



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE	JOHANN CARLOS DE PAULA BRAGA		
NACIONALIDADE	BRASILEIRO	TELEFONE	9.98120676
RG	2001007004850	ESTADO CIVIL	SOLTEIRO
CPF	005.270.663-03	PROFISSÃO	SERVIÇO GERAIS
ENDEREÇO	RUA MIGUEL ARAGÃO 800 APOA BL 19		
BAIRRO	MONDUBIM	CEP	60765-065
MUNICIPIO / UF	FORTALEZA/CE		

OUTORGADA: CAROLINA FREITAS MOREIRA, brasileira, casada, advogada, devidamente inscrita na OAB/CE sob o nº 23.787, endereço eletrônico carolinafreitasjuridico@gmail.com, com escritório profissional na Rua Pedro Borges, nº 520, 5º andar, no Edifício Palácio Progresso, no bairro Centro, em Fortaleza/CE, CEP 60.055-10.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, a outorgada, sua bastante procuradora, conferindo-lhe os poderes da cláusula "ad judicium et extra", podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como conferindo os poderes especiais para promover a Ação Judicial competente para o **recebimento da indenização que lhe cabe, como beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo seguro DPVAT**, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a FENASEG, participante do Convenio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, podendo representar em qualquer juízo com poderes para promover; acordos judiciais e extrajudiciais e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, desistir, renunciar, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, receber e dar quitações, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro **receber intimações para audiência e perícias médicas**, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

FORTALEZA (CE), 03 de Novembro de 2020

JOHANN CARLOS DE PAULA BRAGA
OUTORGANTE

CAROLINA FREITAS MOREIRA
Advogada inscrita na OAB/CE nº 23.787
CPF nº 005.270.663-03

Este documento é uma cópia digitalizada do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO CEARÁ, protocolado em 03/11/2020 às 14:31, sob o número 02623778020208060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0262377-80/2020.8.06.0001 e código 79BA556.



CAROLINA FREITAS MOREIRA
Advogada

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA

Eu, JOHANN CARLOS DE PAULA BRAGA, brasileiro(a),
SOLTEIRO, SERVIÇOS GERAIS, portador(a) da Carteira de
Identidade/RG nº 2001007004850, e inscrito (a) no CPF sob o nº
005.270.663-03, residente e domiciliado (a) na Rua
MIGUEL ARAGÃO 800 APOI, nº BL19 no bairro
MONDUBIM, na cidade PORT/CE, CEP 60765-065

declaro para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com custas processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Fortaleza (CE), 03 de Novembro de 20 20

JOHANN CARLOS DE PAULA BRAGA
Declarante

CAROLINA FREITAS MOREIRA
Advogada

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 03/11/2020 às 14:31, sob o número 02623778020208060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0262377-80.2020.8.06.0001 e código 79BA556.



DECLARAÇÃO DE RESIDENCIA

Eu, JOHANN CARLOS DE PAULA BRAGA, brasil
eiro(a), SOLTEIRO, SERVIÇOS GERAIS portador(a) da cédula de Identidade Nº
2004007004850 e CPF Nº 005.270.663-03, DECLARO
que resido no seguinte endereço: RUA MIGUEL ARAGÃO 800 AP 04, nº
BL 19, no bairro MONDUBIM, na cidade de FORT/CE, CEP
60765-065, e forneço os meus dados pessoais, documentos e demais declarações para a
propositura de Ação Judicial em desfavor de qualquer seguradora conveniada DPVAT-FENASEG,
sendo de minha total responsabilidade a declaração de invalidez ou óbito fornecida.

Fortaleza, 03, de Novembro, de 2020

X JOHANN CARLOS DE PAULA BRAGA
DECLARANTE



DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE

Eu, JOHANN CARLOS DE PAULA BRAGA, portador (a) do RG nº 2001007004850, e CPF 005.270.663-03, declaro para todos os fins a que se destinar, que compareci ao escritório da Dra. **CAROLINA FREITAS MOREIRA**, brasileira, casada, advogada, devidamente inscrita na OAB/CE sob o nº 23.787, endereço eletrônico carolinafreitasjuridico@gmail.com, com escritório profissional na Rua Pedro Borges, nº 520, 5º andar, no Edifício Palácio Progresso, no bairro Centro, em Fortaleza/CE, CEP 60.055-10, e tenho total e plena consciência da existência da Ação de Cobrança de Indenização de Seguro DPVAT, referente ao acidente ocorrido na data de 02/12/2019, proposta contra a Seguradora Líder. Assumo de forma plena, única e integral a responsabilidade da veracidade por toda documentação/ informação acostada aos presentes autos. Declaro ainda, para todos os fins a que se destinar, que fui devidamente esclarecido a cerca dos documentos necessários para ingressar com a presente AÇÃO JUDICIAL e que a demanda judicial tramitará no Estado do Ceará, na Comarca de Fortaleza, ressaltando ainda, que até a presente data, não possuo nenhuma ação judicial contra qualquer seguradora do consorcio de seguro DPVAT, assumindo assim de forma plena, única e integral a responsabilidade por toda documentação acostada ao presente processo judicial, bem como pelos fatos narrados neste.

Desta forma, ISENTO a **Dra. CAROLINA FREITAS MOREIRA**, brasileira, casada, advogada, devidamente inscrita na OAB/CE sob o nº 23.787, endereço eletrônico carolinafreitasjuridico@gmail.com, com escritório profissional na Rua Pedro Borges, nº 520, 5º andar, no Edifício Palácio Progresso, no bairro Centro, em Fortaleza/CE, CEP 60.055-10, de toda e qualquer responsabilidade jurídica (cível, criminal, tributária, previdenciária) e, ou administrativa no que tange a autenticidade, litispendência (existência de processo com os mesmos documentos e/ou dados) e veracidade dos fatos narrados e descritos em mencionados documentos, assumindo única e exclusivamente estas responsabilidades sobre tais informações.

“AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO INDENIZATÓRIO DPVAT SÃO DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO, SENDO O MESMO INFORMADO QUE A COMUNICAÇÃO DE FATO NÃO OCORRIDO OU INEXISTENTE É CRIME PUNÍVEL NA FORMA DA LEI, ART. 339 E 340 DO CPB.”

Ciente de meus direitos e obrigações, bem como da validade de mencionado documento, firmo o presente, o qual passa a valer a partir desta data.

Fortaleza (CE), 03 de Dezembro de 20 20

JOHANN CARLOS DE PAULA BRAGA
Declarante

TESTEMUNHA
CPF:

TESTEMUNHA
CPF:

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
005.270.663-03

DATA NASCIMENTO
02/04/1983

FILIAÇÃO
FRANCISCO JOSE DE FREITAS BRAGA
VANDA LUCIA DE PAULA BRAGA

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 - CEARÁ)

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1156098580

PLASTIFICADA
1156098580

6042564

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

fls. 20

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

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 080640594

Rota F0312U33 - 97800 Referência 09/2020
Nome JOHANN CARLOS DE PAULA BRAGA
Endereço RU MIGUEL ARAGÃO, 00800 - AP 01 BL 19, MONDUBIM,
60765-065, FORTALEZA
Classificação Residencial Pleno
Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL
Ligação Monofásico
Emissão 18/09/2020
Medidor 2643501-FAE-006

ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATAS DE LEITURA P.P.: 30 dias

Anterior 19/08/2020 Atual 18/09/2020 Próxima prevista 26/10/2020



DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FF	19.215	19.057	1,00	158	00	161	0,75447	121,47

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA

VALOR (R\$)

CIP - ILUM PUB PREF MUNIC	-	10,29
CONSUMO	0,75447	121,47
JUROS MORATORIOS	-	13,07

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	121,47	27,00	32,79
PIS	88,68	0,11	0,09
COFINS	88,68	0,71	0,62

25/09/2020

144,83

CONSUMO CONSCIENTE

CPF/CNPJ

005.270.663-03

EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh). Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

U. U.S.A.

Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica (%CO₂)

62,85 0,00

REAVISO DE DÉBITO Esta unidade consumidora está apta a suspensão de fornecimento por inadimplência a partir do dia 04/10/2020, ou a qualquer momento por débitos já Reavisados anteriormente. O encerramento da relação contratual poderá ocorrer em 02 ciclos de faturamento após a suspensão de fornecimento. Declaração de Débito: Constan os seguintes débitos sujeitos a ações de cobrança, como inclusão em ORGAOS DE PROTEÇÃO AO CREDITO e PROTESTO. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar. Nº Cliente: 00006042564.

DÉBITOS ANTERIORES
MÊS/ANO VALOR (R\$)
09/2020 195,50
Total: R\$ 195,50

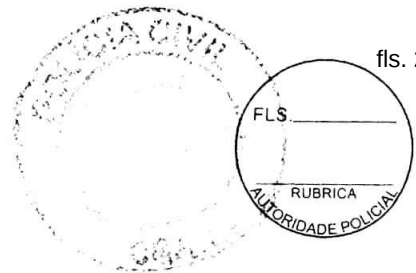
Períodos: Band. Tarif.: Verde : 20/08 - 18/09
Condições especiais de parcelamento. A ANEEL manteve suspensa a contagem do prazo de 90 dias para o corte e, a partir de 01/08/2020, autoriza a retomada do corte (REN 891/20). Saiba mais: www.eneel.com

Nº do Cliente: 6042564 Referência: 09/2020 V: [1.0.0.15]
Data de Emissão: 18/09/2020 Total a Pagar (R\$): 144,83
Nº da Nota Fiscal: 080640594 Nº de Controle: 20012129949

838000000017 44830031020 0 01212994907 1 00006042564 4



838000000017 44830031020 0 01212994907 1 00006042564 4



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**
RG: **2001007004850** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
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 da Polícia
MAT. 14699

EVANDRO ALVES DE SOUZA - MAT.: 14699



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.

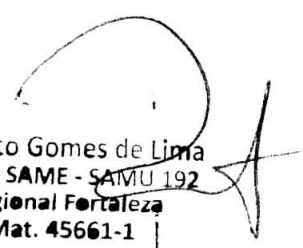
Declaramos ainda que segue em anexo cópia do Prontuário do Atendimento acima mencionado.

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

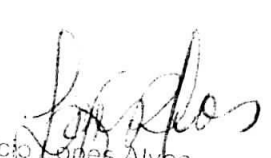
Retificamos que houve equívoco no preenchimento do campo (Data); Onde esclarecemos que a provável Data seja (02/12/2019).

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
SAMU/SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45661-1

Maurício Lopes Alves
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza



P-023513/2020

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: USB 32 PONTO DE APOIO: Chest Nº DA OCORRÊNCIA: 1073
DATA: 02/11/2020 TURNO: noturno EQUIPE: Rodrigues + Camilo
NOME: Johann Carlos de Paula Braga IDADE: 37 SEXO: M
ENDEREÇO: R. Direita 213
REFERÊNCIA: 81 DV Nova Fort. Pl Veicula BAIRRO: Pl Ant. Fort.
QTY: 22:01 QUS: 22:32 QUY: 22:55 QUU: 23:01
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

☒ PÉRVEAS ☐ OBSTRUÍDAS

POR: _____

A
Vias aéreasPADRÃO
RESPIRATÓRIO

- ☒ EUPNEICO
☐ TAQUIPNEICO
☐ BRADIPNEICO
☐ AGÔNICA/AUSENTE

INSPEÇÃO

- ☒ NORMAL
☐ ALTERADA: _____

PALPAÇÃO / PERCUSSÃO

- ☒ NORMAL
☐ ALTERADA: _____

AUSCULTA

- ☒ NORMAL
☐ ALTERADA: _____

B
Respiração

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

C
Circulação

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

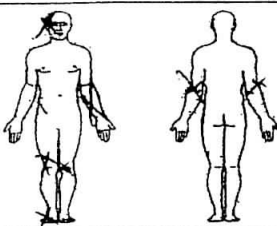
RESPOSTA MOTORA

- OBEDECE A COMANDOS ☒ 5
LOCALIZA A DOR ☐ 4
MOVIMENTO DE RETIRADA ☐ 3
FLEXÃO ANORMAL ☐ 2
EXTENSÃO ANORMAL ☐ 1
NENHUMA ☐ 0

PUPILAS: ☐ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)
☐ ALTERADAS

D
Neurológico

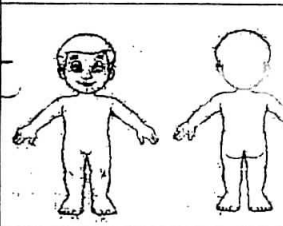
ADULTO



LESÕES

motoqueiro com
capacete colisão moto
x carro.

PEDIÁTRICO

**E**
Exposição

SAMPLA

FC: 80 PA: 120x70 FR: 22 GLIC.: OXIM.: 98% TEMP.: 36,5

Relata não saber se tem alergias
algumas comensidades



ANTONIO
PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
63884261



fls. 24

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

27/12/2019 15:21:51

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
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

Folha 27851

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

27/12/2019 17:27

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: 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

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

27/12/2019 15:23

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] Nº: 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

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

FELIPE 27871

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

27/12/2019 14:31

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

R 27351

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

27/12/2019

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 27861

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

fls. 29Página 1 de 1

HAPFOR LTDA - HAPFOR

03/12/2019 10:56

FELIS DE PAULA BRAGA

Dt. Nasc.: 02/04/1983

Atendimento: 63888986

Prontuário: 9128632

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133430/1

VIVIANE FREITAS MORAIS, ENFERMEIRO(A), COREN 869539 [1]

Nº: 47725269 03/12/2019 às 10:54

INFORMAÇÃO

Data Da Cirurgia 03/12/0019

Hora Da Cirurgia 10:00h

Cirurgia fratura multiplas no braço

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Identificação Do Paciente sim.

Opme Checado Em Sala Cirurgica sim.

Equipamentos Checados Em Sala Cirurgica sim.

Alergias Do Paciente São Conhecidas Não.

Medicações Anestésicas Checadas Em Sala Cirurgica sim.

Confirmação De Reserva E Disponibilidade De Hemocomponentes Se Risco De Perda Sanguínea Não.

Via Aérea Díficil Não.

Confirmação De Vaga Em Uti Não.

Kit Cirurgico Completo Em Sala sim.

Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia sim.

Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Anestesia sim.

Sítio Demarcado Pelo Cirurgião sim.

Verificação De Anestésica Concluída sim.

Oxímetro De Pulso No Paciente Em Funcionamento sim.

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

Todos Os Membros Da Equipe Se Apresentaram Pelo Nome E Função sim.

Lateraldade Do Procedimento direita.

Paciente Certo sim.

Sítio Cirúrgico Identificado sim.

Procedimento sim.

ANTECIPAÇÃO EVENTOS CRÍTICOS

Há Material/Instrumental Específico Para O Procedimento A Ser Realizado sim.

Checagem Completa Dos Equipamentos sim.

Antibioticoprofilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos sim.

Checagem Completa Das Medicações Anestésicas sim.

Esterilização Do Material Confirmada E Validada sim.

Etapas Críticas, Duração E Perdas Sanguíneas Foram Previstas sim.

As Preocupações Específicas Em Relação Ao Paciente sim.

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 03/11/2020 às 14:31, sob o número 02623778020208001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 02623778020208001 e código 79BA556.

BOLETIM DE CIRURGIA

fls. 30

Página 1

03/12/2019 18:20

DR. BRUNO BOTELHO DE PAULA BRAGA

Dt. Nasco: 02/04/1963

Atendimento: 63888986

Prontuário: 9128632

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR · Leito: 133430/1

Médico: BRUNO BOTELHO DE PAULA BRAGA, CRM 3329 [1]

Nº: 47726565 03/12/2019 às 11:17

Anamnese

Diagnóstico Clínico S52

Diagnóstico Cirúrgico S52

DADOS DA CIRURGIA

Data Da Cirurgia 03/12/2019

Hora Da Cirurgia 11:17

Cirurgia trat. cir. fratura com fixador externo

Cirurgião Dr Bruno Botelho

1º Auxiliar Dr Rafael Bezerril

Anestesista Dr Sabelio Plata

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

Códigos Dos Procedimentos 30725160

Dr. Bruno Botelho
Cirurgião Geral
CRM 3329



(/)



Buscar no site



- A COMPANHIA
- SEGURO DPVAT
- PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento)
- CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS
- SALA DE IMPRENSA
- TRABALHE CONOSCO
- CONTATO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3200090903 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOHANN CARLOS DE PAULA BRAGA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO JOHANN CARLOS DE PAULA BRAGA

CPF/CNPJ: 00527066303

Posição em 03-11-2020 14:20:20

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
13/03/2020	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
20/03/2020	PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/CEIkDSL9KU217WoFccxNQ?api_key=mZtacj8v73kqerMh3i2V4snQgoJtKlJnBbHSS2gV0TA=)