

# 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 flexo 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
Total			8,75 %	R\$ 1.181,25

# 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

**Valoração 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

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 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

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, retorne 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 o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nome completo: **Geovanny Bezerra de Aquino**  
 CPF da vítima: **015.191.462-13**  
 Nome completo da vítima: **015.191.462-13**  
 Registro de informações cadastrais e faixa de renda mensal da pessoa física (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012  
 Endereço: **R. Senador Trairala**  
 Cidade: **Nova Estação**  
 Estado: **RO**  
 CEP: **700**  
 Complemento: **Lasa**  
 Tel (DDD): **68-3602-1741**  
 E-mail: **99977-3014**  
**99977-3322**

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

**DADOS CADASTRAIS**

RECEITA MENSAL:

☒ R\$ 0,00 ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ 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** **13** CONTA: **41.423** **9** AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a quem 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 atenda 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.

Fico, portanto, autorizado, solicito 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 Líder 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 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: \_\_\_\_\_

Gravidez da vítima: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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.

**TESTEMUNHAS**

1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Local e Data: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

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

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

**Geovanny Bezerra de Aquino**

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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 ROGO, 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

CPF:

05.191.462.13

Profissão:

recusou R. Senador

Endereço:

Número:

700

Complemento:

casa

Bairro:

Nova Estação

Cidade:

Rio Branco

Estado:

AC

CEP:

69-918-198

E-mail:

Tel (DDD):

68: 3602-1741

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

RENTA MENSAL:

☒ RECUSO 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)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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 atenda 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.

Pelo motivo assinalado, solicito 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §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:

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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 ROGO

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 ROGO, 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.

FPS 001 V001/2018

Rio Branco / AC

05-02-2019



0108020229-6531

C

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

NOME : GEOVANNY BEZERRA DE AQUINO

DOC...: CNH

IDADE: 24 ANOS NASC: 05/04/1993

SEXO...: MASCULINO

ENDERECO: RUA SENADOR KAIRALA

NUMERO: 700

COMPLEMENTO: BAIRRO: ESTACAO EXPERIMENTAL

MUNICIPIO: RIO BRANCO

UF: AC

CEP...:

NOME PAI/MAE: ANTONIO JUVENAL BEZERRA DE AQU/MARIA LIBERDADE AQUINO BEZERRA

RESPONSAVEL: 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.[ ] RAIO X[ ] SANGUE[ ] URINA[ ] TC[ ] LIQUOR[ ] ECG[ ] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS: *Relato em espanhol* DATA PRIMEIROS SINTOMAS: 1/1/1*HISTORIA ACIDENTE MOTO. Queda do braço (coro.**Verificada. Ao exam. com o ombro frouxo. R. AP. RUC**R. RT. RUC. sem dor. joelho dor.*

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

*Exame físico normal*

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

SAME / HUERB

DIAGNOSTICO: *Fratura*

CID:

PRESCRICAO

CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL

HORARIO DA MEDICACAO

*1. Difenidramina 2g IV*

*2. Diclofenaco 75 mg PO*

*3. Curatim*

*4. Rx torax / cotovelo dor*

DATA DA SAIDA: 1/1/1HORA DA SAIDA: 02:06

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

[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR): EMERG

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBJETO: [ ] ATÉ 48HS [ ] APOS 48HS [ ] FAMILIA [ ] IME [ ] ANAT. PATOL.

*3. Em Ortopedia*

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

*Ortopedia 12/02/18*

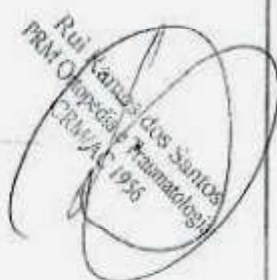
*Recit. vfm queda motocicleta no ± 1h.*

*apresenta deformidade do cotovelo.*

*5 Rx cotovelo @. exame luxação.*

*4. @ Redução + Rx controle.*

- ① Tramadol 100mg + SF 250ml @ 8/18C - 03
- ② Talatol 20mg @ 12/12C: 06
- ④ Nymrona 1g @ 6/6C: 06
- ⑤ Soluto TC Corvelo @
- ⑥ Obs transectas.



02/10/19 às 06:00 h, pte  
 agendada por meio MSP, pouco  
 depois em período  
 14-20/20 mil  
 -CE: Corvelo-

Interpela: Paciente Relatando sendo indicado tratamento  
comprimidos das turcoes  
para da Interpela



12-02-18, às 15:00h main de alta hospitalar  
 com receita médica e orientações, accom-  
 panhado. Defª Jansu 19208 Ae

**SAME / HUERB**  
**CÓPIA**  
**CONFORME ORIGINAL**



**Declaração de Acidente de Trânsito Nº 370/2018**

**COMUNICAMOS A V. Sª 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 UF: AC  
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 Nº 700 CIDADE: RIO BRANCO

**DADOS DA VÍTIMA**

☒ (X) CONDUTOR ☐ ( ) PASSAGEIRO ☐ ( ) CICLISTA ☐ ( ) 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 MEDIO COMPLETO  
REGISTRO DA CNH: 05399390123 CATEGORIA: AB VALIDADE: 26/08/2016 UF: AC  
ENDEREÇO: RUA SENADOR CAIRALA Nº 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 envolveram 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.

*Geovanny Bezerra de Aquino*  
DECLARANTE

NOME: PAULA XAVIER RG: 3873  
POSTO/GRAD: CB/PM MATRÍCULA: 9294090-1 OPM: BPTRAN  
DATA: 25/04/2018 HORA: 10:16  
ASSINATURA:

*Paula Xavier*

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

Nome completo: **Geovanny Bezerra de Aquino**  
CPF da vítima: **015.191.462-13**  
Nome completo da vítima: **015.191.462-13**  
Cidade: **Nova Estação**  
Estado: **RO**  
CEP: **700**  
Complemento: **Lasa**  
Tel (DDD): **68-3602-1741**  
E-mail: **99977-3014**  
**99977-3322**

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

**DADOS CADASTRAIS**

RECEITA MENSAL: ☒ R\$ 0,00 ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ 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** **13** CONTA: **41-423** **9** AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a quem 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 atenda 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.

Fico, portanto, autorizado, solicito 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 Líder 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 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: \_\_\_\_\_

Gravidez da vítima: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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.

**TESTEMUNHAS**

1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Local e Data: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

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

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

**Geovanny Bezerra de Aquino**

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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 ROGO, 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.

# 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:

3180/5813 94

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

CPF:

05.191.462.13

Profissão:

recusou

Endereço:

R. Senador

Número:

700

Complemento:

casa

Bairro:

Nova Estação

Cidade:

ão Branco

Estado:

AC

CEP:

69-918-198

E-mail:

Tel (DDD):

68: 3602-1741

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

RENTA MENSAL:

☒ RECUSO 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)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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 atenda 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.

Pelo motivo assinalado, solicito 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §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:

Grav de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve 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 Líder 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 ROGO

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 ROGO, 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.

FPS 001 V001/2018

ão Branco / AC

05-02-2019



0108020229-6531

C

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

NOME : GEOVANNY BEZERRA DE AQUINO

DOC...: CNH

IDADE: 24 ANOS NASC: 05/04/1993

SEXO...: MASCULINO

ENDERECO: RUA SENADOR KAIRALA

NUMERO: 700

COMPLEMENTO: BAIRRO: ESTACAO EXPERIMENTAL

MUNICIPIO: RIO BRANCO

UF: AC

CEP...:

NOME PAI/MAE: ANTONIO JUVENAL BEZERRA DE AQU/MARIA LIBERDADE AQUINO BEZERRA

RESPONSAVEL: 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.[ ] RAIO X[ ] SANGUE[ ] URINA[ ] TC[ ] LIQUOR[ ] ECG[ ] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS: *Relato em espanhol* DATA PRIMEIROS SINTOMAS: 1/1/1*HISTORIA ACIDENTE MOTOCICLETA. Queda do braço (coro.**Verificada. Ao exam. com o ombro frouxo. R. AP. RUC**R. RT. RUC. sem dor. joelho dor.*

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

ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA] **SAME / HUERB**DIAGNOSTICO: *Fratura*

CID:

PRESCRICAO

**CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL**

HORARIO DA MEDICACAO

*1. Difenidramina 2g IV*

*2. Diclofenaco 75 mg IV*

*3. Clonitina*

*4. Rx torax / cotovelo dor*

DATA DA SAIDA: 1/1/1HORA DA SAIDA: 02:06

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

[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR): EMERG

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBJETO: [ ] ATÉ 48HS [ ] APOS 48HS [ ] FAMILIA [ ] IME [ ] ANAT. PATOL.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

*Ortopedia 12/02/18*

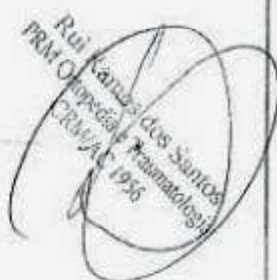
*Recus. vfm. Queda motocicleta no ± 1h.*

*apresenta deformidade do cotovelo.*

*5 Rx cotovelo @. exames luxação.*

*4. @ Redução + Rx controle.*

- ① Tramadol 100mg + SF 250ml @ 8/18C - 03
- ② Talatol 20mg @ 12/12C: 06
- ④ Nymrona 1g @ 6/6C: 06
- ⑤ Soluto TC Corvelo @
- ⑥ Obs transectas.



02/10/19 às 06:00 h, pte  
 repulso dor no MSA, pouco  
 de dor no período  
 01-20/20 mil  
 TE: Corvelo

Interpela: Paciente Relatado sendo indicado tratamento  
comprimidos de tramadol  
para dor intermitente



12-02-18, às 15:00h main de alta hospitalar  
 com receita médica e orientações, accom-  
 panhado. Defª Jéssica 192084e

**SAME / HUEB**  
**CÓPIA**  
**CONFORME ORIGINAL**



COMPANHIA DE UTILIDADE DO ACRE S.A.  
Rua Antônio Matos 125 - Banguê - Rio Branco - AC  
CEP: 69.000-000 Fone: (067) 312.1222 Fax: (067) 312.1222  
E-mail: atendimento@eletrobras.com.br

Nº da Nota Fiscal 000068313  
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pela Lei nº 10.430 de 20 de abril de 2002

**VENCIMENTO**  
NOVEMBRO/2017 20/11/2017 92 54,32

JOSE LUDOVICO BEZERRA  
R. SENADOR KAIRALA 700 NOVA ESTACAO  
CEP: 69.013-123-2287  
CEP: 69.918-198 - RIO BRANCO

NOT: 3.001.03.11.002550

Ata	2703	Ata	10/11/2017
Anterior	2611	Anterior	11/10/2017
Consumo de energia elétrica	1,000	Validade Letada	12/12/2017
Consumo de energia	92	Tratado	10/11/2017
Consumo de energia	92	Assinatura	10/11/2017
Consumo de energia	92	Assinatura	10/11/2017

Forma de Pagamento: NORMAL Valor de Referência: 30

**DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA**  
Tipo de Consumo: RESIDENCIAL Medidor: MONO Número Medidor: 7267993 Código Fat: 1.1.1.1 Medida (12 meses): 122

**RESIDENCIAL MONO 7267993**

MÊS	VALOR
OUT/17	153
SET/17	123
AGO/17	105
JUL/17	94
JUN/17	156
MAI/17	99
ABR/17	100
MAR/17	132
FEV/17	118
JAN/17	136

TRIBUTOS: 3,67

CONSUMO 92 A R\$ 0,563693 = 51,85  
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 2,47  
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 3,67

COMPRESSO  
17 DEZ 2017  
PROTOCOLO  
ACR-00000000

LIGUE 0800 647 7196 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 7 13 19 25 28  
Parabéns! Até o dia 08/11/2017, não constatamos faturas vencidas  
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCAL 4882.230C.8840.8470.870B.F643.5A46.2881

COMPONENTES DE CONTABILIDADE	VALOR
Distribuição	19,61
Energia	18,45
Transmissão	0,59
Encargos	10,83
Taxação	2,37
Base de Cálculo	
Atribuição ICMS	
Valor do ICMS	
Valor do PIS	0,42
Valor do COFINS	1,95

INDICADORES DE CONTINUIDADE	VALOR
Atividade	6,03
Temporária	12,06
Atividade	24,12
Atividade	3,73
Atividade	7,47
Atividade	14,65
Atividade	5,54
Atividade	0,56
Atividade	1,00
Atividade	0,56
Atividade	09/2017
Atividade	34,16

TANGARA

# Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Antonio Cleiton Aquino Bezerra,  
RG nº 10309683, data de expedição 22/01/16,  
Órgão SSP/AC, portador do CPF nº 94735697268, com  
domicílio na cidade de Rio Branco, no Estado de  
Acre, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Sonador Moura, nº 400,  
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 Jeremy Bezerra de Aguiar cujo o condutor era

Veículo: Honda/CG  
Modelo: 160 Jet  
Ano: 2016  
Placa: EXP9318  
Chassi: 9C2K22105E009647  
Data do Acidente:  
Local e Data: 12/02/18; Rua Manoel Barak

Antonio Cleiton Aquino Bezerra  
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 1030958-3, data de expedição 22/01/16

Órgão SSP/AC portador do CPF nº 94735697268, com

domicílio na cidade de Rio Branco, no Estado de

AC, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Semaden Kairale, nº 700,

complemento apudamente, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Geovanny Bezerra de Aquino cujo o condutor era

Geovanny Bezerra de Aquino

Veículo: Honda CG

Modelo: 160 Titan

Ano: 2016

Placa: 0XP5818

Chassi: 9C2K22106R009647

Data do Acidente:

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

3º Ofício

3º Ofício

Antonio Cleiton Aquino Bezerra  
Assinatura do Declarante

Geovanny Bezerra de Aquino

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

Rio Branco 22 de Janeiro de 2019

A SOMENTE GUIA



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

## RECONHECIMENTO

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

Rio Branco-AC, 22 de janeiro de 2019. Selo: AG816888-08, AG816888-08 -

RECONHECIMENTO DE FIRMA

Cod. Validação: CCD3-ASCA-41ED-887C, 1ED2-3F60-EB1B-AB9B - Consulte o selo em:

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

AMARÉUS MOZART CABRAL DE ARAÚJO - Escrevente Autorizado



0108020229-6531

C

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

NOME : GEOVANNY BEZERRA DE AQUINO

DOC...: CNH

IDADE: 24 ANOS NASC: 05/04/1993

SEXO...: MASCULINO

ENDERECO: RUA SENADOR KAIRALA

NUMERO: 700

COMPLEMENTO: BAIRRO: ESTACAO EXPERIMENTAL

MUNICIPIO: RIO BRANCO

UF: AC

CEP...:

NOME PAI/MAE: ANTONIO JUVENAL BEZERRA DE AQU/MARIA LIBERDADE AQUINO BEZERRA

RESPONSAVEL: 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.[ ] RAIO X[ ] SANGUE[ ] URINA[ ] TC[ ] LIQUOR[ ] ECG[ ] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS: *Relato em espanhol* DATA PRIMEIROS SINTOMAS: 1/1/1*HISTORIA ACIDENTE MOTOCICLETA. Queda do braço (coro.**Verificada. Ao exam. com o ombro frouxo. R. AP. RUC**R. RT. RUC. sem dor. joelho dor.*

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

*Examen. existia dor*

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

SAME / HUERB

DIAGNOSTICO: *Multitrauma*

CID:

PRESCRICAO

CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL

HORARIO DA MEDICACAO

*1) Difenidramina 2g IV*

*2) Diclofenaco 75 mg IV*

*3) Clonitina*

*4) Rx torax / cotovelo dor*

DATA DA SAIDA: 1/1/1HORA DA SAIDA: 02:06

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

[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR): EMERG

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBJETO: [ ] ATÉ 48HS [ ] APOS 48HS [ ] FAMILIA [ ] IME [ ] ANAT. PATOL.

*3) Em. Ortopedia*

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

*Ortopedia 12/02/18*

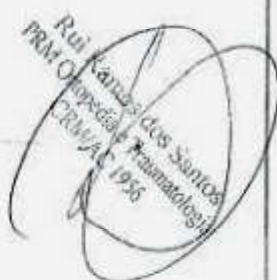
*Recit. vfm queda motocicleta no ±th.*

*apresenta deformidade cotovelo @.*

*5 Rx cotovelo @. exames luxações.*

*4: @ Redução + Rx controle.*

- ① Tramadol 100mg + SF 250ml @ 8/18C - 03
- ② Talatol 20mg @ 12/12C: 06
- ④ Nymrona 1g @ 6/6C: 06
- ⑤ Soluto TC Corvelo @
- ⑥ Obs transectas.



02/10/19 às 06:00 h, pte  
 agendada por meio MSP, pouco  
 depois em período  
 14-20/20 milh  
 -CE: Corvelo-

Interpela: Paciente Relatando sendo indicado tratamento  
comprimidos das turcoes  
para da Interpela



12-02-18, às 15:00h main de alta hospitalar  
 com receita médica e orientações, accom-  
 panhado. Defª Jansen 19208 Ae

**SAME / HUERB**  
**CÓPIA**  
**CONFORME ORIGINAL**



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

COMPREV - COMISSÃO DE PREVENÇÃO DE RISCOS

11 DEZ 2018

CCOLO  
RIO BRANCO

## LAUDO MÉDICO

NOME: Desvanny Bezerra de Aguiar

O paciente supracitado apresenta Luxação do cotovelo direito  
e Fratura do 5º dedo mão direita a partir de 12/02/2018

ou há -, tendo sido tratado com redução  
incruenta e tratamento conservador

No momento, encontra-se alta. Paciente refere  
diminuição da força em membro superior  
direito e dor crônica.

CIP: SS3.1 / SG2.6

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

Médico

Rio Branco - AC

20/02/18



**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:

J53.1

Rio Branco AC, 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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO  
SANTA-TEREZA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALIDA EM TODOS  
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

581080107

NOME  
GEOVANNY BEZERRA DE AQUINO

DOC. IDENTIDADE/CPF/DIRIG. AUT.  
11155545 887 AC

CPF  
019.193.463-13

DATA NASCIMENTO  
05/04/1993

PLACAO  
ANTONIO JUVENAL  
BEZERRA DE AQUINO  
MARIA LIBERDADE DE  
AQUINO BEZERRA

PROMISSÃO  
ACQ. HAB.  
CAT. HAB.  
A.B.

INSCRIÇÃO  
05399350123

VALIDADE  
26/08/2015

EXPIRAÇÃO  
11/01/2013

OBSERVAÇÕES

*Geovanny Bezerra de Aquino*

LOCAL  
RIO BRANCO - ACRE

DATA EMISSÃO  
22/02/2013

581080107

581080107



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

---

JOSE LUIS SILVERIO CABANILLAS CRM : 1820 / UF :RO