



## 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](#)

---

**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](http://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 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: 1559 CONTA: 4979 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

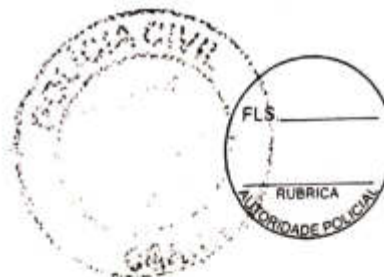
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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: 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: 1559 CONTA: 4979 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

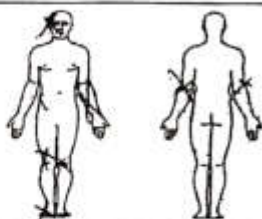
## RESPOSTA MOTORA

- 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

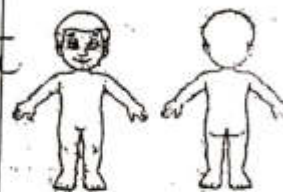
## ADULTO



## LESÕES

Motociclista com  
 exposte 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, Sutura em pericúlo D. de  
mente em labios superior e inferior de  
e incómeças de pelhos D.E. e  
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: Autório Prudente ☐ RECUSA ☐ REMOVIDO POR TERCEIROS ☐ OUTRO: ☐ BOLETIM EMERG:

☐ LIBERADO ☐ 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  
Otorrinolaringologista  
Cirurgião Otorrinolaringologista

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  
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: 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

FELICIA ZABOT



# 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
<b>ANAMNESE</b>			
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]
<b>DIAGNÓSTICO</b>			
CID10	S523 FRATURA DA DIAFISE DO RADIO		[1]
CID10	S523 FRATURA DA DIAFISE DO RADIO		[1]
<b>CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>			

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	Matricula	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 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

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]
-----------------------------------	---	-----

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]
<b>ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA</b>		
Identificação Do Paciente	sim.	[1]
Opme Checado Em Sala Cirurgica	sim.	[1]
Equipamentos Checados Em Sala Cirurgica	sim.	[1]
Alergias Do Paciente São Conhecidas	Não.	[1]
Medicações Anestésicas Checadas Em Sala Cirurgica	sim.	[1]
Confirmação De Reserva E Disponibilidade De Hemocomponentes Se Risco De Perda Sanguinea	Não.	[1]
Via Aérea Difícil	Não.	[1]
Confirmação De Vaga Em Uti	Não.	[1]
Kit Cirurgico Completo Em Sala	sim.	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia	sim.	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Anestesia	sim.	[1]
Sítio Demarcado Pelo Cirurgião	sim.	[1]
Verificação De Anestésica Concluída	sim.	[1]
Oxímetro De Pulso No Paciente Em Funcionamento	sim.	[1]
<b>ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA</b>		
Todos Os Membros Da Equipe Se Apresentaram Pelo Nome E Função	sim.	[1]
Laterabilidade Do Procedimento	direita.	[1]
Paciente Certo	sim.	[1]
Sítio Cirúrgico Identificado	sim.	[1]
Procedimento	sim.	[1]
<b>ANTECIPAÇÃO EVENTOS CRÍTICOS</b>		
Há Material/Instrumental Especifico Para O Procedimento A Ser Realizado	sim.	[1]
Cheragem Completa Dos Equipamentos	sim.	[1]
Antibioticoprofilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos	sim.	[1]
Cheragem Completa Das Medicções Anestésicas	sim.	[1]
Esterilização Do Material Confirmada E Validada	sim.	[1]
Etapas Críticas, Duração E Perdas Sanguíneas Foram Previstas	sim.	[1]
As Preocupações Especificas Em Relação Ao Paciente	sim.	[1]

## BOLETIM DE CIRURGIA

Pagina 1 de 1

03/12/2019 11:20

CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Dt. Nascimento: 02/04/1963

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](http://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](http://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