

PROCURAÇÃO

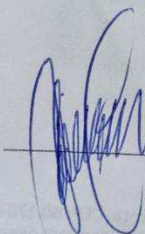
OUTORGANTE:

Bento Jairo de Lima, brasileiro, solteiro, Autônomo
portador do Rg: 2008029742-5, CPF: 458.779-554-20,
com domicílio e residência na rua Antonio Sales, 300,
A. Bairro Guarani, na cidade de Caucaia, CEP: 61627
230, Estado do Ceará.

OUTORGADO: Nomeia e constitui como bastante procurador para defender seus direitos fundamentais e interesses jurídicos, Dr. **FRANCISCO WAGNER BARBOSA DE ALENCAR FILHO**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 29.811 e a Dra. **SARAH BASTOS DE ALENCAR**, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/CE 33.781, ambos com escritório profissional na Avenida Desembargador Moreira, nº 2120, sala 1304, Bairro Aldeota, na Cidade de Fortaleza, no Estado Ceará, recebendo a comunicação de quaisquer atos processuais neste endereço.

PODERES: Por este instrumento particular de mandato, o OUTORGANTE confere aos OUTORGADOS plenos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicium* e *et extra*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defende-lo nas contrárias, seguindo uma e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando, conferindo-lhe, ainda, os poderes especiais para *receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica*, conforme estabelecido no Art. 105 do Código de Processo Civil (Lei 13.105/2015), agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, enfim, praticar todos os atos processuais que ache oportuno e conveniente para o fiel cumprimento deste mandato, dando tudo por bom, verdadeiro, firme e valioso.

Fortaleza, 09 de Maio de 2019.



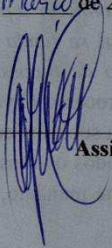
OUTORGANTE

Av. Desembargador Moreira, nº 2120, sala 1304, Bairro Aldeota, CEP: 60.170-002, Fortaleza-CE /
 E-mail: wedpvtat.juridico@gmail.com | (85) 98786-0818 (85) 988882031

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Declaro, também, para os devidos fins, ser pobre, na forma e sob as penas da Lei nº 7.115/83, não podendo, assim, arcar com as despesas advindas desse processo sem que haja prejuízo do sustento meu e de minha família.

Fortaleza - CE, 09 de Março de 2019.



Assinatura do declarante

Av. Desembargador Moreira, nº 2120, sala 1304, Bairro Aldeota, CEP: 60.170-002, Fortaleza-CE /
E-mail: wsdpvat.juridico@gmail.com | (85) 98786-0818 (85) 988882031

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		ESTADO DO CEARÁ	
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL		PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ	
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS		Assinatura do Titular	
Polegar Direito		CARTÃO DE IDENTIDADE	
Doc. Original		VALIA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
CELT. CASAMENTO - CARTÃO: SEDE TERMO: 3162 FOLHA: 7 V LIVRO: 8 -		REGISTRO CIVIL 2008029742 - 5	
29 IDADASSU - PE		DATA DE EXPEDIÇÃO 03/11/2011	
CM 458.779.554-20		DATA DE NASCIMENTO 18/11/1964	
1 VIA		NOME BENTO JAIR DE LIMA	
ASSINATURA DO DIRETOR		RELACÃO SEVERINO MATOS DE LIMA	
LEI Nº 7.116 DE 20/08/03		NATURALIDADE BELSIA MUNES DE ARAUJO	
P. 1.1		CARDABU - PE	



Página 1 de 2

R\$ 44,96**VENCIMENTO****10/01/2019**

EMIÇÃO: 19/12/2018

POSTAGEM: 27/12/2018

FATURA: 3627156671

EDNILSON JAIRO DA SILVA
ANTONIO SALES, 100, A
IPARANA
61627-230 - CAUCAIA - CE

CLIENTE: 1.70548339

CPF/CNPJ: 32828201864

ACESSO: 81 99771-4433

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000000170548339012

IMPORTANTE PARA EDNILSON**RESUMO DA SUA CONTA DE 19/NOV A 18/DEZ**

Serviços TIM S.A.

VALOR

**TIM Controle B Plus****R\$ 44,96**
VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA
MENSALIDADES

Vantagens que seu plano oferece

	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
TIM Controle B Plus: 81997714433 (088/PÓS/SMP)	-	-	1	-	-	59,99
TIM Music	-	-	1	-	-	Incluído
TIM Banca Virtual	-	-	1	-	-	Incluído
Desc Relac 25.06%TIM CONTROLE B	-	-	1/12	-	-	-9,82
Desc Relac 25.06%TIM Music	-	-	1/12	-	-	-2,48
Desc Relac 25.06%TIM Banca Virtual	-	-	1/12	-	-	-2,73
Total de Mensalidades						44,96

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a comodidade e segurança, no App Meu TIM. Para acessá-la, visite www.appmeutim.com.br do seu celular TIM. Central de Atendimento: 1056

CONTA DIGITAL TIM

Mude para Conta Digital! Você receberá sua fatura por e-mail, SMS e ainda poderá visualizá-la, a qualquer momento, pelo App ou Site Meu TIM. Acesse o App ou visite meutim.com.br para mudar para Conta Digital!

IMPOSTO TIM S.A.	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	FUST:	R\$ 0,19
ICMS	30%	R\$ 29,37	R\$ 8,81	FUNTEL:	R\$ 0,10
PIS/COFINS - Serviços Telecom	3,65%				
PIS/COFINS - Serviços Não Telecom	9,25%				

Em atendimento à Lei 12.741/2012

As contribuições do FUST (1%) e FUNTEL (0,5%) não são repassadas às tarifas

Informações Complementares - Plano(s) e Serviços de Valor Adicionado (SVA)
 Incluídos no(s) Plano(s)

Franquia(s)	R\$ 39,19
SVA	R\$ 20,80
Desconto(s) Franquia(s)	R\$ -9,82
Desconto(s) SVA	R\$ -5,21

FRANCISCO MARDÔNIO SALMITO DE ALMEIDA

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA

CREMEC - 4411 - CPF: 122.369.423-20

RELATÓRIO MÉDICO

Relato, para os devidos fins, junto ao DPVAT, que o Sr.(a):

Bento João de Lima

vítima de acidente de trânsito, em 12/08/2019, sofreu:

Fratura do tornozelo (87
C11) S02.8e submeteu-se a tratamento(s): Cirúrgico
Redução e fixação do fratura
placa e parafusos. Pós-operatórioencontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente,
com grau de incapacidade funcional irreversível de:Circunferência extensa no nível
loqual do tornozelo (87
Anomalia claudicante
Instabilidade em flexão
força muito limitada
nas ações diárias com
cansas e ou dor.
Prejuízo funcional
do membro inferior

23/10/19

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida
Ortopedia - Traumatologia
CREMEC 4411

Rua Guilherme Rocha, 1201 - Centro - Fortaleza - Ceará.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL DIST. MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
FROTTINA DE PARANGABA
 AV. Osório de Paiva nº 1137 - Parangaba - CEP 60.720-100 - Fortaleza-Ce
 Telefone: (85) 3131 7322

Receita de
Fortaleza

RECEITA

71 Bento Jairo Lima
sonho

1) fisioterapia motor para
 torção e M (E)

- Genho de 10m
 - Treino de marcha sem
 muleta

30 sessões

DATA: 06, 08, 75

Dr. Vitor Filipe
 FORTALEZA - C.R.M. 11317/2011

CRM - Médico (a)

Prefeitura de Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA ANTÔNIO BEZERRA

SUS

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

DADOS PESSOAIS

NOME DO PACIENTE BENTO JAIRO DE LIMA

NASCIMENTO 18/11/1964(54 ANOS)

SEXO M

RACIA COR PARDOS

NOME MAE BELISIA NUNES DE ARAUJO

ENDERECO AVENIDA DOM LUÍS 300/108 MEIRELES

CIDADE CE

CODIGO 85|99652-6582

OCCORRÊNCIA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

MOTIVO Queda de moto

ESPALDA DE DOR 99 (ADULTO)

REFERE DOR EM TORNOZELO ESQUERDO APÓS QUEDA DE MOTO

SINAIS VITAIS SAT O2 NI%

FULSO NI

Glicemia NI

HISTÓRIAS PREVIAS NUNCA

ALERGIAS NEGA.

RESPONSÁVEL PELO CLASSIFICADO NATANIELLE SOUZA MENDES

DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 13/06/2019 15:58:56

ÁREA ATENDIMENTO

ATENDIMENTO MEDICO

AVALIAÇÃO ATENDIMENTO TRAUMA

TIPO DE ALTA SAÍDA

DECISÃO MÉDICA () PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS

DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

bento jairo de lima

Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres da Moura

Atestado que esta cópia confere com original

[illegible]

Fortaleza		PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE HDMJBO-Frotinha de Parangaba		FOLHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE SAME	
Nome: BENTO JAIRO LIMA					
Prontuário	Enferm.	Leito	Data Internação	Diagnóstico	
			7410612019		
ANOTEM-SE: diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evoluiu:					
DATA	EVOLUÇÃO				
11/1/19	Fatura B. J. L. de 100,00 de Maluco de 100,00, 100,00 do Frotinha do At. 2.0. B. J. L.				
	# CAD 100,00				
	HOSPITAL DISTRICTO DE SÃO LUIZ DE 100,00 ATENÇÃO QUE Cópia contém Cópia Original pp. House Mônica Saba Mai 1998 16 JUN. 2019				
14/06/19	B. J. L., 54a, masculino admitido nesta unidade para Tto. de prolapsa de torçozelo (E) evolui consequente, omeando, verbalizando, diambule com auxílio. Tem ar ambiente. Aceita dieta VO AVP em M50 perno. Nega comorbidades e alergia medicamentosa. Eliminações fisiológicas presentes. Segue aos cuidados de enfermeira gen.				
12/06/19	B. J. L., 54a, masculino, HD: prolapsa torçozelo 6a. movido para o posto 01, 2. 10x				
	ANA CARLA M. GOMES ENFERMEIRA COREN: 532656 ANA CARLA M. GOMES ENFERMEIRA COREN: 532656				

Fortaleza		PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE HDMJO-Frotinha de Parangaba		FOLHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE SAME	
Nome: BENTO JAIR LIMA					
Prontuário	Enferm.	Leito	Data Internação	Diagnóstico	
			7410612019		
ANOTEM-SE: diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evoluiu:					
DATA	EVOLUÇÃO				
14/11/19	Fatura Brinquedo de Malho Botão, Transferido do Frotinha do Atílio Bezerra				
	# Ca 1011				
	HOSPITAL DIGITAL DE FORTALEZA ATENÇÃO: QUE ESTA CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL pp. <i>Manica</i> Manica Sáez Mat. 15984 14 JUN. 2019				
14/06/19	B.J.L, 54a, masculino admitido nesta unidade para Tto. de prolapsa de tornozelo (E) evolui consequente, orientado, verbalizando, deambula com auxílio. 18m ar ambiente. Aceita dieta VO AVP em M50 perico. Nega comorbidades e alergia medicamentosa. Eliminações fisiológicas presentes. Segue aos cuidados de enfermagem.				
12/06/19	B.J.L, 54a, masculino, Mo: prolapsa tornozelo para o posto U1, L. 108				
	ANA CARLA M. GOMES ENFERMEIRA COREN: 532656 ANA CARLA M. GOMES ENFERMEIRA COREN: 532656				

Fortaleza				PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE HDMJBO-Frodinha de Parangaba		FOLHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE SAME	
Nome: <u>Bento Gairo Lima</u>							
Prontuário	Enferm.	Leito	Data Internação	Diagnóstico			
			14/10/2019				
ANOTEM-SE: diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evoluiu:							
DATA	EVOLUÇÃO						
18/10/19	16h paciente retornou do ce após realizar cirurgia de torn. zello e lesão da articulação e orientado a verbalizar a cirurgia. Amarelo. 18/10/19						
19/10/19	Paciente operado, sem intercorrências. Hta Hospitalar						
	Dr. Hildeimar Queiroz Ortopedia CRM 7879						
	HOSPITAL DIGITAL ATESTO QUE CÓPIA FIDELMENTE REPRESENTA						
	PP. <u>Barroso</u> Mônica Saba Mat 15084						

S.M.A. - VITALIS			
18:	20:	06:	P.A.: 120/80 110/70 100/60
			TEMP.: 36 36,9 37,2
			P./MIN.: 72 72 72
			M.V./MIN.: 16 16 16

PRESCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

SAME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

ATENÇÃO: Toda informação registrada deverá vir seguida, obrigatoriamente, da assinatura e carimbo do profissional responsável pela informação.

Assinatura

NOME: Bento Jairo Lima	IDADE: 26	ENF.: 108	LEITO: 108	Nº. PRONTUÁRIO:
------------------------	-----------	-----------	------------	-----------------

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA	HORÁRIO DE APLICAÇÃO DOS CIMENTOS	OBSERVAÇÃO	RUBRICA (Enf./Dieta)
10/06	① Dieta Sólida	SND	Paciente admitido para...	
	② 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%	28 18	...to de ... e ...	
	③ 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%	18 06 12	...to de ... e ...	
	④ 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%	SN	admitido no posto ...	
	⑤ 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%		...to de ... e ...	
	⑥ 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%		...to de ... e ...	
	⑦ 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%		...to de ... e ...	
	⑧ 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%		...to de ... e ...	
	⑨ 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%		...to de ... e ...	
	⑩ 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%		...to de ... e ...	
	⑪ 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%		...to de ... e ...	
	⑫ 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%		...to de ... e ...	
	⑬ 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%		...to de ... e ...	
	⑭ 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%		...to de ... e ...	
	⑮ 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%		...to de ... e ...	
	⑯ 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%		...to de ... e ...	
	⑰ 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%		...to de ... e ...	
	⑱ 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%		...to de ... e ...	
	⑲ 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%		...to de ... e ...	
	⑳ 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%		...to de ... e ...	
	㉑ 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%		...to de ... e ...	
	㉒ 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%		...to de ... e ...	
	㉓ 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%		...to de ... e ...	
	㉔ 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%		...to de ... e ...	
	㉕ 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%		...to de ... e ...	
	㉖ 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%		...to de ... e ...	
	㉗ 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%		...to de ... e ...	
	㉘ 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%		...to de ... e ...	
	㉙ 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%		...to de ... e ...	
	㉚ 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%		...to de ... e ...	
	㉛ 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%		...to de ... e ...	
	㉜ 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%		...to de ... e ...	
	㉝ 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%		...to de ... e ...	
	㉞ 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%		...to de ... e ...	
	㉟ 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%		...to de ... e ...	
	㊱ 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%		...to de ... e ...	
	㊲ 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%		...to de ... e ...	

Fortaleza

HOSPITAL DIST. MARIA JOSÉ LARROSO DE OLIVEIRA

PROTINHA DE PARANGABA

AV. Osório de Paiva nº 1127 - Parangaba - CEP 60.720-000 - Fortaleza - CE
Telefone: (85) 3131-7321 - Fax: 3131-7319

FOLHA DE ANESTESIA

Nome: Bento Jairo Lima

Prontuário N°: _____

Enfermaria: _____ Leito: _____

Data: <u>18.06.19</u>	Pres. Arterial:	Pulso:	Respiração:	Temperatura:	Peso:	Altura:
Tip. Sanguíneo:	Hemácias:	Hemoglobina:	Hematócrito:	Glicemia:	Uréia:	Outros:
Urina:						

Ap. Respiratório: NDN Asma: _____ Bronquite: _____

Ap. Circulatório: NDN Eletrocardiograma: _____

Ap. Digestivo: NDN Dentes: _____ Pescoço: _____ Ap. Urinário: _____

Estado Mental: consciente Atarácicos: _____ Corticóides: _____ Alergia: _____ Hipotensores: _____

Diagnóstico Pré-operatório: _____ Estado Fisiológico: _____ Risco: _____

Anestesias Anteriores: _____

Medic. Pre-anestésica: 11:50h Aplicadas às: _____ Efeito: _____

Medic. Pre-anestésica: 11:50h Aplicadas às: _____ Efeito: _____

Medic. Pre-anestésica: 11:50h Aplicadas às: _____ Efeito: _____

Medic. Pre-anestésica: 11:50h Aplicadas às: _____ Efeito: _____

Medic. Pre-anestésica: 11:50h Aplicadas às: _____ Efeito: _____

Medic. Pre-anestésica: 11:50h Aplicadas às: _____ Efeito: _____

Medic. Pre-anestésica: 11:50h Aplicadas às: _____ Efeito: _____

Medic. Pre-anestésica: 11:50h Aplicadas às: _____ Efeito: _____

Medic. Pre-anestésica: 11:50h Aplicadas às: _____ Efeito: _____

Medic. Pre-anestésica: 11:50h Aplicadas às: _____ Efeito: _____

Medic. Pre-anestésica: 11:50h Aplicadas às: _____ Efeito: _____

Medic. Pre-anestésica: 11:50h Aplicadas às: _____ Efeito: _____

Medic. Pre-anestésica: 11:50h Aplicadas às: _____ Efeito: _____

Medic. Pre-anestésica: 11:50h Aplicadas às: _____ Efeito: _____

Medic. Pre-anestésica: 11:50h Aplicadas às: _____ Efeito: _____

Medic. Pre-anestésica: 11:50h Aplicadas às: _____ Efeito: _____

Medic. Pre-anestésica: 11:50h Aplicadas às: _____ Efeito: _____

INDUÇÃO

Satisf. _____ Exat. _____ Tese: _____
Largo espasmo _____ Lenta _____
Náusea _____ Vômito _____
Outros: _____

MANUTENÇÃO

Raquiocetamida
no nível de L3-L4
com rigoroso
anti-refluxo pré-e
o 7 quinq - injetado
20 mg bupivacaína
pesada + 100 mg
morfina.

Anestesia Satisf. ☒ sim ☐ não
Não, por quê? _____

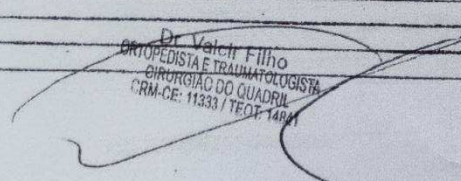
DESPERTAR

Reflexos na S.O. _____
Orelh. ☒ CO2: _____ Exat. _____
Náusea _____ Vômito _____
Outros: _____

Com cânula: _____
Para o leito: ☒ sim ☐ não

CONDIÇÕES:
Acordado
Hemodinamicamente
estável

Perda Sanguínea: _____

Fortaleza PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE HOSPITAL DEUT. DR. JOSÉ BARROS DE OLIVEIRA PRONTUÁRIO DE FARMACIA Av. Odebrecht nº 1117 - Fortaleza - CEP 04700-000 - Fone: 3122-3114		REGISTRO DE EMERGÊNCIA	Prontuário N.º: 380154
Paciente: BENTO FAIRZ LIMA		Data da Operação: 18/06/19 Enfermaria: _____ Leito: _____	
Operador: DR VALCIR FILHO	1º Auxiliar: DR NELSON MATIAS		
2º Auxiliar: _____	3º Auxiliar: _____		
Instrumentador: _____	Anestesista: DR RARQUEL		
Tipo de Anestesia: RAQUIANESTESIA			
Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA DO TORNZELO ESQUERDO			
Tipo de Operação: TUTAMENTO CIRÚRGICO FRATURA DO TORNZELO COM REPARO LIGAMENTAR			
Diagnóstico Pós-operatório: O MESMO			
Relatório Imediato Patologista: φ		HOSPITAL DISTRICTAL DE FORTALEZA ALTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL	
Exame Radiológico no ato: RADIOGRAFIAS		pp Hanser Mônica Silva Mat.13784	
Acidente durante a operação: φ		_____	
Cirurgia: ☐ Contaminada ☐ Infectada			
DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO			
Via de acesso - Tática e Técnica Ligaduras Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais			
1) PACIENTE EM ADH SOB RAQUIANESTESIA			
2) ASSÉPSIA + ANTISSEPSIA + CUMPRIMENTO CIRÚRGICO + FAIXA DE SMALCHMIE			
3) ACESSO LONGITUDINAL LATERAL AO TORNZELO ESQUERDO SOBRE MARCULO LATERAL			
4) DISSECCÃO PARA PLANTAS SEGUINDO DE VISUALIZAÇÃO DA FRATURA			
5) REDUÇÃO DA FRATURA SEGUINDO DE ADIÇÃO DE PLACA TERCIO DE CANA E FIXAÇÃO COM PARAFUSOS CORTICIAIS			
6) REALIZADO REPARO LIGAMENTAR NA SINOSE TIBIOFIBULAR DISTAL			
7) LAVAGEM COM SORO + SINTESE POR PLANTAS + CONTROLE RADIOGRÁFICO + RETIRADA DA FAIXA DE SMALCH			
8) CONFECÇÃO DE TALA BOTA			
9) ENCAMINHADO À SL			
 Dr. Valcir Filho ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA CIRURGIÃO DO QUADRIL CRM-CE: 11333 / TEOP. 1484			
PRONTUÁRIO			

<http://172.30.56.201/sigis/public/relatorio/index/rae/id:276400>
 Prefeitura Municipal de Fortaleza
 Prefeitura de Fortaleza
 PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA
 L-108 SU:

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

DADOS PESSOAIS

NOME DO PACIENTE: **BENTO JAIR LIMA**
 NOME DO RESPONSÁVEL: **NI**
 ENDEREÇO: **FORTALEZA**
 CEP: **60.813-680**
 CIDADE: **CE**
 OCORRÊNCIA: **CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**
 MOTIVO: **ACIDENTE DE MOTO**
 LOCAL DE DO: **99 (ADULTO)**
 DATA DE NASCIMENTO: **18/11/1964 (54 ANOS)**
 SEXO: **M**
 RAÇA/COR: **PARDO**
 NOME DA ESPOSA: **BELISIA NUNES DE ARAUJO**
 ENDEREÇO: **RUA RICARDO CASTRO MACEDO 1405**
 CONTATO: **ENGENHEIRO LUCIANO CAVALCANTE**
 DATA DE ATENDIMENTO: **14/06/2019**
 HORA DE ATENDIMENTO: **11:44:46**

DIAGNÓSTICO

TRANSFERIDO DO ANTONIO BEZERRA, REGULADO NA CENTRAL DE LEITO +
 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR/TRIMALEOLAR/FRATURA
 LUXAÇÃO DE TORNOZELO ESQUERDO DEVIDO ACIDENTE DE MOTO
 FRAX TNZ @

ÁREA ATENDIMENTO

ÁREA ATENDIMENTO: **TRAUMATOLOGIA**
 ATENDIMENTO MÉDICO: **FRANCISCA ANTONIA MONTEIRO DA SILVA**
 MEDICAMENTO: **PRESCRIÇÃO MÉDICA**
 APRAZAMENTO: **HOSPITAL DISTRITAL DE FORTALEZA**
 OBSERVAÇÕES: **ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL**
 ASSINATURA: **pp- Abrão**
 Nome: **Mônica Saba**
 Matr.: **15954**
 TIPO DE ALTA/SAÍDA: **DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO**
 DESTINO DO CORPO: **() FAMILIA () IML () ANAT. PATOL**
 DATA DE ATENDIMENTO: **14/06/2019**
 HORA DE ATENDIMENTO: **11:44:46**
 ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA: **Bento Jairo Lima**
 Nº do Registro Profissional: **1001**

996529582

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3190618567 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA BENTO JAIRO DE LIMA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE

INDENIZAÇÃO INVESTPREV Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE

BENEFICIÁRIO BENTO JAIRO DE LIMA

CPF/CNPJ: 45877955420

Posição em 22-11-2019 19:47:05

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado. Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
25/11/2019	R\$ 2.531,25	R\$ 0,00	R\$ 2.531,25

**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ**

Comarca de Fortaleza

24ª Vara Cível (SEJUD 1º Grau)

Rua Desembargador Floriano Benevides Magalhaes nº 220, Água Fria - CEP 60811-690, Fone: (85) 3492 8424, Fortaleza-CE - E-mail: for24cv@tjce.jus.br

DESPACHO INICIAL (Emenda)

Processo nº: **0219247-40.2020.8.06.0001**
Classe: **Procedimento Comum**
Assunto: **Seguro**
Requerente: **Bento Jairo de Lima**
Requerido: **Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT**

R. H.

Intime-se a parte autora, por seu advogado, para no prazo de 15 (quinze) dias, promover a emenda à inicial, **juntando aos autos processuais boletim de ocorrência referente ao acidente narrado na petição inicial.**

Decorrido o lapso temporal acima assinalado sem o cumprimento da diligência determinada, será indeferida a petição inicial, nos termos do art. 321, parágrafo único do CPC.

Exp. Nec.

Fortaleza/CE, 26 de março de 2020.

MAGNO GOMES DE OLIVEIRA
Juiz de Direito

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 24ª VARA
CÍVEL DA COMARCA DE FORTALEZA/CE**

PROCESSO Nº: 0219247-40.2020.8.06.0001

BENTO JAIRO DE LIMA, já qualificado nos autos, vem, com o devido respeito à presença de Vossa Excelência, por intermédio da sua advogada, para, informar que tomou ciência do despacho prolatada à fl. 30, do processo em curso.

Na decisão em espécie, Vossa Excelência insta que o Promovente anexa aos autos o Boletim de Ocorrência. Assim, em atendimento, o Autor traz aos autos o documento.

Por fim, uma vez que, o Autor sanou a deficiência delimitada, requer a continuidade do feito, sobretudo com a citação da parte adversa, nos moldes do quanto solicitado com peça inaugural.

Respeitosamente, pede deferimento.

Fortaleza, 13 de Abril de 2020.

FRANCISCO WAGNER BARBOSA DE ALENCAR FILHO,
OAB/CE nº 29.811

SARAH BASTOS DE ALENCAR,
OAB/CE 33.781

JAÍSA BRAGA LIMA
ESTAGIÁRIA



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019747519



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 3540 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **18/10/2019 16:41:05**
Data / Hora da Ocorrência: **12/06/2019 08:00:00**
Endereço da Ocorrência: **AV LESTE OESTE, 2500, PIRAMBU - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **DEPÓSITO DE CONSTRUÇÃO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **BENTO JAIR DE LIMA**
Nascimento: **18/11/1964** CPF: **458.779.554-20**
RG: **20080297425** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **BELISIA NUNES DE ARAUJO SEVERINO MATOS DE LIMA**
Endereço: **RUA ANTÔNIO SALES, 100 A**
Bairro: **IPARANA**
Município: **CAUCAIA/CE** CEP: **61.627-230**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 99652-9582**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OHX5741** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2ND0910CR002795** Renavam: **429568509** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/XRE 300** Ano Fabricação: **2011**
Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA**
Proprietário: **BENTO JAIR DE LIMA** Situação: **NÃO INFORMADO**
Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

Afirma o declarante que na data, hora e local acima citados, trafegava na condição de GARUPEIRO na motocicleta de placa OHX5741 (acima descrita), esta pilotada por seu filho Bento Jairo de Lima, quando um carro (placas não anotadas) colidiu de leve no pneu da motocicleta, vindo o declarante a tombar ao solo e lesionar-se; QUE foi socorrido por seu filho ao Hospital Distrital Evandro Ayres de Moura (Frocinha do Antonio Bezerra); QUE, o condutor da moto, seu filho, não ficou lesionado; QUE, é responsável pelas informações aqui prestadas; QUE, está ciente do prazo de 06 (seis) meses para representação criminal; E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

SUZETE MARIA LIMA GONÇALVES - MAT.: 133215-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

MARIA CAROLINA SANTOS BARREIRA - MAT.: 404579-1-7

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Consolidado em: 18/10/2019 16:48:55

Pág. 1 de 1

Impresso em: 18/10/2019 16:48:55