

PROCURAÇÃO

Outorgante	Israel de Oliveira Viana		
Estado Civil	Viuvo	Profissão	Rev. Agriícola
Nacionalidade	Brasileiro	Telefone	68- 99903-6205
RG	324472	CPF	333.424.362-04
Endereço/CEP: Rua: Laranja 163 conj. Jardim São Francisco			
Cep: 69.903-024 Rio Branco			

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, 05 de Janeiro de 2017.

OUTORGANTE/DECLARANTE

Israel de Oliveira Viana

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		
MINISTÉRIO DAS CIDADES		
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO		
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		
VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1106244902	NOME ISRAEL DE OLIVEIRA VIANA	
	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF 124472 SSP AC	
	CPF 133.424.362-04	DATA NASCIMENTO 19/11/1957
	RELÇÃO JOAO BATISTA VIANA	
	ADELAIDE DE OLIVEIRA VIANA	
PROIBIDO PLASTIFICAR 1106244902	PERMISSÃO 0000000000	ACC 00000000
	DATA HAB A	
	IP REGISTRO 02185597802	VALIDADE 15/09/2025
	1ª HABILITAÇÃO 28/01/2002	
	OBSERVAÇÕES X	
ASSINATURA DO PORTADOR <i>Israel de Oliveira Viana</i>		
LOCAL RIO BRANCO - ACRE	DATA EMISSÃO 14/09/2015	
Assinatura do Diretor Geral Genio Sales de Almeida Junior Diretor Geral Detran - AC		
ASSINATURA DO EMISSOR		58480605769 AC406420632
DETRAN - AC (ACRE)		

SUBSTABELECIMENTO

Substabeleço, com reservas, os poderes a mim conferidos por ISRAEL DE OLIVEIRA VIANA.
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, 27 de novembro de 2017.



SILVIA BERNARDO VIERA

OAB/SC 15.430

DECLARAÇÃO DE POBREZA

EU, Israel de Oliveira Viana, brasileiro(a)
(a), _____,
CPF 133.424.362-04, residente e domiciliado(a)
na Laranja, n.º 163, bairro Jardim São João, 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, 05 de junho de 2017.

Israel de O. Viana.

DECLARANTE

6 QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome *Israel de Oliveira Nogueira*

Loc. Nasco *1700 Branco*

Est. *19/11/1957*

Filiação *João Espírito Santo e Maria do Carmo de Oliveira Nogueira*

Est. Civil *Solteiro* Doc. N° *15.954*

Fis. *48* Liv. *45* Reg. Civil *17 Branco*

Outro doc.

Situação Militar: Doc. *Exército Brasileiro*

N° *30629* Orgão *2º ES* Est. *19/11/1957*

Naturalizado Dec. N° Em.

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em

Doc. Ident. N°

Estado

Obs.

Data Emissão *26/04/2018* em *Brasília, DF*

Assinatura do Funcionário *1000* *12/04/2018*

DELEGACIA REGIONAL DO TRABALHO

MINISTÉRIO DO TRABALHO

SECRETARIA DE EMPREGO E SALÁRIO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

ASSINATURA DO PORTADOR *Israel de Oliveira Nogueira*

Número *29041*

Série *485*

Foto

Polgar Direito

DELEGACIA REGIONAL DO TRABALHO

10

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador **CEMSA - Construtora Engenharia e Montagens S/A**
 Rua **OS. 121 - Votorantin** Nº **121**
 Município **Votorantim** Est. **RO**
 Esp. do estabelecimento **Engenharia em geral.**
 Cargo **ajudante**
 C.B.O. nº **3.121.101**
 Data admissão **13** de **julho** de 19 **76**
 Registro nº **0226** Fls/Ficha **DRT**
 Remuneração especificada **R\$ 4.80,00 (Quatro cruzeiros e oitenta centavos), pagos semanalmente.**
CEMSA - Construtora Engenharia e Montagens S/A
 Ass. do empregador ou a rogo c/ test.

1º **13** de **agosto** de 19 **76**
 2º **13** de **agosto** de 19 **76**
 Ass. do empregador ou a rogo c/ test.

1º **13** de **agosto** de 19 **76**
 2º **13** de **agosto** de 19 **76**

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador **TRANSPAVI-CODRASA S/A**
 Rua **Rod. Dourados, Ponta Porã, Km 4**
 Município **Dourados - Mato Grosso do Sul**
 Esp. do estabelecimento **Construção Civil**
 Cargo **14. Lubrificador**
 C.B.O. nº **3.121.101**
 Data admissão **05** de **fevereiro** de 19 **80**
 Registro nº **05** Fls/Ficha **1350 (TR)**
 Remuneração especificada **R\$ 13,50 (Treze cruzeiros e cinquenta centavos) por hora**
TRANSPAVI-CODRASA S/A
 Ass. do empregador ou a rogo c/ test.

1º **01** de **abril** de 19 **80**
 2º **01** de **abril** de 19 **80**
 Ass. do empregador ou a rogo c/ test.

1º **01** de **abril** de 19 **80**
 2º **01** de **abril** de 19 **80**

12

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador **PROJETO FUNDIÁRIO AGUIAR**
 Rua **Caz. São Francisco** Nº **-**
 Município **Re. Branco** Est. **AC**
 Esp. do estabelecimento **Projeto**
 Cargo **Agente de Ativ. Agropecuárias "A"**
 C.B.O. nº **3.121.101**
 Data admissão **26** de **junho** de 19 **80**
 Registro nº **227** Fls/Ficha **29479,00**
 Remuneração especificada **R\$ 16.197,00 (dezesseis mil cento e noventa e sete reais)**
PROJETO FUNDIÁRIO AGUIAR
 Ass. do empregador ou a rogo c/ test.

1º **08** de **abril** de 19 **81**
 2º **08** de **abril** de 19 **81**
 Ass. do empregador ou a rogo c/ test.

1º **08** de **abril** de 19 **81**
 2º **08** de **abril** de 19 **81**

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador **Projeto Fundiário "ma-naus"**
 Rua **Estrada do Alcega** Nº **121**
 Município **Manaus** Est. **AM**
 Esp. do estabelecimento **Projeto**
 Cargo **Ag. de Atividade Agropecuárias "A"**
 C.B.O. nº **3.121.101**
 Data admissão **05** de **novembro** de 19 **81**
 Registro nº **227** Fls/Ficha **29479,00**
 Remuneração especificada **R\$ 29.479,00 (vinte e nove mil quatrocentos e setenta e sete reais)**
PROJETO FUNDIÁRIO MANAUS
 Ass. do empregador ou a rogo c/ test.

1º **15** de **março** de 19 **82**
 2º **15** de **março** de 19 **82**
 Ass. do empregador ou a rogo c/ test.

1º **15** de **março** de 19 **82**
 2º **15** de **março** de 19 **82**

Empregador

Rua Nº

Município Est.

Esp. do estabelecimento

Cargo

C.B.O. nº

Data admissão de de 19

Registro nº Fls/Ficha

Remuneração especificada

.....

.....

.....

.....

Ass. do empregador ou a rgo c/ test.

1º

2º

Data saída de de 19

Ass. do empregador ou a rgo c/ test.

1º

2º

Empregador

Rua Nº

Município Est.

Esp. do estabelecimento

Cargo

C.B.O. nº

Data admissão de de 19

Registro nº Fls/Ficha

Remuneração especificada

.....

.....

.....

.....

Ass. do empregador ou a rgo c/ test.

1º

2º

Data saída de de 19

Ass. do empregador ou a rgo c/ test.

1º

2º



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

OCORRÊNCIA Nº: 175/2016 - Registrado em 19 de Janeiro de 2016 às 17:07h

FATO COMUNICADO

Data/Hora do Fato: 18/01/2016 às 07:30hs, Segunda-Feira

ACIDENTE DE TRANSITO ABALROAMENTO

LOCAL

Município:	Rio Branco	Estado:	AC
Logradouro:		Nº:	CEP:
Bairro:		Tp de Local:	RODOVIA, ESTRADA
Referência:	ESTRADA DE SENA MADUREIRA		

ENVOLVIMENTO: COMUNICANTE/VÍTIMA

ISRAEL DE OLIVEIRA VIANA (58), do sexo masculino, Brasileira, exercendo a profissão de NAO INFORMADO, RG Nº: 124472/SSPAC, CPF: 133.424.362-04, nascido em 19/11/1957, natural de Rio Branco - AC, PAI: JOAO BATISTA VIANA e MÃE: ADELAIDE DE OLIVEIRA VIANA, Endereço: LARANJA, 163 - Bairro: MORADA DO SOL - CEP: 69910-270 - Rio Branco - AC, Telefone(s): 9972-8915.

ENVOLVIMENTO: AUTOR (A APURAR)

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

O comunicante/vítima relata que trafegava em direção a colônia de seu amigo, em que durante o percurso foi surpreendido por animal silvestre (Capivara), onde ao desviar do referido animal veio a perder o controle da sua motocicleta, NXT 3632 e por conseguinte veio a cair. O comunicante/vítima acrescenta que estava em companhia de seu amigo, esse que teve algumas escoriações, porém o comunicante/vítima se apresentou com exames do tipo Raio-X, em que segundo os referidos o comunicante/vítima teve uma fratura no ombro e algumas escoriações na mão e em seu tornozelo. Era o que tinha a declarar.

PEDRO PAULO SILVA BUZOLIN
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL

ROMULO DA SILVA NOLASCO
ATENDENTE

ISRAEL DE OLIVEIRA VIANA
COMUNICANTE

SINISTRO 3160617830 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** ISRAEL DE OLIVEIRA VIANA**COBERTURA** Invalidez**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** Comprev Vida e Previdência

S/A-Filial Rio Branco-AC

BENEFICIÁRIO ISRAEL DE OLIVEIRA VIANA**CPF/CNPJ:** 13342436204**Posição em 30-12-2016 11:04:44**

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 2.362,50

O prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento bancário, que é de até 5 dias úteis contados a partir da data de liberação.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
03/01/2017	R\$ 2.362,50	R\$ 0.00	R\$ 2.362,50

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



COMUNICAMOS A V.Sª QUE NESTA DATA COMPARECEU O CONDUTOR ABAIXO IDENTIFICADO DECLARANDO QUE SE ENVOLVEU EM ACIDENTE DE TRÂNSITO

1. LOCAL DO ACIDENTE

Data: 18/01/2016 Horário: 07:30 hs.
Local do Acidente: BR 364, Km 45
Município: Rio Branco UF: Acre

2. IDENTIFICAÇÃO DO VEÍCULO

Proprietário: Israel de Oliveira Vianna CPF/CNPJ: 133.424.362-04
Marca: Dafra Modelo: Riva 150 Ano de Fabricação: 2012
Endereço do Proprietário: Rua Baranga, 163 Cor: Preta Placa: NXT 3632
UF: AC Renavam: 00535308043 Chassi: 95VC02L2CDM006642
Placa 1º Reboque: Placa 2º Reboque: Espécie: Paralelo

3. DADOS DO CONDUTOR

Nome: Israel de Oliveira Vianna Estado Civil: Viuvo Profissão: Tec. Agropecuária
RG nº: 124472 Órgão Expedidor: SSP/AC Sexo: M Data de Nascimento: 19/11/1957
Endereço: Rua Baranga, 163 Nacionalidade: Brasileiro
Naturalidade: Acreano Grau de Instrução: Não informado
CNH nº: 1106244902 Categoria da CNH: A Registro da CNH nº: 02485597800
Validade: 11/09/2020 UF da CNH: Acre

4. NARRATIVA DO ACIDENTE CONFORME DECLARAÇÃO DO CONDUTOR

O Senhor Israel relata que trafegava na BR 364, sentido Rio Branco - Sena Madureira, em direção a colônia de um amigo, quando no Km 45 foi surpreendido por um animal silvestre na pista. Ao desviar do animal perdeu o controle de sua motocicleta e caiu. Senhor Israel acrescenta que estava em companhia de seu amigo, que sofreu algumas excoriações. Informa ainda que, teve uma fratura no osso do antebraço direito, excoriações no braço direito e perna direita.

Israel de O. Vianna
Assinatura do Declarante

5. COMUNICAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO POLICIAL

Nome: Melma Silva Farias RG: 4744
Graduação/Posto: Soldado Matrícula: 9371729-2 OPM: BPTRAN
Data: 24/01/2016 Horário: 10:50 hs.
Assinatura: Melma Farias

A OMISSÃO OU INSERÇÃO DE INFORMAÇÕES FALSAS CONSTITUI CRIME. ENQUADRAMENTO LEGAL - ART. 297 E 299 DO CÓDIGO PENAL. AS INFORMAÇÕES ACIMA PRESTADAS SÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO DECLARANTE.

Declaração de Acidente de Trânsito nº 111017 - 2016

MS/DATASUS

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2305373
CNS:

DATA: 18/01/2016 HORA: 09:34 USUARIO: ERICO
SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : ISRAEL DE OLIVEIRA VIANA DOC...: NT
IDADE.....: 58 ANOS NASC: 19/11/1957 SEXO...: MASCULINO
ENDERECO.....: RUA LARANJA, NUMERO: 163
COMPLEMENTO....: BAIRRO: MORADA DO SOL
MUNICIPIO.....: RIO BRANCO UF: AC CEP....:
NOME PAI/MAE...: JOAO BATISTA VIANA /ADELAIDE DE OLIVEIRA VIANA
RESPONSAVEL....: O MESMO TEL....: 8406-5752
PROCEDENCIA....: RODOVIA - BR 364
ATENDIMENTO....: ACIDENTE DE MOTO
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA[65 X 22 mmHg] PULSO[] TEMP.[] PESO[] FC[53] SPO2[99]
EXAM. COMPL.[] RAIO X[] SANGUE[] URINA[] TC[] LIQUOR[] ECG[] ULTRASSONOGRAFIA[]
SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

OBS. *foe sintia acid. e dor*
ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [VERDE] [AMARELO] [VERMELHO] [AZUL]
ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA]

DIAGNOSTICO:

Politrauma
PRESCRICAO

SAME / HUERS

CID: COPIA

CONFORME ORIGINAL
HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA:

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR): *Alta de cirurgia*

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] ANAT. PATO

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Israel de Oliveira Viana
Dr. R. Ramalho
Cirurgião do Aparelho Digestivo
CRM-AC 372

Estado de residência de nro. Sr. José Ferreira Aguiar dos Santos
 não foi localizado, nem se sabe onde ele esteja.
 Não há mais notícias dele. - 3622 -

anexo 4.

presente em função de publicação de nro.

③ trans, dismilito e o nro
 m-cro. trans, m-cro. casado.

sem residência registrada no + endereço
 para endereço.

outro anexo 4

SAME / HUERE
 COPIA
 CONFORME ORIGINAL



Ortopedia e Traumatologia Cirurgia do Joelho e Artroscopia

Dr. Rodrigo Minuano C. R. Santos
CRM 745-AC SBO 8.406

Dr. Vinicius de Macedo Magalhães
Ortopedia e Traumatologia - CRM 1241-AC

RECEITUÁRIO MÉDICO

Lauro Mediano

Paciente Israel de Oliveira Lima, 58 anos, realizou acompanhamento de topografia no Hospital das Clínicas em Jurema, a procura de doença proximal B + CH. Obteve o exame de diagnóstico em 18/04/13. Tratamento conservador, incluindo com artroscopia minimamente invasiva, com ressecção e polipectomia de B + CH com perda de 30% do menisco.

CID. 542.1
543.1

Dr. Vinicius de Macedo Magalhães
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1241-AC

13/05/13

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