

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.181,25

### \*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GEOVANNY BEZERRA DE AQUINO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03320

CONTA: 000000041423-9

---

Nr. da Autenticação 7ABE234CB809D8B6

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180581394      **Cidade:** Rio Branco      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GEOVANNY BEZERRA DE AQUINO      **Data do acidente:** 12/02/2018      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Luxação de cotovelo direito  
fratura de FD no 5º dedo mão direita

**Descrição do exame físico:** MSD: aumento de volume do cotovelo direito, hipotrofia do braço, limitação na flexão do cotovelo a 120 graus e extensão do cotovelo a 10 graus, e redução da força muscular do membro, deformidade no 5º dedo da mão com limitação para a flexão extensão do 5º dedo.

**Resultados terapêuticos:** Tratamento: redução incruenta e imobilização no cotovelo, e tratamento conservador na fratura do 5º dedo, e fisioterapia.  
Alta: Julho de 2018.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 21/02/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
<b>Total</b>			<b>8,75 %</b>	<b>R\$ 1.181,25</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180581394      **Cidade:** Rio Branco      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GEOVANNY BEZERRA DE AQUINO      **Data do acidente:** 12/02/2018      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 14/02/2019

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** LUXAÇÃO DE COTOVELO DIREITO.  
FRATURA DE 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR (REDUÇÃO INCRUENTA) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
<b>Total</b>		<b>0 %</b>	<b>R\$ 0,00</b>	

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 08 de Março de 2019**

**Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3180581394**

**Vítima: GEOVANNY BEZERRA DE AQUINO**

**Data do Acidente: 12/02/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), GEOVANNY BEZERRA DE AQUINO**

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\$ 1.181,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer

um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 10%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

**Recebedor: GEOVANNY BEZERRA DE AQUINO**

**Valor: R\$ 1.181,25**

**Banco: 104**

**Agência: 000003320**

**Conta: 0000041423-9**

**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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

Nº do Sínistro ou ASL:

CPF da vítima:  
015.191.462-13

Nome completo da vítima:

Nome completo:  
Geovanny Bezerra de Aquino  
Endereço:  
Residencial R. Senador Bairrala  
Bairro:  
Nova Estação  
Cidade:  
Belo Branco  
Email:

CPF:  
015.191.462-13

Número:  
300

Complemento:  
Sala

Estado:  
Acre

CEP:  
69.918-188

Tel. (DDD):  
68-3602-1741

99977-3014  
99918-3322

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

**DADOS CADASTRAIS**

RENDAS MENSAL:  
 EU SOU INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00  R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00  R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00  R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00  ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 3320 | CONTA: 41-423 | 9  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ | CONTA: \_\_\_\_\_  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a quaisquer título direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

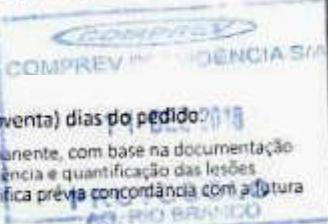
**INVALIDEZ PERMANENTE**

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Este ato é intencional, solicita o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo | Data do óbito da vítima:

Relação de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não | Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima (vive filhos):  Sim  Não | Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ | Vítima deixou nascituro (vai nascer):  Sim  Não | Vítima deixou pais/avós vivos?:  Sim  Não

Este cliente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando cliente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

**TESTEMUNHAS**

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RÔGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

Nº do sinistro ou ASL:  
3180/581394

CPF da vítima:  
05.191.462-13

Nome completo da vítima:

Geovanny Bezerra de Aguiar

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Geovanny Bezerra de Aguiar

Profissão:

revisor / senador

Endereço:

rua senador

Número:

NOVA estação

Cidade:

Rio Branco

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

E-mail:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA). 39977-3014

RENDA MENSAL:

DADOS CADASTRAIS

RECLUSO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):

Bradesco (237)  Itaú (341)

Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3320

03

CONTA: 41-423

9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:  CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:  CONTA:

(Informar o dígito se existir)

Autorizo à Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Para motivar a assinatura, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação pertinente decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima tem filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos:  Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data:

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Geovanny Bezerra de Aguiar

Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FMS 001 V001/2018

Rio Branco / AC

05-02-2019



0008020229-6631

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

NO. DO BE: 2530478 DATA: 12/02/2018 HORA: 02:06 USUARIO: COSMA  
CNS: 704109133000375 SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOOME: GEOVANNY BEZERRA DE AQUINO  
IDADE: 24 ANOS NASC: 05/04/1993  
ENDERECO: RUA SENADOR KAIRALA  
COMPLEMENTO: BAIRRO: ESTACAO EXPERIMENTAL  
MUNICIPIO: RIO BRANCO UF: AC CEP: -  
NOME PAI/MAE: ANTONIO JUVENAL BEZERRA DE AQU/MARIA LIBERDADE AQUINO BEZERRA  
RESPONSABEL: O MESMO TEL.: 999378774  
PROCEDENCIA: BOSQUE  
ATENDIMENTO: ACIDENTE DE MOTO  
CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE: NAO TRAUMA: SIM  
ACID: TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA [ X mmHg] PULSO [ ] TEMP. [ ] PESO [ ] FC [ ] SPO2 [ ]

EXAM. COMPL. [ ] RAIOS X [ ] SANGUE [ ] URINA [ ] TEC [ ] LIQUOR [ ] ECG [ ] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS: *Relevo em cima de* DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

*História: ACIDENTE trânsito com. Ruptura do braço (coro).  
Vitima: 1.º. Ao exame com ombro doloroso. AP: TUE  
HC: ST: NW. dor no braço - joelho doer.*

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

ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA] **SAME / HUEB**

DIAGNOSTICO: *Nullitum*

PRESRICAO

**CÓPIA**

CID:

**CONFORME ORIGINAL**

MORARIO DA MEDICACAO

1) Dímenos 3/6 CV	2) D. c. c. t. 71 m. 709	3) C. t. t. 11 DEZ 2018
2) D. c. c. t. 71 m. 709	3) C. t. t. 11 DEZ 2018	
3) C. t. t. 11 DEZ 2018		
4) Rx dorso / cotovelo dnt		

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):  
ONTO: [ ] ATE 48HS [ ] APOS 48HS [ ] FAMILIA [ ] IMM [ ] ANAT. PATOL.

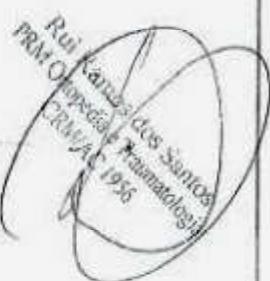
3) Enr. Ortopedico

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

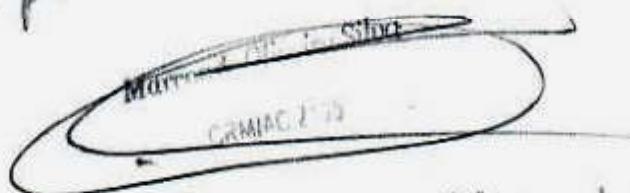
*Ortopedia 12/02/18  
Relevo: rfu quando motocicleta bateu + 1h.  
openou deformidade de cotovelo D.  
O Rx cotovelo D. openo luxado.  
O Pedreiro + Rx controles.*

- ② Tramadol 100mg + SA 250mg ② 8/8 C - 03  
 ③ Tiletotil 20 mg ② 12/02/17: 06  
 ④ Dipirona 1g ② 6/16 C : 06  
 ⑤ Secundofac Cofreco ② .  
 ⑥ Obs fraturante.



02/02/17 às 06:00 h, pelo  
 médico da unidade de SA, que  
 deu esse procedimento  
 (1 - 20/20 hif  
 1E - Cervical)

Objeto: Recente fraturado quando indicado tratamento  
anesthesia de lumbar  
flor da cirurgia



12-02-18, às 15:00h saiu de alta hospitalar  
 com receta zortélica e orientações, acom-  
 panhado. Dr. Jeferson 99208-14

SAME / HUERB  
 CÓPIA  
 CONFORME ORIGINAL



**DETRAN  
ACRE**

GOVERNO DO ESTADO DO ACRE  
DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO  
POLÍCIA MILITAR  
DECLARAÇÃO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



**Declaração de Acidente de Trânsito N° 370/2018**

**COMUNICAMOS A V. S<sup>RA</sup> QUE NESTA DATA COMPARECEU O CONDUTOR ABAIXO IDENTIFICADO  
DECLARANDO QUE SE ENVOLVEU EM ACIDENTE DE TRÂNSITO.**

**1. LOCAL/DATA DO ACIDENTE**

DATA: 12/02/2018	HORA: 02:06
LOGRADOURO: RUA MANOEL BARATA	
BAIRRO: BOSQUE	CIDADE: RIO BRANCO
REFERÊNCIA: PROX AO PRONTO SOCORRO	

**2. IDENTIFICAÇÃO DO VEÍCULO**

PLACA: OXP5818	MARCA: HONDA CG	MODELO: 160 TITAN EX	ESPÉCIE: PAS/MOTOCICLO
RENAVAM: 01067170275	CHASSI: 9C2KC2210GR009647	COR: PRETA	UF: AC
PROPRIETÁRIO: ANTONIO CLEITON AQUINO BEZERRA		CPF/CNPJ: 947.356.972-68	
ENDEREÇO: RUA SENADOR CAIRALA N° 700		CIDADE: RIO BRANCO	

<b>DADOS DA VÍTIMA</b>	<input checked="" type="checkbox"/> CONDUTOR	<input type="checkbox"/> PASSAGEIRO	<input type="checkbox"/> CICLISTA	<input type="checkbox"/> PEDESTRE
NOME: GEOVANNY BEZERRA DE AQUINO		ESTADO CIVIL: CASADO		
SEXO: MASCULINO	NASCIMENTO: 05/04/1993	PROFISSÃO: PINTOR		
CPF: 015.191.462-13	RG: 11159545	ORG.: SSP/AC		
NATURALIDADE: RIO BRANCO		NACIONALIDADE: BRASILEIRA		
GRAU DE INSTRUÇÃO: ENSINO MÉDIO COMPLETO				
REGISTRO DA CNH: 05399390123		CATEGORIA: AB	VALIDADE: 26/08/2016	UF: AC
ENDEREÇO: RUA SENADOR CAIRALA N° 700		CIDADE: RIO BRANCO		

**4. NARRATIVA DO ACIDENTE CONFORME DECLARAÇÃO DO CONDUTOR**

Informo que compareceu a este Batalhão de Policiamento de Trânsito, o Srº GEOVANE BEZERRA DE AQUINO, relatando que no dia, local e horário supramencionados, este se envolveu em um acidente de trânsito quando trafegava no endereço acima sentido centro bairro, que ao desviar um cachorro bateu no meio fio da calçada vindo a cair. O mesmo ficou lesionado com fratura em seu braço direito, foi levado ao Pronto Socorro de Rio Branco, conforme BE nº 2530478.

*Giovanny Bezerrinha Aquino*  
DECLARANTE

NOME: PAULA XAVIER	RG: 3873
POSTO/GRAD: CB/PM	MATRÍCULA: 9294090-1
DATA: 25/04/2018	HORA: 10:16
ASSINATURA:	<i>Paula Xavier</i>

**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.**



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

Nº do Sínistro ou ASL:

CPF da vítima:  
015.191.462-13

Nome completo da vítima:

Nome completo:  
Geovanny Bezerra de Aquino  
Endereço:  
Residencial R. Senador Bairrala  
Bairro:  
Nova Estação  
Cidade:  
Belo Branco  
Email:

CPF:  
015.191.462-13

Número:  
300

Complemento:  
Sala

Estado:  
Acre

CEP:  
69.918-188

Tel. (DDD):  
68-3602-1741

99977-3014  
99918-3322

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

**DADOS CADASTRAIS**

RENDAS MENSAL:  
 EU SOU INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00  R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00  
 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00  R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
 ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 3320 | CONTA: 41-423 | 9  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

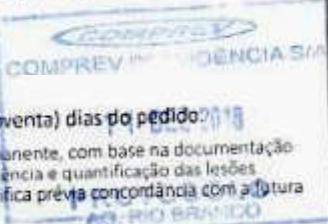
**INVALIDEZ PERMANENTE**

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Este ato é intencional, solicita o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



**MORTE**

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

Relação de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima (vive filhos):  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer):  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?:  Sim  Não

Este cliente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando cliente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: \_\_\_\_\_  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina o RODO  
 Geovanny Bezerra de Aquino  
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

Nº do sinistro ou ASL:  
3180/581394

CPF da vítima:  
05.191.462-13

Nome completo da vítima:

Geovanny Bezerra de Aquino

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Geovanny Bezerra de Aquino

Profissão:

revisor / senador

Endereço:

rua senador

Número:

NOVA estação

Cidade:

Rio Branco

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

E-mail:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA). 39977-3014

RENDA MENSAL:

RECLUSO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

3320

03

CONTA: 41-423

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

\_\_\_\_\_

CONTA:

\_\_\_\_\_

Autorizo à Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Peço, motivado assimilado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação pertinente decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima tem filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos:  Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data:

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Geovanny Bezerra de Aquino

Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FMS 001 V001/2018

Rio Branco / AC 05-02-2019



0008020229-6631

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

NO. DO BE: 2530478 DATA: 12/02/2018 HORA: 02:06 USUARIO: COSMA  
CNS: 704109133000375 SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOOME: GEOVANNY BEZERRA DE AQUINO  
IDADE: 24 ANOS NASC: 05/04/1993  
ENDERECO: RUA SENADOR KAIRALA  
COMPLEMENTO: BAIRRO: ESTACAO EXPERIMENTAL  
MUNICIPIO: RIO BRANCO UF: AC CEP: -  
NOME PAI/MAE: ANTONIO JUVENAL BEZERRA DE AQU/MARIA LIBERDADE AQUINO BEZERRA  
RESPONSABEL: O MESMO TEL.: 999378774  
PROCEDENCIA: BOSQUE  
ATENDIMENTO: ACIDENTE DE MOTO  
CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE: NAO TRAUMA: SIM  
ACID: TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA [ X mmHg] PULSO [ ] TEMP. [ ] PESO [ ] FC [ ] SPO2 [ ]

EXAM. COMPL. [ ] RAIOS X [ ] SANGUE [ ] URINA [ ] TEC [ ] LIQUOR [ ] ECG [ ] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS: *Relevo em cima de* DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

*História: ACIDENTE trânsito com. Ruptura do braço (coro).  
Vitima: Ao exame com ombro doloroso. AP: Tuc  
HC: ST: NW. dor no braço - joelho doer.*

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

ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA] **SAME / HUEB**

DIAGNOSTICO: *Nullitum*

PRESRICAO

**CÓPIA**

CID:

**CONFORME ORIGINAL**

MORARIO DA MEDICACAO

1) Diphena 250 mg	20.00
2) Diclofenac 75 mg 709	20.00
3) Cetona	COMPRAV. DENCIA SA
4) Rx doros / cotovelos dnt	11 DEZ 2018

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):  
ONTO: [ ] ATE 48HS [ ] APOS 48HS [ ] FAMILIA [ ] IMM [ ] ANAT. PATOL.

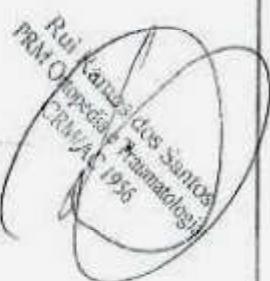
3) Enr. Ortopedico

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

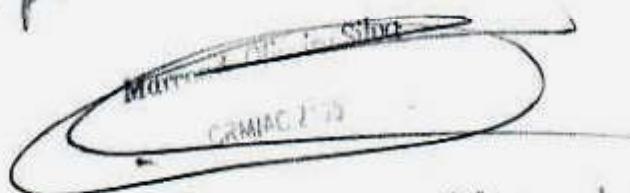
*Ortopedia 12/02/18  
Relevo: vfu quadro motociclista bco + lh.  
openo Fr. deformidade de cotovelos D.  
- Rx cotovelos D. openo luxo.  
C: O pedreiro + Rx cotovelos. -*

- ② Tramadol 100mg + SA 250mg ② 8/8 C - 03  
 ③ Tiletotil 20 mg ② 12/02/17: 06  
 ④ Dipirona 1g ② 6/16 C : 06  
 ⑤ Secundofac Cofevelo ② .  
 ⑥ Obs fraturante.



02/02/17 às 06:00 h, pelo  
 médico da unidade de SA, que  
 deu esse procedimento  
 (1 - 20/20 hif  
 1E - Cervical)

Objeto: Recente fraturado quando indicado tratamento  
aproximação das articulações  
flor da artroplastia



12-02-18, às 15:00h saiu de alta hospitalar  
 com receta p/ médica e orientações, acom-  
 panhado. Dr. Jeferson 99208-14

SAME / HUERB  
 CÓPIA  
 CONFORME ORIGINAL





## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Antônio Cleiton Aquino Bezerra,  
RG nº 10309683, data de expedição 22/01/16,  
Órgão SSP/AC, portador do CPF nº 04735697268, com  
domicílio na cidade de Rio Branco, no Estado de  
Acre, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Sonacelop Marechal, nº 400,  
complemento Apartamento, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Jenny Bezerra de Souza cujo o condutor era

Veículo: Honda CG

Modelo: 160 f1m

Ano: 2016

Placa: EXP9818

Chassi: 9C2TC2105R009647

Data do Acidente:

Local e Data: 12/02/18; Rua, Manuel Barata

Assinatura do Declarante



Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Rio Branco 20 de julho de 2018



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Antonio Cleiton Aquino Bezerra,  
RG nº 1030968-3, data de expedição 22/01/16,  
Órgão SSP/AC portador do CPF nº 84735697268, com  
domicílio na cidade de Rio Branco, no Estado de  
Acre, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Semeador Iquiroto, nº 700,  
complemento apartamento, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Giovanny Bezerra de Aquino cujo o condutor era  
Giovanny Bezerra de Aquino.

Veículo: Honda CG

Modelo: 150 dian

Ano: 2016

Placa: OXP5818

Chassi: 9E21K22106R009647

Data do Acidente:

Local e Data: 12/02/18; Rua Manoel Borba

1º OFÍCIO

2º OFÍCIO

Antonio Cleiton Aquino Bezerra  
Assinatura do Declarante

Giovanny Bezerra de Aquino

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Rio Branco 22 de Janeiro de 2019



TABELIONATO DE NOTAS E 3º REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS DE  
RIO BRANCO - AC

Conselho Notarial - Rio Branco - Acre - CN 001 - CN 002 - CN 003 - CN 004 | www.tabelionato3rdecivilacre.com

RECONHECIMENTO

Reconheço a assinatura por AUTÉNTICA de: (1)ANTONIO CLEITON  
AQUINO BEZERRA, (2)GEOVANNY BEZERRA DE AQUINO

Rio Branco-AC, 22 de janeiro de 2019. Salo: AG81688-09, AG81688-06 -

RECONHECIMENTO DE FIRMA

Cod. Validação: CC03-ACCA-41ED-387C-18D2-3F60-EB1B-AB8B - Consulte o salo em:

www.saloacre.com.br - Total: R\$ 6,00

AMAIUS MOZART CABRAL DE ARAUJO - Escrivão Autorizado



0008020229-6631

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

NO. DO BE: 2530478 DATA: 12/02/2018 HORA: 02:06 USUARIO: COSMA  
CNS: 704109133000375 SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOOME: GEOVANNY BEZERRA DE AQUINO  
IDADE: 24 ANOS NASC: 05/04/1993  
ENDERECO: RUA SENADOR KAIRALA  
COMPLEMENTO: BAIRRO: ESTACAO EXPERIMENTAL  
MUNICIPIO: RIO BRANCO UF: AC CEP: -  
NOME PAI/MAE: ANTONIO JUVENAL BEZERRA DE AQU/MARIA LIBERDADE AQUINO BEZERRA  
RESPONSABEL: O MESMO TEL.: 999378774  
PROCEDENCIA: BOSQUE  
ATENDIMENTO: ACIDENTE DE MOTO  
CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE: NAO TRAUMA: SIM  
ACID: TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA [ X mmHg] PULSO [ ] TEMP. [ ] PESO [ ] FC [ ] SPO2 [ ]

EXAM. COMPL. [ ] RAIOS X [ ] SANGUE [ ] URINA [ ] TEC [ ] LIQUOR [ ] ECG [ ] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS: *Relevo em cima de* DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

*História: ACIDENTE trânsito com. Ruptura do braço (coro).  
Vitima: 1.º. Ao exame com ombro doloroso. AP: TUE  
HC: ST: NW. dor no braço - joelho doer.*

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

ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA] **SAME / HUEB**

DIAGNOSTICO: *Nullitum*

PRESRICAO

**CÓPIA**

CID:

**CONFORME ORIGINAL**

MORARIO DA MEDICACAO

1) Dímenos 3/6 CV	2) D. c. c. t. 71 m. 709	3) Cetrau	4) Rx doros / cotovelos dnt	5) 20.00
				COMPRAV. DENCIA SA
				11 DEZ 2018

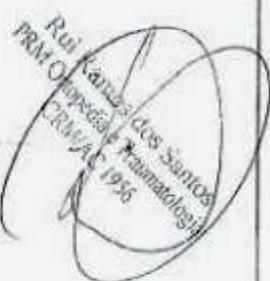
DATA DA SAIDA: / / HORA DA SAIDA: :  
ALTA: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO [ ] EVASAO [ ] DESISTENCIA  
[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO  
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR): *Setor*

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

3) Enr. Ortopedico  
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

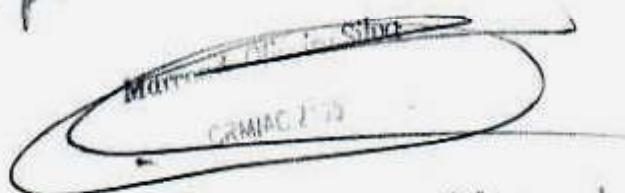
*Ortopedia 12/02/18  
Reentrante com quebra motocicleta braço + lh.  
openo Fr. deformidade de cotovelos D.  
Rx cotovelos D. openo luxo.  
C: O pedreiro + Rx controles.*

- ② Tramadol 100mg + SA 250mg ② 8/8 C - 03  
 ③ Tiletotil 20 mg ② 12/02/17: 06  
 ④ Dipirona 1g ② 6/16: 06  
 ⑤ Secundofac Cofevela ②  
 ⑥ Obs fraturado.



02/02/17 às 06:00 h, pelo  
 médico da unidade de SA, que  
 deu esse procedimento  
 (1 - 20/20 hif  
 1E - Cervical)

Objeto: Recente fraturado quando indicado tratamento  
anestesia e desfuncionamento  
debaixo da artéria pulmonar



12-02-18, às 15:00h saiu de alta hospitalar  
 com receta zortélica e orientações, acom-  
 panhado. Dr. Jeferson 99208-14

SAME / HUERB  
 CÓPIA  
 CONFORME ORIGINAL



Governo de Estado do Acre  
Secretaria de Estado de Saúde  
Hospital das Clínicas do Acre  
Residência Médica de Ortopedia e Traumatologia



## LAUDO MÉDICO

NOME: Deyvanny Bezerra de Aguiar

O paciente supracitado apresenta Luxação do cotovelo direito  
e Fratura do 5º do osso ilíaco direito a partir de 12/02/2018  
ou há —, tendo sido tratado com redução  
incisão e tratamento conservador  
No momento, encontra-se alta. Paciente repete  
diminuição da força em membro superior  
direito e dor crônica.

CID: S53.1 / S62.6

20/06/18

Dr. Fátima Copara Hammude  
PRM Ortopedia e Traumatologia  
CRM-AC 1870

Médico

Rio Branco - AC

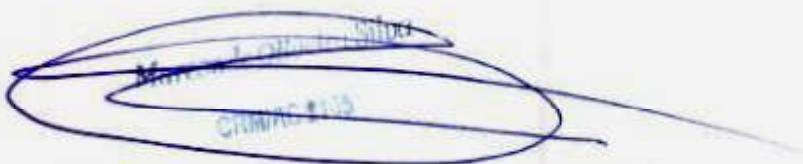
ATESTADO MÉDICO

Atestado que o paciente Geovanny Bezerra  
de Aquino  
necessita de 30 (Trinta) \_\_\_\_\_

dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

CID: 753. }

Novo Acre 12.02.18



Assinatura do Médico com C.R.M.

**NOTA:**

Este atestado é válido para as finalidades no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto-Lei nº 60.501 de 14/03/1967 e será expedido para justificativa de 01 a 15 dias de afastamento do trabalho



*José Luis Silverio Cabanillas*  
**José L. Silverio C.**  
**Médico Ortopedista**  
**CREMERO-1822**

---

JOSE LUIS SILVERIO CABANILLAS CRM : 1820 / UF : RO