# 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

# 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
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**

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

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

# 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

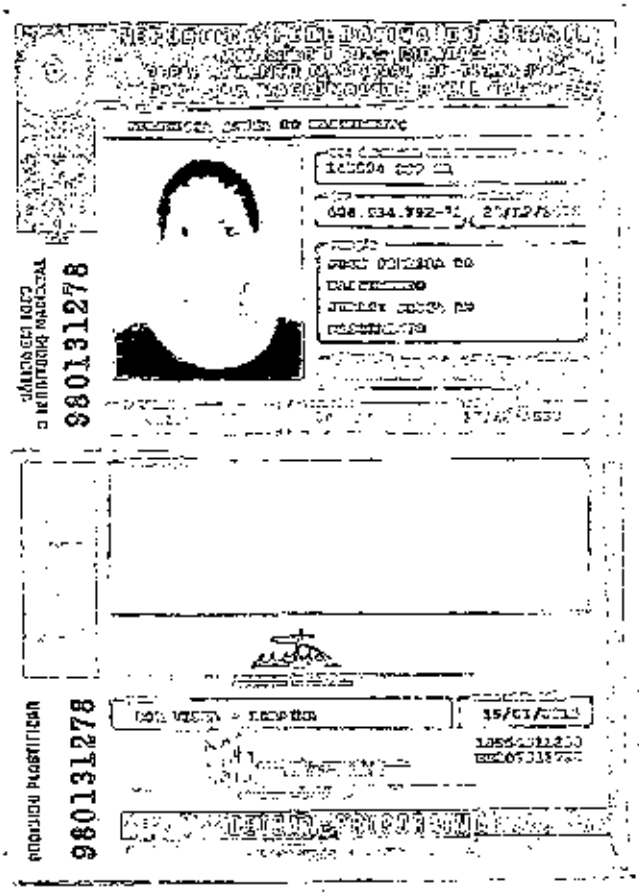
ASSINATURA DO TRABALHOR

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

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 -

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