

**PROCURAÇÃO****Outorgante(s):**

Nome: ANTONIO EDUARDO BARBOSA DENTO	
Nacionalidade: BRASILEIRA	Estado Civil: SOLTEIRO
RG: 96010054736 Órgão Emissor: SSP-LE Data da Emissão:	
CPF: 943.220.823-00 Profissão: COBRADOR	
Endereço: RUA TAQUARI, 111 ALTO	
Bairro: BONSUCESSO	Cidade/UF: FORTALEZA CE CEP: 60.541-760

**Outorgado (s):**

**JOSÉ ORISVALDO BRITO DA SILVA**, brasileiro, advogado inscrito na OAB/CE 21.292 A e **ANA CLAUDIA MAIA DE ALENCAR**, brasileira, advogada, inscrita na OAB/CE 6994, ambos com escritório na Av. Santos Dumont, 1740, sala 905, Aldeota – Fortaleza – CE.

**Poderes:**

Os da clausula ad judicia e et extra e os especiais para promover o processo do Seguro Obrigatório DPVAT, contra quem de direito, podendo para tanto, transigir, desistir, acordar, discordar, conciliar, requerer e receber alvará judicial, passar recibo, dar quitação, enfim praticar todos os atos necessários, inclusive substabelecer.

Fortaleza, 20 de MARÇO de 2019.

Antônio Eduardo Barbosa Dento

**DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA**

Declarante: ANTONIO EDUARDO BARBOSA BENTO		
Nacionalidade: BRASILEIRA	Estado Civil: SOLTEIRO	
RG: 96010054436	Órgão Emissor: SSP-CE	Data da Emissão:
CPF: 943.220.823-00	Profissão: CORRADOR	
Endereço: RUA TAQUARI, 111 ALDS		
Bairro: BONSUCESSO	Cidade/UF: FORTALEZA ILE	CEP: 60.541-706

**DECLARA**, com a presente, sob as penas da Lei, para fins de prova junto ao Juízo competente, e a quem por competente distribuição couber o julgamento da lide, que não possui condições financeiras para arcar com o ônus processual, estando nas exatas condições da Lei n.º. 1.060/50, carecendo, pois, dos auspícios da GRATUIDADE DE JUSTIÇA para promover Ação de Indenização e/ou Cobrança.

Fortaleza, 20 de MARÇO de 2019.

Antonio Eduardo Barbosa Bento

**JOSÉ ORISVALDO BRITO DA SILVA,**

brasileiro, advogado inscrito na OAB/CE 21.292 A, e **ANA CLAUDIA MAIA DE ALENCAR**, brasileira, advogada, inscrita na OAB/CE 6.994 ambos com escritório na Av. Santos Dumont, 1740, sala 905, Aldeota – Fortaleza – CE, declaramos para os devidos fins de direito, que não estamos cobrando honorários advocatícios antecipadamente do(a) autor(a), ressalvando os honorários de sucumbências.

Fortaleza, 20 de MARÇO de 2019.

Ciente:

Antonio Eduardo Barbosa Bento

18/03/18

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DAS CIDADANIA  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁNSITO  
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

CE

ANTONIO ELIARDO BARBOSA BENTO

DO IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR UF  
 96010054736 SSP CE

CPF DATA NASCIMENTO  
 943.220.823-00 15/07/1981

FILIAÇÃO  
 ANTONIO GALDINO BENTO  
 MARIA ELIANE ARAUJO BARBOSA

PERMISSÃO ACC CATEGORIA  
 [ ] [ ] [ ]

Nº REGISTRO VALIDADE 1ª HABILITAÇÃO  
 047R4193131 06/12/2018 15/10/2009

OBSERVAÇÕES  
 SEM OBSERVAÇÃO:

*Antonio Eliardo Barbosa Bento*  
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL DATA EMISSÃO  
 FORTALEZA, CE 08/05/2017

*[Assinatura]*  
 ASSINATURA DO EMISSOR

35997665814  
 CE159280427

CEARÁ

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
 1474289246

PROIBIDO PLASTIFICAR  
 1474289246

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 05/04/2019 às 11:25, sob o número 01225941020198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0122594-10.2019.8.06.0001 e código 466E8DB.

Devolução Eletrônica - CEDO  
 Av. Presidente Vargas, 1012  
 CEP 20071-910  
 Rio de Janeiro - RJ

**PARA USO DOS CORREIOS**

01 - ALCOUCE	<input type="checkbox"/>
02 - ENDEREÇO INSUFICIENTE	<input type="checkbox"/>
03 - NÃO EXISTE N. INDICADO	<input type="checkbox"/>
04 - FALTEADO	<input type="checkbox"/>
05 - DESCONHECIDO	<input type="checkbox"/>
06 - ENDEREÇO INCORRETO	<input type="checkbox"/>
07 - AUSENTE	<input type="checkbox"/>
08 - NÃO PRODUZIDO	<input type="checkbox"/>
09 - OBJETO DANIFICADO	<input type="checkbox"/>
10 - END. DESCONHECIDO NA LOCALIDADE	<input type="checkbox"/>
11 - END. DESCONHECIDO NA LOCALIDADE	<input type="checkbox"/>
12 - FALTA COMPLEMENTO (COLETA/QUIL)	<input type="checkbox"/>
13 - CAIXA POSTAL CANCELADA	<input type="checkbox"/>

Manuscrito: \_\_\_\_\_  
 Rubrica do Responsável: \_\_\_\_\_  
 Reintegrado no Serviço Postal em: \_\_\_\_\_



**FATURA DIGITAL.**  
 VIVER O AGORA E DEIXAR O SEU DIA A DIA VEZ MAIS PRÁTICO.  
 Cadastre-se agora para receber a sua Fatura Digital.  
 Acesse: [minhaclaro.com.br](http://minhaclaro.com.br)



02538302

CTCE FORTALEZA CE PL2

ANTONIO ELIARDO BARBOSA BENTO  
 R TAQUARI, 111 AN PRIMEIRO  
 BONSUCESSO  
 60541-706 FORTALEZA CE

7216210573500640000026779030303018  
 POSTAGEM: 30/07/2018 VENCIMENTO: 10-08-2018

A conta da sua TV por assinatura.

**CLIENTES CLARO TEM 50% DE DESCONTO NOS CINEMAS**

É SO APRESENTAR SUA FATURA E DOCUMENTO DE IDENTIDADE NA COMPRA DO INGRESSO (ENTRADA INTEIRA)

DESCONTO DE 50% EM ATÉ 2 INGRESSOS NOS CINEMAS NET CINEART PONTIVO E ESTAÇÃO NET

NET CINEART  
 CINEART

Claro  
 NET

Desconto de 50% em 1 ingresso nos cinemas Kinoplex

Kinoplex



AUTORIZAÇÃO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO

Para sua maior comodidade solicite o cadastramento de sua conta em débito automático.  
 Fale com nossa Central de Atendimento.  
 Seu código para inclusão em débito automático é : 021168526900-9

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 05/04/2019 às 11:25, sob o número 01225941020198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0122594-10.2019.8.06.0001 e código 466E8DB.

## DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Declarante: ANTONIO EDUARDO BARBOSA BENTO		
Nacionalidade: BRASILEIRA	Estado Civil: SOLTEIRO	
RG: 96010054 936	Órgão Emissor: SSP-CE	Data da Emissão:
CPF: 943.220.823-00	Profissão: COBRADOR	
Endereço: RUA TAQUARI, 111 ALTOS		
Bairro: BONSUCESSO	Cidade/UF: FORTALEZA / CE	CEP: 60.541-700

Declaro para devidos fins de direito e a quem possa interessar que assumo de forma plena, única e integral, a responsabilidade por toda documentação acostada ao processo judicial, bem como pelos fatos narrados neste.

Desta forma, isento o escritório José Brito Advogados representado através dos Advogados José Orivaldo Brito da Silva, inscrito na OAB/CE 21.292 A e Ana Cláudia Maia Alencar, inscrita na OAB/CE 6994, com endereço na Avenida Santos Dumont, 1740, sala 905, Aldeota, Fortaleza / CE, de toda e qualquer responsabilidade jurídica (cível, criminal, tributária, previdenciária) e/ou administrativa, no que tange a autenticidade, litispendência (existência de processo com os mesmos documentos e/ou dados) e veracidade dos fatos narrados e descritos em mencionados documentos, assumindo única e exclusivamente estas responsabilidades sobre tais informações.

"As informações contidas no processo indenizatório DPVAT são de responsabilidade do beneficiário, sendo o mesmo informado que a comunicação de fato não ocorrido ou inexistente é crime punível na forma da lei – Art. 339 e 340 do CPB."

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

Fortaleza, 20 de MARÇO de 2019.

+ Antonio Eduardo Barbosa Brito



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 3443 / 2018**

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
 Data / Hora da Comunicação: **08/08/2018 11:03:37**  
 Data / Hora da Ocorrência: **18/03/2018 07:10:00**  
 Endereço da Ocorrência: **AVENIDA DOUTOR SILAS MUNGUBA**  
 Complemento:  
 Bairro: **SERRINHA** Município: **FORTALEZA/CE**  
 Ponto de Referência: **PROX A LANCHONETE BEBELU**

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **ANTONIO ELIARDO BARBOSA BENTO**  
 Nascimento: **15/07/1981** CPF: **943.220.823-00**  
 RG: **96010054736** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**  
 Filiação: **MARIA ELIANE ARAUJO BARBOSA**  
**ANTONIO GALDINO BENTO**  
 Endereço: **RUA TAQUARI, 111 ALTOS**  
 Bairro: **BONSUCESSO**  
 Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.541-706**  
 País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98670-5745**

**Dados do(s) Veículo(s)**

**1) Placa: OCM4371 Uf: CE Município: FORTALEZA Chassi: 9C2JC4110BR504662 Renavam: 323715982 Tipo do Veículo: MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG 125 FAN KS Ano Fabricação: 2011 Ano Modelo: 2011 Combustível: GASOLINA Cor: PRETA Proprietário: E D MACIEL ME Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: COLISAO**

**Histórico**

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE, PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA OCM-4371-CE; QUE TRAFEGAVA PELA AV. DOUTOR SILAS MUNGUBA; QUE DE UM OUTRO VEICULO CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS QUE ESTAVA A SUA FRENTE NA VIA, FOI QUANDO O SEMÁFORO FECHOU E ESTE VEICULO CITADO, PAROU BRUSCAMENTE NA VIA E NAO DANDO TEMPO DA VITIMA DESVIAR, COLIDIU NA TRASEIRA DO VEICULO CITADO NA VIA; QUE, APÓS O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE, O CAUSADOR DO ACIDENTE EVADIU-SE DO LOCAL; QUE, A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU, SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO IJF/CENTRO. E NADA MAIS DISSE.//  
 OBS:FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO ART. 340 DO CPB.  
 PRAZO PREVISTO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL:6 MESES.

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

**CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

*Antonio Eliardo Barbosa Bento*

**VISTO DO DELEGADO(A) :**



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 3443 / 2018**

**JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-9**

*[A large, faint, wavy line, possibly a signature or a scanning artifact, spans vertically across the center of the page.]*




## DECLARAÇÃO

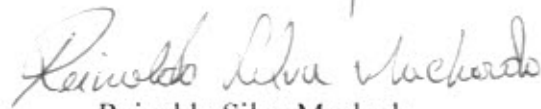
Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Antonio Eliardo Barbosa Bento**, no dia **18/03/2018**, às **07h57min**, na **Avenida Doutor Silas Munguba**, no **Bairro Serrinha**, vítima de acidente de trânsito.

Documento requerido por meio do Processo nº **P285123/2018**.

Fortaleza, 30 de julho de 2018.

Atenciosamente,

  
Roberto Gomes de Lima  
Coord. SAME do SAMU 192 Regional Fortaleza

  
Reinaldo Silva Machado  
Protocolo do SAMU 192 Regional Fortaleza





TERMO DE ENTREGA

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Conforme processo nº **P285123/2018**, estamos entregando ao Sr. **Antonio Eliardo Barbosa Bento**, CPF: **943.220.823-00**, cópia do Prontuário de Atendimento realizado pelo SAMU 192 Regional Fortaleza, no dia **18/03/2018**.

Fortaleza, 30 de julho de 2018.

Atenciosamente,



Francisco Rômulo Sampaio Lira  
Diretor Médico - SAMU 192  
Regional Fortaleza  
Cpf: 621.593.433-00 - Fax: 8892111

Dr. Francisco Rômulo Sampaio Lira  
Coord. do Setor Médico do SAMU 192 Regional Fortaleza.

Nome do solicitante: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Data do recebimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

aula: Ediane Maria Brito  
 Taquari 111(Alt) Bom Sucesso.



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA



Prefeitura de Fortaleza  
 Secretaria Municipal de Saúde

32321204  
 P-285123/2018

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: Bernach PONTO DE APOIO: CSA Nº DA OCORRÊNCIA: 0495  
 DATA: 18/03/18 TURNO: MT EQUIPE: Luizahima + Kadson  
 NOME: Antonio Eduardo Barbosa Bento IDADE: 36 SEXO: mas  
 ENDEREÇO: Silas munguba 1409  
 REFERÊNCIA: \_\_\_\_\_ BAIRRO: Seminha  
 QTY: 07:45 QUS: 07:57 QUR: 08:05 QUY: 08:39 QUU: 08:56  
 NATUREZA DA OCORRÊNCIA: colisão carro - moto

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO:  RESPONSIVO  NÃO RESPONSIVO  
 EXPANSÃO TORÁCICA:  PRESENTE  AUSENTE  
 PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO):  PRESENTE  AUSENTE  
 A:  PERVEAS  OBSTRUÍDAS POR: \_\_\_\_\_  
vias aéreas

B: **PADRÃO RESPIRATÓRIO**  EUPNEICO  TAQUIPNEICO  BRADIPNEICO  AGÔNICA/AUSENTE  
**INSPEÇÃO**  NORMAL  ALTERADA: \_\_\_\_\_  
**PALPAÇÃO/PERCUSSÃO**  NORMAL  ALTERADA: \_\_\_\_\_  
**AUSCULTA**  NORMAL  ALTERADA: \_\_\_\_\_  
respiração

C: **PULSO**  NORMOCÁRDICO  TAQUICÁRDICO  BRADICÁRDICO  
 CHEIO  FILIFORME  IMPALPÁVEL  
**PELE**  CORADA  SUDOREICA  PÁLIDA  SECA  QUENTE  FRIA  
 CIANÓTICA  
**ENCHIMENTO CAPILAR**  ≤ 2 seg  > 2 seg  
**SANGRAMENTO EXTERNO**  SIM  NÃO  
 LOCAL: \_\_\_\_\_  
circulação

D: **ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (A) / PEDIÁTRICA (P)**  
**ABERTURA OCULAR** ESPONTÂNEA  4  3  2  1  
**RESPOSTA VERBAL** ORIENTADO (A) / SORRI (P)  5  4  3  2  1  
 CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL (P)  
 PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P)  
 SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P)  
 NENHUMA  
**RESPOSTA MOTORA** OBEDECE A COMANDOS  6  5  4  3  2  1  
 LOCALIZA A DOR  
 MOVIMENTO DE RETIRADA  
 FLEXÃO ANORMAL  
 EXTENSÃO ANORMAL  
 NENHUMA  
 TOTAL: 15  
 PUPILAS:  NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)  ALTERADAS:  
neuroológico

E: **ADULTO** **LESOES** **PEDIÁTRICO**  
  
exposição

SAMPLA

FC: \_\_\_\_\_ PA: x FR: \_\_\_\_\_ GLIC.: \_\_\_\_\_ OXIM.: \_\_\_\_\_ TEMP: \_\_\_\_\_

vítima de colisão carro - moto, segue sem consci. após atendimento no ponto exp + fratura fechada femur exp.

QTY: DESLOCAMENTO; QUS: CHEGADA AO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUR: SAÍDA DO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUY: CHEGADA À UNIDADE DE SAÚDE; QUU: SAÍDA DA UNIDADE DE SAÚDE  
 SAMPLA: S - SINAIS E SINTOMAS; A - ALERGIAS; M - MEDICAÇÕES; P - PASSADO MÉDICO/PRENHEZ; L - LÍQUIDOS/ALIMENTOS; A - AMBIENTE

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 05/04/2019 às 11:25. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0122594-10.2019.8.06.0001 e código 46688DC. sob o número 01225941020198060001

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

**CHECAGEM**

**ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS**

**ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM**

ASS./CRM:

*Desusado imobilização do M.E. (ferro)*

**ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA**

ASS./COREN: *Luiz Roberto*

**DESTINO DO PACIENTE**

ASS.: *Kadron*

- UNIDADE DE SAÚDE: *Frotas*
- LIBERADO
- ÓBITO →
- RECUSA
- NO LOCAL
- REMOVIDO POR TERCEIROS
- DURANTE O TRANSPORTE
- BOLETIM EMERG: \_\_\_\_\_
- OUTRO: \_\_\_\_\_

PACIENTE ACOMPANHADO:  SIM  NÃO  
ASS. DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DE DESTINO: \_\_\_\_\_

EM: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ às \_\_\_ hs

**COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES**

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:  
DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

LOCAL: \_\_\_\_\_

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO: \_\_\_\_\_

EM: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**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: \_\_\_\_\_



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA



Emitido em: 25/07/2018 9:17:40

Por: EDUARDO MOREIRA

**Registro de Atendimento Emergencial**

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA:	18/03/2018 08:26:35				
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE											
CNS:	706404699126480	NOME:	ANTONIO ELIARDO BARBOSA BENTO			Registro:	5554810				
CPF:	94322082300	RG:		D. NASC:	15/07/1981	ESTADO CIVIL:		SEXO:	M	RAÇA/COR:	Branca
NOME DA MÃE:				MARIA ELIANE ARAUJO BARBOSA				NOME DO PAI:		SEM INFORMAÇÃO	
TIPO DE LOGRADOURO:	Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE:	TAQUARI			Nº:	111	BAIRRO:	BONSUCESSO		
COMPLEMENTO:		TELEFONE:	32321204, 986705745		MUNICÍPIO:	FORTALEZA		UF:	CE	CEP:	60541706
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL											
NOME:	samu branca bernache /kdsou			PARENTESCO:				TELEFONE:			
ACIDENTE DE TRABALHO											
TIPO DE VINCULO:	CBO DO EMPREGADO:		CNPJ DO EMPREGADOR:			COSIDO DO CNAER:					
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO											
MOTIVO DE ATENDIMENTO:								Acidente com motociclista, Colisão com um carro, pick up ou camionete			
QUEIXAS:								colisão moto carro com toe e fx fechado de femur ha 1 hora samu fortaleza			
OBSERVAÇÕES:								dor moderada			
SINAIS VITAIS											
LOCAL DA OCORRÊNCIA:	Área Publica		Escala de Dor:	Moderado		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO:	LARANJA				
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:											
ATENDIMENTO MÉDICO											
Anamnese:											
Exame Físico:											
Condução:								<p style="text-align: center;">25 07 2018</p> <p style="text-align: center;">13826</p> <p style="text-align: center;">MARCELO F. MOREIRA</p>			
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:											
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:											
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:											
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:				CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:							

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JOSE ORIVALDO BRITO DA SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 05/04/2019 às 11:25, sob o número 01225941020198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0122594-10.2019.8.06.0001 e código 466E8DC.

MS-DATAIS  
VERSÃO

PROGRAMA DE ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01  
INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO CULTURA, E AÇÃO SOCIAL

PAG.:

O.E: M230440001

URG./EMERG: 0% ESFERA: PRIVADA

APRESENTAÇÃO: 06/2018

DATA: 17/05/2018

Num AIH: 231810197881-9 / Situação: APURADA Tipo: 01-INICIAL Apresentação: 06/2018 Data de Emissão: 19/03/2018

Especialidade: 01 - CIRURGIA GERAL Órgão Emissor: M230440001 Lote: Enfermaria: 0224 / Leito: 0004 /  
Doc autorizador: 201700675690018 Doc med resp: 182215039540018 Doc diretor clín.: 210158059320008 Doc médico solíc: 182215039540018  
CNS: 3969800 - INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO CULTURA E AÇÃO SOCIAL CNS: 706404699126480  
Paciente: ANTONIO ELIARDO BARBOSA BENTO / Prontuário: 2445287 / Laudo: /  
Data Nasc.: 15/07/1981 Sexo: MASCULINO / Nacionalidade: 10 - BRASIL Tipo Doc.: IGNORADO / Doc.  
Responsável pac.: ANTONIO ELIARDO BARBOSA BENTO Nome da Mãe: MARIA ELIANE ARAUJO BARBOSA /  
Endereço: TAQUARI, 111 - BONSUCESSO Raça/Cor: SEM INFORMAÇÃO  
Município: 230440 - FORTALEZA UF: CE CEP: 60130-130 Telefone: (85)9867.0574  
Procedimento solicitado: 04.15.03.001-3 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO Muda Proc.?: N

Procedimento realizado: 04.15.03.001-3 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO  
Diag. principal: S723-FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR Diag. Secundário: V239-MOTOCICLISTA TRAUMATIZADO EM COLISÃO COM VEICULO  
Diag. complementar: - Causa Óbito: -  
Carater atendimento: 05 / OUTROS TIPO DE ACIDENTE DE TRANSITO Modalidade: HOSPITALAR  
Data internação: 19/03/2018 Data saída: 23/03/2018 Motivo saída: 12 / ALTA MELHORADO  
Liberação SISAIH01: / -

=== [ CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE OU VIOLÊNCIA) ] ===  
CNPJ do Empregador: - CNAER: -  
Vínculo com a previdência: - CEO: -

=== [ PROCEDIMENTOS REALIZADOS ] ===

Linha Ato/Proced	PF	IE	CBO	CNS/CNPJ	Apurar Valor p/ Qtd	Qtde	Orçt	Descrição
1	04.08.05.051-9	182215039540018	1	225270 182215039540018	3969800	1	032018	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR
2	04.08.05.051-9	210157919150018	6	225151 210157919150018	3969800	1	032018	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR
3	07.02.03.091-0	09069959000158	0	09069959000158	3969800	1	032018	PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 4,5 MM LARGURA
4	04.08.06.019-0	182215039540018	1	225270 182215039540018	3969800	1	032018	OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO
5	04.08.06.019-0	210157919150018	6	225151 210157919150018	3969800	1	032018	OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO
6	08.02.01.001-6	3969800	0	3969800	3969800	4	032018	DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM PERMANECIMENTO)
7	04.01.01.001-5	182215039540018	0	225270 182215039540018	3969800	2	032018	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
8	02.04.06.011-7	3969800	0	3969800	3969800	1	032018	RADIOGRAFIA DE COXA

=== [ VALORES DA PRÉVIA ] ===

Forma de Organização	+--Serv. Hospitalar+ +----- Serviço Profissional -----+ +-----		+---- Direto +----+ +---- Direto +----+ +---- Rateado +----+ +-----		Total
	Próprio Terceiro		Próprio Terceiro		
	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	
04.01.01 PEQUENAS CIRURGIAS	64,80	0,00	0,00	0,00	64,80
04.08.05 MEMBROS INFERIORES	725,17	0,00	0,00	294,73	1.019,90
04.08.06 GERAIS	460,58	0,00	0,00	138,16	598,74
07.02.03 ORM EM ORTOPEDIA	296,13	0,00	0,00	0,00	296,13
08.02.01 DIARIAS	32,00	0,00	0,00	0,00	32,00
<b>Total Geral:</b>	<b>1.578,68</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>432,89</b>	<b>2.011,57</b>

=== [ DADOS DAS ÓRTESES/PRÓTESES ] ===

Linha Nota Fiscal	CNPJ Fornecedor	Lote	Série	Registro ANVISA	CNPJ Fabricante
3 20765 /	09.069.959/0001-58 /				

Dr. Sunita E. Saraiva  
Médica Auditora  
CRM 0175

Número de Nascidos: 0 Mortos: 0 Número de Saídas: 0 N. Pré-Natal: 0  
Vivos: 0 Altas: 0 Transf.: 0 Óbitos: 0

"De acordo com a Portaria SAS/MS N. 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24 de Agosto de 1995. Seção I,  
ASSINATURA E CARIMBO

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JOSÉ ORISVALDO BRITO DA SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 05/04/2019 às 11:25, sob o número 01225941020198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0122594-10.2019.8.06.0001 e código 466E8DC.

MS-DATAIS  
VERSÃO

PROGRAMA DE ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01  
INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO CULTURA E AÇÃO SOCIAL

PAG.: 1

O.E: M230440001 URG./EMERG: 04 ESFERA: PRIVADA APRESENTAÇÃO: 06/2018 DATA: 17/05/2018  
-----

Num AIH: 231810197881-9 Situação: APURADA Tipo: 01-INICIAL Apresentação: 06/2018 Data de Emissão: 19/03/2018  
-----

p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivada no prontuário do paciente. "

DIRETOR DO HOSPITAL

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 05/04/2019 às 11:25 , sob o número 0122594-10.2019.8.06.0001 e código 466E8DC. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0122594-10.2019.8.06.0001 e código 466E8DC.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
Secretaria da Saúde do Estado do Ceará  
Coordenadoria de Regulação, Avaliação e Controle  
CRESUS - Central de Regulação Estadual do SUS

fls. 21

LAUDO DE NUMERAÇÃO DE AIH  
CÓDIGO DA SOLICITAÇÃO: 12600081406  
NÚMERO DA AIH: 2318101978819

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

CNES/ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2529149 - IJF INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL  
CNES/ESTABELECIMENTO EXECUTOR: INSTITUTO PRAXIS

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

CNS/PACIENTE: 706404699126480 - ANTONIO ELIARDO BARBOSA BENTO

DATA DE NASCIMENTO - IDADE: 15/07/1981 - 36 anos

NOME DA MÃE: MARIA ELIANE ARAUJO BARBOSA

NOME DO RESPONSÁVEL: FAMILIARES

ENDEREÇO: RUA: TAQUARI, Nº 111

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 230440 - FORTALEZA

UF:

SEXO: MASCULINO

TELEFONE DE CONTATO:

TELEFONE DO RESPONSÁVEL: 85 - 986705745

BAIRRO: BOM SUCESSO

CEP: 60541706

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

DIAGNÓSTICO INICIAL: S723 - Fratura da diáfise do fêmur

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

DIAGNÓSTICO CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: 0408050519-TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

CARATER DA INTERNAÇÃO: URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO

PROFISSIONAL SOLICITANTE: 980016003704808 - CARLOS EMANUEL VASCONCELOS

CLÍNICA: CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

DATA-HORA SOLICITAÇÃO: 19/03/2018 - 16:48 DATA-HORA INTERNAÇÃO: 10/04/2018 - 12:07

**CAUSAS EXTERNAS**

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: NÃO SE APLICA



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA  
"24 horas de proteção à vida"



fls. 22

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

### Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: <b>INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA</b>	2 - CNES: <b>252914</b>
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: <b>INSTITUTO PRAXIS</b>	4 - CNES:

### Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: <b>ANTONIO ELIARDO BARBOSA BENTO</b>		PRONTUÁRIO : <b>5554810</b>	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE: 706404699126480	8 - DATA NASCIMENTO: 15/07/1981	09-SEXO ( ) M ( ) F	10-RAÇA/COR
11 - NOME DA MÃE/PAI: MARIA ELIANE ARAUJO BARBOSA		12 - TELEFONE:	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL NI		14 - TELEFONE DE CONTATO:	
15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, N°, BAIRRO) TAQUARI,111 BONSUCESSO			
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: FORTALEZA	17 - COD. IBGE MUNICÍPIO:	18 - UF: CE	19 - CEP:

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:  
PACIENTE COM FRATURA DE **FEMUR** ,NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRURGICO .

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:  
RISCO DE COMPLICAÇÕES E AGRAVOS

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):  
ANAMNESE + EXAME FÍSICO + EXAMES LABORATORIAIS

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: <b>FX.FEMUR</b>	24 - CID 10 PRINCIPAL: <b>S723</b>	25 - CID10 SECUNDÁRIO:	26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:
--	---------------------------------------	------------------------	--------------------------------

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: <b>TRATAMENTO CIRURGICO DA FRATURA DE FEMUR</b>		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 0408050519	
29 - CLÍNICA: TRAUMA	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: EMERGENCIA	31 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF	32 - Nº DO DOCUMENTO DO SOLICITANTE:
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:		34 - DATA SOLICITAÇÃO: 19/03/2018	35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº CR): <i>Dr. Carlos Emanuel dos Anjos</i> Clínica Ortopédica e Traumatologia CRM nº 100-13273-8/2014

### PREENCHER EM CASO DE CAUSA EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO	39 - CNPJ DA SEGURADORA:	40 - Nº DO BILHETE:	41 - SÉRIE:
37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	42 - CNPJ DA EMPRESA: <i>Dra. Sirlene Elarrat</i> Perícia Auditória Inscrição nº 6175	43 - CNAE DA EMPRESA:	44 - CBOR:
38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO			

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:  
( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

### AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:		47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR:	52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:
48 - DOCUMENTO: ( ) CNES ( ) CPF	49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:		
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / /	51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELHO):		

Preencher de forma legível e sem abreviaturas: 1ª.via- SMS e 2ª via - Prontuário do paciente

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JOSE ORIVALDO BRITO DA SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 05/04/2019 às 11:25, sob o número 0122594-10.2019.8.06.0001 e código 466E8DC. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0122594-10.2019.8.06.0001 e código 466E8DC.





**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
**Secretaria da Saúde do Estado do**  
**Ceará**  
**Coordenadoria de Regulação,**  
**Avaliação e Controle**  
**CRESUS - Central de Regulação**  
**Estadual do SUS**



**GOVERNO DO**  
**ESTADO DO CEARÁ**

USUARIO: cleide.castro - UNIDADE: IJF INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL - FORTALEZA

**Operação:**  
**Acompanhar Solicitação de**  
**Internação**

**VISUALIZAÇÃO DA SOLICITAÇÃO**


**Siga os passos abaixo:**  
 Seleção de situação  
 Seleção da solicitação  
 Visualização da solicitação  
 Lista de ocorrência  
 Inclusão de ocorrência  
 Visualização de ocorrência  
 Confirmação de cancelamento  
 Registro de transferência  
 Confirmação de transferência  
 Operação finalizada com sucesso

Para retornar a lista de solicitações clique em Voltar.

**Atalho**  
**Acesso / Desconectar**  
**Operações**

**Identificação do paciente**

**CNS - PACIENTE**

706404699126480 - ANTONIO ELIARDO  
 BARBOSA BENTO 

**NOME DA MÃE**

MARIA ELIANE ARAUJO BARBOSA

**NÚMERO DO PRONTUÁRIO**

5554810

**DATA DE NASCIMENTO - IDADE**

15/07/1981 - 36 anos

**SEXO**

MASCULINO

**NOME DO RESPONSÁVEL**

FAMILIARES

**TELEFONE DO RESPONSÁVEL**

(85) 986705745

**ENDEREÇO**

RUA: TAQUARI, Nº 111

**BAIRRO**

BOM SUCESSO

**ESTADO DE RESIDÊNCIA**

CEARA

**MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA**

FORTALEZA

**Plantonista**

**MÉDICO**

24459836300 - CARLOS EMANUEL  
 VASCONCELOS

**TELEFONE PARA CONTATO**

(85) 32555000

**OBSERVAÇÕES IMPORTANTES**

PACIENTE SERÁ TRANSFERIDO PARA O  
 HOSPITAL DE APOIO : INSTITUTO PRÁXIS.

**Solicitação**

**NÚMERO**

12600081406

**SITUAÇÃO**

SOLICITAÇÃO AGUARDANDO REGULAÇÃO

**CENTRAL DE REGULAÇÃO**

23044021 - FORTALEZA

**DATA - HORA**

19/03/2018 - 16:48

**PROFISSIONAL**

24459836300 - CARLOS EMANUEL  
 VASCONCELOS

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

0408050519- - TRATAMENTO CIRURGICO DE  
 FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

**PROCEDIMENTO REALIZADO**

**CLÍNICA**

13 - CIRURGICO -  
 ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

**CLÍNICA COMPLEMENTAR**

**CARÁTER DA INTERNAÇÃO**

5 - URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS  
 INTERNAÇÃO

**GRAU DE PRIORIZAÇÃO**

4 - URGÊNCIA

**Justificativa da internação**

F I C H A D E I N T E R N A Ç Ã O

=== [ ADMISSÃO ] ===

Número 201821001231 Data 19/03/2018 Hora 20:51 Convênio PRAXIS Classificação SEM CLASSIFICAÇÃO  
Caráter de Atendimento ELETIVO SISREG AIH

Origem do Paciente IJF Clínica/Especialidade CLÍNICA CIRÚRGICA/TRAUMA-ORTOPEDIA  
Médico Solicitante 5253 - FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES Médico Responsável 5253 - FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES

Procedimento Solicitado 0408050519 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR Dias 4

=== [ IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE ] ===

Nome ANTONIO ELIARDO BARBOSA BENTO Sexo MASCULINO

Nascimento 15/07/1981 Idade 36 Anos Raça/Cor SEM INFORMAÇÃO Estado Civil SOLTEIRO(A) Religião NÃO INFORMADO

Mãe MARIA ELIANE ARAUJO BARBOSA Pai Responsável GERALDO MARCOS SILVA DOS SANTOS Prontuário 2445287

CNS 706404699126480 Registro 201802570001206 Documento Informado NÃO INFORMADO

País BRASIL Município de Naturalidade ITAPAGE/CE CEP 60130-130

Município de Residência FORTALEZA/CE Logradouro RUA TAQUARI

Número 111 Complemento Bairro BONSUCESSO

Fone Móvel (85)9867.05745 Fone Fixo Ponto de Referência

Situação no Mercado de Trabalho/Profissão(CBO) EMPREGADO FORMAL / COBRADOR EXTERNO

=== [ CONTATO/ACOMODAÇÃO ] ===

Em caso de urgência avisar GERALDO MARCOS SILVA DOS SANTOS Acomodação/Leito 224/4

Tipo de Acomodação ENFERMARIA Clínica CLÍNICA CIRÚRGICA Posto de Enfermagem POSTO DE ENFERMAGEM 03

Atendente: marcia.luz Data: 19/03/2018 Hora: 20:54:07 Tempo: 00:02:44

=== [ TERMO DE RESPONSABILIDADE ] ===

GERALDO MARCOS SILVA DOS SANTOS, abaixo assinado, responsável pelo paciente ANTONIO ELIARDO BARBOSA BENTO, através do presente Termo de Responsabilidade, autoriza aos médicos do(a) HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA, a realizarem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico do referido paciente, bem como a executarem o tratamento adequado. Compromete-se, ainda, a respeitar todas as disposições contidas nos regulamentos do estabelecimento de saúde.

FORTALEZA(CE), 19 de março de 2018

RESPONSÁVEL

TESTEMUNHAS



**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**

Data: 21/03/18

Nome do paciente: Antonio Eliando Barbosa Bento  
 Nº Prontuário: 2445287 Categoria:  
 Clínica: Cirurgica Leito:  
 Cirurgião: Dr. Valterno  
 Anestesista: Dna. Magaly  
 Tipo de Anestesia: Raqui  
 1 Auxiliar: Dr. Macido  
 2 Auxiliar: ---  
 3 Auxiliar: ---  
 Instrumentadora: Rodrigues Luiz Junior (2)  
 Circulante: Adelino  
 Diagnóstico Pré-Operatório:  
 Tipo de Operação/ Código: 04 1 5 0 3 0 9 1 3  
 Diagnóstico Pós-Operatório: Ortopedia do punho do 2º braço  
 Relatório Imediato do Patologista:  
 Exame Radiológico no ato: Ortopedia punho E 2403050510  
 Acidente e Incidentes:

Contagem de Compressas: 300

Início da Cirurgia <u>11:00</u>	Término da Cirurgia <u>12:20</u>	Duração do Cirurgia <u>1:20</u>
Início do Oxigênio	Término do Oxigênio	Duração do Oxigênio
Duração da Anestesia (Total de Minutos)		Minutos c/ Acréscimo

Anestesia Ocorrências Principais	Classificação da Cirurgia:
	LIMPA:
	POT. CONTAMINADA: <u>X</u>
	CONTAMINADA:
	INFECTADA:

Elizandra Farias Feitosa  
Enfermeira  
COREN-CE 326.707

Assinatura da Enfermeira(o)

Magaly Marques Dantas  
Assinatura Anestesista  
CRP 205  
145.213-04

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 05/04/2019 às 11:25, sob o número 01225941020198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0122594-10.2019.8.06.0001 e código 466E8DC.

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

- 1) Anest. em anest. inf
- 2) Punção de veia no MTK,
- 3) Punção de veia hipur
- 4) Tumor em pró. lateral do coto
- 5) Punção de veia ali para a pilula
- 6) Anest. e pró. / pleura e pleura
- 7) Anest. e pró. / pleura e pleura
- 8) Anest. e pró. / pleura e pleura



PROF. DR. JOSÉ ORISVALDO BRITO DA SILVA

Assinatura do Cirurgião (Carimbo)

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 05/04/2019 às 11:25, sob o número 01225941020198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0122594-10.2019.8.06.0001 e código 466E8DC.

TERMO DE LIBERAÇÃO DE ALTA

=== [ INTERNAÇÃO ] ===

Número Data Hora Convênio/Plano  
201821001231 19/03/2018 20:51 INSTITUTO PRAXIS DE EDUCAÇÃO E CULTURA E AÇÃO S  
Médico Solicitante  
FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES - 5253  
Médico Responsável  
FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES - 5253  
Procedimento Solicitado  
0408050519 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

=== [ ACOMODAÇÃO ] ===

Acomodação/Leito Tipo de Acomodação Clínica Posto de Enfermagem  
224/4 ENFERMARIA CLÍNICA CIRÚRGICA POSTO DE ENFERMAGEM 0

=== [ PACIENTE ] ===

Nome Sexo  
ANTONIO ELIARDO BARBOSA BENTO MASCULINO  
Nascimento Idade Religião Prontoário Registro  
15/07/1981 36 Anos NÃO INFORMADO 2445287 201802570001206

=== [ DADOS DA ALTA ] ===

Diagnóstico Principal  
S723 - FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR  
Procedimento Realizado  
0408050519 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR  
Data Hora Motivo  
23/03/2018 12:39 ALTA MELHORADO

=== [ DECLARAÇÃO ] ===

O(a) abaixo assinado(a), na qualidade de responsável e representante legal do paciente ANTONIO ELIARDO BARBOSA BENTO, DECLARA que foi devidamente informado(a) que o estado de saúde do paciente apresentava condições favoráveis para a ALTA HOSPITALAR. Declara, ainda, ter sido esclarecido(a) e orientado(a) sobre os cuidados com a saúde do paciente e a conduta terapêutica a ser seguida.

FORTALEZA(CE), 23 de março de 2018

Responsável/ Representante Legal *Alexandra Silva do Santo* Nome Legível *Alexandra* Assinatura  
Enfermeira(o) Responsável pela Liberação *Raysa C. Fernandes* Nome Legível Assinatura/Carimbo



H O S P I T A L  
FERNANDES TÁVORA

Autópsia Elvinda

Bonfante  
Bute

Auto autópsia

Atestado para o parente sempre  
for admitido e comprovado  
por Futuro do filho  
Esposa.

Fuente - m e  
Alto deputado

30  
/ 05  
/ 18

Instituto Clinico de Fortaleza S/C Ltda  
Av. Francisco Sá, 5445 - Álvaro Weyne - Fortaleza - CE. CEP 61.000-000  
Fone/Fax: (85) 3228-2555  
www.hospitalfernandestavora.com.br  
E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

Valterino Pinheiro  
Traumatologista  
CRM-CE 61.93

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):

Antonio Manoel Bonifacio Bento

vítima de acidente de transito, em 18/03/2014, sofreu:

Fratura de fêmur esquerda  
C10 - S + 2.13

e submeteu-se a tratamento(s):

Cirurgia, redução e fixação  
do fratura placa e parafusos  
quadrado

encontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente,  
com grau de incapacidade funcional irreversível de:

Existir no membro lateral do cotovelo  
esquerdo. Exerce no cotovelo  
movimentos de abdução, de adução,  
rotação com m. biceps, m. supinador,  
m. pronador, a flexão e a extensão  
força diminuída. Não restrição  
movimentos ou movimentos com  
carga e peso. Comprometimento  
funcional. Prejuízo do membro  
no meio definitivo

10/01/14

Dr. Francisco Mardônio Salmato Almeida  
CREMEC 4411

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

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 05/04/2019 às 11:25, sob o número 012259410201980600001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0122594-10.2019.8.06.0001 e código 466E8DC.

## SINISTRO 3180396958 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA ANTONIO ELIARDO BARBOSA BENTO**

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE**

**INDENIZAÇÃO** Comprev Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE

**BENEFICIÁRIO ANTONIO ELIARDO BARBOSA BENTO**

**CPF/CNPJ:** 94322082300

**Posição em 22-11-2018 20:01:27**

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

<b>Data do Pagamento</b>	<b>Valor da Indenização</b>	<b>Juros e Correção</b>	<b>Valor Total</b>
23/11/2018	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50