

PROCURAÇÃO

Outorgante	Maria Susiene Coelho da Silva		
Estado Civil	casada	Profissão	secretária
Nacionalidade	brasileira	CPF	791.524.302-00
RG	424234 SSP/AC	Telefone	68-9951-9400
Endereço/CEP:	Rua: DO BURTI, nº 141, Bairro Colôfate, Rio Branco/AC, CEP: 69.914-348		

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, SUBSTABELECEER, TRANSIGIR, RECEBER E DAR QUITAÇÃO.

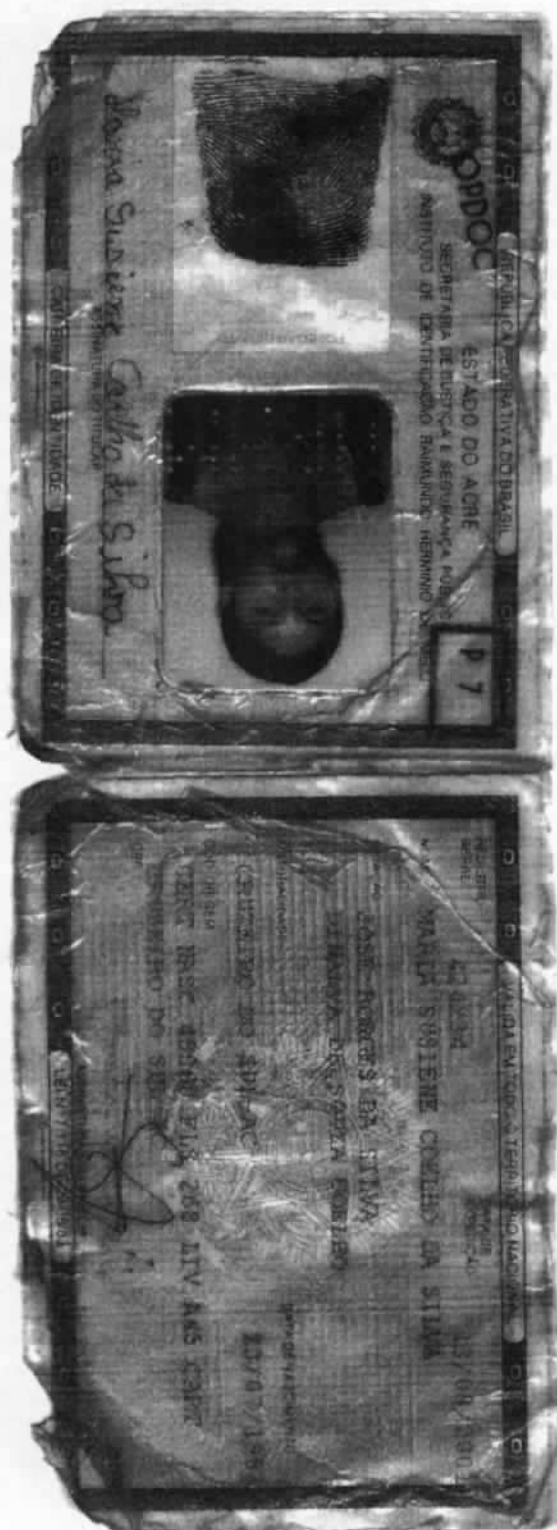
DECLARAÇÃO DE POBREZA

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 junho de 2016.

OUTORGANTE/DECLARANTE Maria Susiene Coelho da Silva







Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **791.524.302-00**

Nome da Pessoa Física: **MARIA SUSIENE COELHO DA SILVA**

Data de Nascimento: **23/07/1982**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **01/02/2002**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **18:25:10** do dia **18/01/2016** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **7C36.9D6C.651A.1814**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.
(<http://www.receita.fazenda.gov.br/Aplicacoes/ATCTA/cpf/CPFautentic.asp>)



Nº da Conta: 0226704089
 Mês de referência: 01/2015
 Período: 21/12/2014 a 20/01/2015
 Data de emissão: 22/01/2015

SAULO RODRIGUES DIAS CARDOSO
 R DO BURITI, 141
 CALAFATE
 69314-348 R. BRANCO - AC

www.vivo.com.br/meuvivo

Faça conosco: Central de Relacionamento
 18493 ou www.vivo.com.br/relacionamento

Telefônica Brasil S.A.
 Travessa Campo do Rio Branco, 450 - Cx. 436
 CEP 69906-022 - Rio Branco - AC
 IE: 01.013.631/001-77
 CNPJ Matriz: 02.556.157/0001-62
 CNPJ Filial: 02.556.157/0023-78

Vencimento
06/02/2015

Total a Pagar - R\$
53,20

Seus Números Vivo
68-9927-8968

Caso você tenha mais linhas, consulte o detalhamento da sua conta

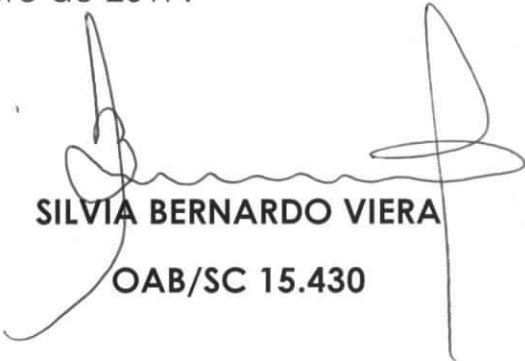
Aguarde informações referentes ao Vivo
 Valoriza

O que está sendo cobrado	Quantidade de Plano/Pacote	Quantidade de Números Vivo	Valor R\$ Plano/Pacote	Incluso Plano/Pacote	Utilizado Minutos/Unidades	Valor Total R\$
--------------------------	-------------------------------	-------------------------------	---------------------------	-------------------------	-------------------------------	--------------------

SUBSTABELECIMENTO

Substabeleço, com reservas, os poderes a mim conferidos por MARIA SUSIENE CORREIA DA SILVA 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

Maria Susiene Colhe da Silva, brasileiro(a),
casada, secretária, CPF
791.524.302-00, residente e
domiciliado(a) na Rua: do Burro nº 141,
bairro Colofate, 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 junho 2015.

Declarante Maria Susiene Colhe da Silva

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 "curtosos" 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 predispoem a acidentes 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.

Parque 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 **103849** Série **00004-AC**



Maria Suziennne Coelho da Silva
ASSINATURA DO PORTADOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Maria Guisene Coelho da Silva
 Loc. Nasc. Carugeiro do Sul Est. AC Data 23/07/1982
 Filiação Jose Borges da Silva
Dinah de Souza Coelho
 Doc. Nº 48060 P2 268 21K A-45 C.N.

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. Nº
 Exp. em / / Estado
 Obs.:
 Data Emissão 16/03/2001 DRT AC

Assinatura do Funcionário
Mário Barbosa Viana
 Agência de Atendimento do MTE em CZS/AC

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.
 Doc.

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador ANTONIO FRANCISCO CESARIO BRAGA
 CNPJ/MF 322427212-49
 Rua SALDANHA MARINHO 100
 Município RIO BRANCO Est. AC
 Esp. do estabelecimento
 Cargo EMP. DOMESTICA

CBO nº

Data admissão 01 de Jan de 2008

Registro nº Fls./Ficha

Remuneração especificada R\$ 380,00
(trezentos e oitenta reais)

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

1º 2º

Data saída 28 de Jul de 2008

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

1º 2º

Com. Dispensa CD Nº

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador S. D. Ta. Costa
 CNPJ/MF 08.805.252/0001-06
 Rua marcelino machado Nº 44 Barro Preto
 Município Rio Branco Est. AC
 Esp. do estabelecimento Parafusaria
 Cargo Zeladora

CBO nº

Data admissão 08 de Jul de 2008

Registro nº Fls./Ficha

Remuneração especificada R\$ 450,00
Quinhentos e cinquenta
Reais

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

1º 2º

Data saída 31 de Jul de 2008

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

1º 2º

Com. Dispensa CD Nº

CONTRATO DE TRABALHO
08.743.097/0001-846

Empregador **INACADORA PÃO DE MEL LTDA**

Rua **Comércio, 211 M. Julião**

CNPJ/MF **08.743.097/0001-846**

Rua **CEP: 69.907-540** N° **1**

Município **Acari** Est. **AP**

Esp. do estabelecimento **ATELIER**

Cargo **ATELIER**

CBO n° **9.4** de **JANEIRO** de **2010**

Registro n° **Fls./Ficha**

Remuneração especificada **R\$ 600,00**

SEISCENTOS REAIS

Maria Guipara Siqueira de Araújo
Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1° **10** de **JULHO** de **2010**

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1° **10** de **JULHO** de **2010**

Com. Dispensa CD N° **10**

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 05.641.024/0001-43
 V. Moura da Silva
 CNPJ/MF
 Rua Auto Escola Piloto
 Município R. Cel. João Cândido 82 Est. Exp.
 Esp. do estabelecimento 00.912.440
 Cargo AC
 CBO nº
 Data admissão 08 de junho de 2011
 Registro nº Fls./Ficha
 Remuneração especificada R\$ 5.45,00

 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1º
 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 Nº
 Município Est.
 Esp. do estabelecimento
 Cargo
 CBO nº
 Data admissão de de
 Registro nº Fls./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 Nº



ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA
SECRETARIA DE ESTADO DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ANTIASSALTO DE POLICIA CIVIL - DAPC
Endereço: HENRIQUE DIAS, 146 - BOSQUE - 69900-571, Fone: (68)3226-4226.

OCCORRÊNCIA Nº: 603/2015 - Registrado em 25 de Março de 2015 às 14:44h

FATO COMUNICADO

Data/Hora do Fato: 07/03/2015 às 21:33hs. Sábado

LESAO CORPORAL CULPOSA NA DIRECAO DE VEICULO AUTOMOTOR (Artigo 303 do CTB - LEI Nº 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:	PORTAL DA AMAZONIA	Tip de Local:	VIA URBANA
Referência:	APOS O 1º QUEBRA MOLA DO BAIRRO		

ENVOLVIMENTO: COMUNICANTE/VÍTIMA

MARIA SUSIENE COELHO DA SILVA (32), do sexo feminino, Brasileira, Convivente, exercendo a profissão de Secretária de escritórios, RG Nº: 424234/SSPAC, CPF: 791.524.302-00, nascida em 23/07/1982, natural de Cruzeiro do Sul - AC, PAI: JOSE BORGES DA SILVA e MÃE: DINALVA DE SOUZA COELHO, Endereço: TUTOIA DO MARANHÃO, 94 - Bairro: ESTACAO EXPERIMENTAL - CEP: 69912-630 - Rio Branco - AC, Telefone(s): 9951-9400.

ENVOLVIMENTO: AUTOR (A APURAR)

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

Que estava conduzindo sua motocicleta de placa NXS7237 YAMANHA T115 CRYPTON L ANO 2014/2014, quando um cachorro passou em frente a motocicleta e colidiu com o cachorro, e apos a colisao caiu da moto e sofreu varias escoriações e fraturou o braço esquerdo. A vitima foi atendida pelo o SAMU. BO PARA FINS SEGURO DPVAT.

KARLESSO NESPOLI RODRIGUES
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL


HYSLA ALENCAR MAIA LOPES
ATENDENTE


MARIA SUSIENE COELHO DA SILVA
COMUNICANTE

SINISTRO 3150/544219 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA MARIA SUSIENE COELHO DA SILVA****COBERTURA** Invalidez**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** MBM SEGURADORA S/A**BENEFICIÁRIO** MARIA SUSIENE COELHO DA SILVA**CPF/CNPJ:** 79152430200**Posição em 18-01-2016 18:24:58**

Pagamento creditado conforme dados bancários informados na autorização de pagamento assinada pelo beneficiário.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
30/07/2015	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

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

sub 801.033978.427

fls. 26

MS DATASUS

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2199376

DATA: 07/03/2015

HORA: 21:33

USUARIO: CLEONICE

CNS:

SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : MARIA SUSIENE COELHO DA SILVA

DOC...: T

IDADE.....: 32 ANOS NASC: 23/07/1982

SEXO...: FEMININO

ENDERECO.....: PORTAL DA AMAZONIA

NUMERO:

COMPLEMENTO...: BAIRRO: CALAFATE

MUNICIPIO.....: RIO BRANCO

UF: AC

CEP...: 69900-000

NOME PAI/MAE...: JOSE BORGES DA SILVA

/DINALVA DE SOUZA COELHO

RESPONSAVEL...: TRAZIDA PELO SAMU

TEL...: 99519400

PROCEDENCIA...: CALAFATE

ATENDIMENTO...: ACIDENTE DE MOTO

CASO POLICIAL...: SIM

PLANO DE SAUDE.....: NAO

TRAUMA: SIM

ACID. TRABALHO: NAO

VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA[100 X 66 mmHg] PULSO[] TEMP.[] PESO[] FC[92] SPO2[94] /

EXAM.COMPL.[] RAO X[] SANGUE[] URINA[] TC[] LIQUOR[] ECG[] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS: *paciente vitima de acidente automobilístico, trazida pelo SAMU* DATA PRIMEIROS SINTOMAS: *17/03/15*

OBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [VERDE] [AMARELO] [VERMELHO] [AZUL]

ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA]

DIAGNOSTICO: *lesão inferior a neta* CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

paciente refere dor no pescoço
31/12/14 17h 44h
SV ortopédia
1ª observação da trauma
laudo BMT
Luciano Vitorino Pereira
Residência Cirurgia Geral
CRM-AC 1755
24/006 (M. B. B. B.)

DATA DA SAIDA:

HORA DA SAIDA:

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

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

8/3/15 8:35 am
telefonei o Especialista BOM, quem liberou dista para o
pcte e quem que não mais tarde H1 providen. (via telegram).
Pcte LORE, delonida, com ferimento + amoleno no cinto inferior. c/ Tm.
laudo BMT

21:30 H. de entrada neste setor trauma (H. 101) conduzido pelo nome paciente rígido + color amarelado, letargia de queda - moto (cachorro) no momento expulsa, respasiva, orientada c/ exercícios MMS e olhos inferior. PA = 100 x 66 mmHg, FC 92 bpm, SpO2 96%. gelado com vasos abertos no MSO. medicação cpm. Tail fin + endo

OTM Pedro

10:11 Front. Cabeça com (E) 2/ Trauma Fechado

CG: - tipia Americana

- Disfonia m

- Euz FUND 9 Ruente

- alta de OTUP

- no C/mação

José L. S. S. C.
Médico Ortopedista
CRM 4831-AC

At 23:50h, após ser avaliada pela ortopedia e B.E. encaminhada ao serviço de ortopedia, ao sair o, e após - a oss do trauma p/ da continuidade do tratamento, a/s p/whon com o/ ac 85030

4:00h - paciente em ambiente, supneiro 20TE comunicação, a/s da mesma supn do no ms e olhos espontaneos. PA 120 x 80 mmHg - Tec Enofex Armado com 412473 Hz

U. 64 AL Paciente - Apresenta escarvas neg. mto.

Ap. CL. e Rx no se observam alterações

H.2. Contusão P/CL

ALTA 300

Dr. Quirino de O. Barbosa
Serviço de Ortopedia e Traumatologia
CRO 105-AC

CÓPIA
Confirme o original

NOME: 1ª Sr. Sônia Cordeiro da Silva IDADE: 32 REGISTRO: ENFERMARIA 085/Enfermagem LEITO 03

DATA	EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
04/03/15				08:00:10 Cliente admitido no bloco de Tuberculose. Situação de acuidade de fornecimento de aparelho dentário Cirurgia, Clavagem em placa completa na região posterior Apresenta lesões do B.M.F. Vivete D. Silva Téc. de Enfermagem COREN-AC 384.
			10:30	Revisão do plano de cuidados. Em atualização. Cópia em fórmula. Logística Pós-Operatório Pós-Operatório

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