
Rio de Janeiro, 22 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190157898

Vítima: ALISSON ALMEIDA IMPERIANO

Data do Acidente: 27/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALISSON ALMEIDA IMPERIANO

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, 12 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190157898

Vítima: ALISSON ALMEIDA IMPERIANO

Data do Acidente: 27/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALISSON ALMEIDA IMPERIANO

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: **ALISSON ALMEIDA IMPERIANO**

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

Banco: **104**

Agência: **000002221**

Conta: **0000035056-6**

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASI: 0063087/139	CPF da vítima: 017.929.484-92	Nome completo da vítima: ALISSON ALMEIDA IMPERIANO
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: ALISSON ALMEIDA IMPERIANO		CPF: 017.929.484-92
Profissão: AUTÔNOMO	Endereço: RUA ANTONIO HONORIO DA SILVA	Número: 306 Complemento: CASA
Bairro: MANGABEIRA	Cidade: JOÃO PESSOA	Estado: PARNÁ CEP: 58000-000
E-mail:	Tel (DDD): (83) 98733-142	

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENTA MENSAL:

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)		☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____	
AGÊNCIA: 9999	CONTA: 350566	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não
Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____	
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos: _____
Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: **João Pessoa 02/02/2019**
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
 CPF: _____

2ª | Nome: _____
 CPF: _____







POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I /CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



DADOS DO ACIDENTE

Nº BOAT 0463 - 2018	Responsável pelo Levantamento do Acidente: ERINALDO CASTRO DA SILVA	Posto/Graduação: 3º SGT /PM				
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: Via Expressa Padre Zé/Rua: Emp. João R. Alves	Hora 21:00	Bairro Castelo Branco	Município: João Pessoa	U F PB		
Data/Ocorrência 27-06-2018	Dia da Semana Quinta-feira	C/S Vítima (QT) Com (02)	Natureza do Acidente Colisão Transversal	Tipo de pavimento Asfalto	Condições/Via Seca	Tempo Bom
Envolvidos no acidente (Quantidade) 02 Veículos		Controle do tráfego no local Pista Dupla				

CONDUTOR 01

Nome	Sexo	Nascimento	RG				
Endereço							
1ª Habilitação	Categoria	Registro CNH N.º	U.F.	Ex.méd./Dia	Data Vencimento	Usava cinto	Usava Capacete
Exame de Embriaguez Alcoólica		Destino do Condutor Evadiu-se do local					

VEÍCULO 01

Marca/Modelo Chevrolet Prisma	Espécie Automóvel	Placa QFN - 8069	Categoria Particular	Município João Pessoa	U.F. PB
Nome do Proprietário Diogo Souto de Almeida					
Seguradora	Bilhete N.º	Renavan N.º	Data da Emissão		

Defeitos
Nada constatado

VERSÃO DO CONDUTOR 01

CONDUTOR 02

Nome Alisson Almeida Imperiano	Sexo Masculino	Nascimento 31-07-1994	RG 3872448				
Endereço Rua Antônio Francisco da Costa, sn, Centro, Olivedos, PB – Tel.(083)99156-7264							
1ª Habilitação 27-04-2015	Categoria AB	Registro CNH N.º 06353035450	U.F. PB	Ex.méd./Dia Sim	Data Vencimento 26-09-2019	Usava cinto	Usava Capacete Sim
Exame de Embriaguez Alcoólica Não		Destino do Condutor Hospital de Trauma					

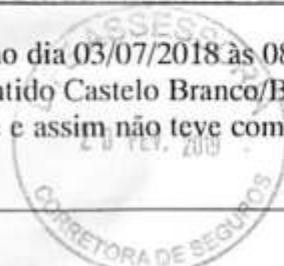
VEÍCULO 02

Marca/Modelo Honda CG Titan	Espécie Motocicleta	Placa MNZ - 8683	Categoria Particular	Município João Pessoa	U.F. PB
Nome do Proprietário Arquimedes Almeida Imperiano					
Seguradora DPVAT	Bilhete N.º 013931202908	Renavan N.º 0095731345-4	Data da Emissão 18-06-2018		

Defeitos
Nada constatado

VERSÃO DO CONDUTOR 02

Ouvido na sala do setor de Boat do Bptan no dia 03/07/2018 às 08:40hs o condutor declarou que: Trafegava na via A, na 3ª faixa da direita para esquerda, no sentido Castelo Branco/Bancários, quando estava passando pela via B, foi surpreendido pelo V1 que cruzou a sua frente e assim não teve como evitar o acidente. OBS: V1 evadiu-se do local do acidente.



Atestado de Trânsito Urbano e Rodoviário
Cópia de Conformidade com o Original
Emissão: 06/08/2018

CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT Nº 0463 - 2018

VÍTIMA 01

Nome	Sexo	Nascimento
Alisson Almeida Imperiano	Masculino	31-07-1994
Endereço	Rua Antônio Francisco da Costa, sn, Centro, Olivedos, PB	
	Viajava no Veículo Nº	Usava Cinto
	02	
Condição da Vítima	Conduzida Para	
Condutor	Hospital de Trauma	

VÍTIMA 02

Nome	Sexo	Nascimento
Samara Gomes da Silva	Feminino	21 anos
Endereço	Rua Antônio Francisco da Costa, sn, Centro, Olivedos, PB	
	Viajava no Veículo Nº	Usava Cinto
	02	
Condição da Vítima	Conduzida Para	
Passageiro	Hospital de Trauma	

CONSTATADO

Constatado quando do levantamento que: Através dos vestígios e as sedes de impacto e posição final do V2, o mesmo seguia o fluxo normal da Via A, sentido Castelo Branco/Bancários, quando foi surpreendido pelo V1 cruzando a Via A, vindo a ocorrer o possível impacto entre os dois veículos. O V1 evadiu-se do local do acidente; O V2 foi removido ao pátio do Bptran para complemento de BOAT. O C2 foi socorrido ao Hospital de Trauma juntamente com a vítima pela viatura do Bombeiro AR 46. Não foi possível arrolar testemunhas. A informação do V1 foi repassada por um terceiro que estava no local de nome Arquimedes Almeida Imperiano.

João Pessoa – PB, 12 de Julho de 2018.

BASEADO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 06/08/2018



Erinaldo Castro da Silva 3º SGT PM
Responsável pelo Levantamento





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0463/ 2018

AMARRAÇÕES

VIA "A" - Via Expressa Padre Zé 09,60metros

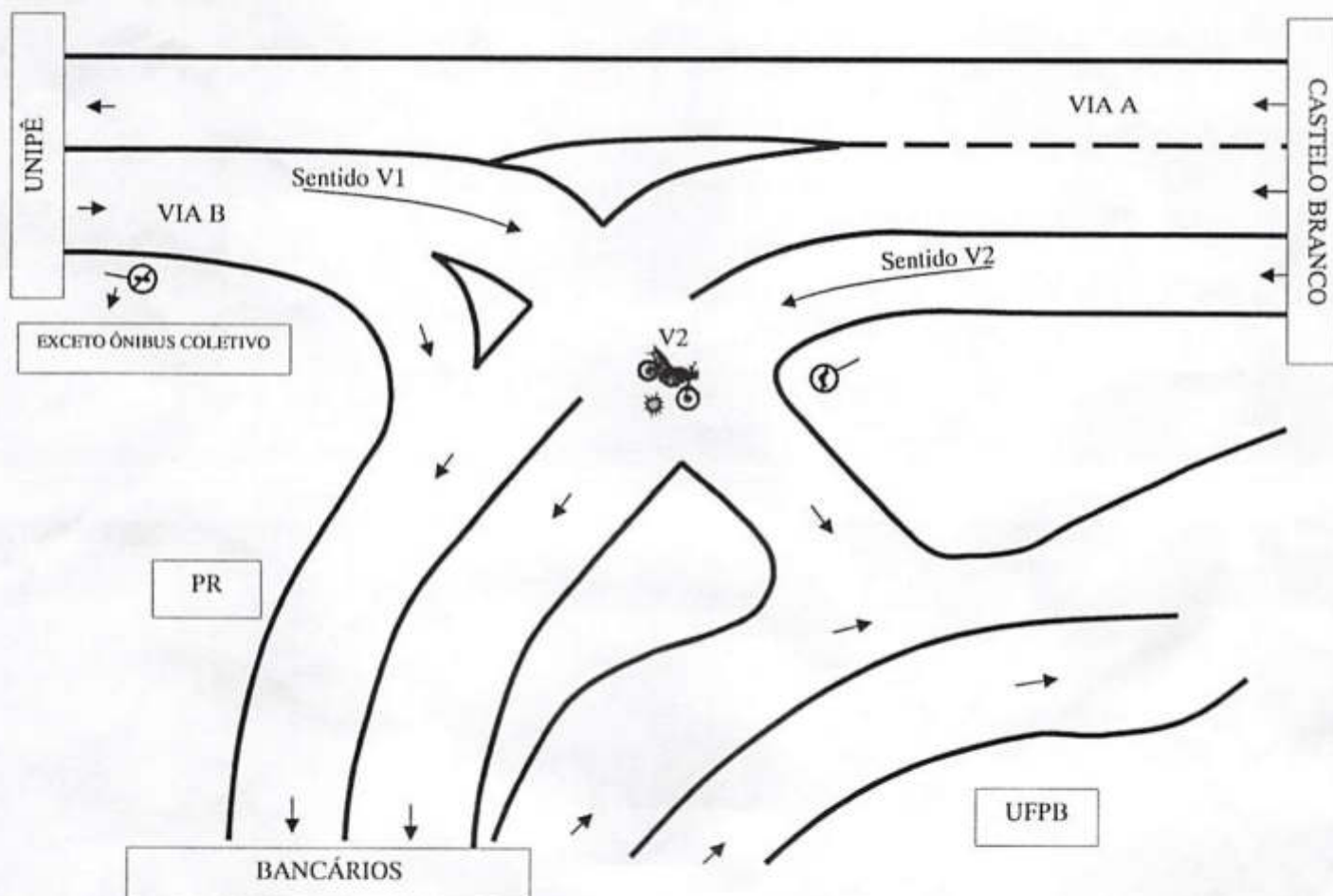
VIA "B" - Rua Estação Gerson Carneiro da Cunha 04,80metros

PR (Ponto de Referência) Supermercado Carrefour

PA (Ponto de Amarração) Guia do meio fio

V1 (Veículo 01) Evadiu-se

V2 (Veículo 02) Eixos Dianteiro Direito 02.50 e Traseiro Direito 03.45 metros para (PA)



DESENHO ILUSTRATIVO NÃO OBEDECE ESCALA

AVARIAS



V1



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 06/08/2013

Erinaldo Castro da Silva 3º Sgt PM
Responsável pelo Levantamento



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLÍCIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0463/ 2018

FOTOS DO V2

FRENTE (V2)



TRASEIRA (V2)



LATERAL DIREITA (V2)



LATERAL ESQUERDA (V2)



BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Confirmação com o Original
EM: 09.08.2018

Erinaldo Castro da Silva 3º Sgt PM
Responsável pelo Levantamento



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I /CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS – BOAT Nº 0463 - 2018

DANOS NO V2

Marca/Modelo:
Honda Titan 150

Placa:
MNZ – 8683 PB

Responsável pelo Preenchimento:
3º SGT Erinaldo

Data:
27-06-2018

MOTOCICLETA

PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE

Item	Nome da Peça	Avaliação			Item	Nome da Peça	Avaliação		
		Sim	Não	NA			Sim	Não	NA
01	Garfo dianteiro	x			05	Chassi			x
02	Mesa superior da suspensão dianteira			x	06	Garfo traseiro		x	
03	Mesa inferior da suspensão dianteira	x			07	Eixo traseiro (triciclos)		x	
04	Coluna de direção	x			Total Geral (Sim + NA)			05	

Observações: DANO DE GRANDE MONTA

AVALIAÇÃO POR DANO:

Quantidade de peças estruturais danificadas = 0 -> DANO DE PEQUENA MONTA

Quantidade de peças estruturais danificadas de 1 a 4 -> DANO DE MÉDIA MONTA

Quantidade de peças estruturais danificadas maior que 4 -> DANO DE GRANDE MONTA

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 06/08/2018

[Assinatura]

João Pessoa-PB, 12 de Julho de 2018.

[Assinatura]

Erinaldo Castro da Silva 3º SGT PM
Responsável pelo Levantamento



EM BRANCO



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☒ DMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVÁLIDez PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou AD: 0063087/19 CPF da vítima: 037.929.484-92 Nome completo da vítima: ALMEIDA IMPERIANO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSSEP Nº 445/2012
Nome completo: ALISSON ALMEIDA IMPERIANO CPF: 037.929.484-92
Profissão: Autônomo Endereço: Rua Antonio Homero da Silva 306 Complemento: Casa 1
Bairro: Mangabeira Cidade: Jorad Pessoa Estado: Paraíba CEP: 58000-000 Tel/DDD: (83) 98753-3640

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).
RENDA MENSAL: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ SEM RENDA
R\$1.000,00 ATÉ R\$1.000,00 R\$3.000,00 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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Agência: 9997 CONTA: 350566
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.
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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):
☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter a avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVÁLIDez PERMANENTE
Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo
Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não
Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não
Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascido: ☐ Sim ☐ Não
Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data, Jorad Pessoa 03/02/2019
Nome: CPF: Assinatura de quem assina a RGO: Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Assinatura do Procurador (se houver):

2º | Nome: CPF: Assinatura: 2ª | Nome: CPF: Assinatura: 1ª | Nome: CPF: Assinatura: TESTEMUNHAS



VISTO EM: 09/07/18

Comandante do BAPH

Mat 524 394-7

**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO – OPERAÇÕES**

João Pessoa-PB, 09 de Julho de 2018.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 0283/2018

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 27/06/2018, conforme requerimento nº 0289/18, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido(a) por volta das 21h32min o/a Sr.(a) **ALISSON ALMEIDA IMPERIANO**, CPF nº 017.929.484-92 vítima de acidente de (colisão (carro x moto)), ocorrido na AV. Sérgio Guerra, Bancários – João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-46, tendo como chefe o **CABO BM JULIANADE ALCÂNTARA BRONZEADO**, Matrícula 526.058-2. Vítima consciente e orientada, com suspeita de fratura de membro superior e escoriações no membro inferior. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergências e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu **André Vieira** de Souza- CB BM, Mat. 523.518-9, () auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo(a) chefe da 3ª Seção/BAPH.


JYARMESON DIEGO A. DE SOUSA
2ª TEN. MAT 527.341-2**Chefe da 3ª Seção****GOVERNO
DA PARAIBA**

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar.
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/nº, Conj. Pedro Gondim, 58.031-090, João Pessoa-PB
Fone: (83) 3243-9044 / (83) 3216-5751 / (83) 3218-7979 (FAX) - E-mail: craphbbs@bombeiros.pb.gov.br

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: 01/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALISSON ALMEIDA IMPERIANO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02221

CONTA: 000000035056-6

Nr. da Autenticação 38460DAB1DFBD0E1



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ARQUIMÉDES ALMEIDA IMPERIANO,
RG nº 2.965.274, Data de Expedição: / / , Órgão: SSP/PB,
Portador do CPF nº 058.960.074-50, com domicílio na cidade de
OLIVEDOS, no Estado de PARNÁ,
onde resido na (Rua/Av./Est.) R. ANTONIO FRANCISCO DA COSTA,
nº S/Nº, complemento: CASA, declaro, sob as penas da Lei,
que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima ALISSON ALMEIDA IMPERIANO,
cujo o condutor era ALISSON ALMEIDA IMPERIANO.

Veículo: PAS / MOTOCICLETA
Modelo: HONDA CG 150 TITAN KS
Ano: 2008
Placa: MNZ - 8683 - PB
Chassi: 9C2KC0818R 105383
Data do Acidente: 27 / 06 / 2018

Local e Data: João Pessoa 08/02/2019

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

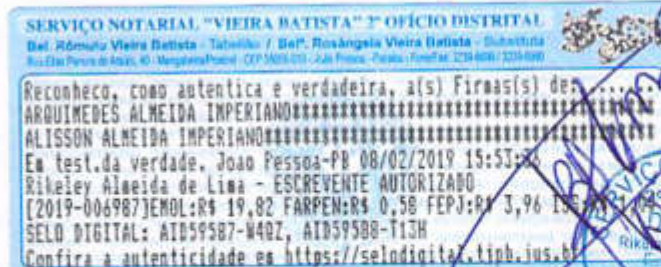
Arquimedes Almeida Imperiano

Assinatura do Declarante

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

Alisson Almeida Imperiano

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



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ARQUIMEDES ALMEIDA IMPERIANO



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF

2965274

SSP

PB

CPF

058.960.074-50

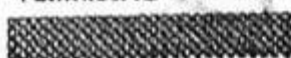
DATA NASCIMENTO

25/10/1985

FILIAÇÃO

ANTONIO ARLINDO DE
ALMEIDA
SONIA MARIA IMPERIANO
ALMEIDA

PERMISSÃO



ACC



CAT. HAB.

AD

Nº REGISTRO

03183794144

VALIDADE

27/01/2022

1º HABILITAÇÃO

05/02/2004

1410644061



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	ALISSON ALMEIDA IMPERIANO
DATA DE NASCIMENTO	31/07/94
NOME DA MÃE	SONIA MARIA IMPERIANO DE ALMEIDA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.091.000
DATA DO ATENDIMENTO	27/06/18
HORA DO ATENDIMENTO	22:09
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA-LUXAÇÃO DE PUNHO DIREITO
CID 10	S62.8 + S63.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de motocicleta, referindo dor em punho direito. Consciente e orientado. Glasgow 15. Abdomen sem queixas. RX evidencia fratura-luxação de punho direito. Encaminhado para o Ortopedia de Mangabeira conforme pactuação. Imobilização com tala axilo-palmar.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de punho direito
RX de antebraço direito
Ultrassonografia FAST

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura-luxação em punho direito.

TRATAMENTO:

Imobilização e encaminhado para o Ortopedia de Mangabeira.

ALTA HOSPITALAR:	27/06/18
DATA DA EMISSÃO:	31/08/18

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



92 -

CERTIDÃO

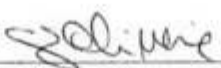
Nº. 1685/2018

Atendendo solicitação de **ALISSON ALMEIDA IMPERIANO**, e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 140208 e Prontuário nº 2018.06.003694 pertencentes ao requerente que foi atendido dia 28/06/2018 às 00H45min, vítima de colisão moto/carro, apresentando trauma em punho direito.

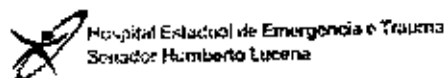
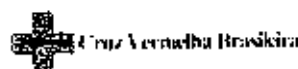
Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de punho direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 28/06/2018 com alta médica dia 29/06/2018. Retornou ao hospital para avaliação dias 08 e 22/08/2018.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 17 de dezembro de 2018


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959





AV. ORESTES LISBOA, 98 - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 6332155700

Boletim de Atendimento: 1091000



Identificação do paciente

ID 1301516	Nome ALISSON ALMEIDA IMPERIANO	Sexo Masculino
Data de nascimento 31/07/1994	Idade 23 anos 10 meses 26 dias	Estado civil Solteiro
Mãe SONIA MARIA ALMEIDA IMPERIANO	Religião Pai	Religião NÃO INFORMADO
Escolaridade	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 991957014	DDD Fixo Fone Fixo
Tipo documento	Número documento	Nº Cns
Local de procedência BANCARIOS	UF PB	UF PB
Email	Naturalidade CAMPINA GRANDE	CBO/R

Endereço

CEP 58058360	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB
Número 106	Complemento BOMBEIRO AR 44	Bairro MANGABEIRA

Admissão

Data e Hora 27/06/2018 22:09:41	Número da pulseira 1000006581342	Convênio SUS
Especialidade CLINICA MEDICA	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO

Indicadores e Transporte

Caso potencial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X [] Sangue [] Urina [] TC [] Liquor [] ECG [] Ultrassonografia []

Dados clínicos

Diagnóstico

Atendido por
THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA

Imprimir



PR: AL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 140208 Atd: Nao Regul
Data: 28/06/2018
Hora: 00:45:42
Recepcionista: ROSICLE BEZERRA DOS
Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: ALISSON ALMEIDA IMPERIANO

Num. Prontuario: 2018.06.003694

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3872448 Fone: 991567264

Natural: CAMPINA GRANDE/PB Data Nasc.: 01/07/1994 Id: 24 ano(s)

End.: RUA ANTONIO HONORIO DA SILVA, 106

Bairro: MANGABEIRA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: SONIA MARIA IMPERIANO DE ALMEIDA

Pai: ANTONIO ARLINDO DE ALMEIDA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: AUTONOMO

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Nome: ALISSON ALMEIDA IMPERIANO

Tel/Doc. Responsavel: 991567264 / IDENTIDADE: 3872448

Procedencia: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: COLISAO-MOTOXCARRO

Vitima de violencia por: AS21:00/ BANCARIOS

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispineia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Queixa Principal

Observacao

ENCERINHADO PELA PACTUACAO VINDO DO HEETSHL

NEGA ALERGIA A MEDICAMENTOS (SIC)

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente com trauma do HB BTHL com fratura de
tornozelo em corpo de ADOIS WATO de 25 ANOS de idade
Dor no AINHO DA OX HAVIA.

Diagnostico

Conduta

Prescrição

Horario da medicacao

28/06/18

AS 03:00 de medicação.

Pac com fratura transcondilária de

cond. - fratura + sf 0,91 - Bloco cirurgico de 7hs.

Dr. Aurélio de Sá Pinto
CRM: 8743/PB.

PRF AL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 140208 Atd: Nao Regul
Data: 28/06/2018
Hora: 00:45:42
Recepcionista: ROSICLE BEZERRA DOS
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: ALISSON ALMEIDA IMPERIANO

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.06.003694

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3872448 Fone: 991567264

Natural: CAMPINA GRANDE/PB Data Nasc.: 01/07/1994 Id: 24 ano(s)

End.: RUA ANTONIO HONORIO DA SILVA, 106

Bairro: MANGABEIRA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: SONIA MARIA IMPERIANO DE ALMEIDA

Pai: ANTONIO ARLINDO DE ALMEIDA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: AUTONOMO

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Nome: ALISSON ALMEIDA IMPERIANO

Tel/Doc. Responsavel: 991567264 / IDENTIDADE: 3872448

Procedencia: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: COLISAO-MOTOXCARRO

Vitima de violência por: AS21;00/ BANCARIOS

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Queixa Principal

Observacao

ENC. INHADO PELA PACTUACAO VINDO DO HEETSHL

NEGA ALERGIA A MEDICAMENTOS (SIC)

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Pac com queixa de dor no Hb B do qual com 28 dias de evolução
Lugares em corpo do abd. visto de
Dor ainda na or. Hb B.

Diagnóstico

Conduta

Prescrição

Horario da medicacao

28/06/18

AS 03:30 da madrugada.

Pac com Hb-Lt Transfusão de sangue.
Cond: Anemia + sf 0,51 - Bloco cirurgico de 7hs.
Dr. Aurélio de Sá Pinto CRM: 9743/PB.



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Alvaro Alberto de Jesus Data da Admissão: / /
Prontuário: Idade: Enfermaria: Leito:
Nome da Mãe:
Endereço: Bairro:
Cidade: Estado: Fone: Profissão:
Sexo: F () M () Cor: Estado Civil: Religião:
Escolaridade: Data de Nascimento / /

QPD: Or e edema e prurido
HDA: Doença com quadro de dor e edema e prurido por lesão em pele

Medicações em uso:

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso Kg em [] Prurido [] Sudorese
[] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros:

ele:

Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe
[] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: Visão:

AR e ACV: [] Dor [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise
[] Dispnéia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema Outros:

ABD: [] Dor [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas
[] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume

AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria
[] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras:

SME: [] Dor [] Rigidez pós-reposso [] Deformidades
[] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

SN e PSO: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade
[] Amnésia [] Libido [] Humor

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ [] HTF

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa _____

[] Trauma _____ [] Neo _____ [] Tabagismo _____

[] Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

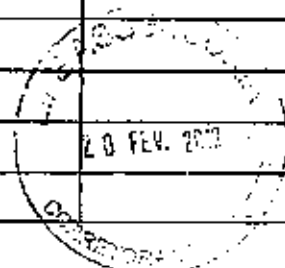
Hipóteses Diagnósticas: *Fratura lux. Trans. B2 iló por arco/b. menor*

Conduta: *AO Bloco Cirúrgico*



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Aline Almeida Pereira</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião: <i>Dr. Thales Pereira</i>			1º Assistente: <i>Dr. Delfino</i>	
2º Assistente: <i>Dr. Azeiteiro</i>		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Tratamento cirúrgico por ressecção tumoral</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<i>Tratamento cirúrgico</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 () Não				Descreva:	
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 () Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV.
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha: 156330 Atd: Nao Regulado
Data: 22/08/2018 07:34:35
Recepcionista: ANA KARLA DE OLIVEIRA LOPES
Clinica: AMBULATORIO
Atendimento: CONSULTA DA PESSOA

FICHA DE AMBULATORIO

DADOS DO PACIENTE

Nome: ALISSON ALMEIDA IMPERIANO
Mae: SONIA MARIA IMPERIANO DE ALMEIDA
Data Nasc.: 01/07/1994 Idade: 24 ano(s)
IDENTIDADE: 3872448
Ocupação: AUTONOMO
End.: RUA ANTONIO HONORIO DA SILVA, 106,
Bairro: MANGABEIRA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB
Procedencia: RESIDENCIA
Resp.: ALISSON ALMEIDA IMPERIANO

Num. de vezes atendido: 3

Prontuario: 2018.06.003694

Pai: ANTONIO ARLINDO DE ALMEIDA
Sexo: M CNS: SEM CNS
Telefone: 991567264 Estado Civil: NAO INFORMADO
Natural: CAMPINA GRANDE-PB

Profissional:
Tel.: 991567264 IDENTIDADE: 3872448

PRE-CONSULTA: PA: FC: FR: TEMP: GLICEMIA: SO2:

HDA:

ANTECEDENTES:

[ALERGIA []

MEDICAMENTOS EM USO:

EXAME FISICO:

HIPOTESE DIAGNOSTICA:

CONDUTA:

CURATIVO: SIMPLES: []

COM PONTOS: []

TROCA DE SONTA: []

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

ASSINATURA DA ENFERMAGEM

ASSINATURA DO PACIENTE

PROCEDIMENTO REALIZADO: (CONTAS MEDICAS)

ASSINATURA DO E CARIMBO DO MEDICO

Atendido e
Liberado

Mônica Coutinho
Assistente Social
CRP 5233

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

① Paciente em decúbito dorsal, joelhos flexionados

② Admissão e fixação do membro e Aposição do membro

Incisão:

③ Decúbito dorsal com membro flexionado e fixado com fita de DE

Achados:

④ Curvatura

⑤ Toal A.K.A. Dolor

Conduta:

⑥ O.P.S.: Devolução para o paciente definitivo com a ajuda de um assistente

Fechamento:

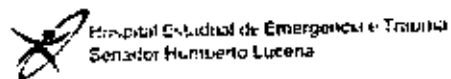
Dr. Francisco Túlio
ORTOPEDIA
CRM 8557

20 FEV. 2019

OBS:

Data: ____/____/____

MÉDICO/CRM



AV. ORESTES LISSOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332155700

Boletim de Atendimento: 1091000



Identificação do paciente

ID 1301616	Nome ALISSON ALMEIDA IMPERIANO	Sexo Masculino
Data de nascimento 31/07/1994	Idade 23 anos 10 meses 26 dias	Prontuário
Mãe SONIA MARIA ALMEIDA IMPERIANO	Estado civil	Religião
Escolaridade	Pal NAO INFORMADO	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 991357014	DDD Fixo Fone Fixo
Tipo documento	Número documento	Nº Cns
Local de procedência BANCARIOS		Tipo BAIRRO
Email	Naturalidade CAMPINA GRANDE	UF PB
		CBO/R

Endereço

CEP 58056360	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB
Número 106	Complemento BOMBEIRO AR 46	Logradouro ANTÔNIO HONÓRIO DA SILVA
		Bairro MANGABEIRA

Admissão

Data e Hora 27/06/2018 22:09:41	Número da pulsera 1000006581342	Convênio SUS
Especialidade CLINICA MEDICA	Clinica	
Classificação do risco		Origem do paciente RUA
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO

Indicadores e Transporte

Caso politer Não	Plano de saúde Não	Vem de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS		Quem transportou	

Sinais Vitais

PA	Pulso	Temperatura
x mmHg		

Exames complementares

Rolo X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						



Diagnóstico	CID
Atendido por THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA	Tempo 15seg

Imprimir



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - CNES: 1112234 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 1091000



Identificação do paciente						
ID 1301516	Nome ALISSON ALMEIDA IMPERIANO			Sexo Masculino		
Data de nascimento 31/07/1984	Idade 24 anos 1 mes 12 dias	Estado civil	Religião	Prontuário		
Mãe SONIA MARIA ALMEIDA IMPERIANO			Pai NAO INFORMADO			
Escolaridade			Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 991957014	DDD Fixo	Fone Fixo			
Tipo documento	Número documento	Nº Cns				
Local de procedência BANCARIOS			Tipo BAIRRO	UF PB		
Email	Naturalidade CAMPINA GRANDE	CBO/R				
Endereço						
CEP 58055360	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro ANTÔNIO HONÓRIO DA SILVA			
Número 108	Complemento BOMBEIRO AR 48	Bairro MANGABEIRA				
Admissão						
Data e Hora 27/08/2018 22:09:41	Número da pulseira 1000006581342	Convênio SUS				
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica					
Classificação de risco	Origem do paciente RUA					
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO				
Indicadores e Transporte						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não			
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS		Quem transportou				
Sinais Vitais						
PA X mmHg	Pulso	Temperatura				
Exames complementares						
Rato X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico						CID
Atendido por THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA						Tempo 15seg

Imprimir



ESTOQUES

Endereço: S/N, S/N, BESSA, JOAO PESSOA - PB, 99999999

Tel:

CNES: 1123443

Paciente ALISSON ALMEIDA IMPERIANO	BAE 1091000	Data/Hora Entrada 27/06/2018 22:09:41	Data Saída
Data de nascimento 31/07/1994	Idade 23a 10m 28d	Sexo Masculino	CNS
Mãe SONIA MARIA ALMEIDA IMPERIANO			Telefone de Contato (83) 991957014
Endereço ANTÔNIO HONÓRIO DA SILVA, 106 - BOMBEIRO AR 45	Bairro MANGABEIRA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FRANCISCO JUNIOR PEREIRA LEITE	Nº Cons. Regional 7270/RJ
Data/Hora Classificação 27/06/2018 22:13:34		Data/Hora Prescrição 27/06/2018 22:24:32	

Anamnese

Paciente com história de colisão carro x motocicleta há aproximadamente uma hora, removido pelos Bombeiros, deu entrada deambulando, sem colar cervical. Queixa-se de dor em punho direito. Consciente, orientado, eupnéico, Glasgow = 15. Nega vômito, desmaio e cervicalgia. Nega alergia medicamentosa. Abd.: Flácido, sem sinais de peritonite, indolor.

Conduta:

- 1- Solicito radiografia de punho e antebraço direito;
- 2- Solicito FAST;
- 2- Solicito avaliação da Ortopedia.

MEDICAÇÃO

SORO ANTITETANICO 5.000UI (AMPOLA 5ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0,0 (MG/TSM)

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM AD 10 ML)

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 MG VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM SF 0,9% 100 ML)

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 500,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MG/TSM) (OBSERVAÇÕES: MANTER ACESSO VENOSO)

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE PUNHO DIREITO (AP + LATERAL + OBLIQUA)

RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO DIREITO

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

ALISSON ALMEIDA IMPERIANO

FRANCISCO JUNIOR PEREIRA LEITE
(CRM: 7270/RJ)

Boletim registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 27/06/2018 22:09:56



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



AREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente ALISSON ALMEIDA IMPERIANO	BAE 1091000	Data/Hora Entrada 27/06/2018 22:08:41	Data Baixa 2018-06-27 23:39:06.0
Data de nascimento 31/07/1984	Idade 23a 10m 28d	Sexo Masculino	CNS
Mãe SONIA MARIA ALMEIDA IMPERIANO			Telefone de Contato (83) 981957014
Endereço ANTÔNIO HONÓRIO DA SILVA, 106 - BOMBEIRO AR 46	Bairro MANGABEIRA	Município JOÃO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional JOSE RODRIGUES ZORRILLA NETO	Nº Cons. Regional 9390/PB
Data/Hora Classificação 27/06/2018 22:13:34		Data/Hora Prescrição 27/06/2018 23:39:11	

Anamnese

vitima de queda de moto

rx: fratura - luxação do punho direito

cd: tala axilo
ao trauminha

PROCEDIMENTO

TALA AXILO PALMAR

CID10

Código	Descrição
M79.6	Dor em membro

Conduta

Em observação

Alta Hospitalar

Usuário
JOSE RODRIGUES ZORRILLA NETO

Data e Hora
27/06/2018 23:39:08

Motivo da Alta
ALTA HOSPITALAR

Observações

ALISSON ALMEIDA IMPERIANO

JOSE RODRIGUES ZORRILLA NETO
(CRM: 9390/PB)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITACÃO
CARTÃO NACIONAL DE HABITACÃO

PB

NOME
ALISSON ALMEIDA IMPERIANO

DOC. IDENTIDADE / OUTRO IDENTIFICADOR
3872448 SSDB PB

CITY
017.929.484-92 DATA NASCIMENTO
31/07/1994

FILIAÇÃO
ANTONIO ARLINDO DE
ALMEIDA
SONIA MARIA IMPERIANO
DE ALMEIDA

PERMISO
ACC
CAENA
Ab

Nº REGISTRO
06353035450 VIGÊNCIA
26/09/2019 1ª GARANTIAÇÃO
27/04/2015

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1549026362

OBSERVAÇÕES
EAR:

Assinatura do Portador

LOCAL
CAMPINA GRANDE, PB DATA EMISSÃO
31/01/2018

Assinatura do Emissor
04985508035
PB036123757

PROIBIDO PLASTIFICAR
1549026362

PARAÍBA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

Nº 013931202908

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - COD. RENAVAM 0095731345-4

VIA - COD. RENAVAM 00/0000000

EXERCÍCIO 2018

NOME ARQUIMEDES ALMEIDA IMPERIANO

PLACA 05896007450

CHASSI 9C2K08108R105383

COMBUSTÍVEL GASOLINA

ANO FAB 2008

ANO MOD 2008

CAR/MOTOCICLE/MAO APPLIC

MARCA / MODELO HONDA/CG 150 TITAN KS

CAP / POT / CIL 0.06T/149 / CI

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE PRETA

COTA UNICA 00/00/0000

VENO. COTA UNICA 0

PARCELAMENTO / COTAS 0

PREMIO TOTAL (R\$) 0

DATA DE PAGAMENTO 12/06/2018

PREMIO TARIFARIO (R\$) 0

VEIC. MODIFICADO RES. 25/98

SEM RESERVA DE DOMINIO

MAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA 0

LOCAL OLIVEDOS-PB

DATA 18/06/2018

40665

52419

DETRAN

0924621300



CONTRAN

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 013931202908 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018

DATA EMISSÃO 18/06/2018

PLACA MN38683/PB

MARCA / MODELO HONDA/CG 150 TITAN KS

RENAVAM 00957313454

ANO FAB 2008

ANO MOD 2008

COT. UNIC 9

Nº CHASSI 9C2K08108R105383

PREMIO TARIFARIO

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOE (R\$)

SEGURO

DATA DE QUITAÇÃO 12/06/2018

COTA UNICA 9

PARCELADO

SEGUROADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 08.248.608/0001-04

52419-1325506-20180618



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA ALISSON ALMEIDA IMPERIANODATA DO ACIDENTE 27/06/2018 CPF DA VÍTIMA 017.929.484-92

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM

A VÍTIMA É _____

ENDEREÇO DO PORTADOR RUA ANTONIO HONORIO DA SILVANº 106 COMPLEMENTO CASA BAIRRO MANGABEIRACIDADE JOÃO PESSOA UF PB CEP 58000-000E-MAIL mauradpvc@23@hotmail.com TELEFONE (83) 98238-2642

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

() REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

() NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 20/07/2019IDENTIDADE 3.872.448ASSINATURA Alisson Almeida Imperiano

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 20 DE FEV. 2019

NOME _____

ASSINATURA _____

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190157898 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALISSON ALMEIDA IMPERIANO **Data do acidente:** 27/06/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO DO PUNHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER.
ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

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: 3190157898 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALISSON ALMEIDA IMPERIANO **Data do acidente:** 27/06/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO DO PUNHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER.
ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

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-0063087/19

Vítima: ALISSON ALMEIDA IMPERIANO

CPF: 017.929.484-92

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 27/06/2018

Titular do CPF: ALISSON ALMEIDA IMPERIANO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ALISSON ALMEIDA IMPERIANO : 017.929.484-92

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: 20/02/2019
Nome: ALISSON ALMEIDA IMPERIANO
CPF: 017.929.484-92

ALISSON ALMEIDA IMPERIANO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/02/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA