

**Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau****Atenção**

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WEB1.20.01571155-2** em **20/11/2020 13:03:14**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

Orientações

- Após a sua petição ser recebida e encaminhada pelo Tribunal, será possível acompanhar o andamento do processo através da **Consulta de Processos Online** existente no portal.

Peticionante

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

Protocolo

Foro : Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua

Processo : 0262377-80.2020.8.06.0001

Protocolo : WEB1.20.01571155-2

Tipo da petição : Contestação

Assunto principal : Contratos de Consumo

Data/Hora : 20/11/2020 13:03:14

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados Exibindo 3 documentos >> Exibir todos

Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

Petição* : 2767543_CONTESTACAO_01 - 1-9.pdf

Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf

Documentação : 2767543_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-25.pdf

Downloads

Anexar documentos : Realizar download dos documentos da petição

Recibo : Realizar download do recibo

Desenvolvido pela Softplan em parceria com o Tribunal de Justiça do Ceará

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

Rio de Janeiro, 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

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

Rio de Janeiro, 19 de 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, retorno 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:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

 005.270.663-03 *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:

ap 01, bl 19

11 - Bairro:

monduzini

12 - Cidade:

fortaleza

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

60.465-065

15 - E-mail:

55simplifica1@gmail.com

16 - Tel. (DDO):

85.48422.3357

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:

 RECLUSO INFORMAR
 SEM RENDA

 R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

 REPRESENTANTE LEGAL DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

 CONTA PÔUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

 Bradesco (237)

 Itaú (341)

 Banco do Brasil (001)

 Caixa Econômica Federal (104)

AGENCIA:

1559

CONTA:

4979

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

AGENCIA:

CONTA:

CONTA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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)

 Divorciado

 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:

 Sim

 Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou

nascituro (velas/velas):

 Sim

 Não

31 - Vítima

teve irmãos?

 Sim

 Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou

 Sim

 Não

pais/avós vivos?

 Não

NÃO ALFABETIZADO

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 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

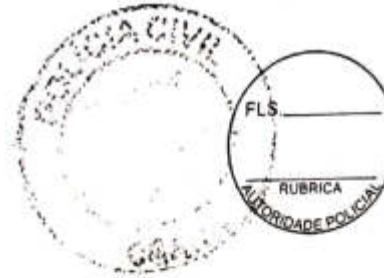
 * 40 - Local e Data, *fortaleza, 27 de fevereiro de 2020*
JOHANN CARLOS DE PAULA BRAGA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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 COMARECE 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 Delânia Campelo Almeida - MAT.: **404836-1-6**

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

JOHANN CARLOS DE PAULA BRAGA

VISTO DO DELEGADO(A):

Bento Evandro Alves de Souza
Delegado de Polícia
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:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

 005.270.663-03 *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:

ap 01, bl 19

11 - Bairro:

monduzini

12 - Cidade:

fortaleza

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

60.465-065

15 - E-mail:

55simplifica1@gmail.com

16 - Tel. (DDO):

85.48422.3357

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:

 RECLUSO INFORMAR
 SEM RENDA

 R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

 REPRESENTANTE LEGAL DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

 CONTA PÔUPANÇA

(Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

 CONTA CORRENTE

(Todos os bancos)

 Bradesco (237)

 Itaú (341)

 Banco do Brasil (001)

 Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGENCIA:

1559

CONTA:

4979

AGENCIA:

CONTA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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)

 Divorciado

 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:

 Sim

 Não

29 - Se tinha filhos, informar teve filhos:

 Vivos

 Falecidos

30 - Vítima deixou nascituro (veiasas)?

 Sim

 Não

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim

 Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

 Falecidos

 Sim

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

 Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

 * 40 - Local e Data, *fortaleza, 27 de fevereiro de 2020.*

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

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



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 192
Regional Fortaleza
Mat. 34560-1

Maurício Lopes Alves
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza



P- 023513/2020

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HÓSPITALAR

VEÍCULO: USR 52 PONTO DE APOIO: Chesf Nº DA OCORRÊNCIA: 1073
 DATA: 02/11/20 | TURNO: Noite | EQUIPE: Rodrigo + camilo
 NOME: Johanni Carlos de Paula Braga IDADE: 33 SEXO: M
 ENDEREÇO: R. Frei Serafim 23
 REFERÊNCIA: 81 / MV NOVA FORT. PI | Velocelos | BAIRRO: PL ALEGRE
 QTY: 22.01 QUS: 22.32 QUY: 22.55 QUU: 23.00
 NATUREZA DA OCORRÊNCIA: colisão envolvendo 1 moto

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO		EXPANSÃO TORÁCICA	PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)	
<input type="checkbox"/> RESPONSIVO	<input type="checkbox"/> NÃO RESPONSIVO	<input type="checkbox"/> PRESENTE	<input type="checkbox"/> PRESENTE	<input type="checkbox"/> AUSENTE
<input type="checkbox"/> PÉRVEAS	<input type="checkbox"/> OBSTRUÍDAS	POR: _____		
A Via aéreas				
B Respiração		INSPEÇÃO	PALPAÇÃO / PERCUSSÃO	AUSCULTA
EUPNEICO <input type="checkbox"/> TAQUIPNEICO <input type="checkbox"/> BRADIPNEICO <input type="checkbox"/> AGÔNICA/AUSENTE		<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ALTERADA: _____	<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ALTERADA: _____	<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ALTERADA: _____
C Circulação		PULSO	PELE	ENCHIMENTO CAPILAR
<input type="checkbox"/> NORMOCÁRDICO <input type="checkbox"/> TRAQUICÁRDICO <input type="checkbox"/> BRADICÁRDICO		<input type="checkbox"/> CHEIO <input type="checkbox"/> FILIFORME <input type="checkbox"/> IMPALPÁVEL	<input type="checkbox"/> CORADA <input type="checkbox"/> PÁLIDA <input type="checkbox"/> CIANÓTICA	<input type="checkbox"/> SUDOREICA <input type="checkbox"/> SECA <input type="checkbox"/> QUENTE <input type="checkbox"/> FRIA
LOCAL:				<input type="checkbox"/> ≤ 2 seg <input type="checkbox"/> > 2 seg
ESCALA DE COMA DE GLASGOW – ADULTO (a) / PEDIÁTRICA (p)				
ABERTURA OCULAR		RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	
ESPONTÂNEA <input type="checkbox"/> 4 À VOZ <input type="checkbox"/> 3 À DOR <input type="checkbox"/> 2 NENHUMA <input type="checkbox"/> 1		ORIENTADO (a) / SORRI (p) CONFUSO (a) / CHORO CONSOLÁVEL PALAVRAS INAPROPRIADAS (a) / INCONSOLÁVEL (p) SONS INCOMPREENSÍVEIS (a) / GEMENTE (p) NENHUMA	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	OBEDECE A COMANDOS <input type="checkbox"/> 6 LOCALIZA A DOR <input type="checkbox"/> 5 MOVIMENTO DE RETIRADA <input type="checkbox"/> 4 FLEXÃO ANORMAL <input type="checkbox"/> 3 EXTENSÃO ANORMAL <input type="checkbox"/> 2 NENHUMA <input type="checkbox"/> 1
TOTAL: <u>15</u>				
PUPILAS: <input type="checkbox"/> NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS) <input type="checkbox"/> ALTERADAS				
E Exposição		ADULTO	LESÕES	PEDIÁTRICO
		 	motociclista com exp. de estrela no x carro	

SAMPLA

FC: 80 PA: 200 X FU FR: 22 GLUC.: OXIM.: 99% TEMP.:

Relata dor de cabeça de tem alegria
mais com medicamentos

ANOTAÇÕES /CONDUTAS MÉDICAS

ASS. /CRM:

ANOTAÇÕES /CONDUTAS DE ENFERMAGEM

Viziente g.c. P. 37g, o paciente de polosav metox
apresentando fratura fechada em
não se localizar subungue em D e E
metacarpiano e fraturas de ossos de
mão e articulações de dedos D, E e
métacarpiano em D. Volvi para casa com
fratura sem perda de membro. O mesmo está com dor
nas articulações e dor nas mãos D, E e
métacarpiano.

ANOTAÇÕES /CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE

UNIDADE DE SAÚDE: Antônio Prudente BOLETIM EMERG: _____
 LIBERADO RECUSA REMOVIDO POR TERCEIROS OUTRO: _____
 ÓBITO → NO LOCAL DURANTE O TRANSPORTE

PACIENTE ACOMPANHADO: SIM NÃO

ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DESTINO:

ASS. DO RESPONSÁVEL:

Antônio Prudente
Ortopedista Traumatologista
Cirurgião Dentista

EM: / / às hs

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

OCAL:

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
SAMU EM: / / às hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.

ASSINATURA:

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: 00000004979-9

Nr. da Autenticação 205C44E83407FD84

Nº do Cliente:

6042564

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

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

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150

CEP 60136 040 | Fortaleza CE

CNPJ 07.047.261/0001-70 | CGF 06.105.848-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | N° 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

Ligaçāo Monofásico

ÁREA RESERVADA AO FISCO

94356041ECAPD0521083A2A804F53A6F

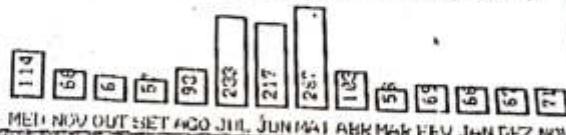
DATAS DE LEITURA P.F.: 33 dias

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

Emissão 19/11/2019

Medidor 2643501-FAE-006

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)



MET NOV OUT DEZAGO JUN JUN MAI ABR MAR FEV JANEZ NOV

DADOS DA MEDICĀO

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	49,50

DADOS DO FATURAMENTO

	TARIFA	VALOR (R\$)
ADICIONAL BAND. AMARELA	0,00838	0,57
ADICIONAL BAND. VERMELHA	0,03279	2,23
CONSUMO	0,72794	49,50
MULTA	-	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 PRONTUARIO E 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 2001007004850 SSP CE	CPF 527066303	Carteira Profissional	Estado Civil 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 39333000004005016	Validade	

DADOS DO ATENDIMENTO

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

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA -(1 10) MARLENE ARAUJO FERREIRA

FEV 27/2019

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

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 27856

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

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] 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

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

861101 27371

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

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 ADMISSÃO COM LEVE DESORIENTAÇÃO, AGUARDA
RESULTADO DA TC CRANIO, SOLICITO CURATIVO E IMOBILIZAÇÃO
MEMBRO E RETORNO APPÓS EXAMES

[1]

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial

99 <CID10 NÃO
AGRUPADOS>

[1]

CID10

S523 FRATURA DA DIAFISE DO RÁDIO

[1]

Alergias

Não

[1]

Medicação Em Uso

Não

[1]

Antecedentes Patológicos Familiar

Não

[1]

DIAGNÓSTICO

CID10

S523 FRATURA DA DIAFISE DO RÁDIO

[1]

CID10

S523 FRATURA DA DIAFISE DO RÁDIO

[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

RC1002 27351

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

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 ANTEBRAÇO	[1]
-------	--------------------------	-----

Alergias	Não	[1]
----------	-----	-----

Medicação Em Uso	Não	[1]
------------------	-----	-----

Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]
-----------------------------------	-----	-----

DIAGNÓSTICO

CID10	S52 FRATURA DO ANTEBRAÇO	[1]
-------	--------------------------	-----

CID10	S52 FRATURA DO ANTEBRAÇO	[1]
-------	--------------------------	-----

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

F BCIPE 27891



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	Matrícula	Hora	Tipo Atendimento
11/12/2019		09:54	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 CLINICA

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

Pagina 1 de 1

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	CLIENTE J.C.P.B, 36 ANOS, SEXO MASCULINO, ADMITIDO NESTA UNIDADE HOSPITALAR COM PROCEDIMENTO PROPOSTO DE FRATURA DE PUNHO E ANTEBRAÇO ESQUERDO GRAVE.	[1]
-----------------------------------	---	-----

#ALERGIAS: NEGA
#EXAMES: LAB + RX + TC + ECG
#COMORBIDADES: SEM COMORBIDADES

EVOLUI, CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, EM AR AMBIENTE, DIETA POR VO JEJUM COMPLETO, ESTÁVEL, DEAMBULANDO, COM CVP PÉRVIOS EM MSD, AO EXAME FÍSICO COM FIXADOR EXTERNO EM MSE, PELE INTEGRA EM RELAÇÃO LPP, ELIMINAÇÕES FÍSIOLOGICAS PRESERVADAS ESPONTÂNEAS, ENFA LEILANE CIENTE ÁS 12:33H (IRISMAR), IRA SER REALIZADO PELO DR THIAGO AGUIAR, SOB CUIDADOS DA EQUIPE.

GERENCIAMENTO DE RISCOS

RISCO PARA QUEDA: MANTER EM LEITO COM GRADES ELEVADAS; MANTER RODAS DA CAMA TRAVADAS; MANUSEAR PACIENTE COM AUXÍLIO (MÍNIMO DE 2 TÉC. ENFERMAGEM);

RISCO PARA LP: REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO DE 2/2H OU CONFORME TOLERÂNCIA / APLICAR ESCALA DE BRADEN DIARIAMENTE / UTILIZAR COLCHÃO PNEUMÁTICO / MANTER PELE HIDRATADA;

RISCO PARA PERDA DE DISPOSITIVO: CUIDADO NO MANUSEIO DE CATETER CENTRAL / PERIFÉRICO. MANTER DRENO/CATETERES BEM FIXADOS;

RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO: MANTER CABECEIRA ELEVADA 30° OU 45°. REALIZAR HIGIENE ORAL.

RISCO DE FLEBITE: RENOVAR ACESSO A CADA 72 HRS, CONFORME ROTINA DA INSTITUIÇÃO / MANTER FIXAÇÃO ADEQUADA.

JEFFERSON FERREIRA CARNEIRO, ENFERMEIRO(A), COREN 519637 [1]

[1]

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

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	tala axilopalmar a esq pos operatório - dr rafael	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	S526 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO E DO CÚBITO [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 RÁDIO E DO CÚBITO [ULNA]	[1]
CID10	S526 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO E DO CÚBITO [ULNA]	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

BOLETIM DE CIRURGIA

03/12/2019 11:20

Dr. Bruno Botelho, MÉDICO, CRM 9329 [1]	Dr. Nasc.: 02/04/1963	Atendimento: 63888986	Prontuário: 9128632
		Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133430/1
		Nº: 47726565 03/12/2019 às 11:17	

Diagnóstico Clínico	S52	[1]
Diagnóstico Cirúrgico	S52	[1]
DADOS DA CIRURGIA		[1]
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 Bezerril	[1]
Anestesista	Dr Sabelio Plata	[1]
Descrição Cirúrgica	Decúbito dorsal Assepssia e antissepssia Exploração da lesão Remoção de fragmento ósseo desvitalizado Reparo de lesão da arteria 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
Centro Cirúrgico HAPFOR
03/12/2019 11:17



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			
3184358 ANDRE DE CASTRO ALCANTARA CARVALHO		Clinica	
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 AXIOPALMAR OU PENDENTE 1 REALIZADO AS 13:58, EM [1]
SUPORTE 26/12/2019 POR JOSE RAIMUNDO DIOGENES PEIXOTO, COREN/CE
236206.

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

005.270.663-03

DATA NASCIMENTO

02/04/1983

FILIAÇÃO

FRANCISCO JOSE DE
FREITAS BRAGA
VANDA LUCIA DE PAULA
BRAGA

1º

ACC

CAT.HAB.

A

Nº REGISTRO

05138312696

VALIDADE

17/08/2020

1º 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
IGOR VASCONCELOS PONTE

ASSINATURA DO EMISSOR

66518611286
CE149174764

DETRAN CE (CEARA)



INTERPRINT LTDA.

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1156098580

PRIMEIRO PLASTIFICADO
1156098580

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 RÁDIO 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 médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOHANN CARLOS DE PAULA BRAGA

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOHANN CARLOS DE PAULA BRAGA

ALANA DA SILVA DE MATOS