
Rio de Janeiro, 04 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200090903

Vítima: JOHANN CARLOS DE PAULA BRAGA

Data do Acidente: 02/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOHANN CARLOS DE PAULA BRAGA

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, 19 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200090903

Vítima: JOHANN CARLOS DE PAULA BRAGA

Data do Acidente: 02/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOHANN CARLOS DE PAULA BRAGA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: JOHANN CARLOS DE PAULA BRAGA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000001559

Conta: 000004979-9

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 005.270.663-03 3 - CPF da vítima: 005.270.663-03 4 - Nome completo da vítima: JOHANN CARLOS DE PAULA BRAGA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: JOHANN CARLOS DE PAULA BRAGA 6 - CPF: 005.270.663-03
7 - Profissão: AUTÔNOMO 8 - Endereço: RUA MIGUEL ARAGÃO 9 - Número: 800 10 - Complemento: DP 01, AL 19
11 - Bairro: MONDUBIM 12 - Cidade: JATALIZA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60.765-065
15 - E-mail: Ssimplytica1@gmail.com 16 - Tel (DDD): 85.4.8422.3357

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) 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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vairas)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Jataliza, 17 de Fevereiro de 2020.

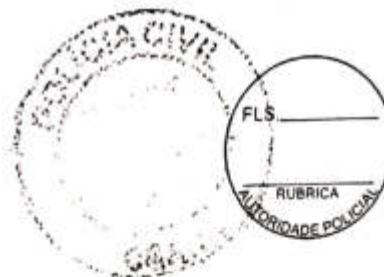
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
JOHANN CARLOS DE PAULA BRAGA

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 202065499



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 209 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **22/01/2020 15:23:40**
Data / Hora da Ocorrência: **02/12/2019 22:00:00**
Endereço da Ocorrência: **R DIREITA, PLANALTO AYRTON SENNA - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOHANN CARLOS DE PAULA BRAGA**
Nascimento: **02/04/1983** CPF: **005.270.663-03** UF: **CE**
RG: **2001007004850** Orgão Emissor: **SSPDS**
Filiação: **VANDA LUCIA DE PAULA BRAGA**
FRANCISCO JOSE DE FREITAS BRAGA
Endereço: **RUA MIGUEL ARAGÃO, 800 AP 1 BL 19 QD 4**
Bairro: **MONDUBIM**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 99812-0676**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PMZ1843** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2MC4400KR018034** Renavam: **1191541514** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CB250F TWISTER CBS** Ano Fabricação: **2019** Ano Modelo: **2019** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **JOHANN CARLOS DE P BRAGA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

QUE COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR, QUE NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO UMA MOTO DE PLACA PMZ-1843 NA RUA DIREITA QUANDO UM CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS COLIDIU COM A MOTO QUE A VITIMA TRANSITAVA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO FICANDO LESIONADA E SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL ANTÔNIO PRUDENTE. E NADA MAIS DISSE./////////
OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ARTIGO 340 DO CPB.
PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

FRANCISCO DELANIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

JOHANN CARLOS DE PAULA BRAGA

VISTO DO DELEGADO(A) :

Bel. Evandro Alves de Souza
Delegado de Polícia
MAT. 14699

EVANDRO ALVES DE SOUZA - MAT.: 14699

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 005.270.663-03 3 - CPF da vítima: 005.270.663-03 4 - Nome completo da vítima: JOHANN CARLOS DE PAULA BRAGA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: JOHANN CARLOS DE PAULA BRAGA 6 - CPF: 005.270.663-03
7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: Rua Miguel Aragão 9 - Número: 800 10 - Complemento: 01, 919
11 - Bairro: Mendubim 12 - Cidade: Jataliza 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60.765-065
15 - E-mail: Ssimplifica1@gmail.com 16 - Tel (DDD): 85.4.8422.3357

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUÇANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) 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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vairasões)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Jataliza, 17 de Fevereiro de 2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
JOHANN CARLOS DE PAULA BRAGA

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



DECLARAÇÃO



192

REGIONAL FORTALEZA

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao (a) Sr (a). **Johann Carlos de Paula Braga - C.P.F. - 005.270.663-03**, no dia **02/12/2019**, às **22h32min**, na **Rua Direita**, no **Bairro Planalto Ayrton Senna**, vítima de acidente de trânsito.


Declaramos ainda que segue em anexo cópia do Prontuário do Atendimento acima mencionado.

Documento requerido por meio do Processo nº **P023513/2020**.


Retificamos que houve equívoco no preenchimento do campo (Data); Onde esclarecemos que a provável Data seja (02/12/2019).

Fortaleza, 14 de Janeiro de 2020.

Atenciosamente,


Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME - SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45661-1

Roberto Gomes de Lima
Coordenação - SAME
SAMU 192 Regional Fortaleza


Maurício Lopes Alves
SAME/SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 25350-1

Maurício Lopes Alves
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza



P-023513/2020

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: USB 121 PONTO DE APOIO: Chest Nº DA OCORRÊNCIA: 1073
 DATA: 02/11/19 TURNO: noturno EQUIPE: Roberto + Camila
 NOME: Johann Carlos de Paula Braghi DADE: 37 SEXO: M
 ENDEREÇO: R. Direita 213
 REFERÊNCIA: 81 NV Nova Fort. PI Veicelo BAIRRO: PL Ant. Fort.
 QTY: 22:01 QUS: 22:32 QUY: 22:55 QUU: 23:00
 NATUREZA DA OCORRÊNCIA: colisão carro x moto

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO

- ☐ RESPONSIVO
☐ NÃO RESPONSIVO

EXPANSÃO TORÁCICA

- ☐ PRESENTE
☐ AUSENTE

PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)

- ☐ PRESENTE
☐ AUSENTE

A
Via aérea

- ☒ PÉRVEAS ☐ OBSTRUÍDAS

POR: _____

B
InspiraçãoPADRÃO
RESPIRATÓRIO

- ☒ EUPNEICO
☐ TAQUIPNEICO
☐ BRADIPNEICO
☐ AGÔNICA/AUSENTE

INSPEÇÃO

- ☒ NORMAL
☐ ALTERADA: _____

PALPAÇÃO / PERCUSSÃO

- ☒ NORMAL
☐ ALTERADA: _____

AUSCULTA

- ☐ NORMAL
☐ ALTERADA: _____

C
Circulação

PULSO

- ☒ NORMOCÁRDICO ☒ CHEIO
☐ TRAQUICÁRDICO ☐ FILIFORME
☐ BRADICÁRDICO ☐ IMPALPÁVEL

LOCAL: _____

PELE

- ☐ CORADA ☐ SUDOREICA
☐ PÁLIDA ☐ SECA
☐ CIANÓTICA ☒ QUENTE
☐ FRIA

ENCHIMENTO
CAPILAR

- ☒ ≤ 2 seg
☐ > 2 seg

SANGRAMENTO
EXTERNO

- ☐ SIM
☐ NÃO

D
Neurológico

ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (a) / PEDIÁTRICA (P)

ABERTURA OCULAR

- ESPONTÂNEA ☒ 4
 À VOZ ☐ 3
 À DOR ☐ 2
 NENHUMA ☐ 1

TOTAL: 15

RESPOSTA VERBAL

- ORIENTADO (A) / SORRI (P) ☒ 5
 CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL ☐ 4
 PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) ☐ 3
 SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P) ☐ 2
 NENHUMA ☐ 1

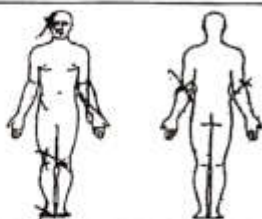
RESPOSTA MOTORA

- OBEDECE A COMANDOS ☒ 6
 LOCALIZA A DOR ☐ 5
 MOVIMENTO DE RETIRADA ☐ 4
 FLEXÃO ANORMAL ☐ 3
 EXTENSÃO ANORMAL ☐ 2
 NENHUMA ☐ 1

PUPILAS: ☐ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)
☐ ALTERADAS

E
Exposição

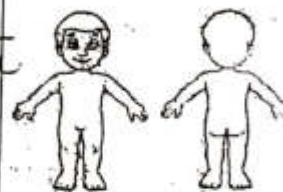
ADULTO



LESÕES

Motociclista com
 expatete e colisão moto
 x carro.

PEDIÁTRICO



SAMPLA

FC: 80 PA: 120x70 FR: 22 GUC.: OXIM.: 99% TEMP.: 36.5

Relata não saber se tem alergia
 nem comensidades

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CHECAGEM

ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

ASS. / CRM:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

Paciente g.c.P 37q. O último de coleroides melox
apresentando fratura fechada em
nise laceração súbula em pericúlo D. lene-
mente em labios superior e inferior do x
e incómeças de pelhs D.E. e xcy
em pe D. e volvi consciente oumbel
Síncope. O mesmo estava com corpo

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE

☐ UNIDADE DE SAÚDE:

☐ LIBERADO

☐ RECUSA

☐ REMOVIDO POR TERCEIROS

☐ OUTRO:

BOLETIM EMERG:

☐ ÓBITO →

☐ NO LOCAL

☐ DURANTE O TRANSPORTE

PACIENTE ACOMPANHADO:

☒ SIM

☐ NÃO

ASS. DO RESPONSÁVEL:

ANTONIO DEANEST BARRETO

ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DESTINO:

Dr. Antonio da Silva Gomes
Ortopedia / Traumatologia

Grupo 1 - Quadri

EM: / / às hs

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

LOCAL:

EM: / /

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

TERMO DE RECUSA

EU,

RG / CPF

DECLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. PORÉM, RECUSO O SERVIÇO OFERTADO PELO
JAMU EM: / / às hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.

SSINATURA:

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: 13/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOHANN CARLOS DE PAULA BRAGA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01559

CONTA: 000000004979-9

Nr. da Autenticação 205C44E83407FD84

Nº do Cliente:

6042564

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438
de 26 de abril de 2002

enel

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150

CEP 60135 040 | Fortaleza CE

CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 05.105.848-3

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima
sempre que entrar em contato conosco.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 037176241

Rota FOJ12U33 - 97800

Referência 11/2019

Nome JOHANN CARLOS DE PAULA BRAGA

Endereço RU MIGUEL ARAGAO, 00800 - AP 01 BL 19, MONDUBIM,

60765-065, FORTALEZA

Classificação Residencial Pleno

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL

Ligação Monofásico

Emissão 19/11/2019

Medidor 2643501-FAE-006

ÁREA RESERVADA AO FISCO

9A356041ECAF03521C83A2A80AF5306F

DATAS DE LEITURA P.F.: 33 dias

Anterior 17/10/2019 Atual 19/11/2019 Próxima prevista 18/12/2019



DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP	17.513	17.445	1,00	68	00	68	0,72794	49,58

DADOS DO FATURAMENTO

ADICIONAL BAND. AMARELA
ADICIONAL BAND. VERMELHA
CONSUMO
MULTA

TARIFA

0,00838
0,03279
0,72794

VALOR (R\$)

0,57
2,23
49,50
0,93

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	52,30	27,00	14,11
PIS	52,30	0,04	0,01
COFINS	52,30	0,30	0,14

VENCIMENTO

26/11/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

53,23



**ANTONIO
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
63884261



27/12/2019 15:21:51

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
9128632	JOHANN CARLOS DE PAULA BRAGA	M	02/04/1983	36
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
2001007004850 SSP CE	527066303		1-CASADO	

Endereço

AV 74,686 - JERENSATI 2, FORTALEZA(CE) CEP 61111111

Telefone Residencial Telefone Trabalho

DADOS DO CONVENIO

Convenio	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA -		COLETIVO
22 HAPVIDA			
Carteira	Validade		
39333000004005016			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor	116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG		
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
02/12/2019	23:12		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente			Clinica
1888927 ANTONIO LUIZ VIEIRA GONCALVES			6-TRAUMATOLOGICA
Médico Acompanhante			Peso (Kg) Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA (1 10) MARLENE ARAUJO FERREIRA

fev 27 2020

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

27/12/2019 15:27

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: JOHANN CARLOS DE PAULA BRAGA

Dt. Nasc.: 02/04/1983

Atendimento: 63884261

Prontuário: 9128632

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/5

Profissional(is): ANTONIO LUIZ VIEIRA GONCALVES CRM 12444 [1]

Nº: 47708249 02/12/2019 às 23:15

ANAMNESE

Queixa Principal

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU APRESENTANDO TRAUMA EM MSE +TCE, SOLICITO RX E AVALIAÇÃO COM CIRURGIA

[1]

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial

99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>

[1]

CID10

M259 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO

[1]

Alergias

Não

[1]

Medicação Em Uso

Não

[1]

Antecedentes Patológicos Familiar

Não

[1]

DIAGNÓSTICO

CID10

M259 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO

[1]

CID10

M259 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO

[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

FOLHA 27851

27/12/2019 15:23

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: JOHANN CARLOS DE PAULA BRAGA Dt. Nasc.: 02/04/1983 Atendimento: 63884261 Prontuário: 9128632
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/5

Profissional(is): ROBERTO ESMERALDO NOGUEIRA BARBOSA CRM 14529 [1] N°: 47709853 03/12/2019 às 00:28

ANAMNESE

Queixa Principal POLITRAUMA [1]
BEG EUPNEICO NORMOCORADO HIDRATADO AFEBRIL AO TOQUE
CONSCIENTE E ORIENTADO
MV + EM AHT SRA
FC 80
ABD LIVRE
ECG 15
PUPILAS ISOCORICAS E FOTORREAGENTES
RX TX SEM ALTERAÇÕES
CD SUTURA LOCAL + TC DE CRANIO

Queixa Principal [1]
Diagnóstico Inicial 99 <CID10 NÃO AGRUPADOS> [1]
CID10 S06 TRAUMATISMO INTRACRANIANO [1]
Alergias Não [1]
Medicação Em Uso Não [1]
Antecedentes Patológicos Familiar Não [1]

DIAGNÓSTICO

CID10 S06 TRAUMATISMO INTRACRANIANO [1]
CID10 S06 TRAUMATISMO INTRACRANIANO [1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

FELICE 27/12/19

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

27/12/2019 15:27

Paciente: JOHANN CARLOS DE PAULA BRAGA	Dt. Nasc.: 02/04/1983	Atendimento: 63884261	Prontuário: 9128632
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Leito: 133227/5	
Profissional(is): ANTONIO LUIZ VIEIRA GONCALVES CRM 12444 [1]	Nº: 47710384	03/12/2019	às 01:10
ANAMNESE			
Queixa Principal	PACIENTE APRESENTANDO TRAUMA EM ANTEBRAÇO E TCE. COM RELATO DE PERDA DE CONSCIENCIA, APRESENTANDO AO EXAME DE ADMISSAO COM LEVE DESORIENTAÇÃO, AGUARDA RESULTADO DA TC CRANIO, SOLICITO CURATIVO E IMOBILIZAÇÃO MEMBRO E RETORNO APÓS EXAMES		[1]
Queixa Principal			
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>		[1]
CID10	S523 FRATURA DA DIAFISE DO RADIO		[1]
Alergias	Não		[1]
Medicação Em Uso	Não		[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não		[1]
DIAGNÓSTICO			
CID10	S523 FRATURA DA DIAFISE DO RADIO		[1]
CID10	S523 FRATURA DA DIAFISE DO RADIO		[1]
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE			

Relato 27351

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

27/12/2019 15:44

Paciente: JOHANN CARLOS DE PAULA BRAGA	Dt. Nasc.: 02/04/1983	Atendimento: 63884261	Prontuário: 9128632
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Leito: 133227/5	
Profissional(is): JOSE NEIAS ARAUJO RIBEIRO CRM 12051 [1]	Nº: 47712471	03/12/2019	às 05:23

ANAMNESE

Queixa Principal	PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE DE TRANSITO, APRESENTANDO TRAUMA EM ANTEBRAÇO E TCE, COM RELATO DE PERDA DE CONSCIENCIA, APRESENTANDO AO EXAME DE ADMISSAO COM LEVE DESORIENTAÇÃO RX: FRATURA EXPOSTA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO.	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	S52 FRATURA DO ANTEBRACO	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	S52 FRATURA DO ANTEBRACO	[1]
CID10	S52 FRATURA DO ANTEBRACO	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

FELIPE 27851



**ANTONIO
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
64083036



ESTE PRONTUARIO E PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

27/12/2019 15:22:14

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
9128632	JOHANN CARLOS DE PAULA BRAGA	M	02/04/1983	36

RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil
2001007004850 SSP CE	527066303		1-CASADO

Endereço
AV 74,686 - JERENSATI 2, FORTALEZA(CE) CEP 61111111

Telefone Residencial	Telefone Trabalho

DADOS DO CONVENIO

Convenio		
22 HAPVIDA	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA -	COLETIVO
Carteira	Validade	
39333000004005016		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor	
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG	
Data	Hora
11/12/2019	09:54
Matricula	Tipo Atendimento
	4 CONSULTA RETORNO
Médico Atendente	Clinica
2594358 FREDERICO THALES DE VASCONCELOS	6-TRAUMATOLOGICA
Médico Acompanhante	Peso (Kg)
	Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA -(1.10) MARLENE ARAUJO FERREIRA



FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

27/12/2019 15:47

Paciente: JOHANN CARLOS DE PAULA BRAGA

Dt. Nasc.: 02/04/1983

Atendimento: 64083036

Prontuário: 9128632

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133223/2

Profissional(is): FREDERICO THALES DE VASCONCELOS CRM 11332 [1]

Nº: 48075792 11/12/2019 às 10:40

ANAMNESE

Queixa Principal PCTE VEIO FALAR COM DR RAFAEL [1]

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial 99 <CID10 NÃO AGRUPADOS> [1]

CID10 S62 FRATURA AO NIVEL DO PUNHO E DA MAO [1]

Alergias Não [1]

Medicação Em Uso Não [1]

Antecedentes Patológicos Familiar Não [1]

Comorbidades Não [1]

DIAGNÓSTICO

CID10 S62 FRATURA AO NIVEL DO PUNHO E DA MAO [1]

CID10 S62 FRATURA AO NIVEL DO PUNHO E DA MAO [1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

27/12/2019 15:48

Paciente: JOHANN CARLOS DE PAULA BRAGA	Dt. Nasc.: 02/04/1983	Atendimento: 64083036	Prontuário: 9128632
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Leito: 133223/2	
Profissional(is): JEFFERSON FERREIRA CARNEIRO, ENFERMEIRO(A), COREN 519637 [1]	Nº: 48089969	11/12/2019	às 15:39

CONTROLE VITAIS

DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS

Data	11/12/2019	[1]
Hora	15:40	[1]

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução De Enfermagem Emergência	<p>CLIENTE J.C.P.B, 36 ANOS, SEXO MASCULINO, ADMITIDO NESTA UNIDADE HOSPITALAR COM PROCEDIMENTO PROPOSTO DE FRATURA DE PUNHO E ANTEBRAÇO ESQUERDO GRAVE.</p> <p>#ALERGIAS: NEGA #EXAMES: LAB + RX + TC + ECG #COMORBIDADES: SEM COMORBIDADES</p> <p>EVOLUI, CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, EM AR AMBIENTE, DIETA POR VO JEJUM COMPLETO, ESTÁVEL, DEAMBULANDO, COM CVP PÉRVIO EM MSD, AO EXAME FÍSICO COM FIXADOR EXTERNO EM MSE, PELE ÍNTEGRA EM RELAÇÃO LPP, ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS ESPONTÂNEAS, ENFA LEILANE CIENTE ÀS 12:33H (IRISMAR), IRÁ SER REALIZADO PELO DR THIAGO AGUIAR, SOB CUIDADOS DA EQUIPE.</p> <p>GERENCIAMENTO DE RISCOS</p> <p>RISCO PARA QUEDA: MANTER EM LEITO COM GRADES ELEVADAS; MANTER RODAS DA CAMA TRAVADAS; MANUSEAR PACIENTE COM AUXÍLIO (MÍNIMO DE 2 TÊC. ENFERMAGEM).</p> <p>RISCO PARA LP: REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO DE 2/2H OU CONFORME TOLERÂNCIA / APLICAR ESCALA DE BRADEN DIARIAMENTE / UTILIZAR COLCHÃO PNEUMÁTICO / MANTER PELE HIDRATADA;</p> <p>RISCO PARA PERDA DE DISPOSITIVO: CUIDADO NO MANUSEIO DE CATETER CENTRAL / PERIFÉRICO. MANTER DRENO/CATETERES BEM FIXADOS;</p> <p>RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO: MANTER CABECEIRA ELEVADA 30º OU 45°. REALIZAR HIGIENE ORAL.</p> <p>RISCO DE FLEBITE: RENOVAR ACESSO A CADA 72 HRS, CONFORME ROTINA DA INSTITUIÇÃO / MANTER FIXAÇÃO ADEQUADA.</p> <p>JEFFERSON FERREIRA CARNEIRO, ENFERMEIRO(A), COREN 519637 [1]</p>	[1]
-----------------------------------	---	-----

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

27/12/2019 15:50

Paciente: JOHANN CARLOS DE PAULA BRAGA Dt. Nasc.: 02/04/1983 Atendimento: 64374154 Prontuário: 9128632
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133228/2

Profissional(is): ANDRE DE CASTRO ALCANTARA CARVALHO CRM 11538 [1] Nº: 48675559 26/12/2019 às 10:06

ANAMNESE

Queixa Principal	talpa axilopalmar a esq pos operatorio - dr rafael	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	S526 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO E DO CUBITO [ULNA]	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]
Comorbidades	Não	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	S526 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO E DO CUBITO [ULNA]	[1]
CID10	S526 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO E DO CUBITO [ULNA]	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

03/12/2019 10:

HAPFOR

DE PAULA BRAGA

Dt. Nasc.: 02/04/1983

Atendimento: 63888986

Prontuário: 9128632

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133430/1

MORAIS, ENFERMEIRO(A): COREN 868539 [1]

Nº: 47725269 03/12/2019 às 10:54

Identificação Do Paciente	03/12/0019	[1]
Opme Checado Em Sala Cirurgica	10:00h	[1]
Equipamentos Checados Em Sala Cirurgica	fratura multiplas no braço	[1]
Alergias Do Paciente São Conhecidas		[1]
Medicações Anestésicas Checadas Em Sala Cirurgica		[1]
Confirmação De Reserva E Disponibilidade De Hemocomponentes Se Risco De Perda Sanguinea		[1]
Via Aérea Difícil		[1]
Confirmação De Vaga Em Uti		[1]
Kit Cirurgico Completo Em Sala		[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia		[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Anestesia		[1]
Sítio Demarcado Pelo Cirurgião		[1]
Verificação De Anestésica Concluída		[1]
Oxímetro De Pulso No Paciente Em Funcionamento		[1]
Todos Os Membros Da Equipe Se Apresentaram Pelo Nome E Função		[1]
Laterabilidade Do Procedimento		[1]
Paciente Certo		[1]
Sítio Cirúrgico Identificado		[1]
Procedimento		[1]
Há Material/Instrumental Especifico Para O Procedimento A Ser Realizado		[1]
Checgem Completa Dos Equipamentos		[1]
Antibioticoprofilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos		[1]
Checgem Completa Das Medicções Anestésicas		[1]
Esterilização Do Material Confirmada E Validada		[1]
Etapas Críticas, Duração E Perdas Sanguíneas Foram Previstas		[1]
As Preocupações Especificas Em Relação Ao Paciente		[1]

BOLETIM DE CIRURGIA

Pagina 1 de 1

03/12/2019 11:20

CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Dr. Bruno Botelho

Atendimento: 63888986

Prontuário: 9128632

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133430/1

Nº: 47726565 03/12/2019 às 11:17

BRUNO BOTELHO, MÉDICO, CRM 9329 [1]

Diagnóstico Clínico	S52	[1]
Diagnóstico Cirúrgico	S52	[1]
DADOS DA CIRURGIA		
Data Da Cirurgia	03/12/2019	[1]
Hora Da Cirurgia	11:17	[1]
Cirurgia	trat. cir. fratura com fixador externo	[1]
Cirurgião	Dr Bruno Botelho	[1]
1º Auxiliar	Dr Rafael Bezerra	[1]
Anestesista	Dr Sabelio Plata	[1]
Descrição Cirúrgica	Decúbito dorsal Assepsia e antissepsia Exploração da lesão Remoção de fragmento osseo desvitalizado Reparo de lesão da artéria radial Redução indireta dos fragmentos Estabilização com fixador externo Controle radiográfico Hemostasia e limpeza Aproximação dos bordos Curativo estéril	[1]
Códigos Dos Procedimentos	30725160	[1]

Dr. Bruno Botelho
Licenciado em Medicina
CRM 9329 - RJ



**ANTONIO
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
64374154



ESTE PRONTUARIO E PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

27/12/2019 15:22:36

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
9128632	JOHANN CARLOS DE PAULA BRAGA	M	02/04/1983	36
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
2001007004850 SSP CE	527066303		1-CASADO	
Endereço				
AV 74,686 - JERENSATI 2, FORTALEZA(CE) CEP 61111111				
Telefone Residencial		Telefone Trabalho		

DADOS DO CONVENIO

Convenio			
22 HAPVIDA	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA -	COLETIVO	
Carteira	Validade		
39333000004005016			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor				
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG				
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento	
26/12/2019	09:41		4 CONSULTA RETORNO	
Médico Atendente			Clinica	
3184358 ANDRE DE CASTRO ALCANTARA CARVALHO			6-TRAUMATOLOGICA	
Médico Acompanhante			Peso (Kg)	Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA -(1 10) MARLENE ARAUJO FERREIRA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

27/12/2019 15:50

Paciente: JOHANN CARLOS DE PAULA BRAGA	Dt. Nasc.: 02/04/1983	Atendimento: 64374154	Prontuário: 9128632
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Leito: 133228/2	
Profissional(is): JOSE RAIMUNDO DIOGENES PEIXOTO COREN 236206 [1]	Nº: 48687955	26/12/2019	às 13:58

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE	AXILOPALMAR OU PENDENTE 1 REALIZADO AS 13:58, EM 26/12/2019 POR JOSE RAIMUNDO DIOGENES PEIXOTO, COREN/CE 236206.	[1]
	RETIRADA DE PONTOS 1 REALIZADO AS 13:58, EM 26/12/2019 POR JOSE RAIMUNDO DIOGENES PEIXOTO, COREN/CE 236206.	

AValiação de RISCO

Hemorragia Puerperal	[1]
Lesão Por Pressão Adulto (Braden)	[1]
Lesão Por Pressão Pediátrico (Braden Q)	[1]
Queda Adulto (Morse)	[1]
Queda Pediátrica (Humpty-Dumpty)	[1]
Flebite	[1]
Tromboembolismo Venoso Clínico	[1]

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
JOHANN CARLOS DE PAULA BRAGA



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
2001007004850 SSPDS CE

CPF DATA NASCIMENTO
005.270.663-03 02/04/1983

FILIAÇÃO
FRANCISCO JOSE DE
FREITAS BRAGA
VANDA LUCIA DE PAULA
BRAGA

ACC CAT. HAB.
A

Nº REGISTRO
05138312696

VALIDADE
17/08/2020

1ª HABILITAÇÃO
09/02/2011

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO;

JOHANN CARLOS DE PAULA BRAGA

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
17/08/2015

IGOR VASCONCELOS PONTE
ASSINATURA DO EMISSOR

66518611286
CE149174764

DETRAN-CE (CEARA)

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1156098580

PLASTIFICADA
156098580

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200090903 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOHANN CARLOS DE PAULA BRAGA **Data do acidente:** 02/12/2019 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO
FRATURA DA DIAFISE DO RADIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO DO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0072345/20

Vítima: JOHANN CARLOS DE PAULA BRAGA

CPF: 005.270.663-03

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/12/2019

Titular do CPF: JOHANN CARLOS DE PAULA BRAGA

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

JOHANN CARLOS DE PAULA BRAGA : 005.270.663-03

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 28/02/2020
Nome: JOHANN CARLOS DE PAULA BRAGA
CPF: 005.270.663-03

JOHANN CARLOS DE PAULA BRAGA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/02/2020
Nome: ALANA DA SILVA DE MATOS
CPF: 067.348.933-75

ALANA DA SILVA DE MATOS

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0072345/20

Vítima: JOHANN CARLOS DE PAULA BRAGA

CPF: 005.270.663-03

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/12/2019

Titular do CPF: JOHANN CARLOS DE PAULA BRAGA

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

JOHANN CARLOS DE PAULA BRAGA : 005.270.663-03

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 28/02/2020
Nome: JOHANN CARLOS DE PAULA BRAGA
CPF: 005.270.663-03

JOHANN CARLOS DE PAULA BRAGA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/02/2020
Nome: ALANA DA SILVA DE MATOS
CPF: 067.348.933-75

ALANA DA SILVA DE MATOS