Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

Início Ações 1º Grau Ações 2º Grau Parecer Citações Intimações Audiências Sessões 2º Grau Buscas Estatísticas Outros

Operação realizada com sucesso. Protocolo: 26034453202001141047 57

Processo 0801344-59.2019.8.23.0047 - (151 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário
Assunto Principal: 9597 - Seguro
Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais | Informações Adicionais | Partes | Movimentações | Apensamentos (0) | Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de: ☐ Magistrado ☐ Servidor ☐ Advogado ☐ Membro MP ☐ Defensor ☐ Procurador ☐ Outros ☐ Audiência
Ocultar Movimentos: ☐ Inválidos ☐ Sem Arquivo ☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por: ☐ Advogado ☐ Defensor Público ☐ Entidades Remessa ☐ Magistrado ☐ Procurador ☐ Servidor
Sequencial(Intervalo): ao **Data do Movimento(Período):** à
Descrição:

53 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 53 — 500 por pág. — 1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
53	14/01/2020 10:47:57	**JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE** Cumprimento de intimação - Referente ao evento JUNTADA DE LAUDO (06/12/2019)	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO **Procurador**
53.1 Arquivo: Petição		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO — 2637953IMPUGNACAOAOLAUDOPERICIALJUR01.pdf — Público	
53.2 Arquivo: DOCS		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO — 2637953IMPUGNACAOAOLAUDOPERICIALJURAnexo02.pdf — Público	
52	09/12/2019 16:30:26	**JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE** Cumprimento de intimação - Referente ao evento JUNTADA DE LAUDO (06/12/2019)	PAULO SERGIO DE SOUZA **Advogado**
51	09/12/2019 16:21:31	**LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA** (Pelo advogado/curador/defensor de ZÉ ALBERTO CAMILIO ILEUS) em 09/12/2019 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 47) JUNTADA DE LAUDO (06/12/2019) e ao evento de expedição seq. 48.	PAULO SERGIO DE SOUZA **Advogado**
50	06/12/2019 12:42:59	**LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA** (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 06/12/2019 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 47) JUNTADA DE LAUDO (06/12/2019) e ao evento de expedição seq. 49.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO **Procurador**
49	06/12/2019 11:41:54	**EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO** Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento JUNTADA DE LAUDO (06/12/2019)	Dircy Ana de Lima Pereira **Analista Judiciária**
48	06/12/2019 11:41:54	**EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO** Para advogados/curador/defensor de ZÉ ALBERTO CAMILIO ILEUS com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento JUNTADA DE LAUDO (06/12/2019)	Dircy Ana de Lima Pereira **Analista Judiciária**
47	06/12/2019 11:41:12	**JUNTADA DE LAUDO**	Dircy Ana de Lima Pereira **Analista Judiciária**
46	19/11/2019 13:35:56	**PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE**	NOÊMIA CARDOSO LEITE DE SOUSA **Magistrada**
45	17/11/2019 17:39:43	**CONCLUSOS PARA DECISÃO** Responsável: NOÊMIA CARDOSO LEITE DE SOUSA	Sandra Aparecida de Oliveira Carvalho - EPR **Técnica Judiciária**
44	12/11/2019 16:41:49	**RECEBIDOS OS AUTOS**	SISTEMA CNJ
43	12/11/2019 16:41:49	**REDISTRIBUÍDO POR PREVENÇÃO EM RAZÃO DE CRIAÇÃO DE UNIDADE JUDICIÁRIA** Vara Cível Única de Rorainópolis - 2º Titular	RAIMUNDO SOUZA SANTIAGO **Distribuidor**
42	12/11/2019 16:39:06	**REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR** Redistribuição	ALEXANDRE DE JESUS TRINDADE - DAPG - EPR **Analista Judiciário**
41	17/10/2019 17:16:54	**EXPEDIÇÃO DE CERTIDÃO GERAL** Referente ao evento (seq. 37) JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE(02/10/2019 17:01:24). Identificador do Cumprimento: 0004.	Sandra Aparecida de Oliveira Carvalho - EPR **Técnica Judiciária**
40	12/10/2019 00:07:44	**DECORRIDO PRAZO DE PERITO JONATHAS COSTA LOPES** (Para Perito JONATHAS COSTA LOPES *Referente ao evento (seq. 33) REGISTRO DE DEPÓSITO JUDICIAL(24/09/2019) e ao evento de expedição seq. 34.	SISTEMA CNJ
39	05/10/2019 00:05:13	**LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA** (Pelo Perito JONATHAS COSTA LOPES(Leitura automática em 04/10/2019 às 23:59)) em 04/10/2019 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 33) REGISTRO DE	SISTEMA CNJ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE RORAINOPOLIS/RR

Processo: 08013445920198230047

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 **ZE ALBERTO CAMILO ILEUS**, 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

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

Requerida a indenização em sede administrativa, foi apurada lesão no ombro direito com repercussão intensa (75%), efetuando o pagamento no valor de R$2.531,25:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora de Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170617847 **Cidade:** Rorainópolis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ZE ALBERTO CAMILIO ILEUS **Data do acidente:** 15/09/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO COM FRATURA COMINUTIVA INTRA-ARTICULAR DA CABEÇA DO ÚMERO DIREITO

Descrição do exame médico pericial: OMBRO DIREITO: LIMITAÇÃO INTENSA DA AMPLITUDE DE MOVIMENTO PARA ADUÇÃO, ABDUÇÃO ROTAÇÃO E CIRCUNDAÇÃO DO OMBRO

Resultados terapêuticos: VITIMA SOFREU TRAUMA DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO COM FRATURA COMINUTIVA INTRA-ARTICULAR DA CABEÇA DO ÚMERO DIREITO, FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CLÍNICO COM GESSO POR APROXIMADAMENTE 30 DIAS. ESTÁ DE ALTA.

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL EM OMBRO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 25/07/2018

Conduta mantida:

Observações: DE ACORDO COM A DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO A LESÃO PROVOCADA PELO TRAUMA IMPACTOU COM LIMITAÇÃO EM GRAU INTENSO OMBRO DIREITO.

Médico examinador: TAMAM RENERYS DE ASSIS PINHEIRO

CRM do médico: 1443

UF do CRM do médico: RR

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 ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R$ 2.531,25
		Total	**18,75 %**	**R$ 2.531,25**

PRESTADOR

AVC PERÍCIAS MÉDICAS LTDA

Médico revisor: Juliana Amendola A Bianchi

CRM do médico: 52.84127-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Juliana Amendola Bianchi

Após o deferimento da produção de perícia judicial médica, foi elaborado laudo pericial apurando lesão no membro superior direito com repercussão intensa (75%).

Importante esclarecer que, conforme demonstram os próprios documentos de atendimento medico apresentados pela parte autora, **A LESÃO FOI OCASIONADA NO OMBRO DIREITO:**

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

GUIA DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA

DIA	MÊS	ANO	HORA	NÚMERO DE REGISTRO
15	09	2017	20:20	

DATA DE ATENDIMENTO

01 DADOS DO (A) PACIENTE

Nome: ZE ALBERTO CAMILO ELEUS — SEXO: M (X) / F ( )

DATA NASC: Dia 15 Mês 09 Ano 1977 Idade 43 — Documento de Identificação — C.P.F.

End. Rua / Avenida: VIC ELEUS — Nº — Complemento:

Bairro: — Município: RLS — Estado (UF): RR — Telefone:

FILIAÇÃO — PAI: — MÃE: MARIA NEUZA CAMILO ELEUS

02 DO ACIDENTE: ☐ RESIDÊNCIA ☐ VIA PÚBLICA ☐ TRABALHO ☐ TRÂNSITO ☐ OUTROS (DESCREVER)

03 DA ENTRADA NA EMERGÊNCIA: ☐ TRANSPORTADO ☐ DE AMBULÂNCIA ☐ REMOVIDO ☐ OUTROS (DESCREVER)

04 TIPO DE ACIDENTE: ☐ TRAUMÁTICO ☐ QUEIMADURA ☐ ENVENENAMENTO ☐ CHOQUE ELÉTRICO ☐ OUTROS (DESCREVER)

Outros (Descrever):

TEMP: — PESO / Kg: — X — mmHg

05 SE ACIDENTE DO TRABALHO ESPECIFICAR:

PROFISSÃO			
DIA	MÊS	ANO	HORA

CONFERÊNCIA

Confere com original.

05.370.016/0001-00
HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNADOR OTOMAR DE SOUSA PINTO
BR 174 - Km 468
CEP: 69.370-970
BOA VISTA

06 DOENÇA OCUPACIONAL: ☐ SIM ☐ NÃO — ESPECIFICAR:

07 INFORMAÇÕES DE RESPONSABILIDADE MÉDICA:

ESPECIALIDADE:

RESUMO CLÍNICO: Chacha de moto por uma chuva D.

EXAME FÍSICO:

EXAME COMPLEMENTARES SOLICITADOS (RESULTADO NO VERSO): Anal. c/ Ortopedista

RESULTADO DE OUTRAS UNIDADES (RESULTADO NO VERSO):

DIAGNÓSTICO: Luxação de Ombro

PROVÁVEL: Luxação ... — DEFINITIVO:

08 DO (A) PACIENTE:

REMOVIDO (A) PARA:

INTERNADO NO (A): Ortopedia 407

☐ ALTA ☐ RESIDÊNCIA COM MEDICAMENTAÇÃO ☐ DE AFASTADO POR ACIDENTE DO TRABALHO, QUANTOS DIAS?

DATA			RESPONSÁVEL PELA IDENTIFICAÇÃO DO (A) PACIENTE	CARIMBO E ASSINATURA
DIA 15	MÊS 09	ANO 2017		

Trat de úmero prox (D)

Enc. ao HGR

→ Topia -

(1) Dieta Geral SND
(2) APP MANTER
(3) Dipirona oral (EV) 6/6h
(4) Tilatil 20mg (EV) 12/12h
(5) Tramal 100mg SF 0,9% 100ml (EV) 8/8h S/N
(6) CCGG + SKW 6/6h

Dr. Jonathan C. Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1979

Confere com original
05.370.016/0001-00
HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNADOR OTTOMAR DE ARAÚJO
BR 174 - Km 766
CEP: 69.370-970
RORAINÓPOLIS RR

Primordial se faz ressaltar que o exame pericial médico deve ser realizado com a observação de todas as informações da casuística, principalmente, analisando os documentos de atendimento médico da data do acidente.

DESTA FORMA, REQUER A INTIMAÇÃO DO *EXPERT* PARA ESCLARECER A RAZÃO PELA QUAL APURA LESÃO NO MEMBRO SUPERIOR DIREITO SE O ÚNICO SEGMENTO AFETADO NO ACIDENTE FOI O OMBRO DIREITO, BEM COMO, PARA GRADUAR O SEGMENTO CORRETO: OMBRO DIREITO.

Em caso de condenação, requer a aplicação da a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R$ 2.531,25 (dois mil, quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos).

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RORAINOPOLIS, 7 de janeiro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/RR 451-A

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

TRABALHADOR

Esta é a sua **Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS**, documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao Fundo de Garantia do tempo de serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, explicam a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

CARTEIRA CONTÉM 50 PÁGINAS NUMERADAS

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E RENDA

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP: 123.46169.28-7

NÚMERO: 9199034 | SÉRIE: 001-0 | UF: RR

Ze Alberto Camilio Ileus

ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO

1 6 NOV 2017

02 QUALIFICAÇÃO CIVIL

BRASILEIRO

NOME: ZE ALBERTO CAMILIO ILEUS

LOC. DE NASC.: BARCELOS - AM — NASCIMENTO: 15/09/1973

FILIAÇÃO: ANTONIO CAMILIO ILEUS
MARIA NEUZA CAMILIO ILEUS

DOC. APRESENTADO: RG 09586210 SES AM

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

LIV. NASC. DE IB DE MAOS: IBM.

RG: 09586210 — CPF: 727.739.442-91

T. ELEITOR: 2477172631 — SEÇÃO: 0032 — ZONA: 004

LOCAL DA EMISSÃO: DRTRR SL2
EMISSÃO: 16/01/2006

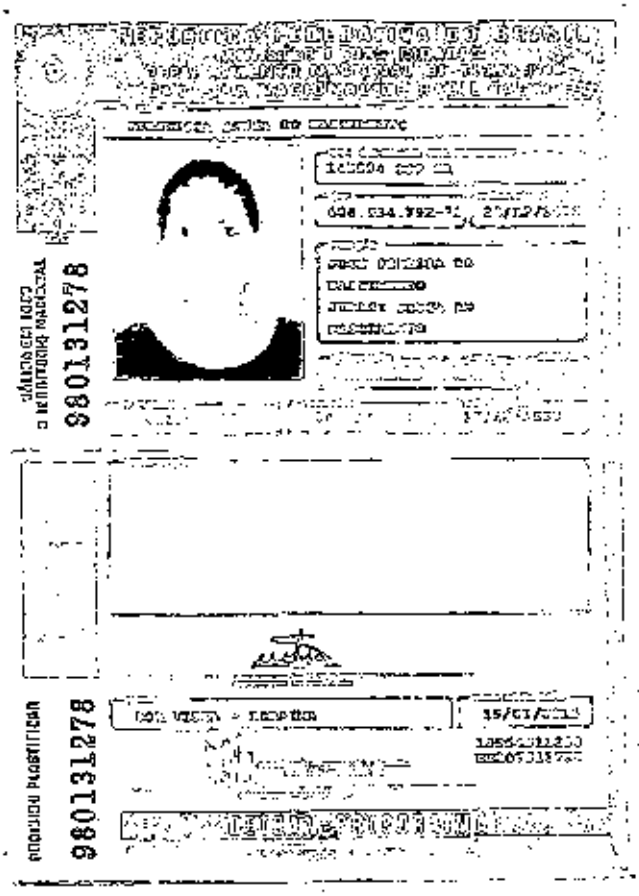
ASSINATURA DO TRABALHOR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

DATA

NOME

DOCUMENTO



980131278

980131278

-0012-

Comprovante de residência

DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 NOV 2017

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 403 - Boa Vista - PE

-0007-

REPÚBLICA FEDERATIVA DO B
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR Nº 99343B6750
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	R.N.T.R.O.	EXERCÍCIO
01	00534884415		2014

NOME: SIMONE ALVES FERREIRA
RORAINOPOLIS RR

CPF/CNPJ	PLACA
874.626.302-06	NBA9845

PLACA ANT/UF	CHASSI
NBA9845 RR	9C2JC4120DR534336

ESPÉCIE/TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLETA/NAO ALLIG	GASOLINA

MARCA/MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/CG 125 FAN ES	2013	2013

CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P/0124CC/	PARTICU	PRETA

IPVA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC./COTAS
PAGO	*PAGO*	1º ******** 2º ******** 3º ********

FAIXA IPVA	PARCELAMENTO/COTAS
** PAGO COTA ÚNICA **	

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
	R$1.11	R$292.01	02/09/2014

OBSERVAÇÕES
AL.FID. ADM DE CONS.NACIONAL HONDA LTD *
PROTB.SAIR DA CMAZ OCIO

Edgilson Dantas Santos
Diretor - Presidente
DETRAN/RR
CIRETRAN-Rorainópolis

RORAINOPOLIS - RR DATA 02/09/2014

EXPEDIDO

DENATRAN

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DPVAT

RR Nº 99343B6750 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO	CPF/CNPJ	PLACA
2014	874.626.302-06	NBA9845

BILHETE DE SEGURO DPVAT

RR Nº 99343B6750

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2014	03/09/2014

VIA	CPF/CNPJ	PLACA
01	874.626.302-06	NBA9845

RENAVAM	MARCA/MODELO
00534884415	HONDA/CG 125 FAN ES

ANO FAB.	CAP. TAXI	Nº CHASSI
2013		9C2JC4120DR534336

PRÊMIO TARIFÁRIO

TNS (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)
R$129.04	R$14.34	R$143.38

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	TOTAL A SER PAGO PELO PROPRIETÁRIO (R$)
R$4.15	R$1.11	R$292.01

PAGAMENTO: [ ] COTA ÚNICA [ ] PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO: 02/09/2014

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A
CNPJ: 09.248.608/0001-04

DPVAT 2012

DPVAT
CE SINISTROS - DPVAT
TEÚDO NÃO VERIFICADO
13 NOV 2017

Eu José Alberto Camilo Ilenes, Portador do RG N: 09595210 CPF N: 727.739.442-91, residente na VC Traíri 18294 Zona Rural Nova Colina - RR, venho através deste informar que fui vítima de acidente de trânsito ocorrido no dia 15/09/2017 Por volta das 20:17 hs, na Vila Nova Colina, KM 08, na BR174 Zona Rural, Boa Vista - RR, onde sofri fratura no meu braço, eu estava conduzindo a motocicleta Honda CG 125 Fan ES, de cor Preta, Placa NBA 3845, Chassi: 9C2JC4120DR534936 de propriedade de Simone Alves Pereira, venho informar que não terei como enviar a Declaração do Proprietário do Veículo, pois não sei do paradeiro de Simone Alves Pereira, eu comprei a moto dela, mas como reside em interior e tudo se torna mais difícil não passei a moto para o meu nome, já procurei a Dona Simone no seu endereço que eu possuo e ela não reside mais os telefone que eu tinha dela não existe mais, que não consegui localizada e que por este fato não terei como mandar a Declaração. Peço encarecidamente a regular andamento do meu Processo pois possuo sequelas permanente em decorrência do acidente de trânsito que sofri no dia 15/09/2017.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
21 MAR 2018
CENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 444 - Boa Vista - RR

José Alberto Camilo Ilenes

GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"
Hospital Geral de Roraima

LAUDO MÉDICO

NOME : **Zé Alberto Camilio Ileus**
Data de internação:18/04/18

Declaro para fins de benefício junto a **Previdência Social** que o paciente acima deu entrada no PAAR com quadro de pé diabético direito complicado com quadro grave de infecção em pós-operatório de amputação de 5º dedo do pé D.

Foi submetido a desbridamento cirúrgico e atualmente está estável, afebril, acamado, se comunicando normalmente , dependente de terceiros para sua higiene e outras necessidades básicas.

Boa Vista, 19 de maio de 2018.

Dr Jeovane Soares Batista
Médico Clínico

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308 - Aeroporto
CEP: 69310-005 Boa Vista-RR
Tel: (95)2121-0615

GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"
Hospital Geral de Roraima

RESUMO DE ALTA

NOME: **Zé Alberto Camilo Ileus**

Data de internação: 19/04/18

Data de alta: 16/05/2018

Paciente deu entrada no HGR transferido do HLI para avaliação com serviço de cirurgia vascular por complicações de PO de amputação de 5º pododáctilo D (pé diabético) + desbridamento.

Realizado novo desbridamento no dia 26/04 sem intercorrências.

Transferido para bloco B aos cuidados da clínica médica para acompanhamento. Realizou tratamento ATB e sintomáticos, evoluiu com melhoras do quadro clínico.

Paciente foi submetido a reavaliação do quadro pela cirurgia vascular em 07/05 que indicou alta para acompanhamento ambulatorial.

Hoje encontra-se lúcido, eupneico, comunicando-se normalmente. Exames laboratoriais : anemia . Recebe alta hoje com orientações para acompanhamento ambulatorial com serviço de cirurgia vascular. Retornar em caso de piora.

Boa Vista, 19 de maio de 2018.

Leonardo Portiso
Clínica Médica
CRM-RR:997

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308 - Aeroporto
CEP: 69310-005 Boa Vista-RR
Tel: (95)2121-0

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170617847 **Cidade:** Rorainópolis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ZE ALBERTO CAMILIO ILEUS **Data do acidente:** 15/09/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/04/2018
Valoração do IML: 0
Perícia médica: Sim
Diagnóstico: FRATURA DE UMERO DIREITO
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO NÃO INFORMADO
Sequelas permanentes:
Sequelas:
Conduta mantida:
Quantificação das sequelas:
Documentos complementares:
Observações: LAUDO INCONCLUSIVO

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
		Total	0 %	R$ 0,00

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE
CRM do médico: 52.44121-9
UF do CRM do médico: RJ
Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Zé Alberto Camilio Ileus, brasileiro(a) estado civil Solteiro, profissão: Artesão, portador(a) da cédula de identidade CIRG nº 095952 00 e inscrito no CPF/MF nº 929.739.442-91, residente e domiciliado na Vicinal Tarapiá-14 km 09 Sítio S Francisco nº S/N, Bairro: Zona rural km 09 Roraima, Tel (95) 99151-5927
E-mail: _____.

OUTORGADO: Francisca Sousa Do Nascimento, brasileira, solteira, portadora do RG nº 148.994 SSP/RR e inscrito no CPF nº 606.934.792-72, residente e domiciliada na Rua: General Penha Brasil, nº 102/2, Bairro: Centro, município de Boa Vista-RR

PODERES ESPECIAIS: a OUTORGADA para Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

OBS: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizado ao outorgado.

Boa vista, 10 de outubro de 2017.

Zé alberto camilio Ileus

OUTORGANTE

...E DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
16 NOV 2017
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Júlio Bezerra, 68 - Boa Vista - RR

CARTÓRIO DE RORAINÓPOLIS
tabroraimopolis@gmail.com 55 95 3238 2068
Av. Dr. Nordson, s/n | Centro | Rorainópolis | RR | Cep 69.317-000

RECONHECIMENTO

Reconheço a assinatura por AUTÊNTICA de: (2)ZE ALBERTO CAMILIO ILEUS, Rorainópolis, 10 de outubro de 2017
Emolumentos: R$ 2,95 + selo, R$ 0,00 = Total: R$2,95

GILMAR DA SILVA MENDONÇA - Escrevente Autorizado

A falsificação constitui crime (art. 299 do Código Penal)

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170617847 **Cidade:** Rorainópolis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ZE ALBERTO CAMILIO ILEUS **Data do acidente:** 15/09/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO COM FRATURA COMINUTIVA INTRA-ARTICULAR DA CABEÇA DO ÚMERO DIREITO

Descrição do exame médico pericial: OMBRO DIREITO: LIMITAÇÃO INTENSA DA AMPLITUDE DE MOVIMENTO PARA ADUÇÃO, ABDUÇÃO ROTAÇÃO E CIRCUNDAÇÃO DO OMBRO

Resultados terapêuticos: VITIMA SOFREU TRAUMA DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO COM FRATURA COMINUTIVA INTRA-ARTICULAR DA CABEÇA DO ÚMERO DIREITO, FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CLÍNICO COM GESSO POR APROXIMADAMENTE 30 DIAS. ESTÁ DE ALTA.

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL EM OMBRO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 25/07/2018

Conduta mantida:

Observações: DE ACORDO COM A DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO A LESÃO PROVOCADA PELO TRAUMA IMPACTOU COM LIMITAÇÃO EM GRAU INTENSO OMBRO DIREITO.

Médico examinador: TAMAM RENERYS DE ASSIS PINHEIRO

CRM do médico: 1443

UF do CRM do médico: RR

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 ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R$ 2.531,25
		Total	**18,75 %**	**R$ 2.531,25**

PRESTADOR

AVC PERÍCIAS MÉDICAS LTDA

Médico revisor: Juliana Amendola A Bianchi

CRM do médico: 52.84127-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Juliana Amendola Bianchi

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do sinistro:	3170617847
Nome do(a) Examinado(a):	ZE ALBERTO CAMILIO ILEUS
Endereço do(a) Examinado(a):	VICINAL TRAIRÍ 18294 ZONA RURAL
Identificação - Órgão Emissor / UF / Número:	727.739.442-91
Data e local do acidente:	15/09/2017-RORAINOPOLIS-RR
Data e local do exame:	BOA VISTA/RR, 25/07/2018

Resultado da Avaliação Médica

I) Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO COM FRATURA COMINUTIVA INTRA-ARTICULAR DA CABEÇA DO UMERO DIREITO

II) Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR COM GESSO POR APROXIMADAMENTE 30 DIAS

FISOTERAPIA: NÃO REALIZOU

ALTA:18-09-2018

III) Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

PACIENTE APRESENTA SEVERO COMPROMETIMENTO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO COM PERDA QUASE QUE TOTAL DOS MOVIMENTOS DE ADUÇÃO E ABDUÇÃO ROTAÇÃO E CIRCUNDAÇÃO DO OMBRO DIREITO, COMPROMETENDO DE FORMA MODERADA A FUNÇÃO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO, IMPOSSIBILITANDO O PACIENTE DE EXERCER SUAS ATIVIDADES DE AGRICULTOR

IV) Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) SIM ( ) NÃO

V) Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

(X) SIM ( ) NÃO

VI) Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente.

SEVERO COMPROMETIMENTO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO COM PERDA QUASE QUE TOTAL DOS MOVIMENTOS DE ADUÇÃO E ABDUÇÃO ROTAÇÃO E CIRCUNDAÇÃO DO OMBRO DIREITO, COMPROMETENDO DE FORMA MODERADA A FUNÇÃO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO, IMPOSSIBILITANDO O PACIENTE DE EXERCER SUAS ATIVIDADES DE AGRICULTOR

VII) Segundo previsto no inciso II, §1° do art. 3° da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31° da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

( ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em __ dias.

( ) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de transito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela): OMBRO DIREITO

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio (X) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

VIII) .* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

Tamam Renerys
Cirurgia Geral
CRM-RR 1443 / RQE 631

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com nome e CRM

TAMAM RENERYS DE ASSIS PINHEIRO - Registro no CRM: 1443 - RR

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: **ZE ALBERTO CAMILIO ILEUS**

Nº Sinistro: **3170617847**
Vitima: **ZE ALBERTO CAMILIO ILEUS**
Data do Acidente: **15/09/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170617847.**

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ** R$ 13.500,00, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária.**

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.b**r ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: **ZE ALBERTO CAMILIO ILEUS**

Nº Sinistro: **3170617847**
Vitima: **ZE ALBERTO CAMILIO ILEUS**
Data do Acidente: **15/09/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170617847**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo
faltando página

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 22 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **ZE ALBERTO CAMILIO ILEUS**

Nº Sinistro: **3170617847**
Vitima: **ZE ALBERTO CAMILIO ILEUS**
Data do Acidente: **15/09/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170617847**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo infor.
incorretas

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 05 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **ZE ALBERTO CAMILIO ILEUS**

Sinistro: **3170617847**
Vítima: **ZE ALBERTO CAMILIO ILEUS**
Data do Acidente: **15/09/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170617847** foi **interrompido,** em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 09 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **ZE ALBERTO CAMILIO ILEUS**

Nº Sinistro: **3170617847**
Vitima: **ZE ALBERTO CAMILIO ILEUS**
Data do Acidente: **15/09/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170617847**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo infor.
incorretas

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 18 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **ZE ALBERTO CAMILIO ILEUS**

Sinistro: **3170617847**
Vítima: **ZE ALBERTO CAMILIO ILEUS**
Data do Acidente: **15/09/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170617847** foi **interrompido,** em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2018

Carta n°: 13180289

A/C: ZE ALBERTO CAMILIO ILEUS

Nº Sinistro:	**3170617847**
Vitima:	**ZE ALBERTO CAMILIO ILEUS**
Data do Acidente:	**15/09/2017**
Cobertura:	**INVALIDEZ**
Procurador:	**FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO**

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **ZE ALBERTO CAMILIO ILEUS**
Valor: **R$ 2.531,25**
Banco: **104**
Agência: **000004252**
Conta: **000008432-1**
Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R$	**0,00**
Juros:	R$	**0,00**
Total creditado:	R$	**2.531,25**

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%
Graduação: Em grau intenso 75%
% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R$	**2.531,25**

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora LÍDER

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site http://www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0721204 ou 0800 221230 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 a 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número de Sinistro ou ASL: | CPF da Vítima: 424.739.442-91 | Nome completo da vítima: Zé Alberto Campêlo Teles

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Zé Alberto Campêlo Teles | CPF (pessoal do cônjuge): 424.739.442-91 | Profissão: Artífice

Endereço: Ucinal Teraiu S/N Sítio São Teraiu | Número: S/N | Complemento:

Bairro: Zona Rural | Cidade: Maranópolis | Estado: Maranhão | CEP: 68373000

E-mail: Poderosaguerra@hotmail.com | Telefone: (95) 99139-0860

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue em anexo cópia do comprovante de residência do endereço informado

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

X RECUSO INFORMAR | SEM RENDA | 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 | ACIMA DE R$ 10.000,00

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

X CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA: 4252 | DV: | CONTA: 8432 | DV: 1

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO: | AGÊNCIA: | DV: | CONTA: | DV:

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito no referido banco/conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Maranópolis 09 de outubro de 2017

Local e Data

Zé Alberto Campêlo Teles

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 NOV 2017

CENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Bezerra, 481 - Bom Fim - RS

FAPPF.002 V001/2017

Page: 1 Document Name: untitled

CAIXA ECONOMICA FEDERAL | A470 #20 | AUTO ATENDIMENTO | 19/10/2017

>>P/ EXTRATO ALEM DO PERIODO INFORMADO,INFORME AS DATA | EXTRATO DE POUPANCA

PAG: 001

AG: 4252 RORAINOPOLIS OPER: 013 CONTA: 8.432-1
PERIODO: 19102017 ATE: 19102017 CPF: 727.739.442-91
NOME: ZE ALBERTO CAMILIO ILEUS VLR.BLQ.JUD. :

DATA MOV	NR.DOC	HISTORICO	T A X A	V A L O R	S A L D O

SALDO EM 18/10/2017 R$

F1 AJUDA F4 SALDO POR DATA LIMITE F7 VOLTAR PAG. H4B05329
F3 RETORNAR F6 EXTRATO ANTERIOR F8 AVANCAR PAG. F12 FINALIZAR

Kleber Vinícius Pimentel
Gerente de Atendimento PF
Mat. C 132376-8
CAIXA ECONOMICA FEDERAL

Date: 19/10/2017 Time: 12:07:32

SEGURO DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 NOV 2017

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Candido Julio Barreto 464 - Boa Vista - SP

403782

ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE RORAINÓPOLIS

BOLETIM DE OCORRÊNCIA: **2005/17** **DATA:** 09/10/2017 **HORA:** 10:37
ATENDENTE: JACY C. CAVALCANTE **DELEGADO(A) TITULAR:** CID GUIMARÃES DA SILVA

DADOS DO LOCAL DA OCORRÊNCIA

DATA: 15/09/2017 **HORA:** 20:17
LOCAL: VILA NOVA COLINA, KM 08, NA BR-174, ZONA RURAL, RORAINÓPOLIS-RR
REFERÊNCIA:

DADOS DO COMUNICANTE/VÍTIMA

NOME: ZÉ ALBERTO CAMILIO ILEUS **RG:** 09595210 SSP/AM **CPF:** 727.739.442-91
DATA DE NASCIMENTO: 15/09/1973 **IDADE:** 44 ANOS **SEXO:** MASCULINO
NACIONALIDADE: BRASILEIRA **CIDADE:** BARCELOS **UF** AM
PAI: ANTÔNIO CAMILIO ILEUS **MAE:** MARIA NEUZA CAMILIO ILEUS
GRAU DE ESCOLARIDADE: ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO
ENDEREÇO: VICINAL TRAIRÍ, KM 07, SÍTIO SÃO FRANCISCO, ZONA RURAL, RORAINÓPOLIS-RR
REFERÊNCIA PRÓXIMO DO ORELÃO DE TELEFONIA DA OI
TELEFONE (95)99151-5927 DA Sra. MARIA NELZA

DADOS DO(A) ENVOLVIDA

NOME: MARIA ANTÔNIA COSTA ILEUS **RG:** PJ **CPF:** PJ
DATA DE NASCIMENTO: 31/12/2016 **IDADE:** 09 MESES **SEXO:** FEMININO
NACIONALIDADE: BRASILEIRA **CIDADE:** RORAINÓPOLIS **UF:** RR
PAI: NÃO DECLARADO **MAE:** ALBERLANY COSTA ILEUS
GRAU DE ESCOLARIDADE: PJ
ENDEREÇO: VICINAL TRAIRÍ, KM 07, SÍTIO SÃO FRANCISCO, ZONA RURAL, RORAINÓPOLIS-RR
REFERÊNCIA PRÓXIMO DO ORELHÃO DA TELEFONIA DA OI
TELEFONE (95)99151-5927 DA Sra. MARIA NELZA

CODIGO	INFRAÇÃO	DESCRIÇÃO
1001	TRÂNSITO	ACID. TRÂNS. COM VÍTIMA COM LESÃO CORPORAL

BREVE RELATO DO FATO

Senhor Delegado, o senhor acima qualificado informa que estava conduzindo uma motocicleta da MARCA HONDA CG 125 FAN ES, DE COR PRETA, PLACA NBA 9845, CHASSI 9C2JC4120DR534336, DE PROPRIEDADE DE SIMONE ALVES PEREIRA, que o mesmo estava na companhia de ALBERLANY COSTA ILEUS, MARIA ANTONIA COSTA ILEUS E PATRÍCIA BARRETO COSTA, que segundo no ROP/PM 2017040 e o COMUNICANTE O PNEUS TRASEIRO DA REFERIDA MOTOCICLETA FUROU e que devido isso segundo o mesmo não conseguiu controlar a motocicleta e veio ao chão que das quatro pessoas que estavam na motocicleta ZÉ ALBERTO E MARIA ANTONIA sofreram fraturas sendo que ZÉ ALBERTO sofreu fratura no seu braço abaixo do OMBRO e MARIA ANTONIA sofreu fratura no OSSO DO FÊMUR DO LADO DIREITO, que ALBERLANY E PATRÍCIA sofreram apenas escoriações pelo corpo ambas as pessoas feridas neste acidente de trânsito foram levadas para o HOSPITAL LOCAL DE RORAINÓPOLIS PELA GUARNIÇÃO DA PM, que o COMUNICANTE vêm através deste dar entrada no SEGURO DPVAT, que vai em anexo a este cópias do CRLV DA MOTOCICLETA; PRONTUÁRIOS MÉDICOS DE ZÉ ALBERTO CAMILIO ILEUS E DE MARIA ANTÔNIA COSTA ILEUS E DA CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL DE ZÉ ALBERTO CAMÍLIO ILEUS E DA CERTIDÃO DE NASCIMENTO DE MARIA ANTÔNIA COSTA ILEUS . Era o que tinha a Comunicar.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
16 NOV 2017
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 104 - Boa Vista - RR

JACY C. CAVALCANTE
AGENTE DE POLÍCIA

Zé alberto camilio Ileus
ZÉ ALBERTO CAMILIO ILEUS
COMUNICANTE/VÍTIMA

Intimado para o dia : 18/10/17 às 12:00min.

DESPACHO

( ) Fato atípico, arquive-se. ( ) Intimar Comunicante ( ) Intimar as partes
( ) Ao S. I. para providências ( ) Aguardar audiência ( ) Encaminhe para: _____

1cartorainopolis@gmail.com 55 95 3238 2068
Av. Dr. Sampaio, s/n | Centro | Rorainópolis | RR | CEP 69.370-000

AUTENTICAÇÃO

Autentico por ser fotocópia fiel do documento apresentado. O referido é verdade e dou fé.
Emolumentos: R$ 2,95 + Selo, R$ 0,00 = Total. R$2,95
Rorainópolis - RR, 10 de outubro de 2017.

GILMAR DA SILVA MENDONÇA - Escrevente Autorizado

- VÁLIDO SOMENTE SEM RASURAS OU ADULTERAÇÕES -

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Zé Alberto Carvalho Teles, portador da carteira de identidade nº 09595210 e inscrito no CPF/MF sob o nº 704.739.442-91, residente e domiciliado na Vicinal Tsairi 16011 09 Sítio São Francisco Cidade Rorainópolis, Estado Roraima, 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

(X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Zé Alberto Carvalho Teles

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

LINHA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
16 NOV 2017
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 464 - Boa Vista - RR

Rorainópolis 09 de outubro de 2017

Local e data

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

No Dicionário

GUIA DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA

DATA DE ATENDIMENTO =>	DIA	MÊS	ANO	HORA	NÚMERO DE REGISTRO
	15	09	2017	20:20	

01 DADOS DO (A) PACIENTE:

Nome: ZE ALBERTO CAMILO ELEUS — SEXO: M (X) / F ( )

DATA NASC	Dia	Mês	Ano	Idade:	Documento de Identificação	C.P.F.
	15	09	1973	43		

End: Rua / Avenida: VIC ELEUS — Nº: — Complemento:

Bairro: — Município: RUIS — Estado (UF): RR — Telefone:

FILIAÇÃO — PAI: — MÃE: MARIA NEUZA CAMILO ELEUS

02 DO ACIDENTE:

( ) RESIDÊNCIA ( ) VIA PÚBLICA ( ) TRABALHO ( ) TRÂNSITO ( ) OUTROS (DESCREVER)

03 DA ENTRADA NA EMERGÊNCIA:

( ) TRANSPORTADO ( ) DE AMBULÂNCIA ( ) REMOVIDO ( ) OUTROS (DESCREVER)

04 TIPO DE ACIDENTE:

( ) TRAUMÁTICO ( ) QUEIMADURA ( ) ENVENAMENTO ( ) CHOQUE ELÉTRICO ( ) OUTROS (DESCREVER)

Outros (descrever):

TEMP: — PESO / Kg: — P.A. — X — m.m.H.g.

05 SE ACIDENTE DO TRABALHO ESPECIFICAR:

PROFISSÃO				
DIA	MÊS	ANO	HORA	OBSERVAÇÕES

DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
18 NOV 2017
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Senador João Bezerra, 666 - Boa Vista - RR

06.370.016/0001-80
HOSPITAL REGIONAL SUL
CONSELHEIRO OTOMAR DE SOUSA PINTO
BR 174 - Km 468
CEP: 69.370-970
RORAINÓPOLIS

06 DOENÇA OCUPACIONAL:

( ) SIM ( ) NÃO ( ) QUAL (ESPECIFICAR)

07 INFORMAÇÕES DE RESPONSABILIDADE MÉDICA:

Confere com origina

ESPECIALIDADE:

RESUMO CLÍNICO: Queda de moto

EXAME FÍSICO:

EXAME COMPLEMENTARES SOLICITADOS (RESULTADO NO VERSO): Anal. c/ Antibiótico

RESULTADO DE OUTRAS UNIDADES (RESULTADO NO VERSO):

DIAGNÓSTICO: Suspeita de Luxação

PROVÁVEL: Fratura cominutiva do Metacarpo

DEFINITIVO:

08 DO (A) PACIENTE:

REMOVIDO (A) PARA: UX

INTERNADO NO (A): Ambulatório 403 / Ortopedia 703

( ) ALTA ( ) RESIDÊNCIA COM INSTRUMENTAÇÃO ( ) SE AFASTADO POR ACIDENTE DO TRABALHO, QUANTOS DIAS?

DATA			RESPONSÁVEL PELA IDENTIFICAÇÃO DO (A) PACIENTE	CARIMBO E ASSINATURA
DIA	MÊS	ANO		
15	09	2017		

[illegible]

[illegible] DO [illegible]

→ Topica -

(1) Dieta Geral SNO
(2) APP MANITEC.
(3) Dipirona 20ml (EV) 6/6 [illegible] - 22 - 08 - 14
(4) Tiletil 20mg (EV) 1/dia [illegible] - [illegible] 20mg
(5) Tramal 100mg SF 250ml 100ml (EV) 8/8h S/N -
(6) CCGG + SLW 6/6h 24 - 06

Dra. Jussara C. Lopes
Ortopedia e Traumatologia
Crato de Jesus
CRMPB [illegible] 10272

Confere
com original

05.371 [illegible] 1-00
HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNADOR [illegible]AR DE SOUSA PINTO
BR 4 - Km 468
CEP 79.370-970
RORAINÓPOLIS

HORA	T	P	R	PA	
06	36,2	78	18	110/70	Glicemia 126 mg/dl

24h PA - 120 x 50

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: 27/07/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ZE ALBERTO CAMILIO ILEUS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04252

CONTA: 000000008432-1

Nr. da Autenticação 6D11A46968DCA2C7

Eletrobras
Distribuição Roraima

Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO 0601003-2

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ene Garces, 091 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.467/0001-14 | Insc. Estadual: 24.087.023-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de emissão autorizada pela SEFAZ 35/13

Nº da Nota Fiscal 000045612

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

OUTUBRO/2017	01/11/2017	50	15,98

MARIA NEUSA APOLINARIO NEUS
VC TRAIRI 18294 RURAL
CPF: 00058036830272
CEP: 69.375-000 - NOVA COLINA

Comprovante de pagamento

Atual:	11/10/2017
Anterior:	13/09/2017
Próxima Leitura:	11/11/2017
Emissão:	11/10/2017
Apresentação:	11/10/2017

Atual:
Anterior:
Concurso de Medição:
Consumo Faturado:
Consumo Faturado: 50 FCAH

TAXADO 28

Classificação	Ligação	Número Medidor	Rota	Classe Fat	Grupo Tens
RURAL	BT			4.2.2.7	B

Histórico consumo

SET/17	0
AGO/17	0
JUL/17	0
JUN/17	0
MAI/17	0
ABR/17	0
MAR/17	0
FEV/17	0
JAN/17	8
DEZ/16	8

MÉDIA SEM TRIBUTOS: 0,8 kWh - 0,23%

CONSUMO 50 A R$ 0,304816 =	15,24
CORRECAO MONETARIA IG 06/17-00	0,01
MULTA POR ATRASO 06/17-00	0,28
JUROS DE MORA DE IMPO 06/17-00	0,45

DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
15 NOV 2017

Mês/Ano	Valor R$
08/2017	14,60

Unidade consumidora [illegible] consumidor de energia elétrica [illegible] de [illegible] as funções dos contas recebidas nesta fatura. O não pagamento poderá acarretar [illegible] inclusão do nome do consumidor [illegible] serviços elétricos [illegible] e [illegible] valor de R$ [illegible] (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

CASO HAJA COBRANCA DE SERVICOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (LBV) P ODERA SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO. / IBGE CENSO AGROPECUARIO 2017: RECEBA BEM O RECENSEADOR DURANTE ENTREVISTA! LIGUE 08007010120 E FACA OPCAO VENCIMENTO 1: 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO 0CF4.3D1D.CBF9.D0A6.1203.0AA1.EFD6.04AD

Distribuição:	5,02	Base de Cálculo:	15,24
Energia:	6,67	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	2,59
Encargos:	0,13	Valor do PIS:	0,14
Tributos:	3,42	Valor do COFINS:	0,69

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00
0,00 0,00 0,00

08/2017 0,00

ROT: 285.083.05.64.014060

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R$
0601003-2	15,98
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
10/2017	01/11/2017

Eletrobras
Distribuição Roraima
Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ene Garces, 091 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.467/0001-14 Insc. Estadual: 24.087.023-5

Nº da Nota Fiscal: 000045612 FCAH

83600000000 7 15930075000 6 00000000001 5 00321017008 4

SEQ.: 00015 UC: 0601003 2 DT.LEIT.: 13/10/2017 I.ENTR.: 01
LEITURA: 9999999 TAXADO TOTAL: 15,98 CARGA: 001
DT.VENC.: 01/11/2017 IRREG.: 000 COLETOR 3191

Informação

Eletrobras
Distribuição Roraima

SETEMBRO/2017 — 01/10/2017 — 151 — 03,00

FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO
R. CAPELLA 86, T1 402 CIDADE SATELITE
CPF: 00060603474272
CEP: 69.317-492 - BOA VISTA

ROT: 32.081.24.11.450708

19910	
1,000	
151	
151	FCAM
NORMAL	

14/08/2017	
12/10/2017	
12/09/2017	
12/09/2017	
29	

TOERECFRL 02 EZ037440 01.151.2 4135

JUL/	0
JUN/17	[illegible]
MAI/17	15[illegible]
ABR/17	132
MAR/17	157
FEV/17	148
JAN/17	147
DEZ/16	169
NOV/16	135

TARIFA SEM TRIBUTOS: [illegible]

DIFERENCA DE TARIFA 08/16-09
CORRECAO MONETARIA IG 08/16-09
ILUMINACAO PUBLICA

DE SINISTROS
O CONTEUDO NÃO VERIFICADO
13 NOV 2017
CENTE SEGURIDORA S/A
Rua São Saturnino 084 - Boa Vista - RR

Mes/Ano	Valor R$
02/2017	24,73

Informamos existe(m) debito(s) vencido(s) no valor de R$ [illegible] (sem acrescimo legais) até esta data. Caso [illegible] solicitado(s) (a) tenha(m) sido pago(s), procurar uma [illegible] de atendimento da Eletrobras Distribuição Roraima com os seus comprovantes de pagamento.

CASO HAJA COBRANCA DE SERVICOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (LBV) P
ODERA SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO. / IBGE CENSO
AGROPECUARIO 2017: RECEBA BEM O RECENSEADOR DURANTE ENTREVISTA!
LIGUE 0800701912O E FACA OPCAO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

0338.0FFB.1024.9546.A04F.0040.31F2.02C2

ENERGIA ATIVA FISCO

23,47	
23,76	
0,00	
0,56	
12,00	

17,005	
10,71	
0,24	
1,13	

5,55	11,10	22,21	3,67	7,35	14,70	3,20
0,29			1,00			0,29

FLORESTA — 07/2017 — 22,75

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO À LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

Autorização de pagamento

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636

A Circular SUSEP[1] nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF[2]**.

[1] Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

[2] Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Francisca Sousa Nascimento inscrito (a) no CPF sob o Nº 606.934.792 / 72, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Zé Alberto Carvalho Filho inscrito (a) no CPF sob o Nº 727.739.442 / 91, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez Permanente da Vítima Zé Alberto Carvalho Filho, inscrito (a) no CPF sob o Nº 727.739.442 / 91, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

SEGUROS - DPVAT
MEDIDA NÃO VERIFICADA
16 NOV 2017
GERÊNCIA SEGUROS

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder–DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
Rua: Capella, LT: 402		402	
Bairro: Cidade Satélite	Cidade: Boa Vista	Estado: RR	CEP: 69.317-492
Email: franciscasnascimento@hotmail.com	Telefone comercial(DDD):	Telefone celular (DDD): (95) 99139-0860	

Boa Vista - RR 09 de Outubro de 2017

Local e Data

Assinatura do Declarante

DLDRL001 V001/2017

Impressão

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Zé Alberto Camilio Ileus,

RG. Nº 09595210 data de expedição 03/02/1989, Órgão Expedidor SSP/AM, portador do CPF nº 929.939.442-91 com domicílio na cidade de Rorainópolis, no Estado Roraima, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Vicinal Trairi KM 07 Sítio São Francisco, Bairro Zona rural, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado não é (era) de minha posse nem de minha propriedade, na data do acidente ocorrido com a vítima: Zé Alberto Camilio Ileus, cujo o condutor era Zé Alberto Camilio Ileus, não sendo possível o reconhecimento da assinatura do proprietário em virtude de o mesmo não reside no Estado de Roraima.

Veículo	motocicleta Honda
Modelo	CG 125 FAN ES.
Ano	2013 x 2013
Placa	NBA 9845
Chassi	9C2JC4120DR534336
Data do Acidente	15 de Setembro de 2017

Local e Data:

Zé alberto camilio Ileus

Assinatura do Declarante

DPVAT DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
13 NOV 2017
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 304, Boa Vista - RO

Zé alberto camilio Ileus

Assinatura do Condutor

(Caso seja um terceiro que a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO
rabrandinopolis@gmail.com 55 95 3238 2068

RECONHECIMENTO

Reconheço a assinatura por AUTÊNTICA de: (1) ZE ALBERTO CAMILIO ILEUS Rorainópolis, 10 de outubro de 2017
Emolumentos: R$ 2,95 + selo. R$ 0,00 – Total: R$2,95

GILMAR DA SILVA MENDONÇA - Escrevente Autorizado

VALIDO SOMENTE SEM ESCRITAS OU RASURAS

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Zé Alberto Camilio Ileus,

RG. Nº 09595210 data de expedição 03/02/1989 Órgão Expedidor SSP/AM, portador do CPF nº 929.939.442-96 com domicílio na cidade de Rorainópolis, no Estado Roraima, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Ucinal Traíra KM 07 Sítio São Francisco, Bairro Zona rural, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado não é (era) de minha posse nem de minha propriedade, na data do acidente ocorrido com a vítima: Zé Alberto Camilio Ileus, cujo o condutor era Zé Alberto Camilio Ileus, não sendo possível o reconhecimento da assinatura do proprietário em virtude de o mesmo não reside no Estado de Roraima.

Veículo	motocicleta Honda
Modelo	CG 125 FAN ES.
Ano	2013 x 2013
Placa	NBA 9845
Chassi	9C2JC4120DR534336
Data do Acidente	15 de Setembro de 2017

Local e Data:_____

Zé alberto camilio Ileus

Assinatura do Declarante

DETRAN - DPVAT
CONFERÊNCIA NÃO VERIFICADO
17 JAN 2018

Zé alberto camilio Ileus

SEGURADORA S/A
Boa Vista - RR

Assinatura do Condutor

(Caso seja um terceiro que a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO
alberto.rnopolis@gmail.com 55 95 3238 2068
Av. Br. Tondera, s/n | Centro | Rorainópolis | RR | Cep. 69.373.000

RECONHECIMENTO

Reconheço a assinatura por AUTÊNTICA de: (1)ZE ALBERTO CAMILIO ILEUS. Rorainópolis, 10 de outubro de 2017.
Emolumentos: R$ 2,95 + selo: R$ 0,00 – Total: R$2,95

GILMAR DA SILVA MENDONÇA - Escrevente Autorizado

-Válido somente com selo de autenticidade-

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

GUIA DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA

DATA DE ATENDIMENTO =>	DIA	MÊS	ANO	HORA	NÚMERO DE REGISTRO
	15	09	2017	20:20	

01 DADOS DO (A) PACIENTE:

Nome: SR ALBERTO CAMILO ELEUS — SEXO: M (X) / F ( )

DATA NASC	Dia	Mês	Ano	Idade:	Documento de Identificação	C.P.F.
	15	09	1973	43		

End: Rua / Avenida: VIC ELEUS — Nº: — Complemento:

Bairro: — Município: RLIS — Estado (UF): RR — Telefone:

FILIAÇÃO	
PAI	
MÃE	MARIA NEUZA CAMILO ELEUS

02 DO ACIDENTE:

( ) RESIDÊNCIA ( ) VIA PÚBLICA ( ) TRABALHO ( ) TRÂNSITO ( ) OUTROS (DESCREVER)

03 DA ENTRADA NA EMERGÊNCIA:

( ) TRANSPORTADO ( ) DE AMBULÂNCIA ( ) REMOVIDO ( ) OUTROS (DESCREVER)

04 TIPO DE ACIDENTE:

( ) TRAUMÁTICO ( ) QUEIMADURA ( ) ENVENAMENTO ( ) CHOQUE ELÉTRICO ( ) OUTROS (DESCREVER)

Outros (descrever):

TEMP: — PESO / Kg: — PA: X m.m.H.g.

05 SE ACIDENTE DO TRABALHO ESPECIFICAR:

PROFISSÃO				
DIA	MÊS	ANO	HORA	OBSERVAÇÕES

06 DOENÇA OCUPACIONAL:

( ) SIM ( ) NÃO ( ) ACIDENTE (ESPECIFICAR)

07 INFORMAÇÕES DE RESPONSABILIDADE MÉDICA:

ESPECIALIDADE:

RESUMO CLÍNICO:

EXAME FÍSICO:

EXAME COMPLEMENTARES SOLICITADOS (RESULTADO NO VERSO):

RESULTADO DE OUTRAS UNIDADES (RESULTADO NO VERSO):

DIAGNÓSTICO:

PROVÁVEL: — DEFINITIVO:

08 DO (A) PACIENTE:

REMOVIDO (A) PARA	
INTERNADO NO (A)	

( ) ALTA ( ) RESIDÊNCIA COM INSTRUMENTAÇÃO ( ) SE AFASTADO POR ACIDENTE DO TRABALHO, QUANTOS DIAS?

DATA			RESPONSÁVEL PELA IDENTIFICAÇÃO DO (A) PACIENTE	CARIMBO E ASSINATURA
DIA	MÊS	ANO		
15	09	2017		

Confere com original

05.370.016/0001-00
HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNADOR OTOMAR DE SOUSA PINTO
Br 174 - Km 468
CEP: 69.370-970
BORAINÓPOLIS

DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
18 NOV 2017

ALIANÇA SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Batista, 40 - Boa Vista - RR

UTIC 00 HGR

→ Tapia -

(1) Dieta Geral SVO

(2) APP MANTER.

(3) Dipirona 2g (EV) 6/6h

(4) Tilatil 20mg (EV) 12/12h

(5) Tramal 100mg SF 0,9% 100ml (EV) 8/8h S/N

(6) CCGG + SLW 6/6h

Dr. [illegible]
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR [illegible]

Confere com original

05.370.016/0001-00
HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNADOR ANTONIO
Km 174 - Km 200
CEP: 69.370-870
RORAINÓPOLIS - RR

HORA	T	FC	FR	PA
06	36,2	78	18	110/70

Glicemia 136 mg/dl

SAT PA: 120 / 80