

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

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

Operação realizada com sucesso. Protocolo: 2779459320200717165358

Processo 0801344-59.2019.8.23.0047 ☆ - (337 dia(s) em tramitação)

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

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apensamentos (0)	Vínculos (0)
Realces Realçar Movimentos de: ☐ Magistrado ☐ Servidor ☐ Advogado ☐ Membro MP ☐ Defensor ☐ Procurador ☐ Outros ☐ Audiência Ocultar Movimentos: ☐ Inválidos ☐ Sem Arquivo ☐ Hab. Provisória					
Filtros Movimentado Por: ☐ Advogado ☐ Defensor Público ☐ Entidades Remessa ☐ Magistrado ☐ Procurador ☐ Servidor Sequencial(Intervalo): ao Data do Movimento(Período): à Descrição:					
73 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 73					
500 por pág. 1					
Seq.	Data	Evento		Movimentado Por	
☐	73	17/07/2020 16:53:58	JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE Cumprimento de intimação - Referente ao evento PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (07/07/2020)	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador	
73.1 Arquivo: Petição		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2637953IMPUGNACAOAOLAUDOPERICIAL03.pdf	Público	
73.2 Arquivo: GUIA DE DEPOSITO		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2637953IMPUGNACAOAOLAUDOPERICIALJURAnexo02.pdf	Público	
72	08/07/2020 16:10:38	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 08/07/2020 com prazo de 10 dias úteis *Referente ao evento (seq. 69) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (07/07/2020) e ao evento de expedição seq. 71.		JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador	
71	07/07/2020 20:55:52	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 10 dias úteis - Referente ao evento (seq. 69) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (07/07/2020)		Luciana de Freitas Pereira da Silva - SJRI Analista Judiciária	
70	07/07/2020 20:55:52	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de ZÉ ALBERTO CAMILIO ILEUS com prazo de 10 dias úteis - Referente ao evento (seq. 69) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (07/07/2020)		Luciana de Freitas Pereira da Silva - SJRI Analista Judiciária	
☐	69	07/07/2020 09:17:03	PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE	NOÊMIA CARDOSO LETTE DE SOUSA Magistrada	
68	25/06/2020 11:41:31	CONCLUSOS PARA SENTENÇA Responsável: NOÊMIA CARDOSO LETTE DE SOUSA		Dayna Thalyta Gomes do Nascimento Duarte Analista Judiciária	
☐	67	25/06/2020 11:40:12	JUNTADA DE MANIFESTAÇÃO DO PERITO	Dayna Thalyta Gomes do Nascimento Duarte Analista Judiciária	
66	18/06/2020 00:10:44	DECORRIDO PRAZO DE PERITO JONATHAS COSTA LOPES (Para Perito JONATHAS COSTA LOPES *Referente ao evento (seq. 62) JUNTADA DE CERTIDÃO(29/04/2020) e ao evento de expedição seq. 64.		SISTEMA CNJ	
65	09/06/2020 00:03:17	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo Perito JONATHAS COSTA LOPES(Leitura automática em 08/06/2020 às 23:59)) em 08/06/2020 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 62) JUNTADA DE CERTIDÃO (29/04/2020) e ao evento de expedição seq. 64.		SISTEMA CNJ	
64	29/05/2020 11:55:23	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para Perito JONATHAS COSTA LOPES com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento JUNTADA DE CERTIDÃO (29/04/2020)		ALEXANDRE DE JESUS TRINDADE - DAPG - SJRI Analista Judiciário	
63	29/05/2020 11:55:09	HABILITAÇÃO PROVISÓRIA Perito Oficial: JONATHAS COSTA LOPES habilitado até 28/06/2020 (30 dias)		ALEXANDRE DE JESUS TRINDADE - DAPG - SJRI Analista Judiciário	
☐	62	29/04/2020 08:45:15	JUNTADA DE CERTIDÃO EXPEDIÇÃO DE CERTIDÃO GERAL	Francisca Anélia Rodrigues da Silva - SJRI Analista Judiciária Dayna Thalyta Gomes do Nascimento	



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

Processo: 08013445920198230047

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ZE ALBERTO CAMILO ILEUS**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

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

Inicialmente, a parte ré informa que para realização de qualquer pagamento administrativo por Seguro DPVAT concernente à cobertura por invalidez permanente, as vítimas são submetidas à avaliação médica criteriosa com o escopo de ser apurado o quantum indenizatório devido em decorrência da lesão suportada pela vítima, nos termos da lei 6.194/74.

Frisa-se que aludido exame é realizado por profissional imparcial e tecnicamente competente, obedecendo os estritos limites da legislação aplicável.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos), valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Caso não seja o entendimento de V.Exa., requer o acolhimento do laudo pericial administrativo em anexo, o qual indica o enquadramento correto conforme previsto, de acordo com a lesão apurada.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RORAINOPOLIS, 16 de julho de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/RR 451-A

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

TRABALHADOR

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

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

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, 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 SHIRLEY
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

PLACAO: ANTONIO CAMILIO ILEUS

MARIA NEUZA CAMILIO ILEUS

DCC. APRESENTAÇÃO: RG 00885210 SES AM

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

LG. RES. DO. DE 18 DE MARÇO DE 1994

RG: 00885210

T. ELEITOR: 2477172631

SEÇÃO: 0032

CNPJ: 727.739.442-91

ZONA: 004

LOCAL DA EMISSÃO: DISTR. SLZ

EMISSÃO: 15/01/2006

Assinatura

ASSINATURA DO TITULAR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

PRACAO

DATAS

RECAPITULO

NOME

DOCUMENTO

RECAPITULO

RECAPITULO

RECAPITULO

RECAPITULO

RECAPITULO

RECAPITULO

RECAPITULO

RECAPITULO

RECAPITULO

RECAPITULO



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 N8A9845

PLACA ANT / UF N8A9845 RR CHASSI 9C2JC4120DR534336

ESPÉCIE TIPO MAR/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
	FAIXA LRVIA	PARCELAMENTO / COTAS	
	FAIXA LRVIA	PARCELAMENTO / COTAS	

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 OCIA
Edilson Dantas Santos
Diretor Presidente

MURAIROPOLIS - DETRAN/RR 03/09/2014
CIRETRAN-Rorainópolis

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

RR Nº 99343B6750 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO 2014

CPE/CNPJ 874.625.302-06 PLACA N8A9845

BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

VIA 01 CPE/CNPJ 874.625.302-06 PLACA N8A9845

RENAVAM 00534884415 MARCA/MODELO HONDA/CG 125 FAN ES

ANO FAB. 2013 CHASSI 9C2JC4120DR534336

INS (R\$)	DENATRAM (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 SEUS DADOS - DPVAT
NÃO VERIFICADO

13 NOV 2014

2º 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 20:17 hs, 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: 3CA 5C4 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

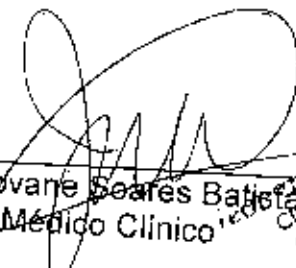
LAUDO MÉDICO

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
CRM-RR 1997

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 JUL 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capão João Batista, 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: Autógrafe, portador(a)
da cédula de identidade CIRG nº 09595200 e inscrito no CPF/MF nº
729.739.442-91, residente e domiciliado na
Uicinal Trairay - 140009, Sítio S. Francisco nº 500, Bairro:
Ipua mural 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**, Roraimópolis, 10 de outubro de 2017
Emolumentos: R\$ 2,95 + selo R\$ 0,00 - Total: R\$2,95

GLMAR DA SILVA MENDONÇA - Escrevente Autorizado

www.gente.com.br

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 seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

(X) SIM () NÃO

VI) Descrever objetivamente as seqüelas (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 seqüela permanente" (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 (Seqüela): 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

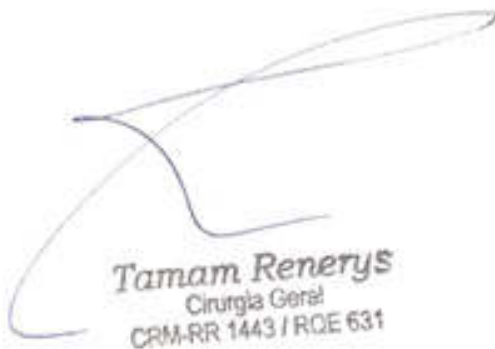
Região Corporal (Sequela):

% 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

Carta nº 12269738



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

Carta nº 12629353



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 221206 (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 CEE da Votima 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 Traipu SIN Sítio São Francisco Número: SIN Complemento:
 Bairro: Zona Rural Cidade: Maracápolis Estado: Pernambuco CEP: 68373000
 Data: Poderes para o titular com (Assinatura do Beneficiário) (Assinatura do Representante legal)

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> NÚMERO DA CONTA: <u>432</u> DV: <u>1</u>	AGÊNCIA: <u>30</u> NÚMERO DA CONTA: <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, 400 - Boa Vista - PB

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 VOLTAR 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/VÍTIMA

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:



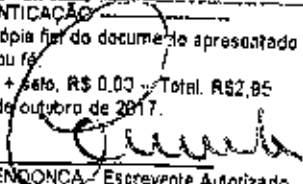
rorainopolis@gilmar.com 35 95 3238 2088
Av. Dr. Waldenir, s/n | Centro | Rorainópolis - RR | CEP 69700-000

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

-VALEO SOVANTE EM TODAS AS OCASIÕES-



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 Traipu 14010-09 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

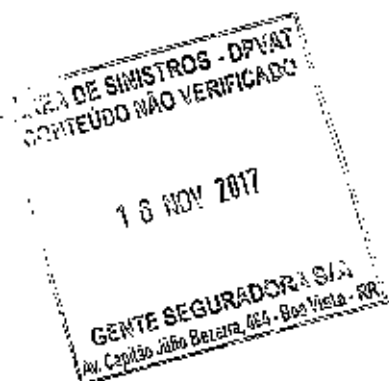
☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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	01a	Mês	Ano	Idade:	Documento de Identificação		C.P.F.	
15	09	1997	43					
End: Rua / Avenida				Vie ELLOS			Nº	Complemento:
Bairro:				Município:		Estado (UF)	Telefone:	
				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: PA: X m.m.H.g.								
05 SE ACIDENTE DO TRABALHO ESPECIFICAR:								
PROFISSÃO		DE SIMISTROS DPVAT NÃO VERIFICADO						
DIA	MÊS	ANO	HORA	05.370.016/0001-80 HOSPITAL REGIONAL SUL				
				CEP: 69.370-970				
06 DOENÇA OCUPACIONAL:								
☐ SIM ☐ NÃO								
GENTE SEGURADORA S/A Rua João Bezerra 444 - Boa Vista - RR								
07 INFORMAÇÕES DE RESPONSABILIDADE MÉDICA:								
ESPECIALIDADE:				RORAIMÓPOLIS				
RESUMO CLÍNICO:				Confere com original				
EXAME FÍSICO:								
EXAME COMPLEMENTARES SOLICITADOS (RESULTADO NO VERSO):				Anál. cl. / Ortopedia				
RESULTADO DE OUTRAS UNIDADES (RESULTADO NO VERSO):								
DIAGNÓSTICO:				Suspeita de luxação				
PROVÁVEL:				DEFINITIVO:				
Trauma cominativo do fêmur								
08 DO (A) PACIENTE:								
REMOVIDO (A) PARA								
INTERNADO NO (A)		Ambulância 407 (20:20)						
☐ 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

TUNC ao HGT

→ 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 Trisal 100mg (E) 8/8h S/N -
SF 084 100-1

⑥ CCGG + S/W 24-08

Confere
com original

Dr. Jonathan C. Lopes
Ortopedia e Traumatologia
Clínica de Joints
CRM-PR 17.177-1

05.377-01-8-0001-43
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

28

Consumo Medido	Unidade	Valor	Consumo Faturado	Valor
----------------	---------	-------	------------------	-------

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		

DE SIEMENS - DPMAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 NOV 2017

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

Consumo Medido	Unidade	Valor	Consumo Faturado	Valor
Consumo	5,02			15,24
Energia	6,07			17,00%
Transmissão	0,00			2,59
Energia	0,13			0,14
Tributos	3,42			2,69

0,02 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,20 0,00 0,00

08/2017 0,00

ROT: 2MS.083.05.64.014080

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

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

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. **අනුරාධපුරය**

၈၁၂

ROY: 32.081.24.11.453752

1. Chengdu China

24 FEB 2 1975

DIFERENÇA DE TARIFA 08/16-00
CORRECAO MONETARIA IG 08/16-00
YUINSTRACAO PUBLICA

16-02 DE SINISTROS
E INTENÇÃO NÃO VERIFICADA

13 NOV 2017

CENTE SEGURADORA S/A
1500 S. MARIA 484 - Boa Vista - RR

Informa que a Comissão de Defesa Nacional no âmbito de um
exame periódico (sem carácter de emergência) de esta data, tem pro-
posto a alteração dos pontos, para dar uma ideia de
atualização de estatísticas distribuídas durante um ano
completado de existência.

CASO MAJÁ COBRANÇA DE SERVIÇOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (LEV) P
 ODERA SER CANCELADA EM POSSÍVEIS CANAIS DE ATENDIMENTO. / IBGE CASO
 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~~

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

0.79 1.03 0.23

FI ORESTÀ

07/2017 22,75

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

16 NOV 2017

GENTE SEGUROS - DPVAT
Sócio Diretor: 451 - 802 010 12

☒ 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

Francisca Sousa Nascimento 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 Trabalhadora 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: _____

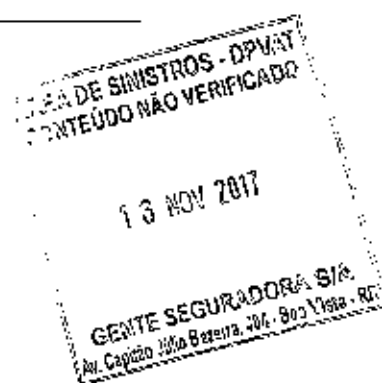
Ze Alberto Camilio Ilean

Assinatura do Declarante

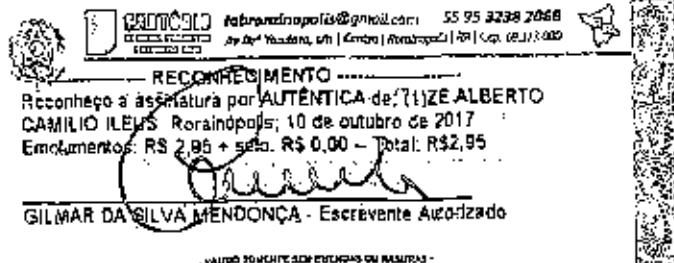


Ze Alberto Camilio Ilean

Assinatura do Condutor



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



VALIDO SOMENTE SEM EMENDAS 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) União Nacional Francisco 140M 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 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

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA - DPVAT
CORRETO E NÃO VERIFICADO

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

CERTIFICADO tabrevalrpopolis@gmail.com 55 95 3230 2068
Av. Dr. Janderá, 461 | 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

[Assinatura]
GILMAR DA SILVA MENDONÇA - Escrevente Autorizado

NUNCA ASSINAR COM ESTAMPAS OU RASCUNHO



GUIA DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA

01 DADOS DO(A) PACIENTE:		DATA DE ATENDIMENTO =>		DIA	MÊS	ANO	HORA	NÚMERO DE REGISTRO
Nome: ZF ALBERTO CAMILO ELEUS		15 09 2017		20:20				
DATA NASC	Dia	Mês	Ano	Idade:	Documento de Identificação		C.P.F.	SEXO: M () / F ()
15	09	1993	43					
End: Rua / Avenida				Nº			Complemento:	
Bairro:				Município:			Estado (UF)	
VIA ELEUS				RLIS			RR	
Filiação		PAI		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)	

TEMP:	PESO / Kg:	☒ X ☐	m.m.H.g.
----------------------------	---------------------------------	--	----------

05 SE ACIDENTE DO TRABALHO ESPECIFICAR:	
PROFISSÃO	CONFERE com original
DIA	MÊS
ANO	HORA
OBSERVAÇÕES	
05.370.016/0001-00	
HOSPITAL REGIONAL SUL	
GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUSA PINHO	
81 174 - Km 468	
CEP: 69.370-970	
06 DOENÇA OCUPACIONAL:	
☐ SIM	☐ NÃO

07 INFORMAÇÕES DE RESPONSABILIDADE MÉDICA:	
ESPECIALIDADE:	PORAINÓPOLIS
RESUMO CLÍNICO:	16 NOV 2017
EXAME FÍSICO:	DE SINISTROS - DE VAT
EXAME COMPLEMENTARES SOLICITADOS (RESULTADO NO VERSO):	CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
RESULTADO DE OUTRAS UNIDADES (RESULTADO NO VERSO):	16 NOV 2017
DIAGNÓSTICO:	PRONTE SEGURO PARA SAÍDA
PROVÁVEL:	PRONTE SEGURO PARA SAÍDA
DEFINITIVO:	PRONTE SEGURO PARA SAÍDA

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



Year	Percentage of Population Aged 65 and Over
1950	7%
1960	8%
1970	9%
1980	10%
1990	11%
2000	12%
2010	13%
2020	14%
2030	15%
2040	16%
2050	16%

- Old 22-23-24
25-26-27-28-29-30-31-32-33-34-35-36-37-38-39-40-41-42-43-44-45-46-47-48-49-50-51-52-53-54-55-56-57-58-59-60-61-62-63-64-65-66-67-68-69-70-71-72-73-74-75-76-77-78-79-80-81-82-83-84-85-86-87-88-89-90-91-92-93-94-95-96-97-98-99-100-101-102-103-104-105-106-107-108-109-110-111-112-113-114-115-116-117-118-119-120-121-122-123-124-125-126-127-128-129-130-131-132-133-134-135-136-137-138-139-140-141-142-143-144-145-146-147-148-149-150-151-152-153-154-155-156-157-158-159-160-161-162-163-164-165-166-167-168-169-170-171-172-173-174-175-176-177-178-179-180-181-182-183-184-185-186-187-188-189-190-191-192-193-194-195-196-197-198-199-200-201-202-203-204-205-206-207-208-209-210-211-212-213-214-215-216-217-218-219-220-221-222-223-224-225-226-227-228-229-230-231-232-233-234-235-236-237-238-239-240-241-242-243-244-245-246-247-248-249-250-251-252-253-254-255-256-257-258-259-260-261-262-263-264-265-266-267-268-269-270-271-272-273-274-275-276-277-278-279-280-281-282-283-284-285-286-287-288-289-290-291-292-293-294-295-296-297-298-299-300-301-302-303-304-305-306-307-308-309-310-311-312-313-314-315-316-317-318-319-320-321-322-323-324-325-326-327-328-329-330-331-332-333-334-335-336-337-338-339-340-341-342-343-344-345-346-347-348-349-350-351-352-353-354-355-356-357-358-359-360-361-362-363-364-365-366-367-368-369-370-371-372-373-374-375-376-377-378-379-380-381-382-383-384-385-386-387-388-389-390-391-392-393-394-395-396-397-398-399-400-401-402-403-404-405-406-407-408-409-410-411-412-413-414-415-416-417-418-419-420-421-422-423-424-425-426-427-428-429-430-431-432-433-434-435-436-437-438-439-440-441-442-443-444-445-446-447-448-449-450-451-452-453-454-455-456-457-458-459-460-461-462-463-464-465-466-467-468-469-470-471-472-473-474-475-476-477-478-479-480-481-482-483-484-485-486-487-488-489-490-491-492-493-494-495-496-497-498-499-500-501-502-503-504-505-506-507-508-509-510-511-512-513-514-515-516-517-518-519-520-521-522-523-524-525-526-527-528-529-530-531-532-533-534-535-536-537-538-539-540-541-542-543-544-545-546-547-548-549-550-551-552-553-554-555-556-557-558-559-560-561-562-563-564-565-566-567-568-569-570-571-572-573-574-575-576-577-578-579-580-581-582-583-584-585-586-587-588-589-590-591-592-593-594-595-596-597-598-599-600-601-602-603-604-605-606-607-608-609-610-611-612-613-614-615-616-617-618-619-620-621-622-623-624-625-626-627-628-629-630-631-632-633-634-635-636-637-638-639-640-641-642-643-644-645-646-647-648-649-650-651-652-653-654-655-656-657-658-659-660-661-662-663-664-665-666-667-668-669-670-671-672-673-674-675-676-677-678-679-680-681-682-683-684-685-686-687-688-689-690-691-692-693-694-695-696-697-698-699-700-701-702-703-704-705-706-707-708-709-710-711-712-713-714-715-716-717-718-719-720-721-722-723-724-725-726-727-728-729-730-731-732-733-734-735-736-737-738-739-740-741-742-743-744-745-746-747-748-749-750-751-752-753-754-755-756-757-758-759-760-761-762-763-764-765-766-767-768-769-770-771-772-773-774-775-776-777-778-779-780-781-782-783-784-785-786-787-788-789-790-791-792-793-794-795-796-797-798-799-800-801-802-803-804-805-806-807-808-809-810-811-812-813-814-815-816-817-818-819-820-821-822-823-824-825-826-827-828-829-830-831-832-833-834-835-836-837-838-839-840-841-842-843-844-845-846-847-848-849-850-851-852-853-854-855-856-857-858-859-860-861-862-863-864-865-866-867-868-869-870-871-872-873-874-875-876-877-878-879-880-881-882-883-884-885-886-887-888-889-890-891-892-893-894-895-896-897-898-899-900-901-902-903-904-905-906-907-908-909-910-911-912-913-914-915-916-917-918-919-920-921-922-923-924-925-926-927-928-929-930-931-932-933-934-935-936-937-938-939-940-941-942-943-944-945-946-947-948-949-950-951-952-953-954-955-956-957-958-959-960-961-962-963-964-965-966-967-968-969-970-971-972-973-974-975-976-977-978-979-980-981-982-983-984-985-986-987-988-989-990-991-992-993-994-995-996-997-998-999-1000-1001-1002-1003-1004-1005-1006-1007-1008-1009-1010-1011-1012-1013-1014-1015-1016-1017-1018-1019-1020-1021-1022-1023-1024-1025-1026-1027-1028-1029-1030-1031-1032-1033-1034-1035-1036-1037-1038-1039-1040-1041-1042-1043-1044-1045-1046-1047-1048-1049-1050-10

Confere
com original

RR

Glicemia 126 mg/dl

241 2A + 520 + 50