



Dr. Paulo Sérgio de Souza
OAB/RR 317B

Dr. Jhon Emerson de Souza Camilo
OAB/RR 1376

Dra. Paula Rafaella Palha de Souza
OAB/RR 340B

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE: Ze Alberto Camilo, brasileiro(a),
estado civil: Solteiro, Profissão: Artífice,
portador(a) da Cédula de Identidade CIRG 0939520SSP/RR e inscrito(a) no
CPF/MF nº 422439442-91, residente General Brasil, nº 510,
Bairro: Zona Rural, no município Manaus/RR, telefone:
(95) 991515927, E-mail: ,
vêm através de seu advogado in fine assinado, com escritório profissional na
Rua Gal Penha Brasil 102 Centro - Boa Vista - Roraima, por este instrumento
particular nomeia e constitui seus procuradores.

OUTORGADOS: SOUZA & SOUZA ADVOGADOS ASSOCIADOS, sociedade civil, inscrita
na Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº 66 com escritório profissional
situado na Rua General Penha Brasil 102, Bairro Centro, Boa Vista-RR,
representada por seu sócio administrador Dr. PAULO SERGIO DE SOUZA,
brasileiro, separado judicialmente, advogado, inscrito na OAB/RR sob o nº.
317B, Dra. PAULA RAFFAELA PALHA DE SOUZA, brasileira, solteira,
advogada, inscrita na OAB/RR sob o nº. 340B e Dr. JOHON EMERSON DE
SOUZA CAMILLO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RR sob o nº.
1.376, a quem confere amplos poderes:

PODERES ESPECIAIS: para representá-lo no processo em Foro em Geral com a
cláusula *ad judicia et extra*, ou ação que seja autor ou réu, assistente ou
ponente, ou por qualquer modo interessado, podendo para isso, requerer e
promover judicial ou extrajudicialmente, em qualquer causa, conforme
estabelecido no artigo 105 do CPC/2015, bem como propor ações, produzir
provas e seguir qualquer recurso legal, e os especiais para firmar
compromissos, substabelecer, renunciar, receber intimações, desistir, recorrer,
apelar, transigir, discordar, dar de suspeito a quem lhe convier, retirar e
receber alvarás junto a secretaria do fórum, retirar e receber guias de retirada,
receber valores e dar quitação, receber bens penhorados ou em adjudicação,
enfim, tratar de seus interesses, bem como praticar todos os atos necessários
para o fiel e bom cumprimento do presente mandato, dando tudo por bom,
firme e valioso em especial para propor Ação de Cobrança do Seguro
Obrigatório DPVAT.

Manaus/RR 09, de outubro de 2017

Ze Alberto camilo

Outorgante

CPF/MF nº



Dr. Paulo Sérgio de Souza
OAB/RR 3178

Dr. Jhon Emerson de Souza Camilo
OAB/RR 1376

Dra. Paula Rafaela Páhia de Souza
OAB/RR 340B

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

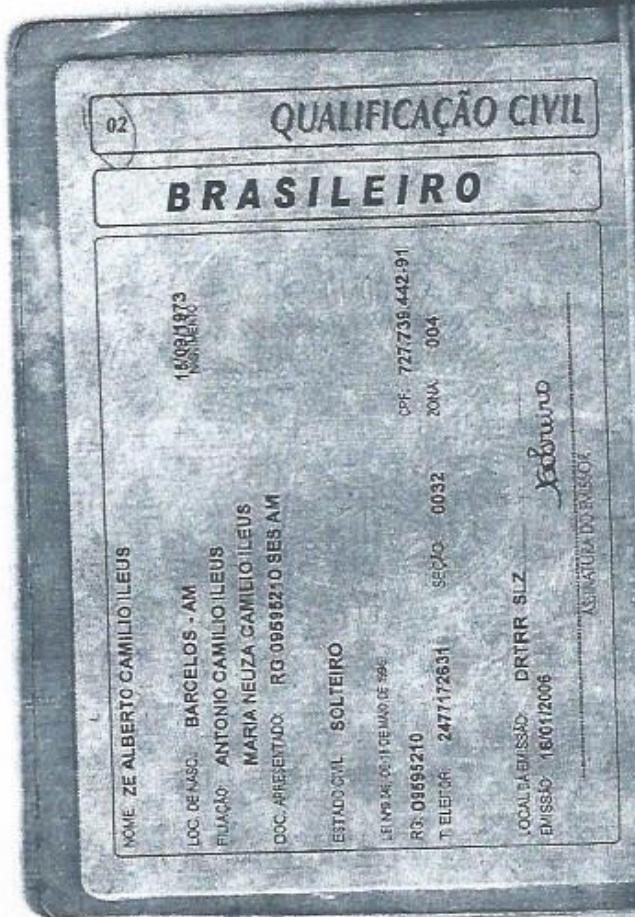
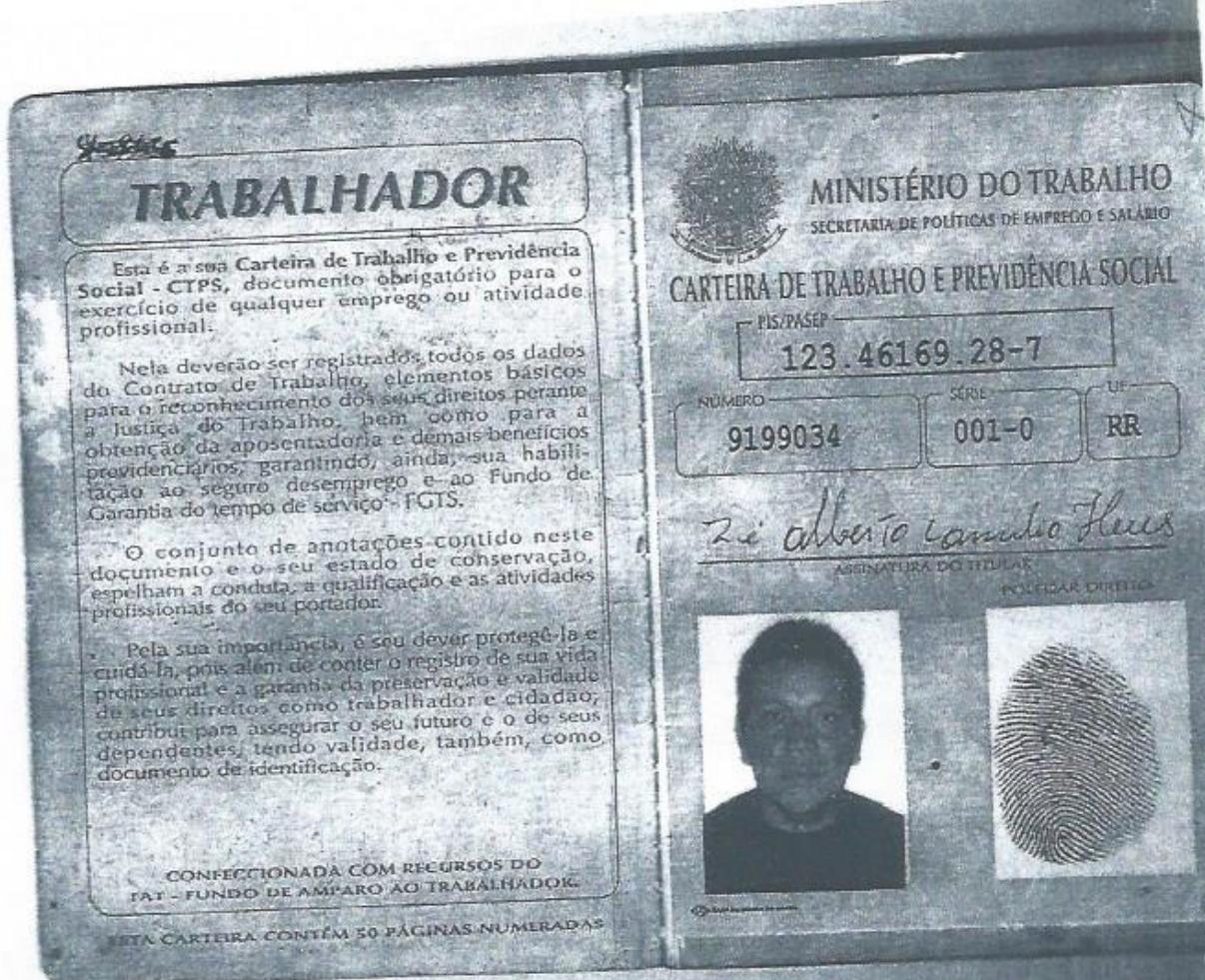
EU: Zé Alberto Camílio Elias,
estado civil Solteiro, RG nº 09595210, e CPF
nº 424.439.442-91, residente e domiciliada à
Município Trairão S/N Sítio São Francisco, Cidade
Bairro: zona Rural, Roraima, telefone (95)
(99) 991515927.

DECLARO para os devidos fins de direito e a quem interessar possa que sou pobre nos termos da lei, não tendo condições de arcar com eventuais custas e despesas processuais, necessitando do abrigo da lei 1.060/50. Por ser a mais lídima expressão da verdade, firmo a presente declaração.

Rorainopolis, 09 de outubro de 2019.

Zé Alberto Camílio Elias

DECLARANTE



**Electrobras
Distribuição Roraima**

Para contato com a
Electrobras, informe
este NÚMERO

0601003-2

Electrobras Distribuição Roraima
Av. Gentilina Enx. Gómez, 891 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 34.007.022-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série U-1
Núcleo especial de atendimento autorizado pela SEE/CE 38003
Atendendo à Lei nº 10.420 de 26 de abril de 2002.

Nº da Nota Fiscal: 000045612
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE é válida
pelo Leis nº 10.420 de 26 de abril de 2002.

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

MARIA NEUSA APOLINARIO ILEUS
VC TRAIRI 18294 RURAL
CPF: 00058036830272
CEP: 69.373-000 - NOVA COLINA
Condutor de Multiplicação:
Consumo Médio: 50 FCAN
Consumo Estimado: 28

ROT: 205.083.05.64.014000
Atual: 11/10/2017
Anterior: 13/09/2017
Próxima Leitura: 11/11/2017
Entrega: 11/10/2017
Anunciador: 11/10/2017

TAXADO		28			
Classificação	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Faz	Unidade Faturamento
RURAL	BI			4.2.2.2	6

Métrico consumo

SET/17	0	CONSUMO 50 A RI 0.304818 = 15,24
AGO/17	0	CORREÇÃO MONETÁRIA 1G 06/17-00 0,01
JUL/17	0	MULTA POR ATRASO 06/17-00 0,28
JUN/17	0	JUROS DE MORA DE IMPO 06/17-00 0,45
MAI/17	0	
ABR/17	0	
MAR/17	0	
FEV/17	0	
JAN/17	8	
DEZ/16	8	
TARIEN SPA "P/BLOCS"		
0 A 50 - 0,285100		

Mes/Año Valor RI Unidade consumidor é sujeita à suspensão do fornecimento de
09/2017 14,60 energia elétrica a partir de 20/10/2017, se ficar das contas
vencidas nessa fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor no sistema de informações
além existentes (conjunto vencível) e a reavaliação no valor de R\$ 86,46 (valor histórico). Caso tenha sido feito o
pagamento favor desconsiderar este aviso.

CASO HAJA COBRANÇA DE SERVIÇOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (LBV) PODE SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO. / IBGE CENSO AGROPECUÁRIO 2017: RECEBA BEM O RECENSEADOR DURANTE ENTREVISTA!
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO 0CF4.3D1D.CBF9.D0A8.1203.0AA1.EFDA.04AD

Contribuição:	5,02	Base de Cálculo:	15,24
Energia:	6,67	Aliquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	2,59
Impostos:	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 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00
08/2017 0,00

ROT: 205.083.05.64.014000

SEU CÓDIGO TOTAL A PAGAR - R\$ 15,98

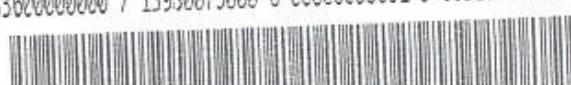
0601003-2

MES FATURADO VENCIMENTO

10/2017 01/11/2017

Nº da Nota Fiscal: 000045612 FCAM

83600000000 7 15930075000 6 00000000601 5 00321017008 4



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

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADES		DETRAN-RR	
CONTRAN		CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO		Nº 9934386750	Nº 9934386750
DETAN-RR CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO		EXPIRAÇÃO		EXPIRAÇÃO	
VAT	003348845	01/2014		01/2014	
5. JUENE ALVES PEREIRA		RR		RR	
RURALINOPOLIS		BILHETE DE SEGURO DPVAT		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
914.626.307-06		EXERCÍCIO 2014		EXERCÍCIO 2014	
PLACA/NÚMERO: NBB9845		DATA EMISSÃO 03/09/2014		DATA EMISSÃO 03/09/2014	
PÁS/MOTOR/CIL. ESENCIAL APLIC.		NBB9845		NBB9845	
HONDA/CB 125 ABS		CHASSI 992100134336		CHASSI 992100134336	
2P/0124CC/CH		GASOLINA		GASOLINA	
KTM/ESTA UNICA		ANO/FEB 2013		ANO/MAR 2013	
P V KTM/ESTA UNICA PRATICAMENTE DOUTA		PRE. PREDOMINANTE		PRE. PREDOMINANTE	
A PREMIO TRANSPORTE R\$ 151,17 R\$ 152,04 (R\$)		VALOR DA PREMIAÇÃO R\$ 152,04 (R\$)		VALOR DA PREMIAÇÃO R\$ 152,04 (R\$)	
AL. FID, A DN DE CORRENTE, ONDA HONDA LTD X		PRÉMIO TARIÁRIO		PRÉMIO TARIÁRIO	
PERMIS SAIR APENAS OCUP		DETRAN (R\$) R\$ 143,34		DETRAN (R\$) R\$ 143,34	
Edson Barreto Fantes		FRETE (R\$) R\$ 143,34		FRETE (R\$) R\$ 143,34	
Dirigente-Promotoria de TRANUR		CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$ 4,15		CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$ 4,15	
RURALINOPOLIS, CEARÁ/TRANUR/Rio das Ostras		PAGAMENTO PARCELADO		PAGAMENTO PARCELADO	
PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO DAS OSTRAS		DATA DE OBTENÇÃO 02/09/2014		DATA DE OBTENÇÃO 02/09/2014	
Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A		CORRUMPA-NOS		CORRUMPA-NOS	
		CNPJ: 09.248.608/0001-04		CNPJ: 09.248.608/0001-04	



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/VITIMA

DADOS DO CONVOCADO
 NOME: ZÉ ALBERTO CAMILIO ILEUS RG: 09595210 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 DF 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 DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO

ACID. TRÂNS. COM VÍTIMA COM LESÃO CORPORAL

CÓDIGO

INFRAÇÃO

1001

TRÂNSITO

BREVE RELATO DO FATO

BREVÉ 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.

JACY C. CAVALCANTE
AGENTE DE POLÍCIA

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: _____



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

No Detidono
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: **ZÉ ALBERTO CAMILO ELEOS** Documento de Identificação C.P.F.

DATA NASC Dia Mês Ano Idade: 15 09 1973 43

End: Rua / Avenida **VIC ELEOS** N° Complemento:

Bairro: **RLIS** Estado (UF) **RR** Telefone:

FILIAÇÃO PAI **MARIA NEUZA CAMILO ELEOS**

MÃE

02 DO ACIDENTE:

RESIDENCIA 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 **05 370 016/0001-00**

HOSPITAL REGIONAL SUL

CAMPANHIA DE SANEAMENTO DE SOUTO DE SOUSA PINTO

06 DOENÇA OCUPACIONAL:

SIM NÃO KM **174 - Km 468** QUAL (ESPECIFICAR)

CEP: 69.370-970

07 INFORMAÇÕES DE RESPONSABILIDADE MÉDICA:

ESPECIALIDADE: **RORAINÓPOLIS Confere com original**

RESUMO CLÍNICO: **Febre de alta**

For no alvo de

EXAME FÍSICO:

EXAME COMPLEMENTARES SOLICITADOS (RESULTADO NO VERSO): **Anál. de Ortopedista**

RESULTADO DE OUTRAS UNIDADES (RESULTADO NO VERSO):

DIAGNÓSTICO: **luxação da luxação**

PROVAVEL: **Fratura comum tipo clínico**

DEFINITIVO:

08 DO (A) PACIENTE:

REMÓVIDO (A) PARA

INTERNADO NO (A) **Ambulâncias (07) 5330-3000**

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

DATA RESPONSÁVEL PELA IDENTIFICAÇÃO DO (A) PACIENTE CARIMBO E ASSINATURA

DIA MES ANO **15 09 2017**

Fat de sono prex (D)

TNC ao HGR

→ Topia -

(1) Dieta Graf S/N D

(2) APP manter

(3) Dipirona oral (E)

~~elde 6-02-08-14~~
~~mtf~~
~~20-28-14~~

(4) Tolazol 20mg (E) idem 20-28-14

(5) Traval 40mg (E) desle S/N
SF ORA 100ml

(6) CCGG + SW666 24-06

Dr. Jonathas C. Lopes
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM-RR 1759 - COT 14272

Confere
com originais

05.370.016/0001-00
HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

G-174 - Km 466
CEP: 69.370-970
RORAINÓPOLIS

RR

HORA	T	P	R	PA
06	36	78	18	110/70 Glicemia 226 mg/dl

241 PA - 320 X 80



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
01 DADOS DO (A) PACIENTE:				15	09	2017	20:20

Nome: ZÉ ALBERTO CAMILO ELEUS		SEXO: M () / F ()				
DATA NASC	Dia: 15	Mês: 09	Ano: 1973	Idade: 43	Documento de Identificação	C.P.F.
End: Rua / Avenida				Nº	Complemento:	
Bairro:				Município: Roraima	Estado (UF): RR	Telefone:

FILIAÇÃO	PAI					
	MÃE	MARIA NEUZA CAMILO ELEUS				

02 DO ACIDENTE:		<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA	<input type="checkbox"/> VIA PÚBLICA	<input type="checkbox"/> TRABALHO	<input type="checkbox"/> TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> OUTROS (DESCREVER)
-----------------	--	-------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	---

03 DA ENTRADA NA EMERGÊNCIA:		<input type="checkbox"/> TRANSPORTADO	<input type="checkbox"/> DE AMBULÂNCIA	<input type="checkbox"/> REMOVIDO	<input type="checkbox"/> OUTROS (DESCREVER)	
------------------------------	--	---------------------------------------	--	-----------------------------------	---	--

04 TIPO DE ACIDENTE:		<input type="checkbox"/> TRAUMÁTICO	<input type="checkbox"/> QUEIMADURA	<input type="checkbox"/> ENVENAMENTO	<input type="checkbox"/> CHOQUE ELÉTRICO	<input type="checkbox"/> OUTROS (DESCREVER)
----------------------	--	-------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	--	---

Outros (descrever)						
--------------------	--	--	--	--	--	--

TEMP:			PESO / Kg:			m.m.H.g.
-------	--	--	------------	--	--	----------

05 SE ACIDENTE DO TRABALHO ESPECIFICAR:		Conferência com origina.				
---	--	---------------------------------	--	--	--	--

PROFISSÃO						OBSERVAÇÕES
DIA	MÊS	ANO	HORA	05.370.016/0001-90		

06 DOENÇA OCUPACIONAL:		<input type="checkbox"/> NÃO	HOSPITAL REGIONAL SUL				
------------------------	--	------------------------------	-----------------------	--	--	--	--

<input type="checkbox"/> SIM	GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUSA PINHEIRO (ESPECIFICAR)					
------------------------------	--	--	--	--	--	--

07 INFORMAÇÕES DE RESPONSABILIDADE MÉDICA:		Br 174 - Km 468					
--	--	-----------------	--	--	--	--	--

ESPECIALIDADE:		CEP: 69.370-970					
----------------	--	-----------------	--	--	--	--	--

RESUMO CLÍNICO:		PORAINÓPOLIS					
-----------------	--	--------------	--	--	--	--	--

EXAME FÍSICO:		Anel de Artrose					
---------------	--	-----------------	--	--	--	--	--

EXAME COMPLEMENTARES SOLICITADOS (RESULTADO NO VERSO):		Anel de Artrose					
--	--	-----------------	--	--	--	--	--

RESULTADO DE OUTRAS UNIDADES (RESULTADO NO VERSO):							
--	--	--	--	--	--	--	--

DIAGNÓSTICO:		Fractura da base do dedo					
--------------	--	--------------------------	--	--	--	--	--

PROVÁVEL:		Definitivo					
-----------	--	------------	--	--	--	--	--

		Fratura comum tipo de abertura					
--	--	--------------------------------	--	--	--	--	--

08 DO (A) PACIENTE:							
---------------------	--	--	--	--	--	--	--

REMOVIDO (A) PARA						
-------------------	--	--	--	--	--	--

INTERNADO NO (A)						
------------------	--	--	--	--	--	--

<input type="checkbox"/> ALTA	<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA COM INSTRUMENTAÇÃO	<input type="checkbox"/> SE AFASTADO POR ACIDENTE DO TRABALHO, QUANTOS DIAS?
-------------------------------	--	--

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



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 melhorias 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.

[Handwritten signature]
JEOUTE E. D'ATISTI
Clínica Médica
CRM-RR:997

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308 - Aeroporto
CEP: 69310-005 Boa Vista-RR
Tel: (96)2121-0



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
CRM-RR:997

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



Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2018

Carta nº: 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

