



Dr. Paulo Sérgio de Souza
OAB/RR 317B

Dr. John Emerson de Souza Camilo
OAB/RR 1376

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

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE: Ze Alberto Camilo Fleus, brasileiro(a),
estado civil: solteiro, Profissão: Artífice,
portador(a) da Cédula de Identidade CIRG 0995210 SSP/RR e inscrito(a) no
CPF/MF nº 424.732.442-91, residente Av. General Penha, nº 511,
Bairro: Zona Rural, no município Maracaju/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 RAFAELA PALHA DE SOUZA, brasileira, solteira,
advogada, inscrita na OAB/RR sob o nº. 340B e Dr. JOHON EMERSON DE
SOUZA CAMILO, 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 judicium et extra*, ou ação que seja autor ou réu, assistente ou
oponente, 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.

Maracaju/RR 09, de outubro de 2017

Ze Alberto Camilo Fleus

Outorgante

CPF/MF nº



Dr. Paulo Sérgio de Souza
OAB/RR 317B

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

Dr. John Emerson de Souza Camilo
OAB/RR 1376

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

EU: Ze Alberto Camilio L. Lins,
estado civil Solteiro, RG nº 69595210, e CPF
nº 424.439.442-91, residente e domiciliada à
vicinal Trazeirinho S/N Sítio São Francisco
Bairro: zona Rural, Cidade
Arainópolis - Roraima, telefone (95)
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 lúdima expressão da verdade, firmo a
presente declaração.

Arainópolis, 09 de outubro de 2019.

Ze Alberto Camilio Lins

DECLARANTE

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, espelham 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
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR

ESTA CARTEIRA CONTÉM 50 PÁGINAS NUMERADAS



MINISTÉRIO DO TRABALHO
SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP
123.46169.28-7

NÚMERO

9199034

SERIE

001-0

UF

RR

Ze Alberto Camilio Fleus

ASSINATURA DO TITULAR





02

QUALIFICAÇÃO CIVIL

BRASILEIRO

NOME: ZE ALBERTO CAMILIO FLEUS

LOC. DE NASC.: BARCELLOS - AM

FILIAÇÃO: ANTONIO CAMILIO FLEUS

DOC. APRESENTADO: RG 09598210 SES AM

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

LEI Nº 946, 00-11 DE MARÇO DE 1996

RG: 09598210

T. ELEITOR: 2477172631

LOCAL DA EMISSÃO: DRYTERR SLZ

EMISSÃO: 16/01/2006

CPF: 727.739.442-91

ZONA: 004

SERIE: 0032

ASSINATURA DO TITULAR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

NOME: _____

DOCUMENTO: _____

NOME: _____

DOCUMENTO: _____

NOME: _____

DOCUMENTO: _____

NOME: _____

DOCUMENTO: _____

NOME: _____

DOCUMENTO: _____

Eletrobras Distribuição Roraima

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

0601003-2

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Gue Gonçalves, 801 - 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
Liquidação especial de empresa autorizada pela SEFAZ RR/MS

Nº da Nota Fiscal: 000045612

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE em razão
da Lei nº 10.438 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

ROT: 205.083.05.64.014000

Atual:	11/10/2017
Anterior:	13/09/2017
Próxima Letura:	11/11/2017
Emissão:	11/10/2017
Apresentação:	11/10/2017
Consumo Medido:	50 FCM
Consumo Estimado:	28

Classificação	Uso	Número Medidor	Poste	Código Fat	Índice 17/10/17
RURAL	BI			4.2.2.2	6

Mês/Ano	Valor R\$	Descrição	Valor R\$
SET/17	0	CONSUMO 50 A R\$ 0,304818	15,24
AGO/17	0	CORREÇÃO MONETARIA IG 06/17-00	0,01
JUL/17	0	MULTA POR ATRASO 06/17-00	0,28
JUN/17	0	JUROS DE HORA 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		
TARIFA SEM TENDIMENTO	0 A 50 - 0,236100		

Hes/Ano 09/2017 Valor R\$ 14,60
Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 26/10/2017, em função das contas realizadas nesta fatura. O não pagamento poderá resultar na suspensão da inclusão de nome do consumidor no cadastro de consumidores com dívidas em aberto. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

CASO HAJA COBRANÇA DE SERVIÇOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (LBY) PODE SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO. / 18GE CENSO AGROPECUARIO 2017: RECEBA BEM O RECENSEADOR DURANTE ENTREVISTA! LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO @CF4.3D1D.CBF9.D0A6.1203.0AA1.EFDA.04AD

Contribuição:	5,02	Base de Cálculo:	15,24
Energia:	6,67	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	2,59
Outros:	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
ROT: 205.083.05.64.014000 08/2017 0,00

Eletrobras Distribuição Roraima

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Gue Gonçalves, 801 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 34.007.022-5

SEU CÓDIGO 0601003-2
MÊS FATURADO 10/2017
VENCIMENTO 01/11/2017

Nº da Nota Fiscal: 000045612 FCM

83600000000 7 15930075000 6 00000000001 5 00321017008 4



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

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS, OU NAO - SEGURO DPVAT

RR Nº 9934386750 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO 2014

DATA EMISSÃO 03/09/2014

PLACA NIBA9843

CPF/CNPJ 874.626.302-06

RR Nº 9934386750

EXERCÍCIO 2014

DATA EMISSÃO 03/09/2014

PLACA NIBA9843

CPF/CNPJ 874.626.302-06

PRÊMIO TARIFÁRIO

DEBITAR (R\$) R\$ 114,34

CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$ 143,38

TOTAL A SER PAGADO (R\$) R\$ 292,01

DATA DE COTAÇÃO 02/09/2014

PAGAMENTO PARCELADO

COTA ÚNICA

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A

CNPJ: 09.248.608/0001-04



ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE RORAINÓPOLIS

BOLETIM DE Ocorrência: **2005/17**
ATENDENTE: JACY C. CAVALCANTE

DATA: 09/10/2017 HORA: 10:37
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

NOME: ZÉ ALBERTO CAMILIO ILEUS RG: 09595210 CPF: 727.739.442-91
SSP/AM
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

1001

INFRAÇÃO

TRÂNSITO

DESCRIÇÃO

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 CAMILIO 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/VITIMA

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

DESPACHO

- () Fato atípico, archive-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

GUIA DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA

DIA		MÊS		ANO		HORA		NÚMERO DE REGISTRO	
15		09		2017		20:20			
01 DADOS DO (A) PACIENTE: DATA DE ATENDIMENTO ⇒									SEXO: M () / F ()
Nome: ZC ALBERTO CAMILO ELEUS									
Documento de Identificação									C.P.F.
DATA NASC		Dia		Mês		Ano		Idade:	
15		09		1972		43			
End: Rua / Avenida									VIA ELEUS
Bairro:									Município: RLIS
Estado (UF)									Telefone:
RR									
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"/> ENVENENAMENTO		<input type="checkbox"/> CHOQUE ELÉTRICO		<input type="checkbox"/> 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			
06 DOENÇA OCUPACIONAL:									
<input type="checkbox"/> SIM		<input type="checkbox"/> NÃO		QUAL (ESPECIFICAR)					
07 INFORMAÇÕES DE RESPONSABILIDADE MÉDICA:									
ESPECIALIDADE:									
RESUMO CLÍNICO:		Fecho de nota por me alvear							
EXAME FÍSICO:									
EXAME COMPLEMENTARES SOLICITADOS (RESULTADO NO VERSO):		Anál. cl. / Ortopedia							
RESULTADO DE OUTRAS UNIDADES (RESULTADO NO VERSO):									
DIAGNÓSTICO:		Lesão de Luxação							
PROVÁVEL:		DEFINITIVO:		Tratamento conservador do membro					
08 DO (A) PACIENTE:									
REMOVIDO (A) PARA		RX							
INTERNADO NO (A)		Ambulância 407 (15/09/2017)							
<input type="checkbox"/> ALTA		<input checked="" 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					
15		09		2017					

Trat de útero prox (D)

Enc ao HGR

→ Topia -

- (1) Dieta Geral S/D
- (2) APP MANTER
- (3) Dipirona oral (E) 640mg 10-12-14
- (4) Tilatil 20mg (E) 10-12-14
- (5) Tramal 100mg (E) 8/8 S/N
SF ASA 100ml
- (6) CCGG + SW666 24-06

Dr. Jonathan C. Lopes
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgião do Joelho
CRM-RR 1759 / RPP 14272

Confere
com original:

05.370.016/0001-00
HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
R. 174 - Km 466
CEP: 69.370-970
RORAINÓPOLIS - RR

HORA	T	P	R	PA
06	36c	78	18	110/70

Glicemia 126 mg/dl

24: PA = 120 x 80



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

GUIA DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA

DIA		MÊS		ANO		H.O.R.A		NÚMERO DE REGISTRO	
15		09		2017		20:20			
01 DADOS DO (A) PACIENTE:								SEXO: M () / F ()	
Nome: ZC ALBERTO CAMILO LLEUS									
DATA NASC		Dia		Mês		Ano		Idade:	
15		09		1973		43			
End: Rua / Avenida								C.P.F.	
Bairro:								Complemento:	
Município:								Estado (UF)	
RLIS								RR	
FILIÇÃO								Telefone:	
PAI									
MÃE								MARIA NEUZA CAMILO LLEUS	
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: <input type="text"/> PESO / Kg: <input type="text"/> <input checked="" type="checkbox"/> m.m.H.g.									
05 SE ACIDENTE DO TRABALHO ESPECIFICAR:									
PROFISSÃO									
DIA MÊS ANO HORA									
OBSERVAÇÕES									
05.370.016/0001-90									
HOSPITAL REGIONAL SUL									
GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUZA PINTO (ESPECIFICAR)									
Br 174 - Km 468									
CEP: 69.370-970									
06 DOENÇA OCUPACIONAL:									
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO									
07 INFORMAÇÕES DE RESPONSABILIDADE MÉDICA:									
ESPECIALIDADE:									
RESUMO CLÍNICO: <i>Prado de nota</i>									
EXAME FÍSICO: <i>por me claud</i>									
EXAME COMPLEMENTARES SOLICITADOS (RESULTADO NO VERSO):									
RESULTADO DE OUTRAS UNIDADES (RESULTADO NO VERSO):									
DIAGNÓSTICO: <i>lesão de lúxacao</i>									
PROVÁVEL: <i>trauma comunitário de lúxacao</i>									
DEFINITIVO:									
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									
DIA MÊS ANO									
15 09 2017									
RESPONSÁVEL PELA IDENTIFICAÇÃO DO (A) PACIENTE									
CARIMBO E ASSINATURA									



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

RESUMO DE ALTA

NOME: **Zé Alberto Camilo Ileus**

Data de internação: **18/04/18**

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.

Jeovane C. Batista
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



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
Vítima: 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

