



**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_An exo_02 - 1-8.pdf
Anexo - Petição:	2631395_IMPUGNACAO_AO _LAUDO_PERICIAL_JUR_An exo_02 - 9-18.pdf
Anexo - Petição:	2631395_IMPUGNACAO_AO _LAUDO_PERICIAL_JUR_An exo_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 1ª 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.ª, 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 pericia 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 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

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:	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.

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 A R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 A R\$ 3.000,00 ☐ R\$ 3.001,00 A R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 A R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 A 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:

3180/581394

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 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: 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 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 PO

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: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IME [] ANAT. PATOL.

3) Em. Ortopedia

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Ortopedia 12/02/18

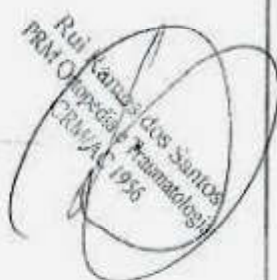
Recit. vfm queda motocicleta no ±th.

apresenta deformidade cotovelo @.

5 Rx cotovelo @. exames luxação.

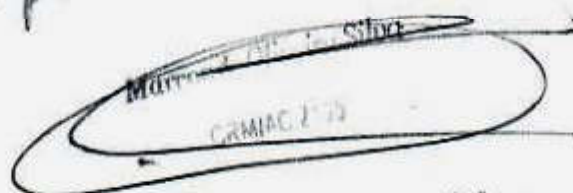
4: @ Redução + Rx controle.

- 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
 agudo dor no MSA, pouco
 de dor no período
 01/10/19 mlf
 TE: Corvelo

Interpela: Paciente Relatado sendo indicado tratamento
conservador das turcoas
ptor da Interpelação



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

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 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 R. Senador

Endereço:

Bairro:

Nova Estação

Cidade:

Rio Branco

Estado:

AC

Número:

700

Complemento:

casa

CEP:

69-918-198

Tel (DDD):

68: 3602-1741

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

39977-3014

99918-3322

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

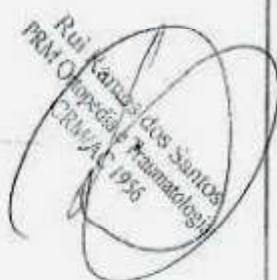
05-02-2019



CE

④ 中国人口增长过快，给资源、环境、发展带来巨大压力。

- ① Tramal 100mg + SF 250ml @ 8/8C - 03
- ② Talotil 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
 agudo dor no MSA, pouco
 de um em período
 14-20/20 mil
 TE: Corvelo

Interpela: Paciente Relatado sendo indicado tratamento
 cirúrgico das turcoas
 pte da Interpelação



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

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



CATEGORIAS DE CONTINUIDADE									
CATEGORIA	DIL			FIC			DHIC	DHICB	
	Normal	Transiente	Atual	Normal	Transiente	Atual	Normal	Normal	
Linha	6,03	12,06	24,12	3,73	7,47	14,65	5,54		
Continuado	0,56			1,00			0,56		
							09/2017	34,16	

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 947356972 68, 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 cilin

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]

Exame físico normal

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: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IME [] ANAT. PATOL.

3) Em. Ortopedia

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Ortopedia 12/02/18

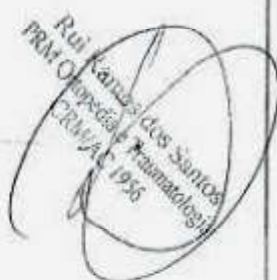
Recit. vfm queda motocicleta no ± 1h.

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 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 Jansu 19208 Ae

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



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



LAUDO MÉDICO

NOME: Desvaning 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 / SC2.6

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
 CATEGORIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALIDA EM TODOS
 OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
 581080107

NOME
 GIOVANNY 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
 00000000

ACC
 00000000

CAT. HAB.
 AB

INSCRIÇÃO
 05399350123

VALIDADE
 26/08/2015

EXPIRAÇÃO
 11/01/2013

OBSERVAÇÕES

Giovanny Bezerra de Aquino

LOCAL
 RIO BRANCO - ACRE

DATA EMISSÃO
 22/02/2013

0859165856
 AC404244114

581080107




José L. Silverio C.
Médico Ortopedista
CREMERO-1822

JOSE LUIS SILVERIO CABANILLAS CRM : 1820 / UF :RO