

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
FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

CARTEIRA CONTÉM 50 PÁGINAS NUMERADAS

DE SINAL
INTEGRO

15 NOV 2017

RECURSOS DO
FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR

02

QUALIFICAÇÃO CIVIL

BRASILEIRO

NOME ZE ALBERTO CAMILIO ILEUS

LOC. DE NASC. BARCELOS - AM

PLAC. ANTONIO CAMILIO ILEUS

MARIA NEUZA CAMILIO ILEUS

DOC. APRESENTADO RG 09585210 885 AM

ESTADO CIVIL SOLTEIRO

LG. RES. DE 18 DE MARÇO DE 1984

RG 09585210

TELEFON 2477172631

SEÇÃO 0032

LOCAL DA EMISSÃO DISTR. SLZ

EMISSÃO 15/01/2006

CNPJ 727.739.442-91

2004 004

Assinatura

ASSINATURA DO DETENTOR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

PRAC.

DATA

LOCAL

NOME

DOCUMENTO

RG

PLAC.

DOC.

TELEFON

LOCAL DA EMISSÃO

EMISSÃO

RG

PLAC.

DOC.

TELEFON

LOCAL DA EMISSÃO

EMISSÃO



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

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP

123.46169.28-7

NÚMERO

9199034

SÉRIE

001-0

UF

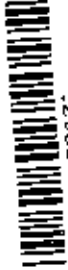
RR

Ze Alberto Camilio Fleus

ASSINATURA DO DETENTOR

IMAGEM DIREITA





100-2707

Copyright © 2005 by John Wiley & Sons, Inc.

התאריך: 10.10.2019



125504 000 01

098.534.79Z-7: 2012/8/25

880131258
FACSIMILE TRANSMISSION
C 1301 123 00170

[illegible]

100

100

100

[illegible]

1991 05 27 - 12:20 PM
15/03/91
1355-21250

1254-22250

1254-22250

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

15 NOV 2017

15 NOV 1967

GENTE SEGURADORA S/A
Ca. Gráfico João Batista, 683 - Boa Vista - RJ



REPUBLICA FEDERATIVA DO B
MINISTERIO DAS CIDADES

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

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

NOME ACRES FERREIRA
MURAIROPOLIS RR

CPE/CNPJ 874.625.302-06 PLACA NBA9845

PLACA ANT / LUF NBA9845 RR CHASSI 9C2JC4120DR534336

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLETA/MAB ASLIG COMBUSTÍVEL GASOLINA

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

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

I P V A	COTA ÚNICA	VENG. COTA ÚNICA	VENG. COTAS
	2PACEL	2PACEL	1º *****
	FAIXA ÚNICA	PARCELAMENTO / COTAS	2º *****
	1º PAGO COTA ÚNICA		3º *****

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

OBSERVAÇÕES
AL.FTD. ADM DE LOGS NACIONAL HONDA LTD *
PROIB. SAIR DA AMAZ OCID
Edilson Dantas Santos
Diretor Presidente

MURAIROPOLIS - DETRAN/RR 02/09/2014
CIRETRAN-Rorainópolis

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

RR Nº 99343B6750 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO 2014
CPE/CNPJ 874.625.302-06 PLACA NBA9845

BILHETE DE SEGURO DPVAT

RR Nº 99343B6750 EXERCÍCIO 2014 DATA EMISSÃO 03/09/2014

VIA 01 CPE/CNPJ 874.625.302-06 PLACA NBA9845

RENAVAM 00534884415 MARCA/MODELO HONDA/CG 125 FAN ES

ANO FAB. 2013 COR PRETA CHASSI 9C2JC4120DR534336

PRÊMIO TARIFÁRIO

INS (R\$)	DETRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
R\$129.04	R\$14.34	R\$143.38

CUSTO DO BILHETE (R\$)	IDP (R\$)	TOTAL DO BILHETE (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

DE SINISTROS - DPVAT
NÃO VERIFICADO

13 NOV 2014

2ª: Alberto Cornélio Ilheus, Portador do RG N-09595210
CPF N: 727.733.442-34, residente na VE Travi 18294 Zona Rural
Nova Relina - RE, sendo através desta informar que foi vítima
da ocidente de Juvêncio ocorrido no dia 15/09/2017
Por volta das 20:17hs, na Vila Nova Relina, KM 08, na BR 134
Zona Rural, Remissópolis - RE, onde sofri fratura no braço,
na altura donde agredido a motocicleta Honda CG 125 Ton ES, de
cor preta, placa NBT 3845, Chassi: 3C2 SC4 120 DR 534336 de
propriedade de Simone Alves Pereira, sendo informar que não
foi como remissão a Delegação de Propriedade da Veículo, pois
não sei de pessoas de Simone Alves Pereira, eu comprei a moto
dela, mas como não sei onde ela está, eu comprei a moto
nao possuo a moto para a meu nome, já procurei a dona
Simone no endereço que eu forneci e ela não sabe mais
o telefone que eu tinha dele não existe mais, que não consigo
localizá-la e que por este fato não tero como mandar a
Delegação. Por isso encareiramente a regular o documento da
meu Passaporte pois forneci aqueles permanentemente em duas-
maneira da ocidente de Juvêncio que sofri no dia 15/09/2017.



ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 MAR 2018

2º Alberto Cornélio Ilheus

GEITE SEGURADORA S/A
Av. Capão da Roca, 111 - Boa Vista - RJ



Relatório de Ocorrência



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

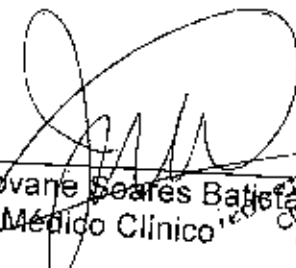
LAUDO MÉDICO

NOME : Zé Alberto Camilio Ilheus
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) 2121-0616

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
10 JUL 2018
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR



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.

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

Leandro E. Batista
Clínica Médica
CRM-RR1997

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 JUL 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capão João Barreto, 484 - Boa Vista - RR

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



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 UMEROS 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: Ze Alberto Camilio Fleus, brasileiro(a)
estado civil solteiro, profissão: Autôce, portador(a)
da cédula de identidade CIRG nº 09595200 e inscrito no CPF/MF nº
729.739.442-91, residente e domiciliado na
Uicinal Traição - 140009, Sítio S. Francisco nº 500, Bairro:
Ipua Rural 400 09, Roraima, Tel: 95787151-5927
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 Susop.

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

Boa vista, 10 de outubro de 2017



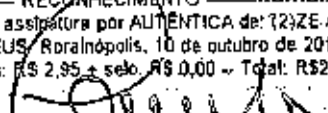
Ze Alberto Camilio Fleus

OUTORGANTE

DE SINISTROS - DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

16 NOV 2017

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 461 - Boa Vista - RR

 **RECONHECIMENTO**
Reconheço a assinatura por AUTÊNTICA de: **ZE ALBERTO CAMILIO FLEUS**, Rorainópolis, 10 de outubro de 2017
Emolumentos: R\$ 2,95 + selo R\$ 0,00 - Total: R\$2,95

GILMAR DA SILVA MENDONÇA - Escrevente Autorizado
• Validação Eletrônica pelo Sistema de Autenticação de Assinaturas •

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



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 A Bianchi

**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 UMEROS 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) Nexos de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) SIM () NÃO

V) Existe sequelas (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, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º 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 sequelas permanentes" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

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

Região Corporal (Sequela): OMBRO DIREITO

% 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

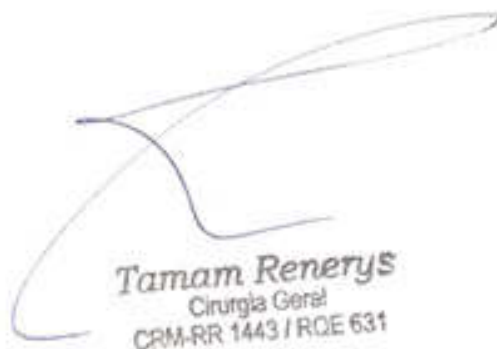
Região Corporal (Sequela):

% 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

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.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

Carta nº 12009734



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

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



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

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



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

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



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0721204 ou 0800 221200 (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: 424.439.442-91 Nome completo da vítima: Ze Alberto Campinho Iheus

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Ze Alberto Campinho Iheus CPF titular da conta: 424.439.442-91 Profissão: Artífice
 Endereço: Município Trairão S/N Sítio São Francisco Número: S/N Complemento:
 Bairro: Zona Rural Cidade: Maracápolis Estado: Paraná CEP: 68373000
 Data: Poderes em Atualização Telefone (DDD): (91) 9939-0860

Declaro, sob as penas da lei, e para fins de prova de residência junto a 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

☒ RECIBO 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\$ 7.000,00	
☐ CONTA POUANÇA (somente para os bancos do Brasil e uma opção para o BANCO DO BRASIL S.A. - CTAU (BIB))		☐ CONTA CORRENTE (todas as bancas)	
☒ ANA ECONÔMICA FEDERAL (ICF)			
AGÊNCIA: <u>4252</u> CV: <u>8</u> DCA: <u>432</u> DV: <u>1</u>	AGÊNCIA: <u>30</u> DCA: <u>30</u> DV: <u>30</u>	AGÊNCIA: <u>30</u> DCA: <u>30</u> DV: <u>30</u>	AGÊNCIA: <u>30</u> DCA: <u>30</u> DV: <u>30</u>

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

Maracápolis 09 de outubro de 2017
 Local e Data

Ze Alberto Campinho Iheus

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

16 NOV 2017
THOMAS
CENTE SEGURADORA S/A
 Av. Capitão João Bezerra, 461 - Boa Vista - RR

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

SAÍDO EM 18/10/2017 R\$
F1 AJUDA F4 SALDO POR DATA LIMITE F7 VOLTAAR PAG. H4B05329
F3 RETORNAR F6 EXTRATO ANTERIOR F8 AVANÇAR PAG. PL7 FINALIZAR

Kleber Vinicius Pimentel
Gerente de Atendimento PF
Mat. C 132376-8

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

DE DE SINISTROS - DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

16 NOV 2017

GENE SEGURADORA S/A
Rua Capitão João Bezerra, 444 - Boa Vista - SP



ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE RORAINÓPOLIS

403782

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

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 ORELÃO 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 9CZJC4120DR534336, 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 vem 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.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

JACY C. CAVALCANTE
AGENTE DE POLÍCIA

16 NOV 2017

Zé Alberto Camilio Ileus
ZÉ ALBERTO CAMILIO ILEUS
COMUNICANTE/VÍTIMA

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

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Camilo João Bezerra, 196 - Boa Vista - RR

DESPACHO

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

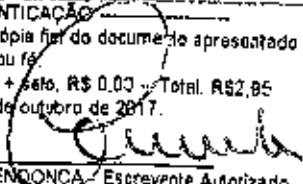


rorainopolis@igmail.com 66 95 3238 2088
Av. Dr. Waldenir, s/n | Centro | Rorainópolis | RR | CEP 69700-000

AUTENTICAÇÃO

Autentico por ser fotocópia fiel do documento apresentado. O referido é verdade e dou fé.

Emolumentos: R\$ 2,95 + taxa, R\$ 0,00 = Total: R\$2,95
Rorainópolis - RR, 10 de outubro de 2017.


GILMAR DA SILVA MENDONÇA - Escrevente Autorizado

-VALIDO SOVRENTE SAÍDA EM NOME DO MUNICÍPIO-



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Presidência de Mato Grosso

Eu, Ze Alberto Comício Jesus, portador da carteira de identidade nº 09595210 e inscrito no CPF/MF sob o nº 724.939.442-91 residente e domiciliado na Município Trairão 14010-9 Sítio São Francisco Cidade Maraimo Góes Estado Mato Grosso, 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:

☒ 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.

Ze Alberto Comício Jesus

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Maraimo Góes 09 de outubro de 2017

Local e data



GUIA DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA

01 DADOS DO (A) PACIENTE:		DATA DE ATENDIMENTO		DIA	MÊS	ANO	HORA	NÚMERO DE REGISTRO
Nome: EE ALBERTO CAMILO ELLOS		15 09 2017		15	09	2017	20:20	
DATA NASC	Idade	Documento de Identificação		C.P.F.		SEXO: M () / F ()		
15 09	1997 43							
End: Rua / Avenida		Bairro		Município		Estado (UF)		Telefone
VIC ELLOS				RLIS		RR		
FILIAÇÃO		PAI	MÃE					
			MARIA NEUSA CAMILO ELLOS					
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: P.A. ☒ m.m.H.g.								
05 SE ACIDENTE DO TRABALHO ESPECIFICAR:								
PROFISSÃO		DE SEUS DIAS DPVAT		05.370.016/0001-80				
DIA MÊS ANO HORA		1.6 NOV 2017		HOSPITAL REGIONAL SUL				
				CEP: 69.370-970				
06 DOENÇA OCUPACIONAL:								
☐ SIM ☐ NÃO GENTE SEGURADORA SIA								
31 174 - Km 468 QUAL (ESPECIFICAR)								
07 INFORMAÇÕES DE RESPONSABILIDADE MÉDICA:								
ESPECIALIDADE:		RORAIMÓPOLIS						
RESUMO CLÍNICO:		Confere com original						
EXAME FÍSICO:								
EXAME COMPLEMENTARES SOLICITADOS (RESULTADO NO VERSO):		Anál. c/ Ortopedia						
RESULTADO DE OUTRAS UNIDADES (RESULTADO NO VERSO):								
DIAGNÓSTICO:		Suspeita de fratura						
PROVÁVEL:		Fratura cominada do fêmur esquerdo						
DEFINITIVO:								
08 DO (A) PACIENTE:								
REMOVIDO (A) PARA								
INTERNADO NO (A)		Ambulância 407 (Roraimópolis)						
☐ ALTA		☒ RESIDÊNCIA COM INSTRUMENTAÇÃO ☐ SE AFASTADO POR ACIDENTE DO TRABALHO, QUANTOS DIAS?						
DATA		RESPONSÁVEL PELA IDENTIFICAÇÃO DO (A) PACIENTE		CARIMBO E ASSINATURA				
15 09 2017								

Faltou ao exame

TNC ao HGZ

→ Topia

① Dieta Geral S/C

② APP MANTELA

③ Dipirona oral (E) 600mg - 22-08-14

④ Tiletal 20mg (E) 1 dose 22-08-14

⑤ Traxal 100mg (E) 8/8h S/N -
SF 094 100-1

⑥ CCGG + S/W 666 24-08

Confere
com original

Dr. Jonathan C. Lopes
Ortopedia e Traumatologia
Clínica de Joints
CRM-PR 17.142/2012

05.377-01-00001-03
HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNADOR JOSE DE SOUSA PINTO
B1 14 - Km 468
CAP. 29.370-970
RORAIMA, 01/08/2014

HORA	V	F	R	PA
06	362	78	28	110/70

Glicemia 126 mg/dl

24: PA = 92/60

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

Elektrobras
Distribuição Roraima

Para gerenciar com o
Elektrobras, informe
este NÚMERO

0601003-2

Elektrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ené Galvão, 891 - Centro - Boa Vista - RR
CEP: 69.001-470/0001-44 Insc. Estadual: 24.007.023-4
Nº de Faltas: 000045612

Nº de Faltas: 000045612

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE do mês
de maio de 2017, conforme a Lei nº 10.438 de 20 de maio de 2002.

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

MARIA HEUSA APOLINARTO ILEUS
VC TNAIRI 18294 RURAL
CPF: 00058036836272
CEP: 69.375-000 - NOVA COLINA



Abast.	11/10/2017
Ampliar.	13/09/2017
Consumo de Medição (kWh)	11/11/2017
Consumo Faturado	11/10/2017
Consumo Faturado	50 FCAH

TAXADO

Consumo Faturado	Unidade	Multiplicador	Preço	Valor	Unidade
RURAL	BT			4,2,2,7	6

Mês/Ano	Valor R\$	Unidade	Valor R\$
SET/17	0	CONSUMO	50 A R\$ 0,304818 = 15,24
AGO/17	0	CORREÇÃO MONETÁRIA 10/06/17-00	0,01
JUL/17	0	MULTA POR ATRASO 06/17-00	0,28
JUN/17	0	JUROS DE MORA DE INÍCIO 06/17-00	0,45
MAI/17	0		
ABR/17	0		
MAR/17	0		
FEV/17	0		
JAN/17	8		
DEZ/16	8		
TOTAL SEM JUROS	8		
TOTAL COM JUROS	16		

DE SIEMSTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 NOV 2017

Res/Anc. Valor R\$ 14,60
Unidade: 50 A R\$ 0,304818 = 15,24
CORREÇÃO MONETÁRIA 10/06/17-00 0,01
MULTA POR ATRASO 06/17-00 0,28
JUROS DE MORA DE INÍCIO 06/17-00 0,45
TOTAL SEM JUROS 8
TOTAL COM JUROS 16

CASO HAJA COBRANÇA DE SERVIÇOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (LBY) P
ODERÁ SER CANCELADA EM Nossos CANAIS DE ATENDIMENTO. / JBOZ CENSO
AGROPECUARIO 2017: RECEBA BEM O REGENSADOR DURANTE ENTREVISTA!
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 E 11 10 21 30

RESERVADO AO FISCAL 0CF4,3D1D,CBF9,00A6,1203,0AA1,EFD4,04AD

Consumo Faturado	Unidade	Multiplicador	Preço	Valor	Unidade
RURAL	BT			4,2,2,7	6

Contribuição:	5,02	Dados do Cálculo:	15,24
Energia:	6,07	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	2,59
Energia:	0,13	Valor do PIS:	0,14
Tributos:	3,42	Valor do COFINS:	2,69

ROT: 2MS.083.05.64.014080

Elektrobras
Distribuição Roraima

Elektrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ené Galvão, 891 - Centro - Boa Vista - RR
CEP: 69.001-470/0001-44 Insc. Estadual: 24.007.023-4

SEU CÓDIGO	0601003-2	TOTAL A PAGAR - R\$	15,98
MÊS FATURADO	10/2017	VENCIMENTO	01/11/2017
Nº de Faltas	000045612	FCAH	

83600000000 7 15930075000 6 00000000001 5 00321017008 4



SEQ.: 00015 UC: 0601003 2 DT. LEIT.: 13/10/2017 1. ENTR.: 01
LEITURA: 9999999 TAXADO TOTAL: 15,98 CARGA: 001
DT. VENC.: 01/11/2017 FREQ.: 000 COLETOR 3191



Internet: <http://www.irs.gov>

ಪ್ರತಿ ಸಂವತ್ಸರವೂ ಒಂದು
ಪ್ರತಿಭಟನೆ, ಪ್ರತಿಜ್ಞೆ
ಯೇ ಇರುತ್ತದೆ

4. 6. 2015

ឆ្នាំ ២០០៧

ROY: 32.081.24.11.450702

1. Chengdu China

—— 航子

4037490

24 FEB 2 1965

DIFERENÇA DE TARIFA 08/16-08
CORREÇÃO MONETÁRIA IC 08/16-08
ILUMINAÇÃO PÚBLICA

16-02-72
DE SINISTROS
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

13 NOV 2017

CENTE SEGURADORA S/A
Rua Nilo Soriano 484 - Boa Vista

Informa-se a todos os interessados que, em virtude de uma alteração no calendário de entrega das propostas, a data de entrega das propostas será alterada para o dia 15 de maio de 2014, às 14h30min.

CASO MAJÁ COBRANÇA DE SERVIÇOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (LEV) P
 ODERA SER CANCELADA EM POSSÍVEIS CANAIS DE ATENDIMENTO. / IBGE CENSO
 AGROPECUARIO 2017; RECEBA BEM O RECENSEADOR DURANTE ENTREVISTA!
 LGJE 08237819120 E FAÇA QCAD VENCIMENTO 1 6 21 16 21 26

~~0038-0510-1025-9546-AD45-0940-1152-525~~

RESERVED FOR FISCAL

5,55 11,10 22,21 3,67 7,35 14,70 3,20

0:29

1.03

0.29

22.75

FI ORESTÀ

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A 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)



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/biblioteca/web/docoriginal.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 COAF².

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 Ze Alberto Carmelito Elias inscrito (a) no CPF sob o Nº 727.739.442 / 91, do sinistro de DPVAT cobertura Inclusão Permanente da Vítima Ze Alberto Carmelito Elias, inscrito (a) no CPF sob o Nº 727.739.442 / 91, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____

SE SINISTROS - DPVAT
APRESENTAÇÃO VERIFICADA
16 NOV 2017

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, que estou residente 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	Estado	CEP
Cidade Satélite	Boa Vista	RR	69.317-492
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
franciscasnascimento@hotmail.com		(95) 99139-0860	

Boa Vista - RR de Outubro de 2017

Local e Data

Assinatura do Declarante



0031

Impressão

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Ze Alberto Camilio Ilean
 RG. Nº 09595210, data de expedição 03/02/1988, Órgão
 Expedidor SSP/AM, portador do CPF nº 727.739.44291 com domicílio na
 cidade de Guarinoópolis, no Estado Roraima, onde resido na
 (Rua/Avenida/Estrada) União Teófilo 1400 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:
Ze Alberto Camilio Ilean, cujo o condutor era
Ze Alberto Camilio Ilean, não sendo possível
 o reconhecimento da assinatura do proprietário em virtude de o mesmo não reside no
 Estado de Roraima.

Veículo	<u>motocicleta Honda</u>
Modelo	<u>CB 125 FAYES</u>
Ano	<u>2013 x 2013</u>
Placa	<u>NBA 9245</u>
Chassi	<u>9625C41200A534336</u>
Data do Acidente	<u>15 de Setembro de 2017</u>

Local e Data: _____

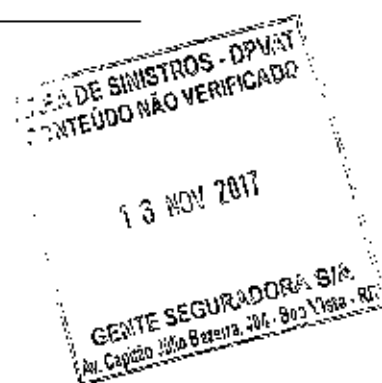
Ze Alberto Camilio Ilean

Assinatura do Declarante



Ze Alberto Camilio Ilean

Assinatura do Condutor



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



Reconheço a assinatura por AUTÊNTICA de: ZE ALBERTO CAMILIO ILEANS 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 ENDERÇOS OU RASURAS -



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Ze Alberto Camilio Ilheus

RG. Nº 09595210 data de expedição 03/02/1989 Órgão

Expedidor SSP/RM, portador do CPF nº 929.939.442-96 com domicílio na

cidade de Rorainópolis, no Estado Roraima, onde resido na

(Rua/Avenida/Estrada) Rua Manoel Trauzzi 1400 09 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:

Ze Alberto Camilio Ilheus cujo o condutor era

Ze Alberto Camilio Ilheus, não sendo possível

o reconhecimento da assinatura do proprietário em virtude de o mesmo não reside no

Estado de Roraima.

Veículo	<u>motocicleta Honda</u>
Modelo	<u>CG 125 FANES</u>
Ano	<u>2013 x 2013</u>
Placa	<u>NBA 9845</u>
Chassi	<u>9625C4120DA534336</u>
Data do Acidente	<u>15 de Setembro de 2017</u>

Local e Data: _____

Ze Alberto Camilio Ilheus

Assinatura do Declarante

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA - DPVAT
CORRETO E NÃO VERIFICADO

17 JAN 2018



Ze Alberto Camilio Ilheus

Assinatura do Condutor

SEGURODESA S/A
RUA DO COMÉRCIO, 404 - Boa Vista - RORAIMA

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



SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

tabreolainapolis@gmail.com 55 95 3230 2068
R. do* Jandara, 404 | Centro | Rorainópolis | RR | Cep: 69.373.000

RECONHECIMENTO

Reconheço a assinatura por AUTÊNTICA de: (1) ZE ALBERTO

CAMILIO ILHEUS Rorainópolis, 10 de outubro de 2017.

Emolumento: R\$ 2,85 + selo: R\$ 0,00 - Total: R\$ 2,85

GILMAR DA SILVA MENDONÇA - Escrevente Autorizado



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 =>									
Nome: ZÉ ALBERTO CAMILO ELEUS									SEXO: M () / F ()
DATA NASC		Dia		Mês		Ano		Idade:	
15		09		1993		43		Documento de Identificação	
End: Rua / Avenida									C.P.F.
VIA ELEUS									Nº
Bairro:									Complemento:
Município:									Estado (UF)
RLIS									RR
Filiação									Telefone
PAI									0000
MÃE									MARIA NEUSA 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		m.m.H.g.
-------	--	------------	--	--	---	--	----------

05 SE ACIDENTE DO TRABALHO ESPECIFICAR:		Conferir com original.	
PROFISSÃO		OBSERVAÇÕES	
DIA MÊS ANO HORA		05.370.016/0001-00	
		HOSPITAL REGIONAL SUL	
06 DOENÇA OCUPACIONAL:		GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUSA PINHO	
☐ SIM	☐ NÃO	Bd 174 - Km 468	
		CEP: 69.370-970	

07 INFORMAÇÕES DE RESPONSABILIDADE MÉDICA:		PORAÍNÓPOLIS	
ESPECIALIDADE:		16 NOV 2017	
RESUMO CLÍNICO:		DE SINISTROS - DE VAT	
EXAME FÍSICO:		CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	
EXAME COMPLEMENTARES SOLICITADOS (RESULTADO NO VERSO):		16 NOV 2017	
RESULTADO DE OUTRAS UNIDADES (RESULTADO NO VERSO):		ENTE SEGURADORA SIA	
DIAGNÓSTICO:		São Capitão João de Almeida - SP	
PROVÁVEL:		Tratamento com medicação do (do) paciente	
DEFINITIVO:			

08 DO(A) PACIENTE:	
REMOVIDO (A) PARA	
INTERNO (A) PARA	
ALTA	
RESIDÊNCIA COM INSTRUMENTAÇÃO	
SE AFASTADO POR ACIDENTE DO TRABALHO, QUANTOS DIAS?	
DATA	
DIA MÊS ANO	
15 09 2017	
RESPONSÁVEL PELA IDENTIFICAÇÃO DO(A) PACIENTE	
CARIMBO E ASSINATURA	



→ Tegita -

- ① Diera Graf SLD
- ② APP MASTER
- ③ Dipirona ozuel ~~EV~~ ~~66-22-22-22-22~~
- ④ Tiletal 20g ~~EV~~ ~~22-22-22-22-22~~
- ⑤ Transal 100g ~~EV~~ ~~22-22-22-22-22~~
- ⑥ CCGG + SW66 24-26

~~Dr. J. H. ...
Office ...
...
...~~

Confere
com original

05.370.016/0001-00
HOSPITAL REGIONAL SUL
CNPJ: 06.908.000/0001-00
R. 174 - KM 2,5
CEP: 69.370-870
RORAINÓPOLIS - RR

NO.	7	8	9	10
06	362	78	18	110/70

10/70 Glucemia 126 mg/dl

2/24/2014 - 4:20 PM