

PROCURAÇÃO

Outorgante		Poliana Silva de Freitas	
Estado Civil		Profissão	colmeadora
Nacionalidade		Telefone	68-9989-5810
RG	10331816 SSP/AC	CPF	988.671.802-15
Endereço/CEP: TV. Bom destino, nº 2601			
Bairro: Vitória, Rio Branco/AC, CEP: 69.901-725			

Outorgada: SILVIA CRISTINA BERNARDO VIEIRA, brasileira, advogada OAB/SC 15.430, com escritório na Rua Wenceslau Spancerski, 350 centro, Orleans, SC, CEP.: 88.870-000. (Fone/Fax 48.3466.43.06)

Poderes: Defender os Direitos do Outorgante, como autor ou réu, em juízo ou fora dele, em qualquer fórum ou instância, podendo dito outorgado, requerer e assinar o que julgar necessário, oferecer todo o gênero de provas e usar de todos os meios e recursos legais, para o que lhes confiro os mais amplos poderes, bem como os contidos na cláusula "AD-JUDICIA" e os especialmente necessários para, onde com esta se apresentar, mover, variar ou desistir de quaisquer ações, transigir ou renunciar em Juízo ou fora dele; receber quantias e dar quitação; arrematar ou adjudicar em qualquer praça ou leilão, prestar compromisso de inventariante, fazer as respectivas declarações, em qualquer inventário ou arrolamento, substabelecer com ou sem reserva de poderes, em todo ou em parte, a presente procuração em que lhe convier, requerer e praticar perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal o que julgar conveniente à defesa dos meus direitos e interesses, podendo receber valores oriundos de Ação Previdenciária.

Poderes Especiais: REPRESENTAR SEUS INTERESSES NOS AUTOS DE AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT), INCLUSIVE, PODERES PARA REPRESENTÁ-LO EM AUDIÊNCIA, SUBSTABELECER, TRANSIGIR, RECEBER E DAR QUITAÇÃO.

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, acima qualificado(a), **DECLARO** para os devidos fins e efeitos legais, que sou pessoa pobre segundo o que prescreve a Lei 1060/50, e não possuo recursos para custear processo judicial, sem prejuízo do sustento próprio e/ou de minha família.

Rio Branco/AC, 18 de janeiro de 2016.

OUTORGANTE/DECLARANTE Poliana Silva de Freitas

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CATEGORIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		
NOME POLIANA SILVA DE FREITAS		
DOC. IDENTIDADE (RG, EMISSOR / UF) 16331934 RSP AC		
CPF 988.471.802-15		DATA NASCIMENTO 06/05/1991
PLAÇÃO LUIZ CARLOS MARINHO DE FREITAS MARIA DE NAZARE SOUTA DA SILVA		
TERMINAÇÃO 03/07/2013	ACC 03/07/2013	CAT. HAB. A
Nº REGISTRO 05817493006	VALIDADE 27/01/2017	1ª HABILITAÇÃO 03/07/2013
OBSERVAÇÕES 		
Poliana Silva de Freitas		
LOCAL RIO BRANCO ACRE		
DATA EMISSÃO 08/10/2014		DETRAN - AC / ACRE
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO		

VALIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL
964038947

PROBADO PLASTIFICAR
964038947

Eletrobras
Distribuição Acre

Para conferir com a Eletrobras, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
34471-0

COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A.
Rua Valério Magalhães 226 - Bosque - Rio Branco - AC
CNPJ: 04.066.033/0001-70 | Insc. Estadual: 01.004.141/001-40
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série U

Nº da Nota Fiscal 000049927

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

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2014	18/08/2014	102	42,83

MARIA DE NAZARE SOUZA DA SILVA
TV BOM DESTINO 26 01 VITORIA
CPF: 00039147355204
CEP: 69.901-725 - RIO BRANCO

ROT: 2.001.02.08.000740

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	25384	Atual:	09/08/2014
Anterior:	25282	Anterior:	09/07/2014
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	11/09/2014
Consumo Medido:	102	Emissão:	09/08/2014
Consumo Faturado:	102	Apresentação:	09/08/2014

Fator de Faturamento: **NORMAL** Carga de irregularidade: **31**

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Class/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat. Média 12 meses
RESID. BX. RENDA	MONO	7012859		1.4.1.1 167

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo		CONSUMO	
JUL/14	164	30 A R\$ 0,189325 =	5,67
JUN/14	191	70 A R\$ 0,324559 =	22,71
MAI/14	202	2 A R\$ 0,486846 =	0,97
ABR/14	182	CONTR. ILUMINACAO PUB. (C&IP)	1,37
MAR/14	172	DIFERENÇA DE TARIFA	26,72
FEV/14	190	RELIGACAO	5,79
JAN/14	180	CORRECAO MONETARIA IG 05/14-00	0,95
DEZ/13	176	MULTA POR ATRASO (2X)	3,05
NOV/13	153	JUROS DE MORA DE IMPORTE/SERVI	2,32
OUT/13	149		

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 30 - 0,189325
30 A 70 - 0,324559
70 A 100 - 0,486846
100 A 102 - 0,486846

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

LIGUE 0800-647 7196 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 7 13 19 25 28

Parabéns! Até o dia 07/08/2014, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 13AD.2823.19A5.9466.C5EA.5BE6.5D16.FBC3

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	13,14	Base de Cálculo:	29,35
Energia:	7,90	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,27	Valor do ICMS:	4,98
Encargos:	1,55	Valor do PIS:	0,27
Tributos:	6,49	Valor do COFINS:	1,24

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DEC		FIC		DNC		DCCU	
	Normal	Transtorno	Normal	Transtorno	Normal	Transtorno	Normal	Transtorno
Última	7,66	15,32	30,65	4,35	8,71	17,42	4,31	
Reatada	0,00			0,00			0,00	

Companhia: **SÃO FRANCISCO** Período de Análise: **06/2014** Índice: **38,22**

SUBSTABELECIMENTO

Substabeleço, com reservas, os poderes a mim conferidos
por ROLIANA SILVA DE FREITAS
para fins de ajuizamento de ação de cobrança de seguro
obrigatório (DPVAT) contra **SEGURADORA LÍDER CONSÓRCIOS DO
SEGURO DPVAT S.A.**, na pessoa do Dr. **JOSÉ FERREIRA AGUIAR DOS
SANTOS**, brasileiro, divorciado, advogado, inscrito na OAB/AC
3504, com endereço profissional na Rua das Palmeiras, n.º 119,
Bairro Bela Vista, Floresta, Rio Branco/AC, CEP 69.900-779.

Orleans/SC, 10 de outubro de 2017.


SILVIA BERNARDO VIERA
OAB/SC 15.430

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Poliana Silva de Freitas, brasileiro(a),
solteira advogada CPF
988.671.802-15 residente e
domiciliado(a) na Av. Bem destino, nº 2601
bairro Vitoria Rio Branco /AC, declara a
quem de direito possa interessar que é a pessoa pobre e que não possui
condições de arcar com as custas processuais e honorários
advocatícios de qualquer demanda judicial sem que haja prejuízo do
sustento próprio e de sua família, pelo que requer lhe seja concedida a
gratuidade judiciária, nos termos da lei vigente.

Rio Branco, AC, 18 de fevereiro 2016.

Declarante Poliana Silva de Freitas

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

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

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

Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "entendidos" e "curiosos" concorram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é electricista, não se meta a fazer serviços de electricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve respeitá-las.

Atenda às recomendações dos Membros da CIPA e de seus mestres e chefes.

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

Conversa e discussão no trabalho prejudicam a acidentados pela desatenção.

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

Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Preze a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.

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

Conheça o manuseio dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número **233763** Série **00004-AC**



Paulana Silva de Santos
ASSINATURA DO PORTADOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Foliana Silva de Freitas
 Loc. Nasc. Rio Branco Est. AC Data 06.05.91
 Filiação Luiz Carlos Marinho de Freitas e
Maria do Nazare Souza da Silva
 Doc. Nº 06 nº 1033187-6 SISEAC

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. Nº
 Exp. em / / Estado
 Obs.:
 Data Emissão 06.06.07 DRT Sine/A

Assinatura do Funcionário

Cleusa Lima da Costa
 Encarregada de CTPS-SINEAC

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE (Com relação nome, est. civil e data nasc.)

Nome
 Doc.
 Nome
 Doc.
 Nome
 Doc.
 Est. Civil
 Doc.
 Nascimento
 Doc.
 Doc.

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador **VIA VERDE TRANSP. LTDA**
 CNPJ: 00.441.374/0001-32
 CNPJ/MF INSC. EST. 01-711-3
 Rua **RUA PROJETA 461** Nº 11
 Município **CEP: 65** Est. **5**
 Esp. do estabelecimento **ACRE**
 Cargo **Motorista**

CEOnº
 Data admissão **05** de **junho** de **2011**
 Registro nº Fls./Ficha
 Remuneração especificada **R\$ 618,77**

Via Verde Transp. Ltda
Valderico Luiz dos Reis
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
 Data saída **03** de **junho** de **2011**

Ass. do empregador ou a rogo c/test.
Via Verde Transp. Ltda

1º **Valderico Luiz dos Reis**
 Com. Dispensa CD Nº

versalita pg. 42

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador **VIA VERDE TRANSP. LTDA**
 CNPJ: 00.441.374/0001-32
 CNPJ/MF INSC. EST. 01-711-3
 Rua **RUA PROJETA N° 460**
 Bairro: Triângulo
 Rua **CEP: 65-901-345** Nº
 Município **Est. Acre**
 Esp. do estabelecimento
 Cargo **Caldeira**

CEOnº
 Data admissão **10** de **Novembro** de **2011**
 Registro nº Fls./Ficha
 Remuneração especificada **R\$ 717,77**

VIA VERDE TRANSP. LTDA
Valderico Luiz dos Reis
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 Diretor

1º 2º
 Data saída de de

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
 Com. Dispensa CD Nº

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador

 CNPJ/MF
 Rua N°
 Município Est.
 Esp. do estabelecimento
 Cargo
 CBO n°
 Data admissão de de
 Registro n° Fls./Ficha
 Remuneração especificada

 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1° 2°
 Data saída de de

 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1° 2°
 Com. Dispensa CD N°

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador

 CNPJ/MF
 Rua N°
 Município Est.
 Esp. do estabelecimento
 Cargo
 CBO n°
 Data admissão de de
 Registro n° Fls./Ficha
 Remuneração especificada

 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1° 2°
 Data saída de de

 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1° 2°
 Com. Dispensa CD N°



ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA
SECRETARIA DE ESTADO DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DA 1ª REGIONAL - 1ª DPCR
Endereço: EPAMINONDAS JACOME CADEIA VELHA - 69900-115, Fone:
(68)3223-2857 \ (68)3223-2703.

OCORRÊNCIA Nº: 11897/2014 - Registrado em 6 de Outubro de 2014 às 9:33h

FATO COMUNICADO

Data/Hora do Fato: 14/07/2014 às 10:33hs, Segunda-Feira

LESAO CORPORAL CULPOSA NA DIRECAO DE VEICULO AUTOMOTOR (Artigo 303 do CTB - LEI N° 9.503/97)

Mensagem Obrigatória: "Qualquer vítima - ou seu beneficiário - de acidente envolvendo veículo automotor em via terrestre poderá requerer indenização do seguro obrigatório (DPVAT). Informações: www.dpvatseguro.com.br".

LOCAL

Município:	Rio Branco	Estado:	AC
Logradouro:		Nº:	CEP:
Bairro:		Tip de Local:	VIA URBANA
Referência:	PARADA FINAL DA CIDADE DO POVO.		

ENVOLVIMENTO: COMUNICANTE/VÍTIMA

POLIANA SILVA DE FREITAS (23), do sexo feminino, Brasileira, Solteiro, exercendo a profissão de Cobrador, RG Nº: 10331816/SSPAC, CPF: 988.671.802-15, nascida em 06/05/1991, natural de Rio Branco - AC, PAI: LUIZ CARLOS MARINHO DE FREITAS e MÃE: MARIA DE NAZARE SOUZA DA SILVA, Endereço: BOA VISTA, 921 - Bairro: VITORIA - Rio Branco - AC, Telefone(s): 9989-5810.

ENVOLVIMENTO: AUTOR (A APURAR)

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

A comunicante/vítima veio nesta unidade de policia civil para informar que na data do dia 14.07.2014 por volta das 10hs 33 min de envolveu em um acidente de transito, relatou a vítima que ao descer do veículo tipo ônibus coletivo e ao atravessar a rua em frente a galeria do povo foi atropelada pelo veículo que a vítima não tem a placa do veículo, que a vítima informou que o autor de evadiu do local. B.O para fins de DPVAT.

ADRIANO DE MORAIS ARAUJO
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL

Raquel Pinheiro Vidal
RAQUEL PINHEIRO VIDAL
ATENDENTE

Karlsson Nespici Rosário
Delegado de Polícia Civil

Poliana Silva de Freitas
POLIANA SILVA DE FREITAS
COMUNICANTE

*** PAGAMENTOS PROGRAMADOS ***

Sinistro	Vítima	Beneficiário	Cobertura	Valor	Data de Crédito	Dados bancários (Banco/Ag./Conta)
3150915668	POLIANA SILVA DE FREITAS	POLIANA SILVA DE FREITAS			INVALIDEZ 1.687,50	R\$ 11/01/2016* 001 / 04265-X / 0000000019656-8

Enc: Esclarecimentos sobre periciais para processos judiciais - DPVAT

Silvia Cristina Bernardo Vieira <scbv_7@hotmail.com>

seg 19/03/2018 11:12

Para:scbvadvogados@outlook.com <scbvadvogados@outlook.com>;

De: Instituto Médico Legal IML <imlac2013@gmail.com>

Enviado: quinta-feira, 8 de março de 2018 17:11

Para: Silvia Cristina Bernardo Vieira

Assunto: Re: Esclarecimentos sobre periciais para processos judiciais - DPVAT

Sr. Silvia Vieira,

Informamos que todas as solicitações das Vara Cíveis, do Judiciário, estão sendo atendidas, através de agendamento conforme a disponibilidade de atendimento para casos Cíveis no IML.

Outrossim, informo que a partir do dia 15 de janeiro de 2018, estamos atendendo através de solicitação do Ministério Público do Estado do Acre - MPAC

Att,

SECRETARIA DO IML

Telefones: (68) 3224-3312 / 3224-1350

Av. Antônio da R. Viana, nº 1248 -CEP: 69.900-526, Vila Ivonete - Rio Branco/AC

Em 26 de fevereiro de 2018 15:31, Instituto Médico Legal IML <imlac2013@gmail.com> escreveu:

Acuso recebimento.

Att,

SECRETARIA DO IML

Telefones: (68) 3224-3312 / 3224-1350

Av. Antônio da R. Viana, nº 1248 -CEP: 69.900-526, Vila Ivonete - Rio Branco/AC

Em 26 de fevereiro de 2018 15:08, Silvia Cristina Bernardo Vieira <scbv_7@hotmail.com> escreveu:

Prezada Sra Luécia, conforme combinado agora há pouco por telefone estou lhe reencaminhando este -mail.

Favor confirmar o recebimento e se possível me informar algum prazo de retorno.

Desde já obrigada pela atenção.

Silvia Bernardo Vieira

De: Silvia Cristina Bernardo Vieira <scbv_7@hotmail.com>

Enviado: terça-feira, 6 de fevereiro de 2018 12:07

Para: imlac2013@gmail.com

Assunto: Esclarecimentos sobre perícias para processos judiciais - DPVAT

IML – INSTITUTO MÉDICO LEGAL DE RIO BRANCO – ACRE

Ref.: Realização de Perícias para fins de Cobrança de Indenização DPVAT

Prezado Diretor Dr Alexandre Baroni Oliveira;

Eu, **SILVIA CRISTINA BERNARDO VIEIRA**, advogada, OAB/SC 15430, com sede do escritório na [Rua Campos Elisios, 295](#), Centro, município de Orleans, SC, venho com o devido acato solicitar informações sobre a realização de perícias para fins de cobrança de indenização do Seguro Obrigatório (DPVAT), pelas razões abaixo explicadas.

Temos sido intimados nos autos de ações judiciais, ajuizadas na Justiça Estadual Comum da Comarca de Rio Branco – Acre, para apresentar Perícia realizada pelo IML, ato contínuo, encaminhamos nossos clientes ao IML para se submeter à referida perícia.

Todavia, nossos clientes têm retornado sem a perícia, alegando que o IML não está fazendo, por consequência, o judiciário tem determinado a extinção das ações com o seu arquivamento.

Diante desta realidade, vimos, formalmente, solicitar informações, por escrito, para que possamos apresentar ao judiciário, sobre as razões pelas quais tais perícias não têm sido realizadas.

Acaso as perícias possam ser realizadas gostaríamos de saber qual o procedimento e as exigências deste órgão para a sua realização, só assim tomaremos todas as medidas cabíveis para cumprir tais exigências.

Por fim, solicitamos a confirmação do recebimento deste e-mail, bem como que a resposta seja encaminhada através do mesmo.

Atenciosamente.

Orleans, SC, 06 de fevereiro de 2018.

Silvia Bernardo Vieira

OAB/SC 015430

(48) 98845 4313

MS/DATASUS

UPA VERDE - 2 DISTRITO

No. DO BE: 977914 DATA: 14/07/2014 HORA: 11:11 USUARIO: VERA
CNS: SETOR: 02-EMERGENCIA TRAUMATICA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : POLIANA SILVA DE FREITAS DOC...: RG
IDADE.....: 23 ANOS NASC: 06/05/1991 SEXO...: FEMININO
ENDereco.....: NUMERO:
COMPLEMENTO...: CIDADE DO POVO BAIRRO:
MUNICIPIO.....: RIO BRANCO UF: AC CEP...:
NOME PAI/MAE...: LUIZ CARLOS MARINHO DE FREITAS/MARIA DE NAZARE SOUZA DA SILVA
RESPONSAVEL...: AMIGA- TAINA TEL...:
PROCEDENCIA...: RODOVIA - BR 364
ATENDIMENTO...: ATROPELAMENTO
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VETO DE AMBULANCIA: SIM

PA: [X] mmHg] PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAO X [] SANGUE [] URINA [] TC
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

*Paciente apresenta trauma no membro superior direito com lesão no
de: atrofia muscular; sem perda da consciência
ANOTACOES DA ENFERMAGEM: sem episódios de vômito*

ADOLESCENTE

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

Microtrauma no membro superior direito (I m) → 11:02
(2) Atestado 11:02

DATA DA SAIDA: / / HORA DA SAIDA: :
LTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
BITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

*Dr. Pedro Pascoal Zambor
Clín. Geral
CRM/AC 11122*

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2117933 DATA: 23/07/2014 HORA: 10:12 USUARIO: KHERLLY
CNS: SETOR: 06-SALA DE GESSO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : POLIANA SILVA DE FREITAS DOC...: CNH
IDADE.....: 23 ANOS NASC: 06/05/1991 SEXO...: FEMININA
ENDERECO.....: RUA- BOA VISTA NUMERO: 421
COMPLEMENTO...: BAIRRO: VITORIA
MUNICIPIO.....: RIO BRANCO UF: AC CEP...: 69900
NOME PAI/MAE...: LUIZ CARLOS MARINHO DE FREITAS/MARIA DE NAZARE SOUZA DA
RESPONSAVEL...: A MESMA TEL...: 9989-56
PROCEDENCIA...: VITORIA
ATENDIMENTO...: CONSULTA/PRESCRICAO
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA: [X] mmHg [] PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAO X [] SANGUE [] URINA [] TC
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

FORTEÇA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

**SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL**

DIAGNOSTICO: *Fratura Torax (E)*

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

Boa noite

DATA DA SAIDA: / / HORA DA SAIDA: :
ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
INTERNAÇÃO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
ATE: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PA

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

QUESITOS DO (A) AUTOR (A)

- 1) O (A) autor restou com sequelas do acidente de trânsito sofrido? Quais? Especifique a parte do corpo afetada.
- 2) As sequelas sofridas acarretam incapacidade e/ou debilidade para o (a) autor (a)? Quais?
- 3) Qual o grau de incapacidade e/ou debilidade?
- 4) Em razão das sequelas, o (a) autor poderá ser prejudicado quando for submetido à exame adicional na busca por emprego?
- 5) O(a) autor(a) poderá disputar vaga de emprego, em pé de igualdade, com outros candidatos saudáveis?
- 6) Em razão da sequela o(a) autor(a) possui limitações ou dificuldades de exercer atividades habituais e/ou laborais de forma como fazia antes do acidente?

ANEXO**(art. 3º da Lei 6.194, de 19 de dezembro de 1974)**

Danos Corporais Totais Repercussão na Íntegra do Patrimônio Físico	Percentual da Perda
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	100
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés	
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior	
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral	
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	
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	
Danos Corporais Segmentares (Parciais) Repercussões em Partes de Membros Superiores e Inferiores	Percentuais das Perdas
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	70
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	25
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	
Danos Corporais Segmentares (Parciais) Outras Repercussões em Órgãos e Estruturas Corporais	Percentuais das Perdas
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	50
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	25
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço	10