



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO  
ACRE  
PODER JUDICIÁRIO**

**RECIBO DO PROTOCOLO  
PETICIONAMENTO INTERMEDIARIA - PRIMEIRO GRAU**

**Dados Básicos**

Foro: Rio Branco  
Processo: 07072706620198010001  
Classe do Processo: Petição  
Data/Hora: 11/02/2020 09:17:15

**Partes**

Solicitante: Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT S/A

**Documentos**

Petição: 2631395\_IMPUGNACAO\_AO\_LAUDO\_PERICIAL\_JUR\_01-1-3.pdf  
Anexo - Petição: 2631395\_IMPUGNACAO\_AO\_LAUDO\_PERICIAL\_JUR\_Anexo\_02 - 1-8.pdf  
Anexo - Petição: 2631395\_IMPUGNACAO\_AO\_LAUDO\_PERICIAL\_JUR\_Anexo\_02 - 9-18.pdf  
Anexo - Petição: 2631395\_IMPUGNACAO\_AO\_LAUDO\_PERICIAL\_JUR\_Anexo\_02 - 19-22.pdf

Nota: Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1<sup>a</sup> VARA CÍVEL DA COMARCA DE RIO BRANCO/AC**

**Processo:** 07072706620198010001

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **GEOVANNY BEZERRA DE ARAUJO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.<sup>a</sup>, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

**DO LAUDO PERICIAL**

**DA AUSÊNCIA DE AGRAVAMENTO DA LESÃO**

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

A parte autora requereu administrativamente indenização à ré, sendo realizada perícia a qual apurou lesão no cotovelo direito com repercussão leve (25%) e no 5º dedo da mão direita com repercussão leve (25%), efetuando o pagamento no valor de 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

**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:**

**Sequela:** 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>	

Após o deferimento da produção de perícia judicial médica, foi elaborado laudo pericial apurando as mesmas lesões antes detectadas pela ré em sede administrativa, todavia, agora com repercussão maior.

O ilustre perito afirma que a parte autora possui lesão no cotovelo direito com repercussão leve (25%) e no 5º dedo da mão direita com repercussão média (50%).

Ressalta-se a discrepância entre as avaliações médicas. Administrativamente, foi apurada lesão na mão direita com repercussão leve (25%) e no presente laudo judicial a lesão com repercussão média (50%), uma diferença de gradual de 25%.

Desta forma não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Outrossim, na hipótese de condenação, salienta a ré que o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 1.181,25 (mil, cento e oitenta e um reais e vinte e cinco centavos).

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

RIO BRANCO, 7 de fevereiro de 2020.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/AC 3988**

**DIEGO PAULI**  
**4550 - OAB/AC**

# 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: 00000041423-9

---

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

**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

<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 sinistro 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:  
**Itu Branco**  
Email:

CPF:  
015.191.462-13

Número:  
300

Complemento:  
Sala

Estado:  
Ribeirão Preto

CEP:  
14089-918

Tel. (DDD):  
61-3602-1741

99977-3014  
99918-3322

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:  
 EU SOU INFORMAR  
 SEM INFORMA

ATÉ R\$1.000,00

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** | Dígito: **9**  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

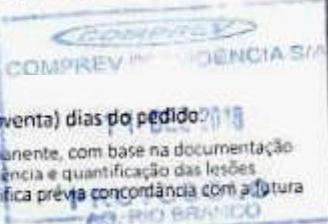
AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ | CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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.

## 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.  
Fiz esta declaração intencionalmente, 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 (vivo/filho):  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 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:

**recreio R. senador**

Endereço:

**NOVA estação**

Cidade:

**Rio Branco**

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Estado:

**AC**

CEP:

**69.918-198**

E-mail:

Tel. (DDD):  
**68-5602-1741**

Número:  
**59977-3322**

Complemento:  
**casa**

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)

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)

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.

Peço motivo insinulado, 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

hásculo (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

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

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

DADOS CLINICOS: *História acidente trânsito. Lesão do braço direito.* DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

*Verbalizou. Ao exame com ambas flacidez. AP 70 C*  
*HC 27 mm. dor no braço - joelho direito.*

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

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

DIAGNOSTICO: *História*

PRESRICAO

CÓPIA

CID:

CONFORME ORIGINAL

MORARIO DA MEDICACAO

1) Dímenos 3/6 CV	2) Decapente 71 m 704	3) Cinturão	4) Rx dor no cotovelo dir	5) 20.00	6) 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: [ ] ATÉ 48HS [ ] APÓS 48HS [ ] FAMILIA [ ] IMMO [ ] ANAT. PATOL.

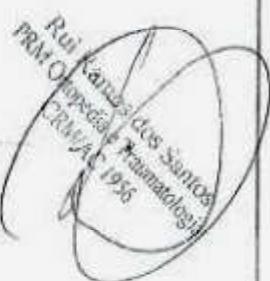
3) Enq. Ortopedico

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

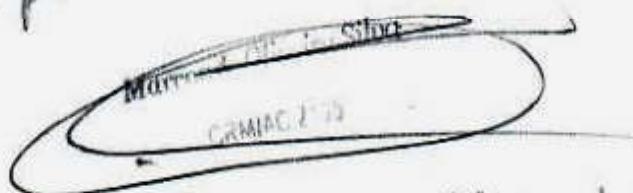
Ortopedia 12/02/18  
Recep. v/fu quadro motocicleta bco + lh.  
openo Fr. deformidade de cotovelos (D).  
Rx cotovelo (D) openo luxado.  
C: Operação + Rx controle.

- ⑧ Tramadol 100mg + SFL 250mg ⑩ 8/8C - 03
- ③ Tiletotil 20 mg ⑩ 12/12C: 06
- ④ Dipirona 1g ⑩ 6/16C : 06
- ⑤ Secundofac Cofevelo ⑩ .
- ⑥ Obs fraturante.



02/02/17 às 06:00 h, pelo  
agendado da unidade MSA, paciente  
deixou seu procedimento  
04-200170 dell  
IE: Correção

~~Até o momento não indicado tratamento  
aplicação de túnica  
fita da ortopedia~~



12-02-18, às 15:00h saiu de alta hospitalar  
com receta pomedica e orientações, acom-  
panhado. Profª Geusli 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	

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 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:	

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 sinistro 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:  
**Recreio dos Bandeirantes - RJ**  
Email:

CPF:  
015.191.462-13

Número:  
300

Complemento:  
Residência

Estado:  
RJ

CEP:  
269.918-188

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

RENDIMENTO MENSAL:  
 EU SOU INFORMADO  
 SEM INFORMAÇÃO  
 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** | CONTA: **41-423** | Dígito: **9**  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

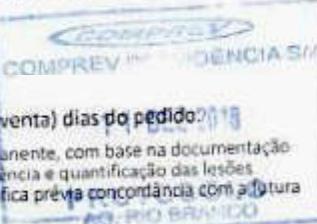
AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ | CONTA: \_\_\_\_\_  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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.

## 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.  
 Fiz esta declaração intencionalmente, 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 (meu 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 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.



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

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

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

DADOS CLINICOS: *História acidente trânsito. Ruptura do braço direito.* DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

*Verbalizou. Ao exame com ombro doloroso. APTEC*  
*LC. ST NW. dor no braço - joelho doer.*

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

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

DIAGNOSTICO: *Multifuncional*

PRESRICAO

CÓPIA

CID:

CONFORME ORIGINAL

MORARIO DA MEDICACAO

1) Rx dor no cotovelo	2) Rx dor no cotovelo	3) Rx dor no cotovelo	4) Rx dor no cotovelo
11 DEZ 2018	11 DEZ 2018	11 DEZ 2018	11 DEZ 2018
COMPRA	COMPRA	COMPRA	COMPRA
ENCIA SA	ENCIA SA	ENCIA SA	ENCIA SA

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: [ ] ATÉ 48HS [ ] APÓS 48HS [ ] FAMILIA [ ] IMMO [ ] ANAT. PATOL.

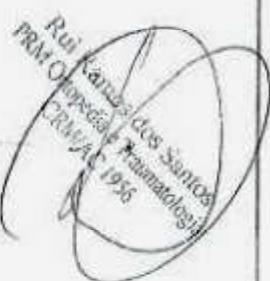
3) Encl. Ortopedico

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

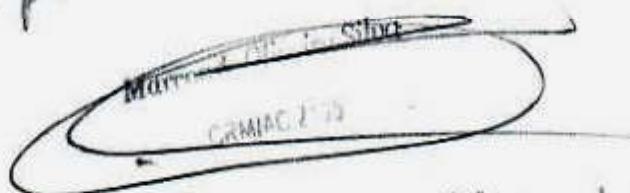
Ortopedia 12/02/18  
Reentrante com queixa motocicleta bico + lh.  
openo de deformidade de cotovelo D.  
Rx cotovelo D openo luxado.  
Rx dedo + Rx cotovelo.

- ⑧ Tramadol 100mg + SFL 250mg ⑩ 8/8C - 03
- ③ Tiletotil 20 mg ⑩ 12/12C: 06
- ④ Dipirona 1g ⑩ 6/16C : 06
- ⑤ Secundofac Cofevelo ⑩ .
- ⑥ Obs fraturante.



02/02/17 às 06:00 h, pelo  
agendado da unidade MSA, paciente  
deixou seu procedimento  
físico terapêutico  
IE: Correção

~~Até o momento não indicado tratamento  
aplicação de túnica  
fita da ortopedia~~



12-02-18, às 15:00h saiu de alta hospitalar  
com receta preeática e orientações, acom-  
panhado. Profª Geuska 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)  
Sonacop 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: 9C2TC2105R000647

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, Antônio Clíton Aquino Bezerra,  
RG nº 1030958-3, data de expedição 22/01/16.  
Órgão BSP/AC portador do CPF nº 94735697268, com  
domicílio na cidade de Rio Branco, no Estado de  
Acre, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Senador Irajá Lacerda, 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 Antônio Bezerra de Aquino cujo o condutor era  
Antônio Bezerra de Aquino.

Veículo: Honda CG

Modelo: 150 JAN

Ano: 201

Placa: 0XP5818

Chassi: 9E21K22106R009624 E

Data do Acidente:

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



Antonio Claiton Aguiar Bezerra  
Assinatura do Declarante

Giovanni Bigiaretti

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

Rio Branco 22 de Janeiro de 2019



**DE HONRA**  
**ESTABELECIMENTO DE NOTAS E 3º REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS DE  
 RIO BRANCO - AC**  
 C/ Ofício HP 2021, Rua 1º de Março, Rio Branco - AC, 69010-000 Fone/Fax: (65) 3131-1000 / 3131-2244 | [www.estabelecimentodhonra.com.br](http://www.estabelecimentodhonra.com.br)

---

**RECONHECIMENTO**

Reconheço a assinatura por AUTÉNTICA de: (1)ANTONIO CLETON  
**AQUINO BEZERRA, (2)GEOVANNY BEZERRA DE AQUINO**  
 Rio Branco-AC, 22 de janeiro de 2019. Selo: AG816886-08 AG816886-08 -  
**RECONHECIMENTO DE FIRMA**  
 Cód. Validade: CCCD-ASCA-41ED-887C-18D2-JF60-EB1B-AB9B - Consulte o selo em:  
[www.seloacs.com.br](http://www.seloacs.com.br) - Total: R\$ 5,00

**AMALEUS 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

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

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

DADOS CLINICOS: *História acidente trânsito. Lesão do braço direito.* DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

*Verbalizou. Ao exame com ambas flacc. AP 100*  
*HC. ST NW. dor no braço - joelho derr.*

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

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

DIAGNOSTICO: *Multif.*

PRESRICAO

CÓPIA

CID:

CONFORME ORIGINAL

MORARIO DA MEDICACAO

1) Dímenos 3/6 CV	2) Decapente 71 m 704	3) Cinturao	4) Rx dorao / cotovel derr	5) 20.00	6) 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: [ ] ATÉ 48HS [ ] APOS 48HS [ ] FAMILIA [ ] IMM [ ] ANAT. PATOL.

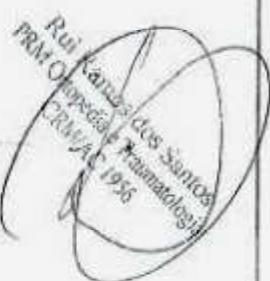
3) Enq. Ortopedico

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

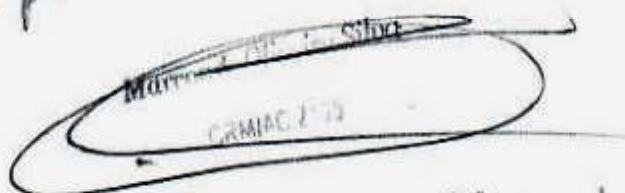
Ortopedia 12/02/18  
Reent rfn quando motociclo fe lro + lh.  
openo fr deformidade de cotovelos (D).  
O Rx cotovelos (D) openo luxo.  
O Reducao + Rx controles.

- ⑧ Tramadol 100mg + SFL 250mg ⑩ 8/8 C - 03
- ③ Tiletotil 20 mg ⑩ 12/02/17: 06
- ④ Dipirona 1g ⑩ 6/16 C : 06
- ⑤ Secundofac Tc Cordeiro ⑩ .
- ⑥ Obs fraturado.



02/02/17 às 06:00 h, pelo  
agendado dae da MSA, pôrco  
deixar seu paciente  
fl - 20070 dell  
TE - Cordeiro

~~Até o dia 05/02/17: Recuperação de 100% das articulações  
do membro superior e do membro inferior.~~



12-02-18, às 15:00h saiu de alta hospitalar  
com receta zortélica e orientações, acom-  
panhado. Onf - Geusli 39208-14

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 e tratamento conservador. Encontra-se alta. Paciente repete diminuição da força em membro superior direito e dor acima.

CID: S53.1 / S62.6

20/06/18

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

Médico

Rio Branco - AC

11 DEZ 2018

PROTÓCOLO  
AG. RIO BRANCO

ATESTADO MÉDICO

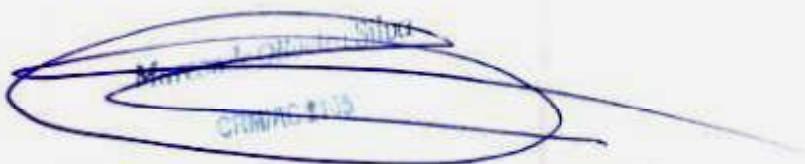
Atestado que o paciente

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