor do COFINS:	5,26% 0,95

OPÇÕES DE CONTINUAÇÃO

DC		FC		DMBC	
	Manual	Descentral.	Autom.	Manual	Autom.
Luz:	6,27	12,54	25,08	3,99	7,98
Residencial:	0,00			0,00	0,00
Condutor:					
SE ARAPIRACA I					
Período de apuração:	07/2018		EUSO:	21,34	



REVIVER ADMINISTRAÇÃO PRISIONAL PRIVADA
CNPJ: 05.146.393/0001-60
END: ANTONIO CARLOS MAGALHAES, 3244 - CAMINHO D/ Mensalista

CC: UNID PRISIONAL AGRI
Janeiro de 2020

folha Mensal
Departamento: Fim
CFO
Admissão: 2 1
13/03/2014

Órgão: Departamento

Nome do Funcionário:

35559 JOSEFA ALINE DA SILVA BARBOSA

AUXILIAR DE CONSULTORIO

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
1	HORAS NORMAIS	73, 33	351, 45	
5	HORAS AFAST. INSS (P/DOENC	146, 67	702, 90	
432	ADC INSALUBRIDADE 20% (Sal. Base) Médias	20, 00	70, 29	
995	SALARIO FAMILIA	1, 00	48, 62	
201	REFEICAO	1, 80		1, 80
253	ASSIST MEDICA MES ANTERIOR	150, 00		150, 00
988	DESCONTO HORAS AFASTADAS	146, 67		702, 90
998	I.N.S.S.	8, 00		33, 73
991	ESTOURO MES ANTERIOR	56, 08		56, 08

Conta corr: 17506	Agência:	Total de Vencimentos	Total de Descontos	
				1.173, 26 944, 51
		Valor Líquido →		228, 75
1.054, 35	Sal. Corr. INSS Salario Base 421, 74	FGTS do Mês Base Cál. FGTS 421, 74	Base Cál. IRRF FGTS IRRF 33, 73	Base Cál. IRRF FGTS IRRF 198, 42
				0, 00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

06.02.2020 Josefa Aline das Barbosa

Data

Assinatura do Funcionário



REVIVER
CNPJ: 05.146.393/0001-60
End: ANTONIO CARLOS MAGALHÃES, 3244 - CAMINHO Df Mensalista
Cidade: Maceió
Nome do Funcionário: JOSEFA ALINE DA SILVA BARBOSA
Número: 3559
Função: AUXILIAR DE CONSULTÓRIO

Folha Mensal
Fevereiro de 2020

Assinatura do Funcionário

06/03/2020 Josefa Aline da S Barbosa

Assinatura do Funcionário

06/03/2020 Josefa Aline da S Barbosa

CBP

Departamento

Fiscal

Admissão:

13/03/2014

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
1	HORAS NORMAIS	220,00	1.054,35	
432	ADC INSALUBRIDADE 20% (Sal. Base) Médias	20,00	210,87	
995	SALARIO FAMILIA	1,00	48,62	
201	REFEICAO	10,00		10,00
212	ASSISTENCIA MEDICA	34,59		34,59
253	ASSIST MEDICA MES ANTERIOR	150,00		150,00
998	I.N.S.S.	8,00		101,21
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.313,84	295,80
			Valor Liquida	
			1.018,04	
			Base Clac. IRRF	
			974,42	0,00
Conta corr: 17506	Agência:			
Sal. Cont: INSS	Base Clac. FORTS	F.G.I.S do Mês		
Salario Base	1.265,22	101,21		
1.054,35				

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 02 DE FEVEREIRO ***

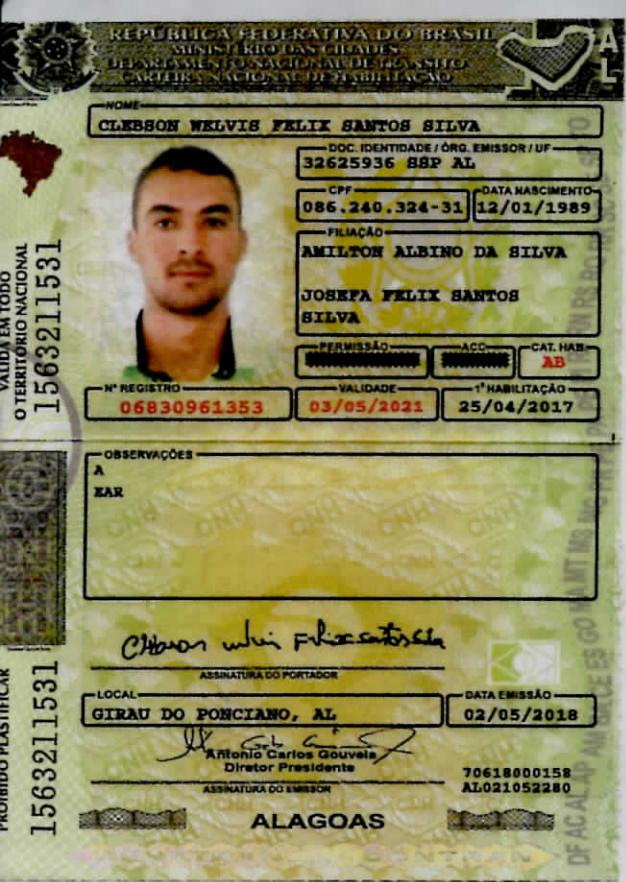
ESTADO DE ALAGOAS SECRETARIA DE ESTADO DE DEFESA SOCIAL POLICIA CIVIL		BOLETIM DE OCORRÊNCIA DELEGACIA: Del. Acidentes e Delitos de Trânsito 4ª DRP/DPJA2 FONE: 35216096 DELEGACIA DESTINO: Del. Acidentes e Delitos de Trânsito 4ª DRP/DPJA2		NUMERO: 0555-L/18-0233 Pág. 1 / 2 fls. 15					
FATO	NATUREZA: LESÃO CORPORAL - ACIDENTE DE TRÂNSITO		INSTRUMENTO: Outros						
	DATA/HORA: 15/07/2018 21:14 LOCAL DO FATO: RODOVIA AL 220 Senador Alfonso Arapiraca		DIA DA SEMANA: 7 PONTO DE REFERÊNCIA: ENFRENTA A UNIDADE DE EMERGÊNCIA						
<table border="1"> <tr> <td>COR 1 BRANCO 2 PRETO 3 AMARELO</td> <td>ESTADO CIVIL 4 PARDO 5 SARADA 6 ALBINO</td> <td>NACIONALIDADE 1 SOLTEIRO 2 CASADO 3 VIUVO</td> <td>DIA DA SEMANA 1 SEXTA 4 QUARTA 7 DOM 2 TERÇA 5 SEX 3 QUINTA 6 SAB</td> <td>GRAU DE INSTRUÇÃO 1 ANAFABETO 4 NÍVEL MÉDIO 2 ALFABETIZADO 5 SUPERIOR 3 FUNDAMENTAL</td> </tr> </table>		COR 1 BRANCO 2 PRETO 3 AMARELO	ESTADO CIVIL 4 PARDO 5 SARADA 6 ALBINO	NACIONALIDADE 1 SOLTEIRO 2 CASADO 3 VIUVO	DIA DA SEMANA 1 SEXTA 4 QUARTA 7 DOM 2 TERÇA 5 SEX 3 QUINTA 6 SAB	GRAU DE INSTRUÇÃO 1 ANAFABETO 4 NÍVEL MÉDIO 2 ALFABETIZADO 5 SUPERIOR 3 FUNDAMENTAL			
COR 1 BRANCO 2 PRETO 3 AMARELO	ESTADO CIVIL 4 PARDO 5 SARADA 6 ALBINO	NACIONALIDADE 1 SOLTEIRO 2 CASADO 3 VIUVO	DIA DA SEMANA 1 SEXTA 4 QUARTA 7 DOM 2 TERÇA 5 SEX 3 QUINTA 6 SAB	GRAU DE INSTRUÇÃO 1 ANAFABETO 4 NÍVEL MÉDIO 2 ALFABETIZADO 5 SUPERIOR 3 FUNDAMENTAL					
NOME / RAZÃO SOCIAL: JOSEFA ALINE DA SILVA BARBOSA		RG: 32408064 SSSP		CPF: 09119026432					
VITIMA	FILIAÇÃO: JOSE MARIO LOPES BARBOSA		MARIA BEZERRA DA SILVA						
	PROFISSÃO:		DATA DE NASCIMENTO: 02/02/1990	IDADE: 28	COR: 1	SEXO: F			
	UF: AL	NACIONALIDADE: ARAPIRACA	NACIONALIDADE	ESTADO CIVIL: 2	GRAU INSTRUÇÃO: 4	TURISTA: NÃO			
	ENDEREÇO: FOLHA MIUDA				Nº: S/N				
	BAIRRO: ZONA RURAL		CIDADE: CRAIBAS	FONE: (82) 98146-80					
	SE: ()PM ()PF ()PC ()PRF ()BM ()GM		ESPECIFICAR ()EM SERVIÇO ()FORA DE SERVIÇO ()INATIVO						
	AFINIDADE VITIMA -> AUTOR:		OCORRÊNCIA RELACIONADA A:		Nº: 0094-D/17-467				
	NOME / RAZÃO SOCIAL: CLEBSON WELVIS FELIX SANTOS SILVA		RG: 32625936 SSP-AL		CPF: 08624032432				
	FILIAÇÃO:AMILTON ALBINO DA SILVA		JOSEFA FELIX SANTOS SILVA						
VITIMA	PROFISSÃO: Agricultor		DATA DE NASCIMENTO: 12/01/1989	IDADE: 29	COR: 4	SEXO: M			
	UF: AL	NACIONALIDADE: ARAPIRACA	NACIONALIDADE: 1	ESTADO CIVIL: 2	GRAU INSTRUÇÃO: 4	TURISTA: NÃO			
	ENDEREÇO: RUA DANIEL MALAQUIAS DE SOUZA				Nº: S/N				
	BAIRRO: ZONA RURAL		CIDADE: FOLHA MIUDA	FONE:					
	SE: ()PM ()PF ()PC ()PRF ()BM ()GM		ESPECIFICAR ()EM SERVIÇO ()FORA DE SERVIÇO ()INATIVO						
	AFINIDADE VITIMA -> AUTOR:		OCORRÊNCIA RELACIONADA A:		Nº: 0555-L/18-0233				
	AUTOR: DESCONHECIDO								
	VEÍCULO	VEÍCULO INSTRUMENTO	PLACA: EGN3188	CHASSI: 9BGRJ6940AG190112					
		MARCA/MODELO: GM	PRISMA JOY	COR: PRETA	ANO FABRICAÇÃO: 2009	ANO MODELO: 2010			
HISTÓRICO	Advertido de que fazer comunicação falsa à Polícia é crime, sujeitando o(s) infrator(es) as penas previstas em lei, relatou a vítima e condutor CLEBSON WELVIS FELIX SANTOS SILVA, que no dia, local e horário acima descritos, estava conduzindo seu veículo GM/PRISMA JOY, DE PLACAS EGN 3188, tendo como passageira JOSEFA ALINE DA SILVA BARBOSA, momento em que o pneu dianteiro lado direito estourou, quando o condutor perdeu o controle direcional do veículo, colidindo na traseira do veículo FIAT/DOBLO, não sabendo informar a placa, de cor vermelha, fazendo com que o noticiante frenasse bruscamente o referido veículo, não conseguindo evitar uma colisão com o outro veículo. Que com o impacto o seu veículo veio a capotar. Que depois de alguns minutos foi socorrido pelo SAMU, Unidade Socorrista - USB 06, médico Drº WALDYJANE FARIA NOVAIS DOS SANTOS de acordo com prontuário de atendimento emitido pela SAMU assinado pelo médico coordenador da SAMU LUCAS DE OLIVEIRA AMARAL, CRM 6607, sendo encaminhado para a Unidade de Emergência do Agreste conforme o Boletim de Entrada nº 34799 emitido pela U.E. de Arapiraca, assinado pelos médicos MARCO J. GUERRA DOS REIS, CRM 3599 e PAULO VITÓRIO LIMA CRM 5584. Nada mais disse.								
	Ressalta-se que a motocicleta conduzida pela vítima está licenciada no Detran/AL, em nome de MARCOS FERREIRA DA SILVA.								
TESTEMUNHA	1 NOME: ROSILANE DOS SANTOS BARBOSA <i>Rosilane dos Santos Barbosa</i> ENDEREÇO: RUA ULISSÉS PAULINO, FOLHA MIUDA SN FOLHA MIUDA CRAIBAS AL								
	2 NOME: LUCICLESIA FARIA DA SILVA <i>Luciclesia Faria da Silva</i> ENDEREÇO: SITIO LAGOA DO ALGOODÃO 54 ZONA RURAL CRAIBAS AL								

ESTADO DE ALAGOAS SECRETARIA DE ESTADO DE DEFESA SOCIAL POLICIA CIVIL	BOLETIM DE OcorrÊNCIA DELEGACIA: Del. Acidentes e Delitos de Trânsito 4ª DRP/DPJA2 FONE: 35216096 DELEGACIA DESTINO: Del. Acidentes e Delitos de Trânsito 4ª DRP/DPJA2	NUMERO: 0555-L/18-0233 DATA/HORA COMUNICADO: 16/10/2018 16:41
NOTICIANTE: José Aline da silva Barbosa	ASS.: <i>Cícero Torres Sobrinho</i>	<i>Libram pelas Fábio Santos Silveira</i>
ELABORADO POR: José Karlison Araujo Pepeu	ASS.: <i>(Assinatura)</i>	RG / MAT.: 660990
AUTORIDADE: Cícero Torres Sobrinho	ASS.: <i>(Assinatura)</i>	RG / MAT.: 296554
ESCRIVÃO AD-HOC:José Karlison Araujo Pepeu	ASS.: <i>(Assinatura)</i>	RG / MAT.: 660990



CONTRAN		DENATRAN	
<p align="center">REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES</p> <p align="center">CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO</p> <p align="center">DETAN - AL N° 013545127744</p> <p align="center">58016561058</p> <p align="center">RNTRC</p>			
<p align="center">1 01 001677264648</p> <p align="center">2 CLESON WELVIS FELIX S SILVA</p> <p align="center">3 AV TIRADENTES 100</p> <p align="center">4 CENTRO</p> <p align="center">5 57360000 CLRAU DO PONCIANO</p> <p align="center">6 01 08624032431</p> <p align="center">7 08624032431</p> <p align="center">8 EGN3188 AL</p> <p align="center">9 EGN3188 AL</p>			
<p align="center">NOME ANTERIOR</p> <p align="center">NOME ATUAL</p> <p align="center">PLACA</p> <p align="center">CHASSI</p>			
<p align="center">EGN3188 AL 9BGRJ6940AG190112</p> <p align="center">ESPECIE/PO</p> <p align="center">CAR/PO/CH</p> <p align="center">NARCANO/DOLO</p>			
<p align="center">EGN3188 AL</p> <p align="center">COMBUSTÍVEL</p> <p align="center">ALCO/GASOL</p> <p align="center">ANO FAB.</p> <p align="center">2009</p> <p align="center">ANO MOD.</p> <p align="center">2010</p> <p align="center">COR PREDOMINANTE</p> <p align="center">PRETA</p>			
<p align="center">PARTIC</p> <p align="center">OO</p> <p align="center">OBSERVAÇÕES</p> <p align="center">SEM RESERVA DE DOMÍNIO</p> <p align="center">PROIBIDO SON</p> <p align="center">PROIBIDO SON</p> <p align="center">PROIBIDO SON</p>			
<p align="center">DATA</p> <p align="center">28/06/2016</p> <p align="center">DATA</p> <p align="center">8635412</p> <p align="center">8635412</p>			

NOME DO COMPRADOR: JOSE ADILSON DA SILVA		VALOR R\$ 10.000,00
RG: 3323001-3 CPF/CNPJ: 100.822.184-80		
ENDERECO: R. MANOEL LUCIANO DA SILVA, 135 MANOEL TELES		
LOCAL/ENDA:	DATA:	
ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)		
<p>a) O vendedor tem a obrigação legal de comunicar a venda do veículo ao DETRAN no prazo máximo de 30 dias, sob pena de se responsabilizar solidariamente pelas penalidades impostas e suas reincidências até a data da comunicação (Lei Federal nº 9.503 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro - CTB).</p> <p>b) O adquirente terá prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data da aquisição para providenciar a transferência do veículo para o seu nome, sob pena de incorrer em infração ao trânsito (Art 233 do CTB).</p> <p>c) É obrigatório o reconhecimento de firmas do adquirente e do vendedor, exclusivamente na modalidade por AUTENTICIDADE.</p>		



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JOSE GOUVEIA DA SILVA NETO e Softplan Planejamento e Sistemas Ltda, protocolado em 07/07/2020 às 22:22 , sob o número 07052298820208020058. Para conferir o original, acesse o site <https://www2.tjal.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0705229-88-2020.8.02.0058 e código 455C3A2.

Paciente: JOSEFA ALINE DA SILVA BARBOSA

Data de Nasc: 02/02/1990

Idade: 28 Anos 5 Meses 16

Prontuário 51287

BOLETIM ANESTÉSICO

UNIDADE CIRÚRGICA:

SALA:

ATENDIMENTO: 136210

TIPO SANGUÍNEO:

CIRURGIA: OSS DE FEMUR

AVISO CIRURGIA:

TIPO DE ANESTESIA: RAQUI ANESTESIA

INÍCIO:

TÉRMINO:

DURAÇÃO:

SEGURANÇA DO PACIENTE		PRÉ-INDUÇÃO	
<input checked="" type="checkbox"/> Paciente identificado e avaliado antes da indução		Medicação pré-anestésica: <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Termo de Consentimento informado assinado		Hora:	
<input type="checkbox"/> Antibiotico Profilático	<input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim Qual: CEFAZOLINA	Fármaco:	
Horário da administração:	Dose: 2G	Via: EV	Via: <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Equipamentos de Anestesia e acessórios checados		Efeito Satisfatório	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não

DADOS VITAIS E ANTROPOMÉTRICOS ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

PA: 135X75	P: 120	SPO: 98 2	ASA: 2	PESO: 65
------------	--------	--------------	--------	----------

DIAGNÓSTICO

Pré-Operatório:

CIRURGIA/PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO COM OU SEM INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA

Inicio da Anestesia: _____ Inicio Cirurgia : _____

Posição Operatória: Cefalodecline Cefaloactive Ginecológica DD DV DLD DLE Sentado

Uso de coxins: Sim Não Local:

TÉCNICA ANESTÉSICA

Acesso Venoso: Periférico Central Localização:

Dificuldade da punção Sim

ANESTESIA GERAL Sim Não

Tipo: <input type="checkbox"/> Inalatória <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Mista	Respiração:		Dispositivo para via aérea:	
	* Assistida:	<input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Manual	<input type="checkbox"/> Guedel/Nasofaringea	<input type="checkbox"/> Máscara Facial
	* Controlada:	<input type="checkbox"/> Volume <input type="checkbox"/> Pressão	<input type="checkbox"/> M. Laringea nº Tubo nº	<input type="checkbox"/> Cuff <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Fácil <input type="checkbox"/> Difícil
			Tipo: <input type="checkbox"/> Simples <input type="checkbox"/> Aramado <input type="checkbox"/> Endobrônquico	<input type="checkbox"/>
			Técnicas: <input type="checkbox"/> Laringoscópio direta <input type="checkbox"/> Retrógrada <input type="checkbox"/> Broncofibroscopia	<input type="checkbox"/> Traqueostomia

Círculo: Circular com absorvedor CO2 Sim Não

Ventilação / Sistema: Datex Drager Taema Duplo T Mapleson / Bain Outro

Bloqueio espinhal: Sim Não

Posição: Sentado Decúbito lateral

Tipo: Raquianestesia Peridural Duplo bloqueio

Cateter: Sim Não

Nível de punção: L1-L2 L2-L3 L3-L4 L4-L5 Hiato Sacro

Opióide: Sim Não

Nº punções: 01



CHAMA - Complexo Hospitalar Manoel André
CNPJ. 04.710.210/0001-24 - Insc. Est. Isento
Rod. AL - 220 km 04 - Arapiraca - AL

Paciente:
JOSEFA ALINE DA SILVA BARBOSA

Data de Nasc:
02/02/1990

Idade:
28 Anos 5 Meses 16

Prontuário
51287

Sedação: Sim Não Leve Moderada Profunda

Dispositivo para suplementação de Oxiênio Cateter nasal Máscara facial Guedel Nasofaríngea Outros

Outros Bloqueios: Femoral Ciático

Plexo Braquial Via: Axilar Interescalênico Illiohipopástrico Ilioinguinal

Neuroestimulador: Não Sim [Aguilha Stimuplex] Retrobulbar Peribulbar

Condições clínicas na alta: Acordado Sonolento Intubado

Destino: Quarto RPA Unidade de Internação Day Clinic Alta Hospitalar

ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK

Consciência: 2	<input checked="" type="checkbox"/> Totalmente	1 <input type="checkbox"/> Disperta quando chamado	0 <input type="checkbox"/> Não responde
Atividades: 2	<input type="checkbox"/> Movimento de todas extremidades	1 <input checked="" type="checkbox"/> Movimento de duas extremidades	0 <input type="checkbox"/> Incapaz de se mover
Circulação: 2	<input checked="" type="checkbox"/> PA +/-20% de valor pré-anestésico	1 <input type="checkbox"/> PA de 20 a 50% do valor pré-anestésico	0 <input type="checkbox"/> PA +/- 50% do pré-anestésico
Respiração: 2	<input checked="" type="checkbox"/> Respire profundamente e tosse	1 <input type="checkbox"/> Dispnéia, Hipovenitalção	0 <input type="checkbox"/> Apnêa
SP02: 2	<input checked="" type="checkbox"/> Tossie SPO2 > 90% em ar ambiente	1 <input type="checkbox"/> Necessita de O2 para manter SPO2 > 90%	0 <input type="checkbox"/> SPO2 < 90 mesmo com O2 sus.

DROGAS

Horários

Oxigênio	XXX	XXX	XXX	XX											
N2O															
Ar comprimido															
Sevo - Iso															
Propofol															
Remi - Sulfentanil															
Sangue/Derivados															
Glicosado															
Cristaloides															
Cristaloides															
Diurese	.														
Sangramento															
Coloides															

Data/Hora: 18/07/2018 15:35 Intervalo de Aferição: 5 Minutos

Hora: 15h 15h 15h 15h 15h 16h 16h

Hospital da Restauração

fls. 23



Atendimento: 136210

Prontuário: 51287

Paciente: JOSEFA ALINE DA SILVA BARBOSA

Sexo: FEMININO

Idade: 28 Anos 5 Meses 16 Dias

Mãe: MARIA BEZERRA DA SILVA

Data de Nasc.: 02/02/1990

CNS:

BOLETIM OPERATÓRIO

DATA ATUAL: 18 DE JULHO DE 2018

INICIO:

FIM:

DURAÇÃO:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO

FRATURA DE DIAFISE DE FEMUR DIREITO

OPERAÇÃO REALIZADA

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR DIREITO

CIRURGIÃO: DANIEL DIAS ESTEVEZ

CRM: 6101

1 AUXILIAR: JULIANA DIAS ESTEVEZ

CRM: 6200

2 AUXILIAR:

CRM:

INSTRUMENTADOR:

ANESTESIA:

INICIO:

FIM:

DURAÇÃO:

Anestesista: HUDSON EVERSON DE OLIVEIRA MELO

CRM:

DESCRIÇÃO OPERATÓRIA

PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA

ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

INCISÃO LATERAL AO FEMUR DIREITO

DISSECÇÃO POR PLANOS ATÉ FOCO DE FRATURA

REDUÇÃO CRUENTA E FIXAÇÃO COM PLACA BLOQUEADA E PARAFUSOS BLOQUEADOS

LMC COM SF0,9%

REVISÃO DA HEMOSTASIA

SUTURA POR PLANOS

CURATIVO ASSEPTICO.

Dr. Daniel Dias Esteves
Ortopedia e Traumatologia
CRM-AL 6101 RQE 2889
CNES 98001628863296

DANIEL DIAS - CRM: N°.6101

Médico(a)



CHAMA

CHAMA - Complexo Hospitalar Manoel André
 CNPJ. 04.710.210/0001-24 - Insc. Est. Isento
 Rod. AL - 220 km 04 - Arapiraca - AL

fls. 24

Paciente:
 JOSEFA ALINE DA SILVA BARBOSA

Data de Nasc:
 02/02/1990

Idade:
 28 Anos 5 Meses 16 Prontuário
 51287

Minutos: 35m 40m 45m 50m 55m 00m 05m 10m 15m 20m 25m 30m 35m 40m 45m 50m 55m 00m

Risco:

FLUXOGRAMA DO ATO ANESTÉSICO

MPA:

PAs	<input checked="" type="checkbox"/> 240
PAd	<input checked="" type="checkbox"/> 220
PAM	<input checked="" type="checkbox"/> 200
FC	<input checked="" type="checkbox"/> 180
CO ₂	<input checked="" type="checkbox"/> 160
SpO ₂	<input checked="" type="checkbox"/> 140
FR	<input checked="" type="checkbox"/> 120
PVC	<input checked="" type="checkbox"/> 100
Temp.	<input checked="" type="checkbox"/> 80
Anest.	<input checked="" type="checkbox"/> 60
Cirurg.	<input checked="" type="checkbox"/> 40
Garrote	<input checked="" type="checkbox"/> 20
	0

MEDICAMENTOS:

NORMAIS / DIVERSOS	QTD.	UNID.	NORMAIS / DIVERSOS	TD.	UNID.	ANESTÉSICOS	QTD.	UNID.
OXIGÊNIO (O ₂)			PLASIL	10	MG	NEO PESADA	12	MG
SORO GLICOSADO			RANITIDINA	50	MG	MORFINA	80	MCG
SORO FISIOLÓGICO	2	500ML	TENOXICAM	40	MG	MIDAZOLAM	5	MG
SORO RINGER SIMPLES								
EQUIPE MÉDICA:								

OBSERVAÇÃO:

Dr. Hudson Melo
 Anestesiologista
 CRM 6306 / RQE N°3664

HUDSON OLIVEIRA - CRM: N°.6306

Arapiraca -AL 18 DE JULHO DE 2018

Médico (a)



JOSEFA ALINE DA SILVA BARBOSA, DR. GUSTAVO,
Sex:Feminino
Data de nascimento:16/07/2018

Dir.

Data de aquis.: 13/07/2018
Hora de aquis.: 17:05:50
Índice de exp.:2048

4cm

ID:PTT013868
ID:1516em25jaino

HOSPITAL CHAMA - RODOVIA AL 220 KM 04, S/N - ARAPIRACA - AL
FONE: 3530-8388 / 3521-6905 / 3521-4781
SITE: www.hospitalchama.com.br

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
Escala: 0,77

8cm



SESAU - SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Unidade de Emergência Dr. Daniel Houly

RELATÓRIO MÉDICO

Nome do paciente:

Endereço:

Número do prontuário (ou Boletim de Emergência): 397.89.

Data de Entrada: 11/17/18.

Data de Saída: 16/04/18

Dij: Faltou dia de dia no fer

Hx + Fex

Arapiraca-AL,

23 de July de 2018.

Dr. Marcos José G. dos Reis
Rasp. Relatório Médico CRM/AL 3595
Hospital de Emergência Dr. Daniel Houly
Arapiraca - Alagoas

3598

Rodovia AL 220 - km 05 s/n - Bairro Sénador Arnon de Mello
Fone: (82) 3539-8634 - Cep: 57300-970 - Arapiraca

MS/DATASUS

UNIDADE DE EMERGENCIA DO AGRESTE

NO. DO BE: 609205

DATA: 15/07/2018
SETOR: 11 - SALA CURATIVOS E SUTURAS

HORA: 21:45

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME: JOSEFA ALINE

DOC: GERSON

IDADE: 29 ANOS NASC: 00/00/0000

SEXO: FEMININO

ENDERECO: POV FOLHA MIUDA

NUMERO:

COMPLEMENTO:

BAIRRO: ZU

MUNICIPIO: CRAIBAS

UF: AL

NOME DA MAE:

RESPONSAVEL: SAMU

LOCAL DE PROCEDENCIA: ARAPIRACA

MOTIVO DO ATENDIMENTO: COLISAO - CARROS

CASO POLICIAL.....: NAO PLANO DE SAUDE: NAO TRAUMA.....:

ACID. TRABALHO....: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA: [160 x 100 mmHg]

PULSO: []

TEMP.: [] 15POZ-S

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAIOS X [] SANGUE [] URINA [] TEC

[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

DADOS CLINICOS:

Paciente fêmea de Colisão com carro. Vaga: das mais próximas, após 1h de socorrem fêmea dura. Vacinas OK 03 anos.

EV: paciente com edema intenso, dor intensa, sem dor no membro que não é erguido, sintomas de perda de consciência, comecou a desmaiar.

DIAGNOSTICO:

PRESCRICAO

CID:

HORARIO DA MEDICAO

Rx de Femur + Beira + Poucho + Torso

S.F. 0,3500 ml ev

500

Tilatil 10 mg GU

2x

Dipirona 1 g GU

2x

Framal 100 mg GU

2x

DATA DA SAIDA: 16/07/2018-10:00 HORA DA SAIDA:

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] A REVELIA [] DESISTENCIA

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

16/07/2018-10:00 - Rx de torso sem risco de amputação

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APÓS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT.

Assinatura do paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do MÉDICO

MS/DATASUS

UNIDADE DE EMERGENCIA DO AGRESTE

No. DO BE: 609205

DATA: 15/07/2018

HORA: 21:45

SETOR: 11 - SALA CURATIVOS E SUTURAS

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME: JOSEFA ALINE
IDADE: 29 ANOS

SEXO: FEMININO

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Codigo	Descricao	Profissional
15/07/18	Paciente deu entrada no ócio vermelho, vítima de capotamento, acordado, responso, em ar condicionado, com ferimentos em face e HSC, tonus simétrico, PUP fundo, norte, abdome mole, fratura em Iº D, medula e encaminhada para realizar exames.	Fernando Rafael Ribeiro COREN-AL 3658 Unidade de Emergencia do Agreste
	EF ORT a	
	Pac. I via de capotamento suspeito com fratura do osso da face. D	
	Neurostatus: OK	
	MJ: Testes da fratura da face D	
	Cl. ① Internação hospital	
	② Troca Esquistos	
	BMF	
	Acidente automobilístico	
	Aparece FCC em palpebra superior E.	
	Som sinal de fratura dos ossos da face.	
	① AV	
	② Sutura	
	③ Alta BMF	
15/07/18 22:50h		

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Dr. José James Ferreira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-AL 8430

Intago Mesquita
Maxilofacial e Implantodontia
CRO AL 2974



ESTADO DE ALAGOAS
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – SESAU
 HOSPITAL DE EMERGÊNCIA DR. DANIEL HOULY
 Rodovia AL 220 km 05 S/N, Senador Arnon de Melo.
 CEP 57.315-745, Tel. (82) 3539-8634
 Arapiraca-AL



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que JOSEFA ALINE DA SILVA BARBOSA, nascida no dia 02/02/1990, filha de Maria Bezerra da Silva, deu entrada nesta unidade hospitalar no dia 15/07/2018, vítima de colisão carro x carro, conforme P:34799.

Declaramos ainda que, no momento da emissão do boletim de emergência, o nome do paciente, nome da mãe, data de nascimento foram grafados incorretamente, isto aconteceu devido às informações imprecisas fornecidas no momento da sua entrada.

Arapiraca, 14 de agosto de 2018.

Item a Valdir Bento Col



ESTADO DE ALAGOAS
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – SESAU
 HOSPITAL DE EMERGÊNCIA DR. DANIEL HOULY
 Rodovia AL 220 km 05 S/N, Senador Arnon de Melo,
 CEP: 57.315-745, Tel. (82) 3539-8634
 Arapiraca-AL



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que JOSEFA ALINE DA SILVA BARBOSA, nascida no dia 02/02/1990, filha de Maria Bezerra da Silva, deu entrada nesta unidade hospitalar no dia 15/07/2018, vítima de colisão carro x carro, conforme P:34799.

Declaramos ainda que, no momento da emissão do boletim de emergência, o nome do paciente, nome da mãe, data de nascimento foram grafados incorretamente, isto aconteceu devido às informações imprecisas fornecidas no momento da sua entrada.

Arapiraca, 14 de agosto de 2018.

Dra. Valéria B. Lima Calmon
 Dra. Valéria B. Lima Calmon
 Coordenadora de Apoio Técnico
 Unidade de Emerg. Dr. Daniel Houly
 Arapiraca - Alagoas



ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DA SAÚDE

SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO A SAÚDE - SUAS

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU REGIONAL APAPIRACA

R. Silvestre Péricles n.1065 - Jardim Tropical - CEP: 57.616-080 - Arapiraca/AL

Fone: (82) 3530-0085 - CNPJ.: 12.200.259/0001-65

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Arapiraca, 28 de Agosto de 2018.

Conforme solicitado por Josefa Aline da Silva Barbosa, portador (a) de CPF nº 091.190.264-39 e Identidade nº 3240806-4, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - Samu 192 Arapiraca, certifica que efetivou o atendimento da ocorrência abaixo:

Dados da Ocorrência:

1 – DIA: 15.07.18 às 21h14.

2 – LOCAL: AL 220.

3 – OCORRÊNCIA: Colisão carro x carro.

4 – VÍTIMA: **Josefa Aline.**

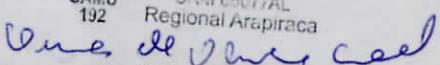
5 – DESTINO: Hospital de Emergência do Agreste

6 – UNIDADE SOCORRISTA: USB – 06.

7 – MÉDICO (a) REGULADOR (a): Dr^a. Waldyjane Farias Novais dos Santos.

Dou ciência da veracidade dos dados acima apresentados.


 Lucas de Oliveira Amaral
 Coordenador Médico
 CRM 6607/AL
 Regional Arapiraca


Lucas de Oliveira Amaral

Coord. Médico
 CRM 6607/AL
 Samu 192 - Regional Arapiraca



ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DA SAÚDE

SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO A SAÚDE - SUAS
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU REGIONAL APAPIRACA
R. Silvestre Pênces n.1065 – Jardim Tropical - CEP: 57.616-060 - Arapiraca/AL.
Fone: (82) 3530-0085 - CNPJ.: 12.200.259/0001-65

Arapiraca, 28 de Agosto de 2018.

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - Samu 192 Arapiraca retifica o preenchimento da ficha número 501 de 15.07.18 às 21h14, onde foi realizado o atendimento ao paciente **Josefa Aline da Silva Barbosa** sendo preenchido em nome de **Josefa Aline**. Vale salientar que por priorizar o atendimento à vítima não foi possível à verificação dos dados da mesma, sendo este o motivo do equívoco do preenchimento.

Atenciosamente,


Lucas de Oliveira Amaral
Coordenador Médico
CRM 6607/AL
Regional Arapiraca

lucas de oliveira
Lucas de Oliveira Amaral
Coord. Médico
CRM 6607/AL
Samu 192 - Regional Arapiraca

192

te: JOSEFA ALINE DA SILVA BARBOSA

Atendimento: 187596

Prontuário: 51287

MARIA BEZERRA DA SILVA

Sexo: FEMININO

Idade: 29 Anos 1 Mês 18 Dias

Data de Nasc.: 02/02/1990

CNS: 703406995409200

BOLETIM OPERATÓRIO

TA ATUAL: 20 DE MARÇO DE 2019

INICIO:

FIM:

DURAÇÃO:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO

RATURA DE DIÁFISE DO FEMUR DIREITO

OPERAÇÃO REALIZADA

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE DIÁFISE DE FEMUR DIREITO

CIRURGIÃO: DANIEL DIAS ESTEVES

CRM: 6101

1 AUXILIAR: JULIANA DIAS ESTEVES

CRM: 6200

2 AUXILIAR:

CRM:

INSTRUMENTADOR:

ANESTESIA:

INICIO:

FIM:

DURAÇÃO:

Anestesista: ALESSANDRO SANTIAGO DE SOUZA

CRM:

DESCRIÇÃO OPERATÓRIA

CIENCIENCE EM DDH SOB ANESTESIA

SESPSIA E ANTISSEPSIA

CISAO EM REGIÃO LATERAL DO FEMUR DIREITO

SSECÇÃO POR PLANOS ATÉ FOCO DE FRATURA

TIRADA DE PLACA E PARAFUSOS

TIRADA DE CALO OSSEO

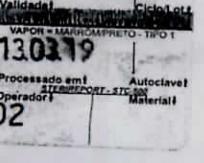
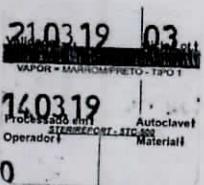
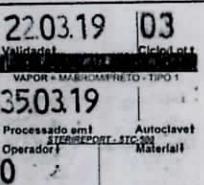
DUCAÇÃO CRUENTA E FIXAÇÃO COM PLACA BLOQUEADA E PARAFUSOS BLOQUEADOS E CORTICAL

IC

VISAO DA HEMOSTASIA

ITURA POR PLANOS

IRATIVO ASSEPTICO



Jr. Daniel Dias Esteves
Ortopedia e Traumatologia
CRM AL 8401/RQE 2899
CNEB 980018286883296

DANIEL DIAS ESTEVES - CRM: Nº.

Médico(a)

Paciente:
 JOSEFA ALINE DA SILVA BARBOSA

 Data de Nasc:
 02/02/1990

 Idade:
 29 Anos 1 Mês 18

 Prontuário
 51287

BOLETIM ANESTÉSICO

DADE CIRÚRGICA: CC RESTAURAÇÃO SALA: 5 ATENDIMENTO: 187596 TIPO SANGUÍNEO:
 CIRURGIA: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE FÉMUR DIREITO AVISO CIRURGIA:
 PO DE ANESTESIA: RAQUI ANESTESIA INÍCIO: 14:00 TÉRMINO: 15:40
 DURAÇÃO: 1h40min

SEGURANÇA DO PACIENTE

PRÉ-INDUÇÃO

Paciente identificado e avaliado antes da indução

 Medicação pré-anestésica: Sim Não

Termo de Consentimento informado assinado

Hora: _____

 Antibiotico Profilático Não Sim Qual: CEFAZOLINA

Fármaco: _____

Hora da administração: 14:00 Dose: 2G

 Via: VO IM IV IV Outra

Via: IV

 Efeito Satisfatório Sim Não

Equipamentos de Anestesia e acessórios checados

DADOS VITAIS E ANTROPOMÉTRICOS ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

130/80	P: 90	SPO: 98 2	ASA: I	PESO: 70
--------	-------	--------------	--------	----------

DIAGNÓSTICO

Operatório: FRATURA DE FÉMUR DIREITO

CIRURGIA/PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO COM OU SEM INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA

Hora da Anestesia: 14:00 Início Cirurgia: 14:45

 Posição Operatória: Cefalodecline Cefaloactive Ginecológica DD DV DLD DLE Sentado

 Uso de coxins: Sim Não Local: _____

TÉCNICA ANESTÉSICA

 Sopro Venoso: Periférico Central Localização: JELCO 18G MSD Dificuldade da punção: Sim Não

ANESTESIA GERAL Sim Não

Modo:	Respiração:		Dispositivo para via aérea:	
	* Assistida:	<input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Manual	<input type="checkbox"/> M. Laringea nº	<input type="checkbox"/> Guédel/Nasofaringea nº
	* Controlada:	<input type="checkbox"/> Volume <input type="checkbox"/> Pressão	Tubo nº	<input type="checkbox"/> Máscara Facial
			<input type="checkbox"/> Cuff	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Fácil <input type="checkbox"/> Difícil
			Tipo:	<input type="checkbox"/> Simples <input type="checkbox"/> Aramado <input type="checkbox"/> Endobrônquico <input type="checkbox"/> Outros
			Técnicas:	<input type="checkbox"/> Laringoscópio direta <input type="checkbox"/> Retrógrada <input type="checkbox"/> Outras
				<input type="checkbox"/> Broncofibroscopia <input type="checkbox"/> Traqueostomia

 Último: Circular com absorvedor CO2 Sim Não

 Intubação / Sistema: Datex Drager Taema Duplo T Mapleson / Bain Outro

 Queijo espinhais: Sim Não

 Posição: Sentado Decúbito lateral

 Bloqueio: Raquianesthesia Peridural Duplo bloqueio

 Cateter: Sim Não

 Local de punção: L1-L2 L2-L3 L3-L4 L4-L5 Hiato Sacro

 Opioide: Sim Não

Nº punções: 1, MEDIANA, AGULHA 27G

Paciente:
JOSEFA ALINE DA SILVA BARBOSA

Data de Nasc: 02/02/1990 Idade: 29 Anos 1 Mês 18 Prontuário 51287

dação: Sim Não Data de Nasc: Leve Moderada Profunda

positivo para suplementação de Oxiênio Cateter nasal Máscara facial Guedel Nasofaríngea Outros

ros Bloqueios: Femoral Ciático

Plexo Braquial Via: Axilar Interescalênico Illiohipopástrico Ilioinguinal

euroestimulador: Não Sim [Agulha Stimuplex] Retrobulbar Peribulbar

ndições clínicas na alta: Acordado Sonolento Intubado

istino: Quarto RPA Unidade de Internação Day Clinic Alta Hospitalar

ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK

nsciência: 2 <input checked="" type="checkbox"/> Totalmente	1 <input type="checkbox"/> Disperta quando chamado	0 <input type="checkbox"/> Não responde
ividades: 2 <input type="checkbox"/> Movimento de todas extremidades	1 <input checked="" type="checkbox"/> Movimento de duas extremidades	0 <input type="checkbox"/> Incapaz de se mover
rculação: 2 <input checked="" type="checkbox"/> PA +/- 20% de valor pré-anestésico	1 <input type="checkbox"/> PA de 20 a 50% do valor pré-anestésico	0 <input type="checkbox"/> PA +/- 50% do pré-anestésico
spiração: 2 <input checked="" type="checkbox"/> Respire profundamente e tosse	1 <input type="checkbox"/> Dispnéia, Hipovenilação	0 <input type="checkbox"/> Apnéia.
SP02: 2 <input checked="" type="checkbox"/> Tosse SPO2 > 90% em ar ambiente	1 <input type="checkbox"/> Necessita de O2 para manter SPO2 > 90%	0 <input type="checkbox"/> SPO2 < 90 mesmo com O2 sup.

DROGAS	Horários											
Oxigênio												
N2O												
comprimido												
Sevo - Iso												
Propofol												
il - Sulfentanil												
gue/Derivados												
Glicosado												
Cristaloides												
Cristaloides												
Dlurese												
angramento												
Coloides												

Data/Hora: 20/03/2019 14:00 Intervalo de Aferição: 10 Minutos

Hora: 14h 14h 14h 14h 14h 14h 15h 15h 15h 15h 15h 15h 16h 16h 16h 16h 16h

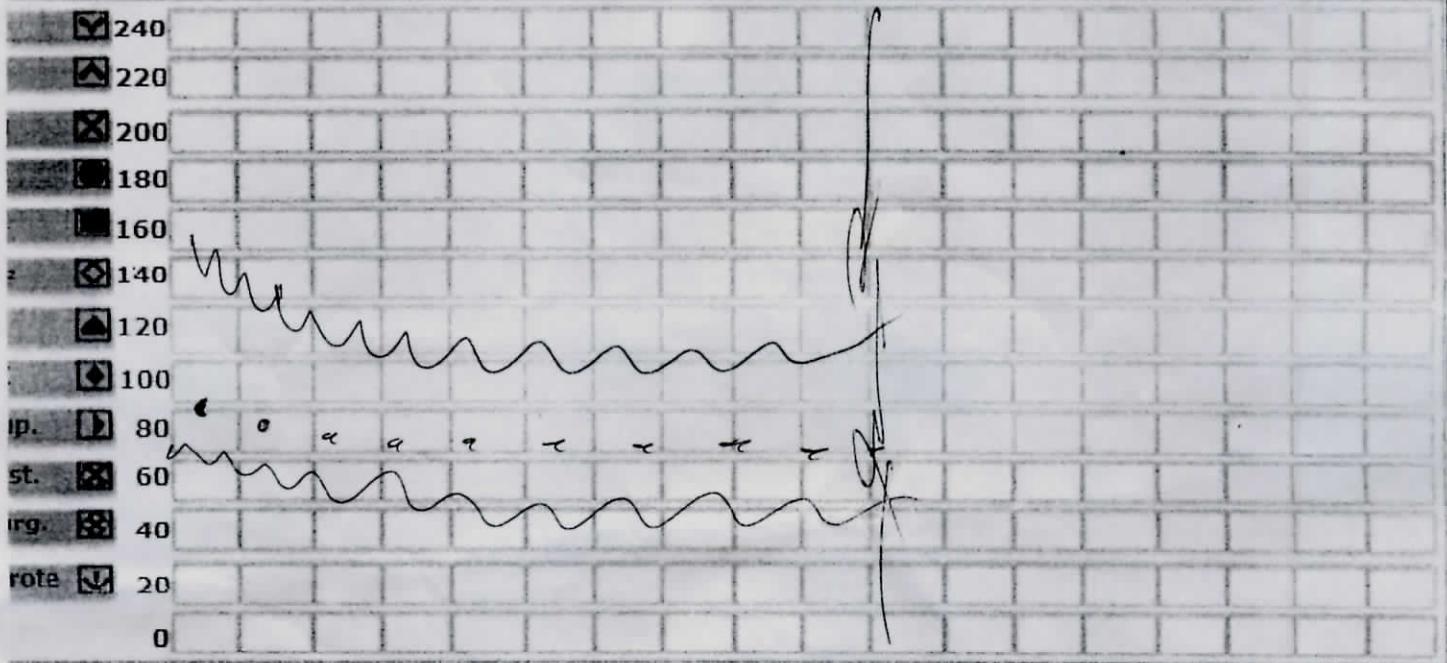
Paciente:
JOSEFA ALINE DA SILVA BARBOSAData de Nasc:
02/02/1990Idade:
29 Anos 1 Mês 18Prontuário
51287

Minutos: 00m 10m 20m 30m 40m 50m 00m 10m 20m 30m 40m 50m 00m 10m 20m 30m 40m 50m

SCO: 1

FLUXOGRAMA DO ATO ANESTÉSICO

MPA:



DICTAMENTOS:

RMAIS / DIVERSOS	QTD.	UNID.	NORMAIS / DIVERSOS	TD.	UNID.	ANESTÉSICOS	QTD.	UNID.
GENIO (O2)			DIPIRONA 2G			NEOCAINA PESADA 0,5% 14 MG		
O GLICOSADO			PLASIL 10 MG			FENTANIL 20 MCG		
O FISIOLÓGICO	2000	ML	DEXAMETSONA 10 MG			MORFINA 70 MCG		
O RINGER SIMPLES			EFORTEL BOLUS DE 1 MG					
JIPE MÉDICA:								
OPEDISTA DR DANIEL DIAS EVES								
STESISISTA DR ALESSANDRO								

SERVAÇÃO:

UIANESTESIA: ASSEPSIA E ANTISEPSIA LOMBAR; PUNÇÃO MEDIANA EM L3-L4 COM AGULHA 27G; LCR LÍMPIDO; FEITO 14 MG DE CAÍNA PESADA 0,5% + 25 MCG DE FENTANIL + 70 MCG DE MORFINA. SEM INTERCORRÊNCIAS

Dr. Alessandro Santiago de Souza
Anestesiologista
CRM/AL 6816

ALESSANDRO SANTIAGO DE SOUZA -
CRM: N°.0006615
Médico(a)

piraca -AL 20 DE MARÇO DE 2019

JOSÉFA ALINE DR. DANIEL
Sex: Feminino
Data de nascimento: 18/03/2019

Data de aquis.: 18/03/2019
Hora de aquis.: 05:27:02
Índice de exp.: 1872

JOSÉFA ALINE DR. DANIEL
Sex: Feminino
Data de nascimento: 18/03/2019

Data de aquis.: 18/03/2019
Hora de aquis.: 05:24:57
Índice de exp.: 1862

Dir.

8cm

8cm

ID: PAT022273
ID de técnico: jairo

Escala: 0,75
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

ID: PAT022273
ID de técnico: jairo

Escala: 0,69
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

HOSPITAL CHAMA - RODOVIA AL 220 KM 04, S/N - ARAPIRACA - AL
FONE: 3530-8388 / 3521-6905 / 3521-4781
SITE: www.hospitalchama.com.br

JOSEFA ALINE DA S. BARBOSA, DR.DIOCEDEira de aquis. 20/03/2019
Sex Feminino Hora de aquis 16:49:31
Data de nascimento 02/02/1990 Índice de exp. 2665

JOSEFA ALINE DA S. BARBOSA, DR.DIOCEDEira de aquis. 20/03/2019
Sex: Feminino Hora de aquis 16:51:23
Data de nascimento 02/02/1990 Índice de exp. 2662

AP
Dir.

Lateral



8cm

ID:PAT022362
ID de técnico:admin

Escala: 0,80
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

ID:PAT022362
ID de técnico:admin

Escala: 0,75
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

HOSPITAL CHAMA - RODOVIA AL 220 KM 04, S/N - ARAPIRACA - AL
FONE: 3530-8388 / 3521-6905 / 3521-4781
SITE: www.hospitalchama.com.br



Complexo Hospitalar Manoel André

Prontuário: 51287

Atendimento: 00187596

fls. 39

Nome do Paciente: JOSEFA ALINE DA SILVA BARBOSA

Data do Atendimento: 20/03/2019

Data de Nascimento: 02/02/1990

Idade: 29a 1m 17d

Sexo: FEMININO

Convênio: AMIL

Plano: PLANO UNICO

Unidade de Internação: APARTAMENTO COLETIVO - HR

Leito: APT 316

EVOLUÇÃO MÉDICA

EVOLUÇÃO

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

2º DPO FIXAÇÃO DE REFRAÇÃO DE DIAFISE DE FEMUR DIREITO
PROCEDIMENTO SEM INTERCORRENCIAS

PACIENTE SEM QUEIXAS, BOA PERFUSÃO TECIDUAL, FO DE BOM ASPECTO

CD: ALTA HOSPITALAR

Arapiraca, 22 DE MARÇO DE 2019

AGUINALDO SEGUNDO GURGEL DA N PEREIRA
- CRM: Nº.7658

CHAMA - COMPLEXO HOSPITALAR MANOEL ANDRE

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

Relatório de Resumo de Alta

PÁGINA 1 DE 1

Emitido por: AGUINALDO NOBREGA

Em:22/03/2019 07:51

RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 22/03/2019 07:46:00

IDENTIFICAÇÃONOME: JOSEFA ALINE DA SILVA
BARBOSA

RG: 32408064

PESO:

IDADE: 29 Anos

SEXO: FEMININO

ALTURA:

Data de Nascimento: 02/02/1990

PRESTADOR ASSISTENTE: DANIEL DIAS ESTEVES

DATA DE ATENDIMENTO: 20/03/2019 08:04:52 ATENDIMENTO: 187596 TEMPO DE PERMANÊNCIA: 2 Dia(s)

CONVÉNIO: AMIL

PLANO: ENFERMARIA

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: S723 - FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):

DIAGNÓSTICO INICIAL: S723 - FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

DIAGNÓSTICO DE ALTA: S723 - FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

EXAMES**DATA DO PEDIDO EXAMES**

20/03/2019 HEMOGRAMA

20/03/2019 COAGULOGRAAMA

20/03/2019 GLICOSE

INFECÇÕES

ANTIBIÓTICO	DATA INICIAL	DATA FINAL
CEFALOTINA SODICA 1G INJETAVEL	21/03/2019	21/03/2019

CONDUTA DE ALTA:

MOTIVO DA ALTA: ALTA COM PREVISAO DE RETORNO PARA ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE

PROCEDIMENTO DE ALTA: FRATURAS DE FEMUR - TRATAMENTO CIRURGICO

OBSERVAÇÃO DE ALTA: ORTOFÉDIA E TRAUMATOLOGIA

2º DPO FIXAÇÃO DE REFRATURA DE DIAFISE DE FEMUR DIREITO
PROCEDIMENTO SEM INTERCORRENCIAS

PACIENTE SEM QUEIXAS, BOA PERFUSÃO TECIDUAL, FO DE BOM ASPECTO

CD: ALTA HOSPITALAR

AGUINALDO SEGUNDO GURGEL DA N PEREIRA

CRM-7658

SOULMV - SIMPLES E COMPLETO

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE , TOTAL OU PARCIAL

Atenção: A finalidade deste relatório é agilizar a avaliação de invalidez permanente, não sendo obrigatório a sua apresentação.

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

José da Mire Bonhagen

NÚMERO DO SINISTRO

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)DATA DO ACIDENTE: 15/04/2018 DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO: 15/07/2018

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

Perda de função do membro inferior direito

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS)

Intervenção quirúrgica em membro inferior direito - 15/04/2018
Reabilitação com fisioterapia e exercícios - 18/07/2018EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? () SIM NÃO

CASO POSITIVO DESCREVER:

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

() A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.

 A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.**GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL(especificar o segmento ou órgão atingido)**

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO

1º Perda de 70% de função do membro inferior direito

2º

3º

4º

5º

AFIRMO QUE ASSISTI E / OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 07/2018
RESPOSTAS ACIMA SÃO COMPLETAS É VERDADEIRAS.

Assinatura

LOCAL

10/03/2018

DATA

Dr. Daniel Duarte Esteves
Ortopedia e Traumatologia
CRM-AL 5101 RQE 28685
CNEBRA 0016286683298

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS RELATIVOS AO ACIDENTE

LOCAL

DATA

ASSINATURA E CARIMBO



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

CNPJ: 04.710.210/0001-24
 RODOVIA AL 220 KM/2, BAIRRO SENADOR ARNON DE MELO
 CEP: 57300-970 / FONE: (0**82) 3521-4781
 ARAPIRACA - AL



RELATÓRIO MÉDICO

NOME: Terezinha Almeida da Silva Barbosa

DN:

1-PATOLOGIAS APRESENTADAS (CID-10):

Sequela de hérnia de ferro anel e elástica D. T931, T92, S423, S40

2 - TERAPÊUTICAS REALIZADAS:

Linfagioterapia em ferro D.
Homemader em elástico D.

3 - CONSIDERAÇÕES:

Paciente com limitações físicas como sequelas de hérnia
de ferro, escurcendo perda de 50% da função da coluna D
e ombros S.
Alta médica noje

ARAPIRACA

M

DE

DE 20

19



MÉDICO ASSISTENTE



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

CNPJ: 04.710.210/0001-24
 RODOVIA AL 220 KM/2, BAIRRO SENADOR ARNON DE MELO
 CEP: 57300-970 / FONE: (0**82) 3521-4781
 ARAPIRACA - AL



RELATÓRIO MÉDICO

NOME: Josefa Almeida da Silva Barbosa .

DN:

1-PATOLOGIAS APRESENTADAS (CID-10):

Fratura de diafise de fêmur direito . 8723

2- TERAPÊUTICAS REALIZADAS:

Laringos / duas angiografias para excluir infarto e nova angiografia.
 Apêis deputados .
 Tratamento de ferida
 Reabilitação

3 - CONSIDERAÇÕES:

Recomenda manutenção do ajetamento de var ativos/lesões laboratoriais.
 por tempo indeterminado .

ARAPIRACA DE 25 novembro DE 20 19

Dr. Daniel Dias Esteves
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-AL 101 TQDE 110
 03 32001620666296

MÉDICO ASSISTENTE

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 05 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190094330

Vítima: JOSEFA ALINE DA SILVA BARBOSA

Data do Acidente: 15/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROBERTO JOSE DOS SANTOS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSEFA ALINE DA SILVA BARBOSA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13901850



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190094330 **Vítima: JOSEFA ALINE DA SILVA BARBOSA**

Data do Acidente: 15/07/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ROBERTO JOSE DOS SANTOS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSEFA ALINE DA SILVA BARBOSA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: JOSEFA ALINE DA SILVA BARBOSA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000004806

Conta: 0000017383-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 21 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190094330

Vítima: JOSEFA ALINE DA SILVA BARBOSA

Data do Acidente: 15/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROBERTO JOSE DOS SANTOS

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSEFA ALINE DA SILVA BARBOSA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

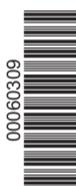
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 147344229



Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2019

Aos Cuidados de: **JOSEFA ALINE DA SILVA BARBOSA**

Nº Sinistro: **3190094330**

JOSEFA ALINE DA SILVA BARBOSA

Data do Acidente: **15/07/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ROBERTO JOSE DOS SANTOS**

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3190094330**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 14338634



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 27 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190094330

Vítima: JOSEFA ALINE DA SILVA BARBOSA

Data do Acidente: 15/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROBERTO JOSE DOS SANTOS

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSEFA ALINE DA SILVA BARBOSA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 27/08/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Carta nº 14744048



**Juízo de Direito da 3^a Vara de Arapiraca / Cível Residual
Rua Samaritana, s/nº, Fórum Des. João Oliveira e Silva, Santa Edwiges - CEP
57310-245, Fone: 3482-9519, Arapiraca-AL - E-mail: vara3arapiraca@tjal.jus.br**

Autos n° 0705229-88.2020.8.02.0058

Ação: Procedimento Comum Cível

Autor: Josefa Aline da Silva Barbosa

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

DESPACHO

Considerando que a declaração de pobreza acostada à inicial gera mera presunção iuris tantum (STJ, Resp n. 1.019.233/SP, 2^a Turma, Relator Ministro Mauro Campbell Marques, j. em 09/12/2009), e ainda, a necessidade de se provar a hipossuficiência financeira alegada para se franquear acesso à gratuidade da Justiça, nos termos do artigo 99, § 2º, do Código de Processo Civil, concedo à parte autora o prazo de 15 (quinze) dias para trazer aos autos prova de suas receitas (Declaração de Isenção de Imposto de Renda, Carteira de Trabalho e Previdência Social, Extrato da Conta Bancária, etc.) e despesas ordinárias (gastos mensais rotineiros, etc), sob pena de indeferimento do benefício.

Intimações necessárias.

Cumpra-se.

Arapiraca(AL), 08 de julho de 2020.

**Clarissa Oliveira Mascarenhas
Juíza de Direito em substituição**

CERTIDÃO DE REMESSA DE RELAÇÃO

Certifico que o ato abaixo consta da relação nº 0142/2020, encaminhada para publicação.

Advogado
JOSÉ GOUVEIA DA SILVA NETO (OAB 12909/AL)

Forma
D.J

Teor do ato: "Considerando que a declaração de pobreza acostada à inicial gera mera presunção iuris tantum (STJ, Resp n. 1.019.233/SP, 2ª Turma, Relator Ministro Mauro Campbell Marques, j. em 09/12/2009), e ainda, a necessidade de se provar a hipossuficiência financeira alegada para se franquear acesso à gratuidade da Justiça, nos termos do artigo 99, § 2º, do Código de Processo Civil, concedo à parte autora o prazo de 15 (quinze) dias para trazer aos autos prova de suas receitas (Declaração de Isenção de Imposto de Renda, Carteira de Trabalho e Previdência Social, Extrato da Conta Bancária, etc.) e despesas ordinárias (gastos mensais rotineiros, etc), sob pena de indeferimento do benefício. Intimações necessárias. Cumpra-se. Arapiraca(AL), 08 de julho de 2020. Clarissa Oliveira Mascarenhas Juíza de Direito em substituição"

Arapiraca, 9 de julho de 2020.

CERTIDÃO DE PUBLICAÇÃO DE RELAÇÃO

Certifico que o ato abaixo, constante da relação nº 0142/2020, foi disponibilizado no Diário da Justiça Eletrônico em 10/07/2020. Considera-se data da publicação, o primeiro dia útil subsequente à data acima mencionada. O prazo terá início em 14/07/2020, conforme disposto no Código de Normas da Corregedoria Geral da Justiça.

Advogado	Prazo em dias	Término do prazo
JOSÉ GOUVEIA DA SILVA NETO (OAB 12909/AL)	15	03/08/2020

Teor do ato: "Considerando que a declaração de pobreza acostada à inicial gera mera presunção iuris tantum (STJ, Resp n. 1.019.233/SP, 2^a Turma, Relator Ministro Mauro Campbell Marques, j. em 09/12/2009), e ainda, a necessidade de se provar a hipossuficiência financeira alegada para se franquear acesso à gratuidade da Justiça, nos termos do artigo 99, § 2º, do Código de Processo Civil, concedo à parte autora o prazo de 15 (quinze) dias para trazer aos autos prova de suas receitas (Declaração de Isenção de Imposto de Renda, Carteira de Trabalho e Previdência Social, Extrato da Conta Bancária, etc.) e despesas ordinárias (gastos mensais rotineiros, etc), sob pena de indeferimento do benefício. Intimações necessárias. Cumpra-se. Arapiraca(AL), 08 de julho de 2020. Clarissa Oliveira Mascarenhas Juíza de Direito em substituição"

Arapiraca, 11 de julho de 2020.

AO JUÍZO DA 3^a VARA CÍVEL RESIDUAL DA COMARCA DE ARAPIRACA/AL

Processo nº 0705229-88.2020.8.02.0058

JOSEFA ALINE DA SILVA BARBOSA, já qualificada nos autos, em *AÇÃO DE COBRANÇA DE INDENIZAÇÃO DE SEGURO DPVAT* que move em desfavor de **SEGURADORA LÍDER ADMINISTRADORA DO SEGURO DPVAT S/A**, também já qualificada, vem, por meio de seu advogado, atendendo o despacho de fls. 49, expor e requerer o que segue:

Senhor Julgador, para fins de comprovar seu estado de hipossuficiência, vem apresentar os seguintes documentos:

- a) **Cópia de sua CTPS e de Contracheque** – comprovando possuir um único vínculo empregatício, responsável por lhe garantir um salário líquido entre R\$ 980,76 e R\$ 1000,78 mensais;
- b) **Certidão de nascimento de sua filha Isabella Felix Barbosa** – menor impúbere, nascida em 24 de fevereiro de 2015, cujo sustento também é de responsabilidade da Autora;
- c) **Extrato de sua conta bancária na Caixa Econômica Federal** – comprovando possuir um valor atual de R\$ 1.303,29, onde por diversas é para suprir as despesas de sua filha, como alimentação, saúde e vestuário.

Portanto, considerando que os documentos juntados comprovam o estado de hipossuficiência que se encontra Autora, não podendo arcar com as despesas do processo sem comprometer o sustento próprio e o de sua família, é que vem requerer a concessão dos benefícios da justiça gratuita, com o regular prosseguimento do feito.

Pede e espera deferimento.

Arapiraca/AL, 01 de agosto de 2020.

José Gouveia da Silva Neto
Advogado -OAB/AL 12.909



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:

ISABELLA FELIX BARBOSA

MATRÍCULA:

002881 01 55 2015 1 00002 330 0002517 31

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENO

Vinte e Quatro de Fevereiro de Dois Mil e Quinze

DIA 24	MÊS 02	ANO 2015
-----------	-----------	-------------

HÓRS DO NASCIMENTO

23h20min

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UF

Arapiraca - Alagoas

MUNICÍPIO DO REGISTRO E UF

Craíbas - Alagoas

LOCAL DO NASCIMENTO

Casa de Saúde e Maternidade Nossa Senhora de Fátima

SEXO

Feminino

FILIAÇÃO

Clebson Welvis Felix Santos Silva e Josefa Aline da Silva Barbosa, Naturais de Alagoas

AVÓS

Amilton Albino da Silva e Josefa Felix Santos Silva (Paternos), José Mario Lopes Barbosa e Maria Bezerra da Silva (Maternos)

GÊMEO

NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEOS

Não

Nada consta

DATA DO REGISTRO POR EXTENO

Nove de Março de Dois Mil e Quinze

Nº DA DNV

30-69274683-0

OBSERVAÇÕES/AVERBAÇÕES

Ato Registrado no Livro A/02, Fls. 330, Termo 2517. Profissão dos Genitores Agricultores

Nome do Ofício

Cartório do Registro Civil do Distrito

Folha Miúda/AL

Oficial da Registro Civil

Márcia Luiza Cavalcanti Tenório de Melo

Município/UF

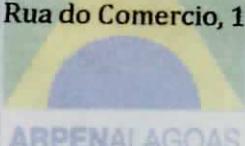
Craíbas/AL

Endereço Rua do Comercio, 10 Centro

O conteúdo da certidão é verdadeiro, dou fé.
Folha Miúda, 09 de Março de 2015



Márcia Luiza Cavalcanti Tenório de Melo
OFICIAL DO REGISTRO CIVIL



AA 126027

você também está obrigado a usá-los, para prevenir acidentes e evitar as doenças profissionais.

Mostra ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada, para evitar maiores desgraças.

Tudo o acidente tem uma vacina que é prevenir a pesquisa, para evitar a sua repetição. Se você for acidentado, procure logo o socorro médico.

co adequado. Não deixe que "entendidos" e "curiosos" concoram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é eletricista, não se meta a fazer serviços de eletricidade.

ma de um acidente, amanhã será tarde demais.

Atenda às recomendações dos Membros da CIPA e de respeitá-las.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha.

Conversa e discussão no trabalho predispõem a acidentes pela desatenção.

Leia e resista sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

fazem parte do seu uniforme de trabalho.
Mantenha sempre as guardas protetoras das máqui-

nas nos devidos lugares.
Pare a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.

Habite-se a trabalhar protegido contra os acidentes.
Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho.



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

Número 006581 Série 00026 AL

ASSINATURA DO PORTADOR

X Jeferson Almeida Silva Barbosa
ASSINATURA DO PORTADOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. Nº
 Exp. em / / Estado
 Obs.:
 Data Emissão 18/08/2006 DRT Cuiabá-MS
 Claudineia Umano do Funcionário
 Matrícula. 01811-1

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE

Com relação nome, est. civil e data nasc.)

Nome
Doc.

Nome
Doc.

Nome
Doc.
Est. Civil

Doc.
Est. Civil

Doc.
Nascimento

Doc.

CONTRATO DE TRABALHO

Emprador 3146-3937/0001-60
.....
....."REVIVER ADMINISTRAÇÃO PRISIONAL"
.....CNPJ/MF 11.111.111/0001-14
.....PRAMADA LTDA.
.....Av. Graciosa de Freitas, n.º 314
.....RuaCentro CEP 45.700-000
.....MunicípioSerrinha - BAEst.
.....
.....Esp. do establecimento
.....Cargo

CONTRATO DE TRABALHO

..... Empregador

..... CNPJ/MF Rua N°

..... Município Est. Esp. do estabelecimento

..... Cargo

..... CBO n°

..... Data admissão de de

..... Registro nº Fis./Ficha

..... Remuneração especificada

..... Ass. do empregador ou a rogo c/test.

..... 1º 2º

..... Data saída de de

..... Ass. do empregador ou a rogo c/test.

..... 1º 2º

..... Com. Dispensa CD N°

24

ALTERAÇÕES DE SALÁRIO

Aumentado em 01 / 01 / 15 Para R\$ 900,00
 Na função de Analista de RH
 CBO por motivo de Reajuste Salarial

ALTERAÇÕES DE SALÁRIO

Aumentado em / / Para R\$
 Na função de
 CBO por motivo de

REVIVER PASTADIGITAL LTDA
 Assinatura do empregador

Aumentado em / / Para R\$
 Na função de
 CBO por motivo de

Assinatura do empregador

Aumentado em / / Para R\$
 Na função de
 CBO por motivo de

Assinatura do empregador

Aumentado em / / Para R\$
 Na função de
 CBO por motivo de

Assinatura do empregador

25

ALTERAÇÕES DE SALÁRIO

Aumentado em / / Para R\$
 Na função de
 CBO por motivo de

Assinatura do empregador

Aumentado em / / Para R\$
 Na função de
 CBO por motivo de

Assinatura do empregador

Aumentado em / / Para R\$
 Na função de
 CBO por motivo de

Assinatura do empregador

Aumentado em / / Para R\$
 Na função de
 CBO por motivo de

Assinatura do empregador

REVIVER ADMINISTRAÇÃO PRISIONAL PRIVADA

CNPJ: 05.146.393/0001-60

END: ANTONIO CARLOS MAGALHAES, 3244 - CAMINHO DA Mensalista

CC:UNID PRISIONAL AGRI

Folha Mensal

Junho de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3559	JOSEFA ALINE DA SILVA BARBOSA AUXILIAR DE CONSULTORIO	322230	2	1

Admissão: 13/03/2014

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
1	HORAS NORMAIS	205,33	984,06	
8697	HORAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	14,67	70,29	
432	ADC INSALUBRIDADE 20% (Sal. Base) Médias	20,00	210,87	
995	SALARIO FAMILIA	1,00	48,62	
201	REFEICAO	10,00		10,00
212	ASSISTENCIA MEDICA	74,90		74,90
253	ASSIST MEDICA MES ANTERIOR	150,00		150,00
998	I.N.S.S.	7,76		98,18

COVID Cumpra orientações da empresa lave mãos use álcool Gel e EPI corretamente Conta corr: 17506 Agência:		Total de Vencimentos 1.313,84	Total de Descontos 333,08		
		Valor Líquido ➔	980,76		
Salário Base 1.054,35	Sal. Contr. INSS 1.265,22	Base Cálc. FGTS 1.265,22	F.G.T.S do Mês 101,21	Base Cálc. IRRF 977,45	Faixa IRRF 0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

REVIVER ADMINISTRAÇÃO PRISIONAL PRIVADA

CNPJ: 05.146.393/0001-60

END: ANTONIO CARLOS MAGALHAES, 3244 - CAMINHO DA Mensalista

CC:UNID PRISIONAL AG

Folha Mensal

Junho de 2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
1	HORAS NORMAIS	205,33	984,06	
8697	HORAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	14,67	70,29	
432	ADC INSALUBRIDADE 20% (Sal. Base) Médias	20,00	210,87	
995	SALARIO FAMILIA	1,00	48,62	
201	REFEICAO	10,00		10,00
212	ASSISTENCIA MEDICA	74,90		74,90
253	ASSIST MEDICA MES ANTERIOR	150,00		150,00
998	I.N.S.S.	7,76		98,18

COVID Cumpra orientações da empresa lave mãos use álcool Gel e EPI corretamente Conta corr: 17506 Agência:		Total de Vencimentos 1.313,84	Total de Descontos 333,08		
		Valor Líquido ➔	980,76		
Salário Base 1.054,35	Sal. Contr. INSS 1.265,22	Base Cálc. FGTS 1.265,22	F.G.T.S do Mês 101,21	Base Cálc. IRRF 977,45	Faixa IRRF 0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

REVIVER ADMINISTRAÇÃO PRISIONAL PRIVADA

CNPJ: 05.146.393/0001-60

END: ANTONIO CARLOS MAGALHES

CC:UNID PRISIONAL AGRI

MINHO DF Mensalista

Folha Mensal

Maio de 2020

Código	Nome do Funcionário
3559	JOSEFA ALINE DA SILVA BARBOSA AUXILIAR DE CONSULTORIO

CBO	Departamento	Filial
322230	2	1
Admissão:	13/03/2014	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	1.054,35		
432	ADC INSALUBRIDADE 20% (Sal. Base) Médias	20,00	210,87		
995	SALARIO FAMILIA	1,00	48,62		
201	REFEICAO	10,00		10,00	
212	ASSISTENCIA MEDICA	74,90		74,90	
253	ASSIST MEDICA MES ANTERIOR	129,98		129,98	
998	I.N.S.S.	7,76		98,18	
COVID Cumpra orientações da empresa lave mãos use álcool Gel e EPI corretamente Conta corr: 17506 Agência:					
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.313,84	313,06	
			Valor Líquido ➔	1.000,78	
Salário Base	Sal. Centr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.054,35	1.265,22	1.265,22	101,21	977,45	0,00

fls. 59

Sociedad Económica de América Latina

Assinatura do Funcionário

Data

REVIVER ADMINISTRAÇÃO PRISIONAL PRIVADA

CNPJ: 05.146.393/0001-60

END: ANTONIO CARLOS MAGALH

CC:UNID PRISIONAL AG

Folha Mensal

Maio de 2020

Código Nome do Funcionário
3559 JOSEFA ALINE DA SILVA BARBOSA
auxiliar de consultório

CBO	Departamento	Filiais
322230	2	1
Admissão:	13/03/2014	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
1	HORAS NORMAIS	220,00	1.054,35	
432	ADC INSALUBRIDADE 20% (Sal. Base) Médias	20,00	210,87	
995	SALARIO FAMILIA	1,00	48,62	
201	REFEICAO	10,00		10,00
212	ASSISTENCIA MEDICA	74,90		74,90
253	ASSIST MEDICA MES ANTERIOR	129,98		129,98
998	I.N.S.S.	7,76		98,18
COVID Cumpra orientações da empresa lave mãos use álcool Gel e EPI corretamente Conta corr: 17506 Agência:				
				Total de Vencimentos
				1.313,84
				Total de Descontos
				313,06
				Valor Líquido →
				1.000,78
Salário Base	Sal. Centr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF
1.054,35	1.265,22	1.265,22	101,21	977,45
				0,00

卷之三

Assinatura do Encerramento

Data

COVID Cumpra orientações da empresa lave
mãos use álcool Gel e EPI corretamente
Conta corr: 17506 Agência:

1.313,84	313,06
Líquido	1.000,78

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Cálc. FGTS	FGTS do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.054,35	1.265,22	1.265,22	101,21	977,45	0,00



Extrato

Cliente: JOSEFA ALINE S BARBOSA

Conta: 4806 / 013 / 00017383-0

Data: 16/07/2020 - 08:54

Extrato

Data Mov.	Nr. Doc.	Histórico	Valor	Saldo
	000000	SALDO ANTERIOR	0,00	1.614,69 C
12/06/2020	000260	CRED TED	200,00 C	1.814,69 C
12/06/2020	120915	DP CX AQUI	80,00 C	1.894,69 C
12/06/2020	393050	DOC ELET	60,00 C	1.954,69 C
15/06/2020	131509	SQ CX AQUI	600,00 D	1.354,69 C
16/06/2020	000000	REM BASICA	0,00 C	1.354,69 C
16/06/2020	000000	CRED JUROS	1,99 C	1.356,68 C
16/06/2020	000001	CRED TED	200,00 C	1.556,68 C
17/06/2020	000000	REM BASICA	0,00 C	1.556,68 C
17/06/2020	000000	CRED JUROS	0,17 C	1.556,85 C
18/06/2020	000000	REM BASICA	0,00 C	1.556,85 C
18/06/2020	000000	CRED JUROS	0,19 C	1.557,04 C
07/07/2020	071106	DP DIN LOT	84,00 C	1.641,04 C
10/07/2020	101924	CRED TEV	40,00 C	1.681,04 C
10/07/2020	101346	DP DIN LOT	30,00 C	1.711,04 C
13/07/2020	111050	DP CX AQUI	40,00 C	1.751,04 C
14/07/2020	141750	SQ CX AQUI	400,00 D	1.351,04 C
14/07/2020	141751	SQ CX AQUI	50,00 D	1.301,04 C
16/07/2020	000000	REM BASICA	0,00 C	1.301,04 C
16/07/2020	000000	CRED JUROS	2,25 C	1.303,29 C

* 670 - Não há lançamentos do dia.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvintoria: 0800 725 7474

Help Desk CAIXA: 0800 726 0104



**Juízo de Direito da 3^a Vara de Arapiraca / Cível Residual
Rua Samaritana, s/nº, Fórum Des. João Oliveira e Silva, Santa Edwiges - CEP
57310-245, Fone: 3482-9519, Arapiraca-AL - E-mail: vara3arapiraca@tjal.jus.br**

Autos n° 0705229-88.2020.8.02.0058

Ação: Procedimento Comum Cível

Autor: Josefa Aline da Silva Barbosa

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

DESPACHO

Diante da declaração de hipossuficiência financeira, bem como dos elementos contidos nos autos, defiro o pedido de assistência judiciária à parte autora, na forma do art. 98 do CPC e da Lei 1.060/50.

Cite-se e intime-se a parte requerida, para contestar a ação, no prazo de 15 dias (art. 335, inciso III, do CPC) e informar expressamente se tem interesse em conciliar, implicando seu silêncio em falta de interesse na realização de audiência de conciliação/mediação.

Após, intime-se o advogado/defensor da parte autora para que se pronuncie, no prazo de 15 (quinze) dias úteis, sobre a contestação e documentos.

Havendo o pronunciamento de ambas as partes pela realização de audiência de conciliação, encaminhe-se os autos conclusos para inclusão na pauta de audiência.

Cumpra-se.

Arapiraca(AL), 21 de setembro de 2020.

**Silvana Maria Cansanção de Albuquerque
Juiza de Direito**

CERTIDÃO DE REMESSA DE RELAÇÃO

Certifico que o ato abaixo consta da relação nº 0198/2020, encaminhada para publicação.

Advogado
JOSÉ GOUVEIA DA SILVA NETO (OAB 12909/AL)

Forma
D.J

Teor do ato: "Diante da declaração de hipossuficiência financeira, bem como dos elementos contidos nos autos, defiro o pedido de assistência judiciária à parte autora, na forma do art. 98 do CPC e da Lei 1.060/50. Cite-se e intime-se a parte requerida, para contestar a ação, no prazo de 15 dias (art. 335, inciso III, do CPC) e informar expressamente se tem interesse em conciliar, implicando seu silêncio em falta de interesse na realização de audiência de conciliação/mediação. Após, intime-se o advogado/defensor da parte autora para que se pronuncie, no prazo de 15 (quinze) dias úteis, sobre a contestação e documentos. Havendo o pronunciamento de ambas as partes pela realização de audiência de conciliação, encaminhe-se os autos conclusos para inclusão na pauta de audiência. Cumpra-se. Arapiraca(AL), 21 de setembro de 2020. Silvana Maria Cansanção de Albuquerque Juiza de Direito"

Arapiraca, 21 de setembro de 2020.

CERTIDÃO DE PUBLICAÇÃO DE RELAÇÃO

Certifico que o ato abaixo, constante da relação nº 0198/2020, foi disponibilizado no Diário da Justiça Eletrônico em 22/09/2020. Considera-se data da publicação, o primeiro dia útil subsequente à data acima mencionada. O prazo terá início em 24/09/2020, conforme disposto no Código de Normas da Corregedoria Geral da Justiça.

Advogado	Prazo em dias	Término do prazo
JOSÉ GOUVEIA DA SILVA NETO (OAB 12909/AL)	5	30/09/2020

Teor do ato: "Diante da declaração de hipossuficiência financeira, bem como dos elementos contidos nos autos, defiro o pedido de assistência judiciária à parte autora, na forma do art. 98 do CPC e da Lei 1.060/50. Cite-se e intime-se a parte requerida, para contestar a ação, no prazo de 15 dias (art. 335, inciso III, do CPC) e informar expressamente se tem interesse em conciliar, implicando seu silêncio em falta de interesse na realização de audiência de conciliação/mediação. Após, intime-se o advogado/defensor da parte autora para que se pronuncie, no prazo de 15 (quinze) dias úteis, sobre a contestação e documentos. Havendo o pronunciamento de ambas as partes pela realização de audiência de conciliação, encaminhe-se os autos conclusos para inclusão na pauta de audiência. Cumpra-se. Arapiraca(AL), 21 de setembro de 2020. Silvana Maria Cansanção de Albuquerque Juiza de Direito"

Arapiraca, 22 de setembro de 2020.



ESTADO DE ALAGOAS
PODER JUDICIÁRIO

Juízo de Direito da 3ª Vara de Arapiraca / Cível Residual

Rua Samaritana, s/nº, Fórum Des. João Oliveira e Silva, Santa Edwiges - CEP 57310-245, Fone: 3482-9519, Arapiraca-AL - E-mail:
vara3arapiraca@tjal.jus.br

CARTA DE CITAÇÃO

Processo Digital nº:	0705229-88.2020.8.02.0058
Classe – Assunto:	Procedimento Comum Cível - Seguro
Autor:	Josefa Aline da Silva Barbosa
Réu:	Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A.

Destinatário:

Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A.

Rua Senador Dantas, 74, 5º andar, Centro

Rio de Janeiro-RJ

CEP 20031-205

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

Pela presente carta, fica V. Sa. CITADA para, **no prazo de 15 dias**, contestar a presente ação, sob pena de que, não o fazendo, presumir-se-ão como verdadeiros os fatos afirmados pela parte autora, bem como INTIMADA para informar expressamente se tem interesse em conciliar, implicando seu silêncio em falta de interesse na realização de audiência de conciliação/mediação. Segue senha inclusa para conhecimento do inteiro teor da presente ação no sítio do Tribunal de Justiça do Estado de Alagoas(www.tjal.jus.br), como parte integrante desta.

Esclareço a Vossa Senhoria que a presente carta é expedida conforme o disposto no artigo 274, do Código de Processo Civil.

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.

Arapiraca, 24 de setembro de 2020. Suzane Veríssimo de Melo - Técnico Judiciário.