



Número: **0800027-62.2020.8.15.0031**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Alagoa Grande**

Última distribuição : **07/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
PAULO SERGIO ISIDORIO BELARMINO (AUTOR)		JULIO CESAR DE OLIVEIRA MUNIZ (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
ANDRE CRISTIANO DA COSTA LIMA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36960304	23/11/2020 10:46	Petição	Petição
36960305	23/11/2020 10:46	2704269_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
36960306	23/11/2020 10:46	2704269_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO





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 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

Pag. 00383/00384 - carta_03 - INVALIDEZ

00050192



Carta nº 13735235





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 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,

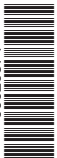
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13736475

Pag. 00741/00742 - carta_01 - INVALIDEZ

00020371





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, 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

Pag. 00101/00102 - carta_03 - INVALIDEZ

00070051



Carta nº 14274649





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

Pag. 00219/00220 - carta_02 - INVALIDEZ

00060110



Carta nº 14470481





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, 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

Pag. 01475/01476 - carta_25 - INVALIDEZ





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, 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

Pag. 00761/00762 - carta_15R - INVALIDEZ



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 SORGID ISIDORIO BELARMINO

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo PAULO SORGID 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) 82 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

Nº 1100

D/V

CONTA

Nº 00027432

D/V

0

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

(Informar dígito se existir)

(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.

GUARABIRA, 30 de NOVEMBRO de 2013

Local e Data

Paulo Sergio Isidorio Belarmino

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



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

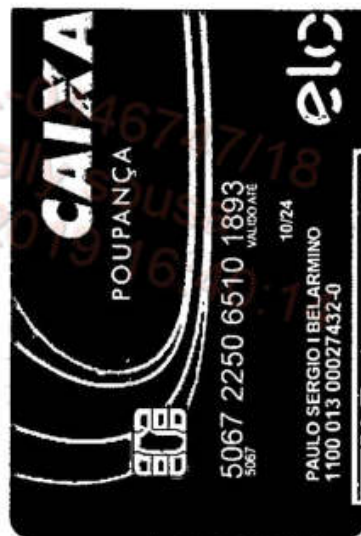
ASL-0446747/18
kelly.sousa
09/08/2019 16:40:14

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) 82 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 NRQ	D/V	CONTA NRQ	D/V
1100		00027432	0
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

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

GUARABIRA 30 de NOVEMBRO de 2018

Local e Data

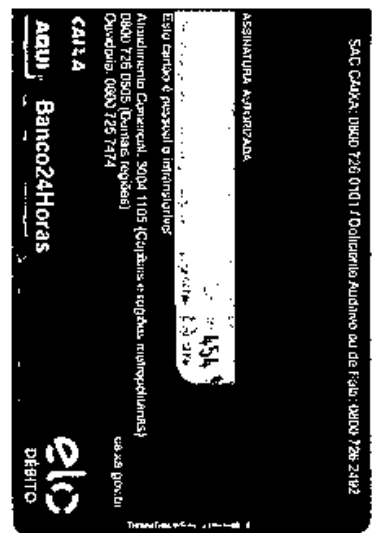
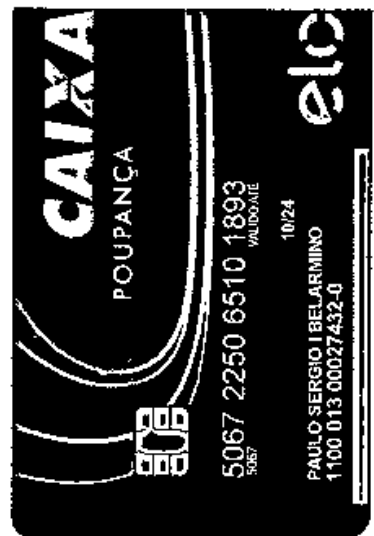
Paulo Sergio Isidorio Belarmino

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



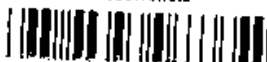




BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

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, escrevê(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, escrevê(o) que digitei.

Paulo Sergio Isidório Belarmino
PAULO SÉRGIO ISIDORIO BELARMINO

Comunicante

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

RECEBIDO

06 DEZ 2018

Seguradora Líder DPVAT

Modelo_Ocorrência_12/01/10



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IML



Eu, PAULO SERGIO ISIDORO BELARMINO, 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 PUA BON BRANDO, 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 Isidorio Belarmino

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

GUARABIRA, 30/11/2018.

Local e data

889800421





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. Belarmino SEXO: M

PROFISSÃO: _____ DT. NAS: 23/07/88

ENDEREÇO: R. João Manoel Novo Nº CARTÃO SUS: 709 9007 3519 9312

MUNICÍPIO: El Gondo RG: _____

ESTADO: PB CEP: 58200-000 DATA DO ATEND: 19/10/18

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS

Paciente sem queixas
ambulatoriais
relatadas

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE

TIPOS: 2x Antígeno API 20E

RESULTADOS: Proteína

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

1. Injetáveis
2. 1mg
3. 1mg
4. 1mg
5. 1mg

STICO

Fuot Kolobelo CID: 552

ATO

NATUREZA DA CONSULTA

☐ CONSULTA BÁSICA (PAB)

☐ CONSULTA ESPECIALIZADA:

PROCEDIMENTO

Seito Rx

Comprovação de ato declaratório



MEDICAÇÃO

☐ PRESCRITA

☐ APLICADA

ENCAMINHAMENTO

☐ OBSERVAÇÃO

☐ RESIDÊNCIA

☐ INTERNAÇÃO

☐ ÓBITO

☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS

CÓDIGO DE PROCEDIMENTO

CEO

IDADE

0301060033225125300

ASS. MÉDICO/CARIMBO

Dr. Kleber L.R. Deyner Eitel - ME
Médico CRM 1322
CNPJ: 28.435.765/0001-60

ASS. PACIENTE OU RESPONSÁVEL

POLEGAR

ASS. MÉDICO AUDITOR/CARIMBO

ASS. REVISOR/CARIMBO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/11/2020 10:46:36

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112310463592800000035274569>

Número do documento: 20112310463592800000035274569

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



Cód. para Deb. Agrimétrico: 0003724145

Espaço reservado para preenchimento do número da conta

0800 720 0101	0800 720 0102	Ouvigatoria
Reclamações, sugestões e elogios.	Atendimento a pessoas com deficiência auditiva ou de fala.	

1 11111111 1111 111111 111111

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=

Value of US\$ (Ref. 7/2015) 457,85

Num. 36960305 - Pág. 15



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: 4020-1596 / 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 38.596.823-8, data de expedição 08/03/2009

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 BELARMINO, cujo o condutor era

PAULO SÉRGIO ISIDORO BELARMINO

Veículo: MOTO Modelo: HONDA CG 325 FAN K.S Ano: 2012

Placa: OEX 7706 / PB Chassi: 9C2JC4 JJOCR 550695

Data do Acidente: 14/07/2018

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
Djalma Coelho

Cartório do Segundo Ofício de Notas - Alagoa Grande-PB
Rua Francisco Lima Cavalcanti de Miranda, 05 - CEP: 54380-000
Fone: (33) 3273-2398 - E-mail: segundoficiodnotas@ipb.com.br
Tabela: Elmar Nogueira de Araújo - Subst. Maria Regina Cammê IV. de Araújo

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

(X) Autenticidade de: JOSE ILTON DA SILVA

Alagoa Grande, 05/ abril / 2019

TABELIA PÚBLICA



Selo Digital: A1J04353 - GDMZ

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



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Nome do Paciente <i>Paulo Sérgio Sidero Blumero</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação <i>22/10/78</i>	Enf. <i>Amélia</i>	Leito	
Operador <i>Dr. Francisco Amaro</i>		1º Auxiliar <i>Dr. Xuxu (NR)</i>	
2º Auxiliar <i>Dr. Eviden (NR)</i>	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>fx. Ponto Vals. ①</i>			
Tipo de Operação <i>endoscópica</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>sem</i>		Documentação médica - hospitalar	
Relatório Imediato da Patologia <i>2</i>			
Exame Radiológico no Ato <i>Sim</i>			
Acidente Durante a Operação <i>Não</i>			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

- 1) Posição com DTH, 2º e 3º crânio
- 2) Anestesia + ordenação de ossos da região
- 3) Incisão em nível de Havers + descolagem da glândula + hemostase
- 4) Redução da fratura + ordenação da glândula com o 1º e 2º crânio + sutura da pele
- 5) Sutura da pele
- 6) Curativos

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Paulo Sergio Bidoiro Belarmino 23/02/1986						GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Lúcio Pontes Fernandes
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO		
	Sala 03	SUS	29	1692714		
CIRURGIA Proctologia do Pênis		CIRURGIÃO Juri + Luciana		ANESTESIA 2 Juri + Luciana		
INSTRUMENTADORA Vanessa		DATA 20/02/18		INÍCIO 10:00		FIM 12:00
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	
	Adrenalina amp.		01		Catgut cromado Serlix	
	Atropina amp.				Catgut cromado Serlix	
	Diazepam amp.		04		Catgut cromado Serlix	
	Dimore amp.				Catgut Simples	
	Dotantina amp.				Catgut Simples Serlix	
	Efrane ml				Catgut Simples Serlix	
	Fenegan amp.				Catgut Simples Serlix	
	Fentanil ml				Cera pl osso	
02	Inova ml 0.5/v				Ethibond	
	Ketalar ml		01		Ethibond	
	Mercaína % ml				Ethibond	
	Nubain amp.				Fio de Algodão Serlix	
	Pavulon amp.				Fio de Algodão Serlix	
	Protigmine amp.		01		Fio de Algodão Sutupak	
	Protóxido Vm				Fio de Algodão Sutupak	
	Quelich ml		01		Fila cardíaca	
	Rapifen amp.				Mononylon 30	
	Trionembul ml				Mononylon	
	Trocium amp.				Protene Serlix	
Qtd.	MEDICAÇÕES		01		Lâmina de Bisturi nº 23	
02	Água Destilada amp.				Lâmina de Bisturi nº 11	
07	Decadron amp.				Lâmina de Bisturi nº 15	
02	Dipirona amp.		02		Luvas 7.0	
	Flaxidol amp.		03		Luvas 7.5	
	Fieboortid amp.		02		Luvas 8.0	
	Geramleína amp.				Luvas 8.5	
	Glicose amp.		05		Oxigênio Vm 3 Litros	
	Glucon de Cálcio amp.				Poliflix	
	Haemacel ml		02		PVPI Degemente ml	
	Heparema ml				PVPI Tópico ml	
02	Kanakron amp.		01		Sbão Antisséptico	
02	Laxar amp. Neosedon		01		Saco coletor Tampão	
	Medrofinazol		02		Seringa desc. 10 ml	
	Plesil amp.		02		Seringa desc. 20 ml	
	Prolamina		02		Seringa desc. 05 ml	
	Revivan amp.				Sonda	
	Sluplanon amp.				Sonda Foley	
02	Sulfato de Magnésio				Sonda Nasogástrica	
02	Sulfato de Cálcio				Sonda Uretral nº	
					Sterydren ml	
					Torneirinha	
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES				Vaselina ml	
02	Agulha desc. 25 x 7				Gelcon 18	
	Agulha desc. 28 x 28 40 ml				Latex	
	Agulha desc. 3 x 4,5		05		Elétricos	
	Agulha pl raque nº		01		Capote de corte	
03	Alcool de Enfermagem					
	Alcool Iodado ml					
02	Ataduras de Crepomel					
	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

Ana Beatriz S. Silva
 11925
 02/02/2018

MOD 056



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE INGA
SECRETARIA DE SAÚDE



RECEITUÁRIO

Nome: LAUDO MÉDICO

Atento para as devidas fias
que o Sr. Paulo Sérgio Tridaro
Belarmino, 30 anos. apresenta
osteomielite de fratura do rádio
distal direito com placa em
T + 3 parafusos, há cura
de 4 meses após acidente
de moto (SIC).

CID: S 52.6.

Dr. Ralf Leite Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 8350
Telex: 15943

28/11/18.

Ass. e carimbo do Médico

Data: ____/____/20__



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

Diagnóstico

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA

DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

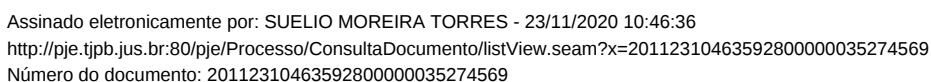
Paciente	Leito	Enfermaria	Evolução Médica
<i>Paulo Sérgio</i> Data Prescrição Médica Dieta livre <i>medicação em anexo</i> <i>Sela</i> Dipirona 2ml + AD EV 6/6hs Omeprazol 40 mg EV / dia Tilatil 20mg EV 12/12hs Tramal 100mg + SF EV 8/8hs SN Plasil 2ml + AD EV 8/8hs SN <i>Remoção de Sonda</i> SSVV + CCGG	Horário <i>12/18</i> <i>14/16</i> <i>18/20</i>	<i>Resumo atual</i> <i>lesões amput</i> <i>Capla</i>	<i>Dr. Eduardo Braga Moreira</i> <i>Ortopedia - Traumatologia</i> <i>CRM - PE 6516</i>



6/7

for Radio District
+ Lit. Radio Union

Dr. Yinyi Dai
Chenbei Road, 10252
Shanghai, China



Data da internação: 14/07/2018 Hora: 19:20:01

 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 - CNES 2362856
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		4 - CNES 2362856
Identificação do Paciente		
5 - NOME DO PACIENTE PAULO SERGIO ISIDORIO BELARMINO		6 - Nº DO PRONTUÁRIO 1692720
7 - CARTÃO DO SUS 708900735199312	8 - DATA DE NASCIMENTO 23/07/1988	9 - SEXO MASC ☒ FEM ☐
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL 		11 - TELEFONE DE CONTATO DD 83 Nº 97596657
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, 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 @ sobre @ lombar @		
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO TPO dano		
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) N		
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Fm / Lax		
21 - CID 10 PRINCIPAL 		
22 - CID 10 SECUNDÁRIO 		
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS 		
PROCEDIMENTO SOLICITADO		
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO TPO agn		
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 		
26 - CLÍNICA 	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02	28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016286081505		
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE BRENO COUTINHO TORRES		
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 14/07/2018		
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº 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 - Nº 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. ÓRGÃO EMISSOR
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF 		46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 		48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) 		



ATENDIMENTO URGÊNCIA

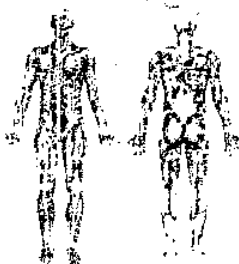
PRONT (B.E) Nº: 1692714 CLASS. DE RISCO: AMARELO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 14/07/2018
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Adriana Pereira Rodrigues

PACIENTE: PAULO SERGIO
ISTIDORIO BELARMINO
Endereço: R VERA CRUZ
Cidade: Alagoa Grande
Nome da Mãe:
Responsável:
Estado Civil: Solteiro(a)
Motivo: QUEDA DE MOTO
Médico:
CEP: 58388000 Nascimento: 23/07/1988
Sexo: M Telefone: 91596657
Idade: 029 Bairro: ZONA RURAL
RG: N°:
CPF: Profissão:
Data de Atendi: 14/07/2018 CNS: 708900735199312
Hora: 19:02:30 CONVÊNIO: SUS
CRM: Especialidade:

ORFICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



1. Abuso
2. Amputação
3. Anestesia
4. Contusão
5. Crise
6. Eletro
7. Edema
8. Empalramento
9. Enfiamento subcutâneo
10. Envenenamento
11. Equimose
12. F. Arma de fogo
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortante
15. F. Cortante
16. F. Cortante
17. F. Perfuro-cortante
18. F. Perfuro-cortante
19. Ferimento aberto
20. Ferimento aberto
21. Hematoma
22. Injeção de medicamento
23. Laceração
24. Lesão tendão
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeção enervada
29. Otite
30. Paralisia
31. Paralisia
32. Paralisia
33. Queimadura
34. Rinite
35. Síncope
36. Síncope

OBS:

QUETIMADURA:

Porcentagem lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau / CID:

EXAME PRIMÁRIO () OS CLÍNICOS

RAIO X
REALIZADO EM:
12/07/18

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

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

Glasgow PA HGT: Sat02

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:



UMA NOVA HISTÓRIA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE MISTA

ENCAMINHAMENTO

UNIDADE DE REFERÊNCIA: Idosp Emergência e Trauma.
UNIDADE DE ORIGEM: Hosp Municipal de Alagoa Grande
NOME DO PACIENTE: Paulo Sergio Cardoso Belorimino
PROCEDÊNCIA: St Bone GRUPO AGR.

Pte. apresentando trauma antebraço
direito - fechada

Processo de trat. especializado

16:35hs.

ALAGOA GRANDE (AL)

14/04/2018
Dr. RICARDO MOREIRA TORRES
MM735785/0001-60
CNPJ: 73.435.785/0001-60





Sr(a): PAULO SERGIO BELARMINO Protocolo: 0000414367 RG: NÃO INFORMADO
 Dr(a): BRENO C TORRES Data: 15-07-2018 10:41 Origem: AREA AMARELA
 Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 29 anos Destino: Leito - 18

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 (t)	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
Ana Claudia Barroso
 Biomédica
 CRBM - 5793

Emissão : 15/07/2018 20:02 - Página 1 de 2

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: E590-7C16-6656-C096-E593-327D-225F-7F97



304358
Coxen

Barro e Verde Inglês (Brasil)

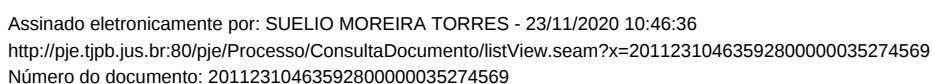
[illegible]

W. B. R. 1911

70

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

© D. G. M. de la Torre, 2011. All rights reserved.



Diagnóstico

1- Ex de 0/5 de total de nota ①
di g, p, m, n ①
7-4

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Assessment

Paciente	Paula Borges Eudonio Galante (7/70)	Alojamento	7-4	Leito	0	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 Jaidonio Bultrmino		
End:	R. Vera Cruz	Bairro:	Alagôa Grande
Data de Nascimento:	23-07-88	Documento de Identificação:	
Queixa:	Artrite	Data do Atend:	14-07-19
Acidente de trabalho?	() Sim () Não	Hora:	19h

de noto

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

Mohaymir Carvalho Sá

COREN-PB 001.19-111

Assinatura e carimbo do profissional

MOD. 110



HMA60111180





**HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES**



○

[illegible]



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 14 / 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. Paulo A. Cruz
DR. PAULO A. CRUZ
CRM-PB 100.000

AUTORIZAÇÃO

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

Ass. do Paciente ou Responsável

MOD. 060



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO 1692719																	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <u>Paulo Sergio Indiano</u>			IDADE <u>29</u>	SEXO <u>M</u>	COR																
DATA <u>20/07/18</u>	PRESSÃO ARTERIAL <u>112x67</u>	PULSO <u>89</u>	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA																	
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLUCEMIA	UREIA	OUTROS																	
URINA																							
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA																		
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA																		
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO																		
ESTADO MENTAL			ATÁRAXICOS	CONTUSÕES	ALERGIA	HIPOTENSORES																	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <u>Px Radio Dental</u>					ESTADO FÍSICO		RISCO																
ANESTESIAS ANTERIORES																							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO																	
<table border="1"> <tr> <td>AGENTES ANESTÉSICOS</td> <td>0</td> <td>10-60'</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>LÍQUIDOS</td> <td>21-60'</td> <td>(SF 500)</td> <td>(SF 500)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>								AGENTES ANESTÉSICOS	0	10-60'						LÍQUIDOS	21-60'	(SF 500)	(SF 500)				
AGENTES ANESTÉSICOS	0	10-60'																					
LÍQUIDOS	21-60'	(SF 500)	(SF 500)																				
CÓDIGOS VP. ARTERIAL; O. PULSO; O. RESPIRAÇÃO AX. ANESTESIA; O. OPERAÇÃO				INDUÇÃO Satisf.: _____ Excl.: _____ Tosse: _____ Laringo espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____ MANUTENÇÃO 1- Fentanil 150 mcg 2- Midazolam 5 mg 3- Tiroxilon 40 mg 4- Dipirona 20 5- Ketametazolona 10 mg 6- Ondansetrona 4 mg ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____ Não, por quê? _____ DESPERTAR Reflexos na SO: _____ Obst.: _____ Co.: _____ Excl.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____ Com cânula: _____ Para o Leito Sim _____ Não _____ CONDIÇÕES: _____																			
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES				Bloqueio de plexo braquial D com bupivacaína 0,5% 15ml + lidocaina 2% 15ml																			
POSICÃO				D																			
AGENTES																							
TÉCNICA				CÂNULAS																			
OPERAÇÃO				170 curativo para fx de rádio dental																			
CIRURGIÕES				Dr. Vitor (M. 2)																			
ANESTESISTAS				Dr. Lombardi																			
OBSERVAÇÕES																							
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS						PERDA SANGÜÍNEA																	

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB





GOVERNO
DA PARAIBA

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

Paulo Sérgio
Jordão
Belorim

Reunião realizada
a fim de analisar
o caso do D.
Doutor, vítima
de um acidente
de trânsito
em 13/08/2020

MOD. 001

Dr. Raiton Marinho da Costa
CRM 3965-PB/13.199-PE
TEOT 11.288

Data

Médico



CÓDIGO DE CONTROLE
0A64.BF0E.982C.88F8

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

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 10:40:08 do dia 20/11/2015 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

PAULO SERGIO ISIDORIO BELARMINO
MARTIA DA PENHA ISIDORIO BELARMINO
Alagoinha PB
23.07.1988
CPF: 000.000.000-00
CNPJ: 00.000.000/0001-91
LBNV/118 DE 25083

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Nome: PAULO SERGIO ISIDORIO BELARMINO
Número: 086.026.614-10
Nascimento: 23/07/1988

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P. 900

Paulo Sergio Isidoro Belarmino
Marta da Penha Isidoro Belarmino

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Documentos de identificação



[REDACTED]



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das
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 cancela 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

PAULO SERGIO ISIDORIO BELARMINO

JULIANA MARQUES RODRIGUES



SEGURO OPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS



☐ MORTE ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA PAULO SERGIO ISIDORO BELARMINO

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

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 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 OPVAT 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 Invalidadez 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 do 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 recibos 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 do 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 MORTUÁRIA

- 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 Ato 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 SERGIO ISIDORO BELARMINO
 Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal - CPF do portador 086026614-10
 E-mail 991596657
 Data 30/11/2018 Assinatura Paulo Sergio Isidoro Belarmino

RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) 16 GUARABIRA - PA
 Atendente Roberto Matos de Carvalho Júnior Matrícula 916
 Data 30/11/2018 Assinatura Mat. 84779440



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

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

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

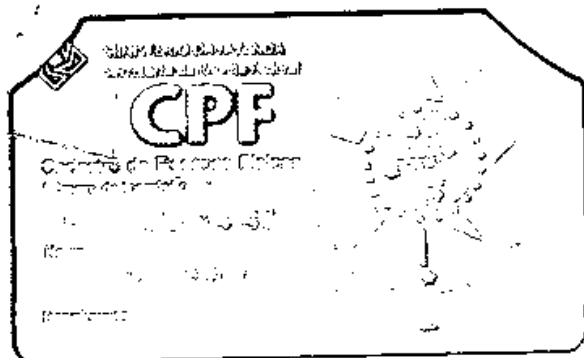
Nome: Alexandre Tavares Belfort

CPF: 024.208.707-86

Alexandre Tavares Belfort



VALE EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS DATA DE EMISSÃO: 08/JAN/2004 NÚMERO: 38.596.821-8		REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL ESTADO DE SÃO PAULO SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO POLÍCIA
NOME: JOSE ILTON DA SILVA SOBRENOME: LUIS CANDIDO DA SILVA E MARIA ANGELICA DA SILVA		 
NATURALIDADE: AREIA -PB RESIDÊNCIA: AREIA -PB CN: LV. A016/FLS. 205V/N. 016452	DATA DE NASCIMENTO: 18/FEV/1985	Assinatura: <i>Jose Ilton da Silva</i> CARTEIRA DE IDENTIDADE



RECEBIDO
 16 ABR 2019
 Seguradora Líder DPVAT



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

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

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



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	Vitima	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	

RECEBIDO
F107 194 6 Z
20/05/2019





Scanned by CamScanner

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





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)

Site: www.viversegurodotransito.com.br

ATENDIMENTO



REGISTRE SEU SEGURO		TELEFONE / Phone Number	
PAULO SERGIO ISIDORIO BELARMINO		(087) 99159657	
ENDEREÇO / Address			
RUA PROJETADA, 117 CONJUNTO VERA CRUZ			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF / State	PAÍS / Country
52388000	ALAGOA GRANDE	PB	BRASIL
RECOLAR MATERIAIS E REPROCESSAR O PÓCULO É UM DESEJO			

DEVOLUÇÃO (Retorno)		(C115)
☐ MALDOSO devedor	☐ FALSO devedor	
☐ FALSO devedor	☐ FALSO devedor	
☐ DESCONHECIDO devedor	☐ NÃO EXISTE DIVULGAÇÃO	
☐ NÃO REGISTRADO devedor	☐ OUTROS devedor	
☐ ALIQUOTADO devedor		
TENTATIVAS DE ENTREGA (Delivery Attempts)		
☐ Informação prestada pelo parceiro ou síndico		
☐ Reintegrado ao serviço postal em		
☐ Reintegrado ao serviço postal em		
Data / / Responsável		

Scanned by CamScanner



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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/07/2018

Titular do CPF: PAULO SERGIO ISIDORIO
BELARMINO

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





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE ALAGOA GRANDE/PB

Processo: 08000276220208150031

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 **PAULO SERGIO ISIDORIO BELARMINO**, 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:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

ALAGOA GRANDE, 19 de novembro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/11/2020 10:46:36
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112310463622800000035274570>
Número do documento: 20112310463622800000035274570