

PROCURAÇÃO

Outorgante	Joni Barbosa Fresta		
Estado Civil	solteira	Profissão	do lar
Nacionalidade	Brasileira	CPF	013.013.092-28
RG	11996196	Telefone	(8)9967-2378
Endereço/CEP:	Rota 09 Nº 174 - Pilaeas		
	Rio Branco - PE		

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.

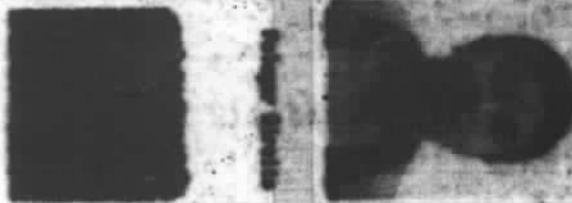
Poderes Especiais: REPRESENTAR SEUS INTERESSES NOS AUTOS DE AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT), INCLUSIVE, PODERES PARA REPRESENTÁ-LO EM AUDIÊNCIA, SUBSTABELECE, TRANSIGIR, RECEBER E DAR QUITAÇÃO.

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, 22 de julho de 2015.

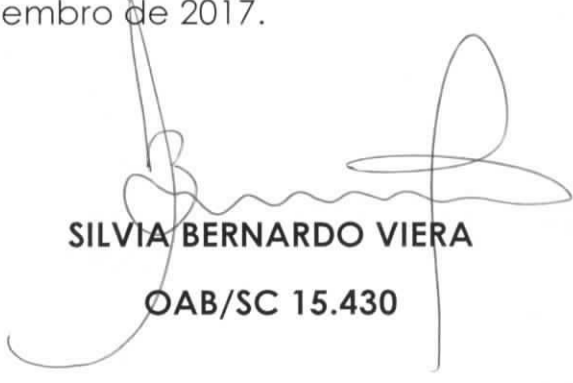
OUTORGANTE/DECLARANTE Jone Barbosa Fresta

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
ESTADO DO ACRE SECRETARIA DE ESTADO DA POLÍCIA CIVIL INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RAIMUNDO HERMINIO DE MELO			
		REGISTRO GERAL 1199619-6 DATA DE EMISSÃO	
ASSINATURA DO TITULAR		NOME JOSE FERREIRA AGUIAR DOS SANTOS	
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83		FILIAÇÃO	
DATA DE NASCIMENTO		NATURALIDADE	
DOC ORIGEM		CPF	
CARTEIRA DE IDENTIDADE		LEI Nº 7.116 DE 29/08/83	

SUBSTABELECIMENTO

Substabeleço, com reservas, os poderes a mim conferidos por IONE BARBOSA TROTA 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, 08 de novembro de 2017.



SILVIA BERNARDO VIERA

OAB/SC 15.430

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Jose Barbosa Franta, brasileiro(a),
brasileira, solteira, do lar, CPF
013.013.022-28, residente e
domiciliado(a) na Rota 09, nº 174, Placas,
bairro Placas, 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, 22 de julho 2015.

Declarante Jose Barbosa Franta.

as
no
ria
da
lico
ram
s de
um
tes
cas
-cê
-pe
as e
am
nos
h.
Use
ode



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número **265716** Série **00004-AC**

Nome Barbosa Fruto

ASSINATURA DO PORTADOR



Nome Isone Barbosa Gresta
 Loc. Nas. Rio Branco Est. AC Data 10/04/93
 Filiação Milene Barbosa Gresta
 Doc. Nº Cart. Nas. 4.594, Liv. 13, fls. 135

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. Nº
Exp. em / / Estado
Obs.:
Data Emissão 07.11.08 DRT de
Alfany da Silva Rocha
Assinatura do CTPS
Assinatura do Funcionário

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

[illegible]

12

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.

1ª 2ª

Data saída de de

.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1ª 2ª

Com. Dispensa CD Nº

13

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.

1ª 2ª

Data saída de de

.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1ª 2ª

Com. Dispensa CD Nº



ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA
SECRETARIA DE ESTADO DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DA 4ª REGIONAL - 4ª DPCR
Endereço: OESTE, 542 - TUCUMA - 69917-400, Fone: 3229-2802.

OCORRÊNCIA Nº: 1126/2015 - Registrado em 25 de Fevereiro de 2015 às 16:24h

FATO COMUNICADO

Data/Hora do Fato: 16/02/2015 às 17:30hs, Segunda-Feira

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:	ANTONIO DA ROCHA VIANA	Nº:	CEP: 69914-610
Bairro:	Vila Ivonete	Tp de Local:	VIA URBANA
Referência:	NA ROTATORIA PROX. A MOTO E CIA		

ENVOLVIMENTO: COMUNICANTE/VÍTIMA

EVERSON GABRIEL LIMA DE ARAUJO (21), do sexo masculino, Brasileira, Solteiro, exercendo a profissão de Motorista de veículos, RG Nº: 412136/SSPAC, CPF: 011.683.942-28, nascido em 25/03/1993, natural de Rio Branco - AC, PAI: EVERTON CARLOS PEREIRA DE ARAUJO e MÃE: EDNA MARIA DA SILVA LIMA, Endereço: 174 - Bairro: PLACAS - Rio Branco - AC, Telefone(s) 9908-2258.

VEÍCULO(S) TP. DE ENVOLVIMENTO EXAMES SOLICITADOS

Placa: MZP-8643	Apurar
Renavam: 715206389	
Chassi: 9C2JD1700XR010081	
Cor: VERMELHA	
Modelo/Marca: XLR 125/HONDA	
Ano: 1999/1999	

ENVOLVIMENTO: VÍTIMA

IONE BARBOSA FROTA (21), do sexo feminino, Brasileira, exercendo a profissão de NAO INFORMADO, RG Nº: 11996196/SSPAC, nascida em 10/04/1993, MÃE: RUBIA BARBOSA FROTA, Endereço: EDSON LIMA, 172 - Bairro: SAO FRANCISCO - Rio Branco - AC, Telefone(s): 9983-6809.

ENVOLVIMENTO: AUTOR (A APURAR)

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

O comunicante informa que na data acima citada trafegava em via publica com a supracitada motocicleta junto com a vitima que era garupa, quando ao transitar em uma rotatória escorregou vindo a cair. Segundo o comunicante teve apenas ferimentos leves mas a vitima, a Sra. IONE foi encaminhada ao HUERB na mesma motocicleta do acidente com dores no joelho. BO para fins de seguro DPVAT.



ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA
SECRETARIA DE ESTADO DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DA 4ª REGIONAL - 4ª DPCR
Endereço: OESTE, 542 - TUCUMA - 69917-400, Fone: 3229-2802.

OCORRÊNCIA Nº: 1126/2015 - Registrado em 25 de Fevereiro de 2015 às 16:24h

LEONARDO ALVES DE ALVARENGA SANTA
BARBARA
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL

ANDSON AMORIM LIMA
ATENDENTE

Everson Gabriel Lima de Araujo
EVERSON GABRIEL LIMA DE ARAUJO
COMUNICANTE

Nome	Dia	Valor	CPF
Ione Barbosa Frota	24.06.2015	1.687,50	013.013.022-28

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 HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2193286 DATA: 16/02/2015 HORA: 20:01 USUARIO: KHERLLY
CNS: 898003458604199 SETOR: 06-SALA DE GESSO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : IONE BARBOSA FROTA DOC...: CNS
 IDADE.....: 21 ANOS NASC: 10/04/1993 SEXO...: FEMININ
 ENDEREÇO.....: RUA EDSON LIMA NUMERO: 172
 COMPLEMENTO....: BAIRRO: PLACAS
 MUNICIPIO.....: RIO BRANCO UF: AC CEP....: -
 NOME PAI/MAE...: /NUBIA BARBOSA FROTA
 RESPONSÁVEL....: O MESMO TEL....: 9983-6
 PROCEDENCIA....: PLACAS
 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[] FC[] SPO2[]

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

Relata queda de moto. Há 12 horas.

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

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

DIAGNOSTICO:

Enferm. Joelho @ + CID:

PRESCRICAO

Lesões ligamentares

HORARIO DA MEDICACAO

*Rx.**Antes.*

Dr. João Marcelo B. de Sá
 Traumatologia
 CRM - RJ 10000

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. P

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

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