
Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180581573

Vítima: PAULO SERGIO ISIDORIO BELARMINO

Data do Acidente: 14/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), PAULO SERGIO ISIDORIO BELARMINO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180581573

Vítima: PAULO SERGIO ISIDORIO BELARMINO

Data do Acidente: 14/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PAULO SERGIO ISIDORIO BELARMINO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 07 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180581573

Vítima: PAULO SERGIO ISIDORIO BELARMINO

Data do Acidente: 14/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), PAULO SERGIO ISIDORIO BELARMINO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovação de ato declaratório incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 19 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180581573 **Vítima: PAULO SERGIO ISIDORIO BELARMINO**

Data do Acidente: 14/07/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

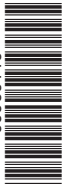
Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 05 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180581573

Vítima: PAULO SERGIO ISIDORIO BELARMINO

Data do Acidente: 14/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), PAULO SERGIO ISIDORIO BELARMINO

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 18 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180581573

Vítima: PAULO SERGIO ISIDORIO BELARMINO

Data do Acidente: 14/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PAULO SERGIO ISIDORIO BELARMINO

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **PAULO SERGIO ISIDORIO BELARMINO**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **1100**

Conta: **0000035942-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Autorização de pagamento



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 e 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 do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

086 026 614-10

Nome completo da vítima

PAULO SERGIO ISIDORIO BELARMINO

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo PAULO SERGIO ISIDORIO BELARMINO		CPF titular da conta 086 026 614.10	Profissão AGRICULTOR
Endereço RUA PROTETADA		Número 117	Complemento
Bairro CONJUNTO	Cidade ALAGOA GRANDE	Estado PB	CEP 58388-000
Email		Telefone (DDD) 83 991596657	

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

- ☐ RECUSO INFORMAR
 ☒ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 1100 D/V
 CONTA NRO. 00027432 D/V
 (Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome NRO.
 AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V
 (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

GUAR-8189 30 de NOVEMBRO de 2018

Local e Data

Paulo Sergio Isidorio Belarmino

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

ASL-0446747/18
kelly.sousa
09/08/2019 16:40:14

ASL-0446747/18
kelly.sousa
09/08/2019 16:40:14

ASL-0446747/18
kelly.sousa
09/08/2019 16:40:14

ASL-0446747/18
kelly.sousa
09/08/2019 16:40:14

ASL-0446747/18
kelly.sousa
09/08/2019 16:40:14

ASL-0446747/18
kelly.sousa
09/08/2019 16:40:14



ASL-0446747/18
kelly.sousa
09/08/2019 16:40:14



ASL-0446747/18
kelly.sousa
09/08/2019 16:40:14

Autorização de pagamento



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 e 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 do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

086 026 614-10

Nome completo da vítima

PAULO SORGIO ISIDORIO BELARMINO

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo PAULO SORGIO ISIDORIO BELARMINO		CPF titular da conta 086 026 614-10	Profissão AGRICULTOR
Endereço RUA PROTEGIDA		Número 117	Complemento
Bairro CONJUNTO	Cidade ALAGOA GRANDE	Estado PB	CEP 58388-000
Email			Telefone (DDD) 83 991596657

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

- ☐ RECUSO INFORMAR
 ☒ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAU (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 1100 D/V ☐
 CONTA NRO. 00027432 D/V ☐

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome NRO.

AGÊNCIA NRO. D/V ☐
 CONTA NRO. D/V ☐

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

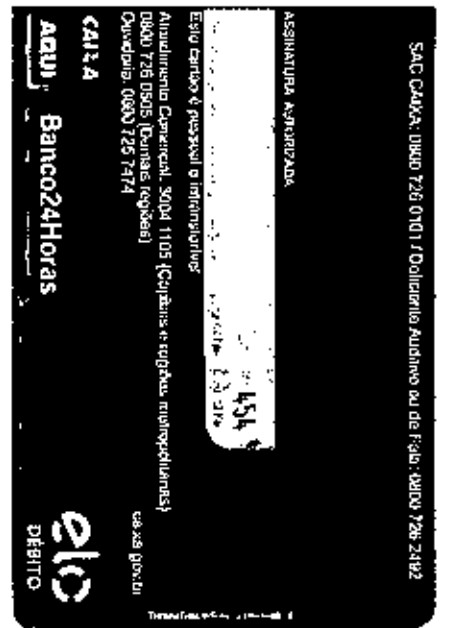
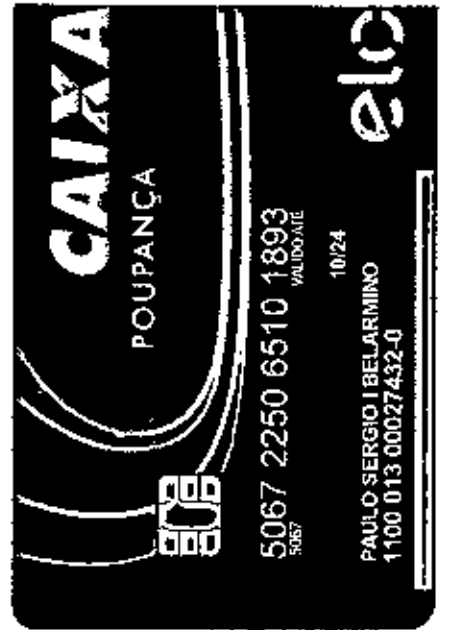
GUARABIRA 30 de NOVEMBRO de 2018

Local e Data

Paulo Sergio Isidorio Belarmino

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





BOLETIM DE Ocorrência POLICIAL

Livro nº 001/2018
Ocorrência nº. 474/2018

Boletim de ocorrência



Aos VINTE E OITO dias de SETEMBRO de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de ALGOA GRANDE/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **MARIA SOLIDADE DE SOUSA**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(o) do seu cargo, aí, por volta 11h:00min, **compareceu a PESSOA a seguir qualificada:**

PAULO SERGIO ISIDORIO BELARMINO, conhecido(a) por PAULINHO, Identidade nº 3.327.798-SSS/PB, CPF nº 086.026.614-10, nacionalidade brasileira, estado civil: união estável, profissão: agricultora, filho(a) de Maria Da Penha Isidório Belarmino, natural de Alagoa Grande/PB, nascido(a) em 23/07/1988 (30 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Vera Cruz, Nº 317, Conjunto Vera Cruz, tendo como ponto de referência: próximo ao posto de saúde, na cidade de ALGOA GRANDE/PB, fone(s) para contato: (83) 99159-6657.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme a seguir enumerado:

- 1) **Natureza do fato:** ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) **Data do Fato:** 14 de 07 de 2018;
- 3) **Horário do fato:** 16h:0min;
- 4) **Local do fato:** Sítio Genipapo, zona rural de Alagoa Grande/PB;
- 5) **Unidade(s) de Saúde para a(s) qual(is) o(a) acidentado(a) foi encaminhado(a):** Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes, Campina Grande/PB;
- 6) **O comunicante/vítima conduzia o veículo?** SIM;
- 7) **Sendo o(a) comunicante o(a) condutor(a) do veículo envolvido no acidente, é ele(ela) habilitado?** NÃO;
- 8) **O veículo do(a) comunicante encontra-se em dia com suas obrigações tributárias?** NÃO

6) Descrição do(s) veículo(s) envolvido(s) no acidente:

HONDA/CG 125 FAN KS ,COR PRETA , ANO/MODELO 2012/2012, PLACA OEY 7706/PB, CHASSO: 9C2JC4110CR550695, DE PROPRIEDADE DE JOSÉ ILTON DA SILVA, CPF 061.743.014-43.

7) Testemunha(s) do fato/acidente:

8) Breve resumo do fato:

Que o COMUNICANTE veio a esta delegacia para informar que na data e hora acima citada ,sofreu um acidente de moto ,na zona rural de Alagoa Grande/PB;Que o COMUNICANTE esta a caminho do sítio Genipapo,que no caminho tentou passar no meio de duas estacas ,vindo a motocicleta a derrapar e o comunicante foi arremessado ao solo;Que o COMUNICANTE foi socorrido por terceiros e levado ao hospital municipal de Alagoa grande/PB, sendo transferido para o Hospital de emergência e trauma Dom Luis Gonzaga Fernandes em Campina Grande/PB, sendo submetido a uma cirurgia no punho direito;Que o COMUNICANTE ficou Internado por (08) oito dias recebendo alta logo em seguida.

OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevã(o) que digitei.

Paulo Sergio Isidório Belarmino
PAULO SÉRGIO ISIDÓRIO BELARMINO

Comunicante

[Assinatura]
Escrivã(o)/Agente
Matrícula nº 182.464-3

RECEBIDO

06 DEZ 2018

Seguradora Líder DPVAT



Eu, PAULO SERGIO ISIDORO BEARMINO, portador da carteira de identidade nº 3327778 e inscrito no CPF/MF sob o nº 086 026 614 - 10, residente e domiciliado na RUA PROJETADA, 117, Cidade PIRACARAÍBA, Estado PB, 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.

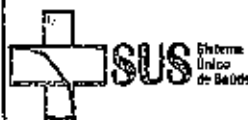
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Paulo Sergio Isidoro Bearmino

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

GUARABIRA, 30/11/2018

Local e data



ESTADO DA PARAIBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE ALAGOA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL (EMERGÊNCIA)

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇOS - UPS

CÓDIGO DA UNIDADE: 2592509 - CNPJ: 08.753.204/0006-10

HOSPITAL MUNICIPAL OSWALDO TRIGUEIRO/ POLICLÍNICA - AV. 15 DE NOVEMBRO, 153

NOME: Paulo Sérgio L. Delavassine SEXO: M

PROFISSÃO: _____ DT. NAS: 23/07/88

ENDEREÇO: R. João Paulo Novo Nº CARTÃO SUS: 702900735199312

MUNICÍPIO: Alagoinha RG: _____

ESTADO: PB CEP: 58300-000 DATA DO ATEND: 19/07/18

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS

Alt 1,60m
peso 65kg
pressão 120/80
temperatura 36,5°C
FC 72 bpm
FR 18 rpm
Saturação 98%

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE

TIPOS: 2x Análise de urina API Perfil

RESULTADOS: Proteína +

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

1. Injeção de Penicilina
2. 1 box Iy
3. 1 box Iy
4. 1 box Iy
5. 1 box Iy

DIAGNÓSTICO: Inf. do Colômbio CID: 552

ATO

CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO

NATUREZA DA CONSULTA

☐ CONSULTA BÁSICA (PAB)

☐ CONSULTA ESPECIALIZADA:

PROCEDIMENTO

Seito Rx

Comprovação de ato declaratório



MEDICAÇÃO

☐ PRESCRITA

☐ APLICADA

ENCAMINHAMENTO

☐ OBSERVAÇÃO

☐ RESIDÊNCIA

☐ INTERNAÇÃO

☒ OUTRO HOSPITAL

☐ ÓBITO

☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS

CÓDIGO DE PROCEDIMENTO

CEO

IDADE

0301060053 225123 300

ASS. MÉDICO/CARIMBO

Dr. Kleber L. R. de Azevedo - ME
Médico CRM 1922
CNPJ: 23.425.765/0001-60

ASS. PACIENTE OU RESPONSÁVEL

POLEGAR

ASS. MÉDICO AUDITOR/CARIMBO

ASS. REVISOR/CARIMBO

Antônio Carlos do Nascimento

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: 13/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PAULO SERGIO ISIDORIO BELARMINO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01100

CONTA: 000000035942-2

Nr. da Autenticação E9F1D3DFD270C867

PAULO SÉRGIO ISIDORO BELARMINO
RUA PROJETA DA, 117 - CONJUNTO
ALACOA GRANDE / PB CEP: 58360-000 (AQ: 77)
Emissão: 05/09/2018 Referência: Set / 2018
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B730,7m2
Data de 2-40: 545-4352 Nº medidor: 00009183115

Energisa

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ nº 08.513.000/1-40 - Ins. Est. 15.015.023-0
CNPJ nº 08.513.000/1-40 - Ins. Est. 15.015.023-0

Nota Fiscal de Energia Elétrica Nº 012.000.365
Cód. para Dtb. Automática: 0001721113

Atividade de Consumo 0000 000 0000
Set / 2018 05/09/2018 05/10/2018
OC (Ordem de Consumo)
Atividade de Consumo

1100 013 97432-0

Espaço reservado para preenchimento do número da conta

Mais informações consulte o site: caixa.gov.br

0800 726 0101 0800-726 2492 0800-725 7474
Reclamações, Atendimento a pessoas com deficiência auditiva ou de fala, Ouidoria

37.158-9004

45.000.000.51-2016

DATA	LEITOR	DATA	CANAL	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3</
------	--------	------	-------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Declaração do proprietário do veículo

Eu, JOSE ILTON DA SILVA



RG nº 38.596.824-8, data de expedição 08 / 03 / 2004

Órgão SSP / SP, portador do CPF nº 061.743.034-43

com domicílio na cidade de ALAGOA GRANDE, no Estado de

PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

ASSENTAMENTO JOSÉ HORÁCIO, nº SIN

complemento ÁREA RURAL, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

PAULO SÉRGIO ISIDORO BELARMINHO, cujo o condutor era

PAULO SÉRGIO ISIDORO BELARMINHO

Veículo: MOTO Modelo: HONDA / CG 325 FAN K5 Ano: 2012

Placa: OEF 3706 / PB Chassi: 9C2JC4 330CR 550695

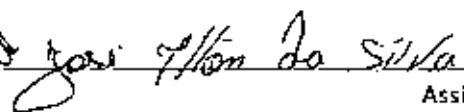
Data do Acidente: 34 / 07 / 2018

Local e Data: ALAGOA GRANDE - PB, 05 / abril / 2019.

RECEBIDO

16 ABR 2019

Seguradora Lider DPVAT


Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

 **Cartório**
Jalma Coelho
Cartório do Segundo Ofício de Notas - Alagoa Grande-PB
Rua Francisco Lima Cavalcanti de Almeida, 05 - CEP: 56360-000
Fone: (31) 3213-2308 - E-mail: segundoficiodnotas@igolpb.com
Tabela: Elmar Nogueira de Araújo - Subst. Maria Regina Cammion Tr. de Araújo

Reconheço, a(s) Firma(s) por () Semelhança e/ou

(X) Autenticidade de: JOSE ILTON DA SILVA

Alagoa Grande, 05 / abril / 2019

TABELA PÚBLICA



Selo Digital: AIJO4353 - GDMZ

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES**

Nome do Paciente <i>Paulo Sérgio Sidero Blumino</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação <i>25/10/78</i>	Enf. <i>Araceli</i>	Leito	
Operador <i>Dr. Francisco Amaro</i>		1º Auxiliar <i>Dr. Xuxu (MR)</i>	
2º Auxiliar <i>Dr. Ewelen (MR)</i>	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fx. Pilonar Valo (D)</i>			
Tipo de Operação <i>Ortognóstico</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>O mesmo</i>		Documentação médica - hospitalar	
Relatório Imediato da Patologia <i>(S)</i>			
Exame Radiológico no Ato <i>Sim</i>			
Acidente Durante a Operação <i>Não</i>			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
① <i>Doente em DTH, 2º e 3º membros</i>
② <i>Anestesia + analgesia na operação de limpeza e</i>
③ <i>Exame em nível de Hérnia + insuflação com gás + Hérnia</i>
④ <i>Redução manual da fx + ortognóstico Pilonar Valo com 1</i>
<i>valer 3.5 + punção no local</i>
⑤ <i>Punção de 10 x 10 cm para redução manual da fx, com</i>
<i>limpeza</i>
⑥ <i>Sutura</i>
⑦ <i>Curativo</i>

Dr. Ewelen Meira
Instrumentador
10/10/78

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Paulo Sergio Bidoiro Beldrim 23/02/1979						GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA	
QI	LEITE	CONVENIO	IDADE	REGISTRO	HISTÓRICO DE ESTADO DA SAÚDE		
	Sala 03	SU	29	1692714	Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes		
CIRURGIA Proctocysto de Parede			CIRURGIÃO Yuri + Luciana				
ANESTESIA Bloqueio pleo			ANESTESIA 2º 2º				
INSTRUMENTADORA		DATA	INICIO	FIM			
Y. N. Silva		20/02/18	10:00	12:00			

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	01	Calef. p/ Oxo.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Calef. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	04	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Colonoide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
02	Inova ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml	01	Equipo de Macrogolas		Ethibond	
	Mercaina % ml		Equipo de Macrogolas		Ethibond	
	Nubahin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.	10	Esparradrapo Largo cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Protóxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml	10	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.		H ₂ O, ml	01	Mononylon 30	
	Thionembulal ml		Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	01	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
03	Agua Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
01	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix	
02	Digirona amp.	02	Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
	Flaxidol amp.	03	Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.	02	Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Geramcina amp.		Luvas 8.5			
	Glicose amp.	05	Oxigênio l/m 30 l/m			
	Glucon de Cálcio amp.		Polifix			
	Haemacel ml	02	PVPi Degemente ml			
	Heparema ml		PVPi Tópico ml	Qtd.	SOROS	
	Kanakon amp.	01	Sabão Antiséptico	02	SG Normotermico fr 500 ml	
02	Lasix amp. Novesdon	03	Saco coletor 100 ml		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrolinazol.	02	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertermico fr 500 ml	
	Piasil amp.	02	Seringa desc. 20 ml	01	SG Ringr fr 500 ml	
	Protamina	02	Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml	
	Revivan amp.		Sonda			
	Sulptanon amp.		Sonda folley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
02	Peptidoma		Sonda Nasogáfrica			
01	de 100 ml		Sonda Uretral nº			
			Steridrem ml			
			Tornelrinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml		EQUIPAMENTOS	
	Aguilha desc. 25 x 7		Getcon 18			
02	Aguilha desc. 28 x 28 4012		Látex			
	Aguilha desc. 3 x 4,5	05	elétricos			
	Aguilha p/ raque nº	01	capa de 100			
05	Alcool de Enfermagem					
	Alcool Iodado ml					
02	Ataduras de Crepon 100 ml					
	Ataduras de Gessada					
	Azul metileno amp.					
	Benzina ml					

EQUIPAMENTOS	
() Oxímetro de Pulso	() Foco Auxiliar
() Serra	() Eletrocautério
() Desfibrilador	() Oxímetro
() Foco Frontal	() Cardiomonitor
() Fonte de Luz	() Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Aguiha Beatriz S. Silva
R. 100 - Imagem
C. 1218614



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE INGA
SECRETARIA DE SAÚDE



RECEITUÁRIO

Nome: LAUDO MÉDICO

Atento para as devidas fins
que o Sr. Paulo Sérgio Isidoro
Belarmino, 30 anos. apresenta
osteointegra de fratura do rádio
distal direito com placa em
T + 3 parafusos, no urea
de 4 meses após acidente
de moto (SIC).

CID: S 52.6.

Dr. Ralf Leite Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9350
Telex: 15943

28/11/18.

Ass. e carimbo do Médico

Data: ____/____/20__

GOVERNO
DAPAR 484

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

Diagnóstico

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA

DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Paulo Sérgio

Ex. radio dental

Paciente Data	Prescrição Médica	Horário	Enfermaria	Leito	Evolução Médica
	Dieta livre				
<i>16</i>	500mg 1500ml EV 6/8hs <i>Selo</i>				
	Dipirona 2ml + AD EV 6/8hs	<i>12 18 24</i>			<i>Primeira avaliação</i>
<i>07</i>	Omeprazol 40 mg EV / dia	<i>12 18 24</i>			<i>Agenda cirurgia</i>
	Tilatil 20mg EV 12/12hs				<i>CPH</i>
	Tramal 100mg + SF EV 8/8hs SN				
	Plasil 2ml + AD EV 8/8hs SN				
	Clonazepam 3mg 3x/dia				
	SSVV + CCGG				
	<i>Dr. Eduardo Braga Moreis</i> <i>CRM - Traumatologia</i> <i>CRM - PB 6586</i>				<i>Dr. Eduardo Braga Moreis</i> <i>CRM - Traumatologia</i> <i>CRM - PB 6586</i>

FOHIA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

DIAGNÓSTICO

SP. Nódulo Distal B.
+ Lin. metast. em

Paciente: Paulo Henrique, 29

Alojamento:

Leito: 10

Convênio:

Data	Prescrição Médica		Horário	Evolução Médica
	1. Dieta <i>hvt</i>		07	
15/07	2. SRI 1500ml EV/24h <i>de 10h</i>	07		
	3. Epliprona 02ml + AD EV 05/06h	07	07	
	4. Tiladi 20mg + AD EV 12/12h	12	07	<i>Ad 07h</i>
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum		07	
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SN	07		<i>PicG, eplivon, SI quivon</i>
	7. Nausecton 01 FA + AD EV 8/8h SN	07		
	8. Oexane 40mg SC/dia	07		<i>Prunex 12, more 12</i>
	9. SSIV + CCGG	07		<i>col. 6p-1</i>
	10. <i>Aspirina 100mg b.i.d.</i>	07		<i>Aspirina 100mg b.i.d.</i>
<i>Dr. Yury Painei</i> <i>CRM: 10.100.100.100</i>				
<i>Dr. Yury Painei</i> <i>CRM: 10.100.100.100</i>				

 SUS	Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde		
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		2 - CHES 2362856
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		4 - CHES 2362856
Identificação do Paciente		
5 - NOME DO PACIENTE PAULO SERGIO ISIDORIO BELARMINO		6 - N° DO PRONTUÁRIO 1692720
7 - CARTÃO DO SUS 708900735199312	8 - DATA DE NASCIMENTO 23/07/1988	9 - SEXO M ☒ F ☐
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL 		11 - TELEFONE DE CONTATO DD 83 Nº de telefone 91596657
12 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO) R VERA CRUZ, 0, ZONA RURAL		
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Alagoa Grande		14 - CÓDIGO MUNICIPAL 250030
		15 - UF PB
		16 - CEP 58388000
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO		
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS dor abdominal puns		
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Jto. dano		
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) N		
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Furto / Luxação punho		
21 - CID 10 PRINCIPAL 		
22 - CID 10 SECUNDÁRIO 		
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS 		
PROCEDIMENTO SOLICITADO		
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Jto. dano		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA 	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02	28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF 980016286081505
29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 		30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE BRENO COUTINHO TORRES
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 14/07/2018		32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)		
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	36 - CNPJ DA SEGURADORA 	37 - N° DO BILHETE
	38 - SÉRIE 	
	39 - CNPJ EMPRESA 	40 - CNAT DA EMPRESA
	41 - CBOR 	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO		
AUTORIZAÇÃO		
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 		44 - COD. ORGÃO EMISSOR
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF 		46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /		48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)
		49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



GOVERNO
DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1692714 CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 14/07/2018

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07

Atendente: Adriana Pereira Rodrigues

PACIENTE: PAULO SERGIO

CEP: 58388000

Nascimento: 23/07/1988

ISIDORIO BELARMINO

Endereço: R. VERA CRUZ

Sexo: M

Telefone: 91596657

Cidade: Alagoa Grande

Idade: 029

Bairro: ZONA RURAL

Nome da Mãe:

RG:

Nº: 0

Responsável:

CPF:

Profissão:

Estado Civil: Solteiro(a)

Data de

CNS: 708900735199312

Atend: 14/07/2018

Motivo: QUEDA DE MOTO

Hora: 19:02:30

CONVÊNIO: SUS

Médico:

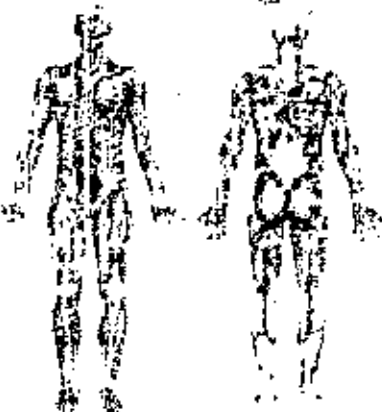
CRM:

Especialidade:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



- | | |
|-------------------------|----------------------------------|
| 1. Abrisão | 19. Fratura óssea fechada |
| 2. Amputação | 20. Fratura óssea aberta |
| 3. Avulsão | 21. Hematoma |
| 4. Contusão | 22. Ingestão de Veneno |
| 5. Cisão | 23. Laceração |
| 6. Dor | 24. Lesão tendão |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empalhamento | 26. Mordedura |
| 9. Enfisema subcutâneo | 27. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Erupção | 28. Objeto Enfiado |
| 11. Equimose | 29. Otite |
| 12. F. Arma Branca | 30. Ferimento |
| 13. F. Arma de fogo | 31. Ferida |
| 14. F. Cortado | 32. Ferimento |
| 15. F. Cortante | 33. Queimadura |
| 16. F. Corto-contuso | 34. Rinite |
| 17. F. Perfuro-contuso | 35. Sinais de liquemia |
| 18. F. Perfuro-cortante | 36. |

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = _____ % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIGNOSTICO / CID:

Ortopedia
EXAME PRIMÁRIO - OS CLÍNICOS

Queda de moto (100%)
da altura 2
5/ ossos quebrados
No. fratura não deslocada
do 1º e 2º metacarpo

RAIO X
REALIZADO EM
12/07/18

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow PA HGT: SatO2

EXAMES SOLICITADOS:

- | | |
|--------------------------------|-----------------------|
| () Laboratoriais | () Ultrassonografia: |
| () Gasometria arterial | () Radiografias: |
| () Tomografia Computadorizada | () |

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: _____ às _____ Dia _____

Especialista: _____ às _____ Dia _____

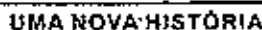
MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1		
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Breno C. Torres
Ortopedia Cirurgia do Ombro
RM - PG 7232/ECT-13



Dr. Nicole R. ...
MMJ: ...
CNPJ: 73.425 785/0001-80

Sr(a): PAULO SERGIO BELARMINO Protocolo: 0000414367 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): BRENO C TORRES Data: 15-07-2018 10:41 Origem: AREA AMARILHA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 29 anos Destino: Leito - 10

HEMOGRAMA

(DATA DA COLETA: 15/07/2018 10:40)

	Resultados	Valores de Referência
SÉRIE VERMELHA		
Eritrócitos.....	4.63 milhões/mm ³	4.2 A 6.0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	13,3 g/dL	13,5 A 16,5 g/dL
Hematócrito.....	40,0 %	40,0 A 52,5 %
V.C.M.....	86 fL	82,0 A 92,0 fL
H.C.M.....	29 pg	27,0 A 31,0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32,0 A 36,0 g/dL
SÉRIE BRANCA		
Leucócitos.....	8.400 /mm ³ (%)	5.000 A 10.000 /mm ³ (/mm ³)
Neutrófilos.....		
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	3,0	252
Segmentados.....	77,0	6.468
Eosinófilos.....	0	0
Basófilos.....	0	0
Linfócitos.....		
Típicos.....	18,0	1.512
Atípicos.....	0	0
Monócitos.....	2,0	168
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	170.000 mm ³	140.000 A 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.


Ana Claudia Barroso
Biomédica
CRBM - 5793

Emissão : 15/07/2018 10:42 - Página 1 de 2

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: E590-7C16-6656-C096-E593-327D-225F-7E97

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

3- Ex de 1/3 de total de neșuri ①
de 9, p. 100 ①
4 - 4

Agarwal

Paciente	Paula Helena Indonio Galun (2/7/60)	Alojamento	7-4	Leito	10	Convênio	
----------	-------------------------------------	------------	-----	-------	----	----------	--

[illegible]



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA É TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

Nome:	Paulo Sergio Jaidorio Belferrino		
End:	R. Vera Cruz	Bairro:	Alagoa Grande
Data de Nascimento:	23-07-88	Documento de Identificação:	8
Queixa:	Dor de	Data do Atend.:	14-07-19
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	

de moto

Classificação de Risco

Nível de consciência: (☒) Bom () Regular () Baixo	Aspecto: (☒) Calmo () Fácels de dor () Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: (☒) Normocorada () Pálida
Deambulação: (☒) Livre () Cadeira de rodas () Maca	

Estratificação

- () Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

- (☒) Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Mahaynni Carvalho Sá

COREN-PB 55719-ENF

Assinatura e carimbo do profissional

MOD. 110

HMA6011180



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM

NOME: Paula Sérgio Siqueira
 IDADE: 29 SEXO: ☒ M ☐ F DATA DE NASCIMENTO: / / às : h
 SETOR: LEITO: 10
 DIAGNÓSTICO MÉDICO:
 ALERGIAS: SIM ☐ NÃO ☒ QUAIS:
 MEDICAÇÃO CONTÍNUA: SIM ☐ NÃO ☒ QUAIS:
 DOENÇA CRÔNICA: SIM ☐ NÃO ☒ QUAIS:
 PRESENÇA DE ESCARA: SIM ☐ NÃO ☒ LOCAL:
 PRESSÃO ARTERIAL: HIPOTENSO ☐ NORMOPOTENSO ☒ HIPERTENSO ☐
 SISTEMA NEUROLÓGICO: CONSCIENTE ☒ INCONSCIENTE ☐ ORIENTADO ☒
 SISTEMA RESPIRATÓRIO: DISPNEICO ☐ TAQUIPNEICO ☐ EUPNEICO ☒ BRADIPNEICO ☐
 SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE): NORMAL ☒ POLÚRIA ☐ OLIGÚRIA ☐ SVD ☐
 MOBILIDADE: DUSÚRIA ☐ CISTOSTOMIA ☐ ANÚRIA ☐
 DEÂMBULA ☒ DEÂMBULA C/ APOIO ☐ ACAMADO ☐ S/ DEFICITE MOTOR ☐
 TETRAPLEGIA ☐ HEMIPLEGIA ☐ PARESIA ☐ RESTRITO NO PEITO ☐
 SIST. GAS. ROENTATINAL (DIETA): VO ☒ SNG ☐ SNE ☐
 ESTADO NUTRICIONAL: NUTRIDO ☒ DESNUTRIDO ☐ OBESO ☐ CAQUÉTICO ☐
 DADOS VITAIS: PA: / T: / FR: / FC: / PESO: /

DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM

☐ RISCO DE QUEDA CD/FR:
☐ RISCO DE ASPIRAÇÃO CD/FR:
☒ RISCO DE INFECÇÃO CD/FR: preexistente, monitorar
☐ RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL CD/FR:
☐ RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL CD/FR:
☐ RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA ☐ RETENÇÃO URINÁRIA CD/FR:
☐ RISCO DE SANGRAMENTO CD/FR:
☐ NÁUSEA CD/FR:
☐ DOR AGUDA ☐ DOR CRÔNICA CD/FR:
☐ PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ CD/FR:
☐ MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA CD/FR:
☐ DÉFICIT NO AUTO CUIDADO ☐ ALIMENTAR-SE ☐ PARA BANHO CD/FR:
☐ INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA CD/FR:
☐ RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA CD/FR:
☐ RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO CD/FR:
☐ CD/FR:
☐ CD/FR:
☐ CD/FR:
 CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA
 FR: FATOR RELACIONADO

ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	ASSINATURA
☒ MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.	<u>10 20</u>	
☐ REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.		
☐ ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.		
☐ INSTALAR CATÉTER DE O2 A DL/IN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.		
☐ AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).		
☐ ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.		
☐ POSICIONAR O PACIENTE EM DECÚBITO DE 45°.		
☐ MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.		
☒ MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR, HIPEREMIA).	<u>M.T.N.</u>	
☒ ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.	<u>sempre</u>	
☒ REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.	<u>contínuo</u>	



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR. (A): Raulo Sérgio

Isidoro Belarmino

PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. _____

SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº. S62 NO CID. DURANTE
O PERÍODO DE 19/07/18 A 21/07/18 NECESSITANDO DE
60 dias DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Campina Grande 21/07/18

Ass. do Médico

Dr. Isidoro A. Cruz
Médico do CRM
CRM-PB. 2000

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o
Dr., _____ a registrar o diagnóstico
codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Ass. do Paciente ou Responsável

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO 1692219	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: Paulo Sergio Indiano			IDADE: 29	SEXO: M	COR:
DATA: 20/07/18	PRESSÃO ARTERIAL: 112x67	PULSO: 84	RESPIRAÇÃO:	TEMPERATURA:	PESO:	ALTURA:	
TIPO SANGÜÍNEO:	HEMÁCIAS:	HEMOGLOBINA:	HEMATÓCRITO:	GLUCEMIA:	UREIA:	OUTROS:	
					URINA:		
AP. RESPIRATÓRIO:					ASMA: BRONQUITE:		
AP. CIRCULATÓRIO:					ELETROCARDIOGRAMA:		
AP. DIGESTIVO:			DENTES:	PESCOÇO:	AP. URINÁRIO:		
ESTADO MENTAL:			ATÁRAXICOS:	CORTICÓIDES:	ALERGIA: /	HIPOTENSORES:	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Ex Radio Dental					ESTADO FÍSICO: RISCO:		
ANESTESIAS ANTERIORES:							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA:				APLICADA:	AS:	EFEITO:	
10:00							
AGENTES ANESTÉSICOS:					INDUÇÃO		
					Satisf.: Excl.: Tosse:		
					Laringo espasmo: Lento:		
					Náuseas: Vômitos:		
					Outros:		
LÍQUIDOS:					MANUTENÇÃO		
					1- Fentanil 150mcg		
					2- Midazolam 5mg		
					3- Propofol 40mg		
					4- Dipriona 20		
					5- Rexametazona 10mg		
					6- Ondansetrona 4mg		
CÓDIGOS:					ANESTESIA SATISF.: Sim Não		
					Não, por quê?		
					DESPERTAR		
					Reflexos na SO:		
					Obr.: Co.: Excl.:		
					Náuseas: Vômitos:		
					Outros:		
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES:	Bloqueio de plexo braquial D com bupiv. 0,5% 15ml + lidocaina 2% 15ml				Com cânula:		
					Para o Leito Sim Não		
POSICÃO:	Dol				CONDIÇÕES:		
AGENTES:							
TÉCNICA:	CÂNULAS						
OPERAÇÃO:	+ no cirurgião para Ex de rádio dental						
CIRURGIÕES:	Dr. Vitor (M. 2)						
ANESTESISTAS:	Dr. Leonardo						
OBSERVAÇÕES:							
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS						PERDA SANGÜÍNEA	



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Paulo Sérgio
Fidelis
Beltrami

Requisitos submetidos
a fim de cumprir o
decreto nº 1.285 D
desta Lei, fixado
nos pontos e
Declarar
em 552

MOB. 001

Dr. Ralfon Marinho da Costa
CRM 3965-PB/13.199-PE
TEOT 11.285

13/05/11

Médico

Data

CÓDIGO DE CONTROLE
0A64.BF0E.962C.88F8

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil

As 10:40:08 do dia 20/11/2015 (hora e data de Brasília)

Dígito verificador: 00

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 332119061123

DATA DE EMISSÃO 22/05/2006

NOME PAULO SÉRGIO ISIDÓRIO BELARMINO

FILIAÇÃO Maria da Penha Isidório Belarmino

ALGODÃO GRANDE PB

23.07.1988

NATURALIDADE

CERT. NASC. 19522-PR-293 IV-A-18

Of. de Algodão Grande PB

LEI Nº 7.116 DE 29-08-93

Documentos de identificação



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 086.026.614-10

Nome PAULO SÉRGIO ISIDÓRIO BELARMINO

Nascimento 23/07/1988

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

006 P

Paulo Sergio Isidório Belarmino

ASSINATURA DO TITULAR

006

CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 011712032865
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 0047311193-4 00/00000000 2014

NOME: JOSE ILTON DA SILVA

PLACA: 06174301443

NOVO

ESPÉCIE TIPO: PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

MARCA/MODELO: HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB: 2012

CATEGORIA: 2ª F7124 7CT

COMBUSTÍVEL: GASOLINA

COR PREDOMINANTE: PRETA

IPVA COTA ÚNICA EM 22/07/2014

FAIXA IPVA: 0

PREMIO TARIFARIO (R\$): 0

PREMIO TOTAL (R\$): 0

DATA DE PAGAMENTO: 22/07/2014

RESERVAS: A.F. BV FINANCEIRA S.A.

ALAGOA GRANDE - PB

06/08/2014

40649

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

PB Nº 011712032865 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2014 DATA EMISSÃO: 06/08/2014

VIA: 06174301443

PLACA: OEY7706/PB

RENAVAM: 00473111934

MARCA/MODELO: HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB: 2012

CATEGORIA: 2ª F7124 7CT

COMBUSTÍVEL: GASOLINA

COR PREDOMINANTE: PRETA

PREMIO TARIFARIO

FAIXA IPVA: 0

PREMIO TOTAL (R\$): 0

DATA DE PAGAMENTO: 22/07/2014

RESERVAS: A.F. BV FINANCEIRA S.A.

ALAGOA GRANDE - PB

06/08/2014

40649

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.246.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

77435-11060695-20140806

DUT



DUT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETTRAN - PB Nº 011712032865
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
EXERCÍCIO 2014 DATA DE EMISSÃO 06/08/2014
VIA 00473111934-000000000000-2014

NOME JOSE ILTON DA SILVA

06174301443-000000000000-2014

PLACA 06174301443-000000000000-2014

PAS/MOTOCICLETA/NAO APPLIC/GASOLINA

HONDA/CG 125 FAN KS

2ª F 724 / CT PARTIC PRETA

IPVA PAGO EM 22/07/2014

PARCELAMENTO / COTAS

PREMIO TARIFARIO (R\$) 0,00

PREMIO TOTAL (R\$) 0,00

DOCUMENTO DE TRANSPORTE OBRIGATORIO

NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

ALACOA GRANDE - PB

CONTIN

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

PB Nº 011712032865 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2014 DATA EMISSÃO 06/08/2014

VIA 06174301443-000000000000-2014

RENOVAM 00473111934-000000000000-2014

2012 9C2JC4110CR550695

PRÊMIO TARIFÁRIO

PREMIO TARIFARIO (R\$) 0,00

PREMIO TOTAL (R\$) 0,00

PAGAMENTO

SEGURO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 06.548.808/0001-04
www.seguradoralider.com.br

7743511060695-20140805



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0446747/18

Vítima: PAULO SERGIO ISIDORIO BELARMINO

CPF: 086.026.614-10

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/07/2018

Titular do CPF: PAULO SERGIO ISIDORIO
BELARMINO

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

Outros



PAULO SERGIO ISIDORIO BELARMINO : 086.026.614-10

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/12/2018
Nome: PAULO SERGIO ISIDORIO BELARMINO
CPF: 086.026.614-10

PAULO SERGIO ISIDORIO BELARMINO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/12/2018
Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES
CPF: 149.018.967-09

JULIANA MARQUES RODRIGUES

COBERTURA SOLICITADA

☐ MORTE ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA PAULO SÉRGIO ISIDORO BELARMINO

DATA DO ACIDENTE 14/07/2018 POSSUI CPF ☒ SIM ☐ NÃO Nº CPF 086026614-10

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
☐ Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradora lider.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
☐ Laudo de Invalidiz do IML - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
☒ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva - Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☒ CPF da vítima (cópia simples)
☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
☒ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
☐ Comprovações das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receituários médicos (originais)
☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
☐ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
☐ Certidão de Óbito da vítima - cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de Residência (original).
☐ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
☐ Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
☐ Declaração de Cônjuge (original)
BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)
☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)
☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))
☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)
☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))
☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) PAULO SÉRGIO ISIDORO BELARMINO
 Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal - CPF do portador 086026614-10
 E-mail _____ Tel. 81 99159-6657
 Data: 30/11/2018 Assinatura Paulo Sérgio Isidoro Belarmino

RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) AC GUANABARA - PA
 Atendente Roberto Matos de Carvalho Júnior Matrícula _____
 Data: 30/11/2018 Assinatura Mat. 81179240

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0446747/18

Número do Sinistro: 3180581573

Vítima: PAULO SERGIO ISIDORIO BELARMINO

CPF: 086.026.614-10

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Outros



Data do acidente: 14/07/2018

Titular do CPF: PAULO SERGIO ISIDORIO
BELARMINO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

DUT

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 25/04/2019

Nome: PAULO SERGIO ISIDORIO BELARMINO

CPF: 086.026.614-10

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/04/2019

Nome: Alexandre Tavares Belfort

CPF: 024.208.707-86

PAULO SERGIO ISIDORIO BELARMINO

Alexandre Tavares Belfort

VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

38.596.821-8 DATA DE EMISSÃO 08/JAN/2004

NOME JOSE ILTON DA SILVA

ENDEREÇO LUIS CANDIDO DA SILVA

E MARIA ANGELICA DA SILVA

NATURALIDADE

AREIA - PB

DATA DE NASCIMENTO

18/FEV/1985

RESIDÊNCIA

AREIA - PB

AREIA

CN: LV. A016/FLS. 205V/N. 016452

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 11.127/2002

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO POLÍCIA



Jose Ilton da Silva

Carteira de Identidade

P. 1

CPF

CPF

CPF

CPF

CPF

CPF

CPF

RECEBIDO

16 ABR 2019

Seguradora Líder DPVAT

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0446747/18

Número do Sinistro: 3180581573

Vítima: PAULO SERGIO ISIDORIO BELARMINO

CPF: 086.026.614-10

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/07/2018

Titular do CPF: PAULO SERGIO ISIDORIO
BELARMINO

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovação de ato declaratório

Outros

Outros



ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 06/06/2019

Nome: PAULO SERGIO ISIDORIO BELARMINO

CPF: 086.026.614-10

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/06/2019

Nome: Elen Tais Alves Pereira

CPF: 126.261.667-07

PAULO SERGIO ISIDORIO BELARMINO

Elen Tais Alves Pereira

SINISTRO 3180581573 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA PAULO SERGIO ISIDORIO BELARMINO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEGURADORA

LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS

BENEFICIÁRIO PAULO SERGIO ISIDORIO BELARMINO

CPF/CNPJ: 08602661410

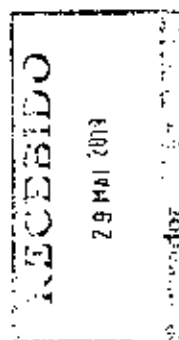
Posição em 27-05-2019 09:40:10

Seu pedido de indenização foi avaliado por nossa equipe técnica e identificamos pendências na documentação apresentada que impedem a conclusão de seu processo. Por favor, regularize os documentos listados abaixo e entregue-os, o quanto antes, no mesmo local onde você deu entrada para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Descrição	Tipo	Status	Nome
→ Comprovação de ato declaratório	Vítima	Pendente	

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
08/05/2019	Exigência Documental	
20/12/2018	Aviso de Sinistro	
20/12/2018	Exigência Documental	





Seguro

DPVAT

Seguradora Líder



SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO
POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT

SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.

RUA DA ASSEMBLEIA, 100 - 24º ANDAR - CENTRO

RIO DE JANEIRO/RJ

20011-904

ATENDIMENTO





Seguro
DPVAT

Seguradora Líder

**SERVIÇO GRATUITO
AO BENEFICIÁRIO**
**POSTAGEM CUSTEADA PELA
SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

PEDIDO DE SEGURO DPVAT

site: www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 12 04



[Facebook.com/dpvatoficial](https://www.facebook.com/dpvatoficial)



[Youtube.com/dpvatoficial](https://www.youtube.com/dpvatoficial)



[Twitter.com/dpvatoficial](https://twitter.com/dpvatoficial)

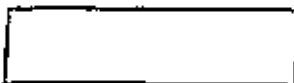
ecv: www.viversegurodotransito.com.br

ATENDIMENTO

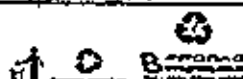


Correios

REGISTRE SEU ENDEREÇO		TELEFONE / Phone Number	
PAULO SÉRGIO ISIDORIO BELARMINIO		(083) 991596657	
ENDEREÇO / Address			
RUA PROJETADA, 117 CONJUNTO VENA CRUZ			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF / State	PAÍS / Country
58388000	ALAGOA GRANDE	PB	BRASIL



RECYCLAR MATERIALS E CONSERVAR O MEIO AMBIENTE



DEVOLUÇÃO (Return)		(C.R.S.)
☐ MALDOSA enviada	☐ FALSO ENDEREÇO	
☐ REUSADO enviado	☐ ENDEREÇO INSUFICIENTE	
☐ DESCONHECIDO / unknown	☐ NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO	
☐ NÃO PROCEDERADO / unprocessed	☐ OUTROS (Other)	
☐ AUSENTE / absent		
TENTATIVAS DE ENTREGA (Delivery Attempts)		
1. 2. 3.		
☐ Informação prestada pelo porteiro ou síndico		
☐ Reintegrado ao serviço postal em		
Data / Responsável		

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180581573 **Cidade:** Alagoa Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO SERGIO ISIDORIO BELARMINO **Data do acidente:** 14/07/2018 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO DIREITO (FRATURA DE BARTON VOLAR).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180581573 **Cidade:** Alagoa Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO SERGIO ISIDORIO BELARMINO **Data do acidente:** 14/07/2018 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO DIREITO (FRATURA DE BARTON VOLAR).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: P.1(ATO DECLARATÓRIO) P.1(CIRURGIA) P.3,17(RELATÓRIO) P.11(BAM) P.13(IMAGEM)

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0446747/18

Número do Sinistro: 3180581573

Vítima: PAULO SERGIO ISIDORIO BELARMINO

CPF: 086.026.614-10

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 14/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: PAULO SERGIO ISIDORIO
BELARMINO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovação de ato declaratório

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 06/06/2019
Nome: PAULO SERGIO ISIDORIO BELARMINO
CPF: 086.026.614-10

PAULO SERGIO ISIDORIO BELARMINO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/06/2019
Nome: Elen Tais Alves Pereira
CPF: 126.261.667-07

Elen Tais Alves Pereira

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0446747/18

Vítima: PAULO SERGIO ISIDORIO BELARMINO

CPF: 086.026.614-10

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 14/07/2018

Titular do CPF: PAULO SERGIO ISIDORIO
BELARMINO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

PAULO SERGIO ISIDORIO BELARMINO : 086.026.614-10

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/12/2018
Nome: PAULO SERGIO ISIDORIO BELARMINO
CPF: 086.026.614-10

PAULO SERGIO ISIDORIO BELARMINO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/12/2018
Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES
CPF: 149.018.967-09

JULIANA MARQUES RODRIGUES

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0446747/18

Número do Sinistro: 3180581573

Vítima: PAULO SERGIO ISIDORIO BELARMINO

CPF: 086.026.614-10

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 14/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: PAULO SERGIO ISIDORIO BELARMINO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

DUT

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 25/04/2019
Nome: PAULO SERGIO ISIDORIO BELARMINO
CPF: 086.026.614-10

PAULO SERGIO ISIDORIO BELARMINO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/04/2019
Nome: Alexandre Tavares Belfort
CPF: 024.208.707-86

Alexandre Tavares Belfort