

PROCURAÇÃO AD JUDÍCIA**OUTORGANTE:**

Nome: <u>Antonio Nelson de Lima</u>		Nacionalidade: <u>Brasileiro</u>	
Estado Civil: <u>Solteiro</u>	Profissão: <u>Agricultor</u>	Carteira de Identidade: <u>3383851-99</u>	
CPF nº: <u>568.003.983-49</u>	Residência: <u>R. B. Prod. Minha casa minha vida, 54</u>		
Bairro: <u>Nra Senh. Livram</u>	Cidade: <u>Tramaji</u>	Estado: <u>CE</u>	CEP: <u>62690-000</u>

OUTORGADO:

ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA, brasileiro, solteiro, advogado, OAB/CE – 24.805, com escritório profissional na Rua Meton de Alencar, nº 106, Altos, Centro, Fortaleza - CE CEP: 60.035-160, fones: **(85) 98225-8282 (85) 3121-8383**
E-mail: **KAIRO AKRS@YAHOO.COM.BR**

PODERES:

Amplios poderes para o foro em geral, bem como nas vias administrativas, em qualquer juiz, instancia ou Tribunal, Superior ou não, Repartição Pública, podendo promover contra quem de direito as ações que julgarem convenientes e defendê-lo (a) nas contrárias, interpor recursos, com especiais poderes para, agindo em conjunto ou em separado, receber citações, renunciar e desistir de direitos decorrentes deste mandato e dos oriundos desta ação, desistir, transigir, interpor todos os recursos permitidos em direito, produzir e requerer provas e justificações, opor embargos, prestar compromisso de inventariante e assinar o respectivo termo, fazer declarações de lei, requerer remissão, adjudicação de bens, ordenar protestos de títulos, levantar depósitos judiciais em nome do(s) outorgantes, assinar recibos, representá-los em quaisquer repartições federais, estaduais, municipais ou autarquias, fazer tudo o que for necessário para o bom e fiel cumprimento da presente, inclusive substabelecer, com ou sem reserva de iguais poderes, o que darei tudo por firme, justo e valioso como próprio fora, dando a mesma caráter irrevogável.

Poderes especiais: Receber e fazer levantamento de alvará judicial, em nome dos outorgantes, em qualquer banco e/ou instituição financeira.

Fortaleza (CE), 03 de Fevereiro de 2020.

x Antonio Nelson de Lima
Outorgante

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, Antonio Melton de Lima,
brasileiro(a), Solteiro, Agricultor, portador(a) da Carteira de
Identidade/RG nº 3383851-99, inscrito(a) no CPF/MF sob o
nº 568.003.98349 residente e domiciliado(a) na Rua
Rua B, nº 54, Complemento _____,
Cep nº 62690-000, Trairi-CE, declaro para os devidos fins que possuo
hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com custas processuais e
honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha família,
consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Fontalva (CE), 03 de Fevereiro de 2020.

x Antonio MELTON de LIMA.

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE TRAIRI

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 561 - 761 / 2018****Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **09/05/2018 14:54:17**Data / Hora da Ocorrência: **14/10/2017 00:45:00**Endereço da Ocorrência: **NÃO INFORMADO RESIDENCIAL NOSSA**

Complemento:

Bairro:

Município: **TRAIRI/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)Nome: **ANTONIO NELTON DE LIMA**Nascimento: **30/09/1955** CPF:RG: **338385199**Orgão Emissor: **SSP**

UF:

Filiação: **MARIA FERREIRA LIMA**Endereço: **RUA VILA SÃO TOMÉ**Bairro: **PLANALTO NORTE**Município: **TRAIRI/CE**CEP: **62.690-000**País: **BRASIL**

Telefone:

Histórico

O DECLARANTE COMPARECEU NESTA DELEGACIA PARA RELATAR QUE NO DIA 14/10/2017 FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO, QUANDO TRAFEGAVA DE BICICLETA SENTIDO CENTRO DE TRAIRI, OCASIÃO EM QUE FOI ATINGIDO POR UMA MOTO DE PLACA NÃO ANOTADA QUE TRAFEGAVA EM ALTA VELOCIDADE; QUE O DECLARANTE FOI ARREMESSADO PARA O OUTRO LADO DA PISTA; QUE DEVIDO AO IMPACTO O DECLARANTE FICOU DESACORDADO; QUE O DECLARANTE FOI SOCORRIDO AO HOSPITAL DE TRAIRI PELA AMBULÂNCIA APRESENTANDO FRATURA DE BACIA (PELVE/DISJUNÇÃO DE SINFISE) FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO E FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA, ; QUE DEVIDA A GRAVIDADE DAS LESÕES O DECLARANTE FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL IJF NA CIDADE DE FORTALEZA; QUE FOI SUBMETIDO A INTERVENÇÃO CIRÚRGICA; QUE PERMANECEU INTERNADO DO DIA 14/10/2017 AO DIA 30/10/2017; QUE TEM COMO TESTEMUNHAS DO ACIDENTE MARIA IMACULADA DA SILVA RG: 2006019105177 E CPF: 234.539.743-87 E AURILENE MARIA BARBOSA RODRIGUES RG: 99098207325 E CPF: 574.415.293-87; QUE REGISTRA O BOLETIM DE OCORRÊNCIA PARA FINS DE SEGURO DPVAT. E NADA MAIS DISSE.

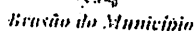
DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE TRAIRI**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****ERNESTO EUCLIDES FEIJÃO JUNIOR - MAT.: 404695-1-6****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:***Antonio Nelson de Lima***VISTO DO DELEGADO(A) :****DANIEL DIOGENES RIBEIRO PINHEIRO - MAT.: 300998-1-8**

DELEGACIA MUNICIPAL DE TRAIRI

Maria Imaculada da Silva
Aurilene Maria Barbosa Rodrigues

Pág. 1 de 1

Impresso em: 09/05/2018 15:16:59



Ato Declaratório

- 1- Preencher a ficha em três vias.
- 2- Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar a 2ª via ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via à Unidade de Origem.

Unidade de Origem: Mapa
 Distrito Sanitário: 1 Município: Jana
 Nome: Antônio Milton da Silva Prontuário nº: _____
 Sexo: M ☒ F ☐ Data de Nascimento: 30/09/55 Ocupação: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____ Fone: _____
 Motivo do Encaminhamento: _____

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Encaminhamento para atendimento: ☒ Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico
Procedimento: Exame de urina
Unidade de referência: UFF Data: 14/10/14 Hora: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

idade de referência: _____
Município: _____ Prontuário Nº: _____ Data: ____/____/____
Resumo Clínico/Cirúrgico: _____

Resultado de Exames:

Diagnóstico Principal: _____ CID.: _____
 Secundário 1: _____ CID.: _____
 Secundário 2: _____ CID.: _____

Proposta de Conduta para Seguimento:

3) problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincide com diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Ass do Encaminhamento: C-1



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA



Emitido em: 18/04/2018 12:57:19

Por: EDUARDO MOREIRA

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 14/10/2017 05:08:20	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 705400442761491	NOME: ANTONIO NELTON DE LIMA				Registro: 5270952		
CPF: 56800398349	RG: 3383851	D. NASC: 30/09/1955	ESTADO CIVIL: O	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda		
NOME DA MÃE: MARIA FERREIRA LIMA				NOME DO PAI: SEM INFORMAÇÃO			
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: PADRE JOSE ROMUALDO			Nº: 76	BAIRRO: BOA ESPERANCA		
COMPLEMENTO:	TELEFONE: ,997861777	MUNICÍPIO: TRAIRI		UF: CE	CEP: 62690000		
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: imaculada		PARENTESCO: IRMA			TELEFONE:		
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:			COSIDO DO CNAER:		
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com ciclista, Colisão com um veículo a motor de duas ou três rodas							
QUEIXAS: colisao bicicleta moto com tce otorragia trauma de face e trauma perna esq ha 2 hs							
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:							
Conduta:							
RECIBO DE PROTOCOLO - INI RECEBIDA PELO SISTEMA E-SUS DATA 18/10/2018 13826 Assinado e fornecido SERVIDOR(A)							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:				CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			



Ortopedia

Laudo Médico/Resumo de Alta - Serviço de Traumatologia-

No. HOSPGESTOR: 35013

LEITO:

NOME: ANTONIO NELTON DE LIMA

DATA DE INTERNACAO: 14/ 10/ 2017

DATA DA ALTA: 30/10/2017

BE/PRONT: 5270952

CIDADE DE ORIGEM: TRAIRI

NASCIMENTO: 30091955

IDADE: 62

FRATURA DE BACIA (PELVE)(DISJUNCAO DE SINFISE)
(AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA) + FRATURA DE
DIAGNOSTICOS: TORNOZELO ESQ (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA) +
FRATURA DE CLAVICULA ESQ (AGUARDA CIRURGIA
DEFINITIVA)

CONDUTAS E CUIDADOS POS-
OPERATORIOS:

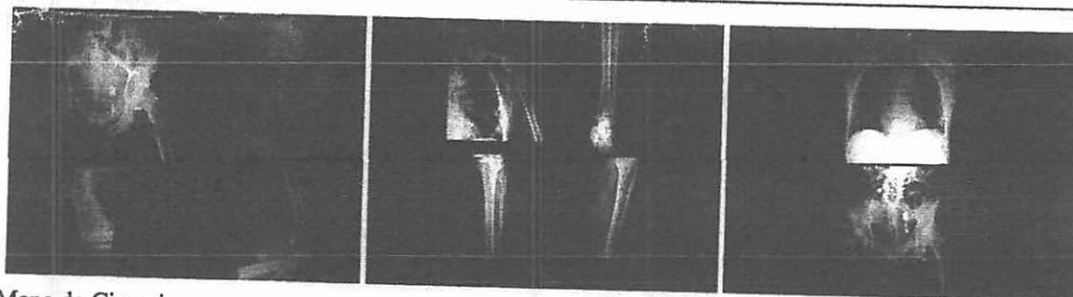
TELEFONE:

CELULAR:

STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO: STAFF INDEFINIDO

RESIDENTE DO LEITO: RESIDENTE INDEFINIDO



Mapa de Cirurgias

Dias Int. #	Hora	Leito	Cirurgião	Residente	Material	Observação	Status da marcação
-------------	------	-------	-----------	-----------	----------	------------	-----------------------

MAPA DO DIA 26/10/2017 - Quinta-Feira

16	14	A SEGUIR	1013 -19	MARCELO GIRÃO	RESIDENTE INDEFINIDO	PLACAS BLOQUEADAS P/FRATURA DO TORNOZELO + CX BASICA TO PARA MMII + CX GRANDES FRAGMENTOS + CX PEQUENOS FRAGMENTOS + PLACA BLOQUEADA PARA PILÃO TIBIAL + TREPANO PNEUMATICO MACON	INTENSIFICADOR BE:5270952	MARCADA	X
----	----	-------------	----------	------------------	-------------------------	---	------------------------------	---------	---

FRATURA DE BACIA (PELVE)(DISJUNCAO DE SINFISE) (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA) + FRATURA DE
TORNOZELO ESQ (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA) + FRATURA DE CLAVICULA ESQ (AGUARDA CIRURGIA
DEFINITIVA)

Marcado por:
HALINE MAGALHAE em:
25-10-2017 12:59:30

Ass. Guilherme M. Maciel Traumatologia-Ortopedia	Retornar dia: ___/___/___ Hora: ___ para Dr. ___
Data: ___/___/___	Retornar com duas semanas para Dr. Marcelo Girão
Imprimir: 001. 2017	

Nome: ANTÔNIO NELTON DE LIMA

(5270952)

PÓS-OPERATÓRIO DE FRATURA TRANSTROCANTÉRICA DE FÊMUR

1 – A atenção maior no período pós-operatório de prótese de quadril é EVITAR as seguintes complicações: **INFECÇÃO, TROMBOSE VENOSA E PERDA DE FUNÇÃO MUSCULAR**

2 – Para evitar infecção:

- Faça curativo todos os dias, lavando com um pouco de soro, ~~e aplicando sobre a ferida um pomelo de povidone (PVPi)~~ sobre a ferida e cubra logo em seguida

- Se você tiver qualquer local do corpo com infecção, informe ao seu médico, pois precisará tratar logo com antibióticos

- Se for realizar procedimentos invasivos ou dentários, converse com seu médico antes, para usar antibióticos para evitar infecção na prótese

3 – Para evitar trombose e melhora função muscular:

- Procure realizar exercícios de flexão plantar e dorsal (movimentar os tornozelos para que o pé faça o mesmo movimento que acontece durante a aceleração de um carro). São 20 repetições por hora que estiver acordado

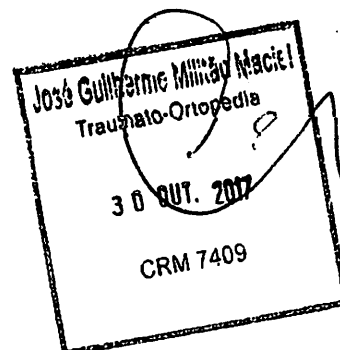
- Procure realizar exercícios de extensão dos joelhos (contrair os músculos da frente da coxa) 10 repetições a cada hora que estiver acordado

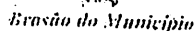
- Contraia os glúteos (músculos das nádegas) um contra o outro, 10 repetições a cada hora que estiver acordado

- Use Enoxaparina (marca referência é o Clexane) 40 mg uma vez ao dia, por via subcutânea, ou caso não consiga adquirir o Clexane, você pode usar a Aspirina Prevent, 1 comprimido pela manhã e outra a noite; Tanto a injeção ou o comprimido, devem ser usados por 35 dias após a cirurgia. **NÃO USE OS DOIS REMÉDIOS.** Apenas um.

- Se possível, use meia elástica suave compressão 7/8, Kendall em ambas as pernas, por pelo menos 18 horas por dia, por 40 dias

- Autorizado para andar com carga progressiva usando muletas canadenses ou andador, com peso sobre o membro operado de acordo com a dor durante a atividade





FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: Unidade de Origem
 Distrito Sanitário: Distrito Sanitário Município: Município
 Nome: Nome Prontuário nº: Prontuário nº
 Sexo: M ☒ F ☐ Data de Nascimento: 30/09/1955 Ocupação: Ocupação
 Endereço: Endereço Bairro: Bairro Fone: Fone
 Motivo do Encaminhamento: Motivo do Encaminhamento

Conduta já Realizada

Impressão Diagnóstico

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Função

Data

Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: ☐ Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico

Procedimento: *Indicador* / *CO. unificada*

Unidade de referência: 2111 Data: 14/10/17 Hora: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

_____.data de referência: _____

Município: _____ Prontuário Nº: _____ Data: ____/____/____

Resumo Clínico/Cirúrgico:

Resultado de Exames:

Diagnóstico Principal:

Secundário 1:

secundário 2:

CID.:

CID.:

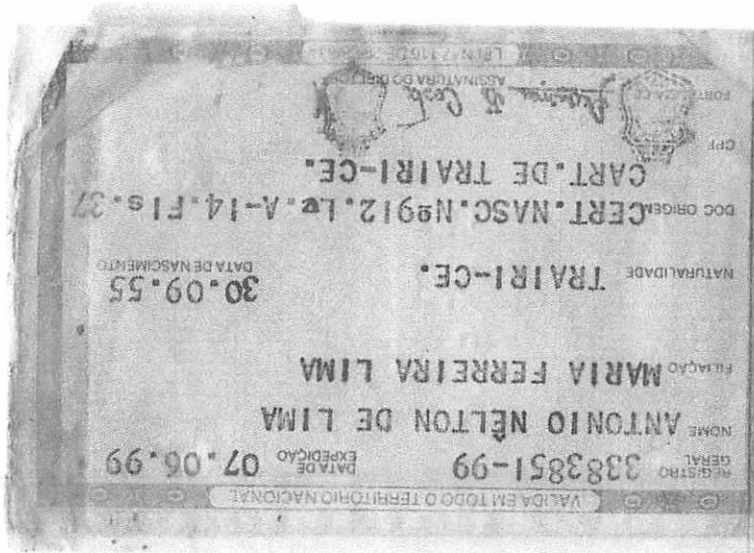
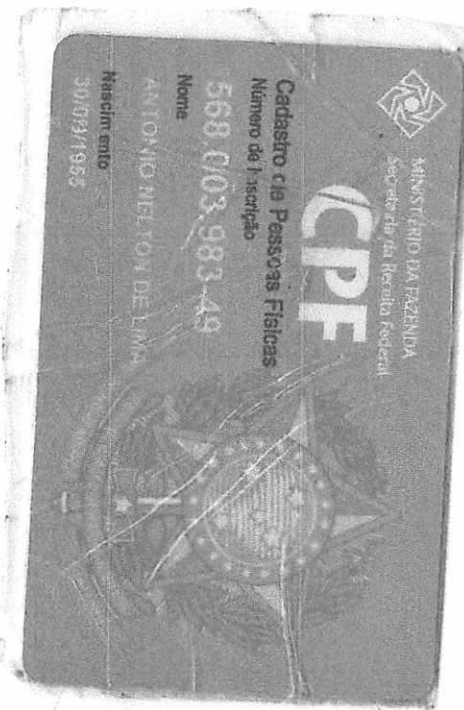
CID.:

Proposta de Conduta para Seguimento:

O problema justificou a referência? Sim

O motivo da referência coincide com diagnóstico? Sim ☐ Não ☒

Ass. do Encaminhamento - Cuiabá



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria das Cidades

Nº de Inscrição:

0049264230

DADOS DO CLIENTE

ANTONIO NELTON DE LIMA
RUA B PROJETO MINHA CASA MINHA VIDA, 54, NOSSA SENHORA DO LIVRAMENTO
TRAIRI - CEP: 62.690-000
Codificação: 085.001.00.505.00.0340.0000.5

ECONOMIAS

Residencial: 001 | Comercial: 000 | Industrial: 000 | Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume(m³)	Média Semestral (m³)
AGUA	A16G429268	81	86	5	3

DATAS

Leitura Atual: 27/12/2019 Emissão: 04/03/2020 Lacre Água: 9999999
Leitura Anterior: 26/11/2019 Próxima Leitura: 15/01/2020 Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 11/2019

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	016	016	010	016	016
Analisadas	015	017	017	017	017
Em conformidade	015	017	017	017	017

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
		Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
AGUA	28,30	JAN/2019	4	0
MULTA DE 2%	1/1 0,58	FEV/2019	0	0
JUROS DE 0,033% AO DIA	1/1 0,80	MAR/2019	1	0
		ABR/2019	1	0
		MAI/2019	2	0
		JUN/2019	1	0
		JUL/2019	1	0
		AGO/2019	5	0
		SET/2019	5	0
		OUT/2019	2	0
		NOV/2019	4	0
		DEZ/2019	4	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,28
COFINS	1,41

SUBSÍDIO

Descrição	Valor (R\$)
VALOR DO SERVIÇO	42,48
VALOR DO SUBSÍDIO	12,80
VALOR TOTAL A PAGAR	29,68

MÊS/ANO
01/2020VENCIMENTO
06/02/2020TOTAL A PAGAR (R\$)
29,68

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

INFORMAÇÕES AO CLIENTE

MEDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 8 m³ | META: 10 m³.
Constatamos debito de R\$ 58,52. Caso pago, desconsiderar.
RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

AVISOS

GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria das Cidades

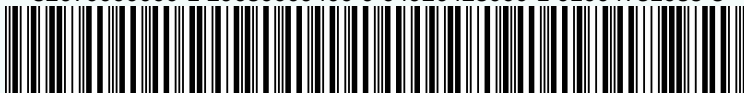
Fatura Mensal

Via do agente
arrecadador

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 0049264230 Mês/Ano: 01/2020
Vencimento: 06/02/2020 Total(R\$): 29,68

82670000000-1 29680009400-9 04926423000-1 01004731035-3



EMISSION: GESSE 04/03/2020 09:04:52



Nome: ANTONIO NELTON DE LIMA - Idade: 62 anos
Mãe: MARIA FERREIRA LIMA
Fortaleza, 11/12/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CRÂNIO-CEREBRAL

TÉCNICA:

- Obtidas imagens volumétricas pela técnica multislice sem o uso do contraste EV, com reconstruções multiplanares.

LAUDO:

- Áreas de encefalomalácia em regiões frontal bilateral secundário à insultos esquemicos prévio.
- Acentuação difusa dos sulcos, cisternas e cissuras cerebrais.
- Dilatação não hipertensiva dos ventrículos cerebrais.
- Não há desvios das estruturas da linha média.
- Fossa posterior sem anormalidades.


Afonsina Pereira de Aquino
CRM: 3928



HOSPITAL E MATERNIDADE
JOSÉ MARTINIANO DE ALENCAR



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

Antônio Nelson de Lima

Atesto para os devidos fins
que o paciente é vítima
Trauma Cranio Encefálico
com sequelas de diplopia
de cognitiva.

CID. F. 71

11/12/18

DATA

Joana D'Amorim
CRM 10.123/18

[Handwritten Signature]

ASSINATURA DO(A) MÉDICO(A) - CRM

Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar - Rua Princesa Isabel, 1526 - Centro - Fortaleza/Ce
CEP: 60015-061 PABX (85) 3101 4976

Dr. Miqueias Da Silva Torres

CREFITO – 188289-F

CPF: 011.902.783-67

LAUDO

Declaro para os devidos fins que a paciente Antonio Nilton de Lima, Rg.:3383851-99, relata ter sofrido acidente de transito onde fraturou o quadril, tornozelo esquerdo e clavícula esquerda.

Relata dores na região do ombro esquerdo, quadril e tornozelo esquerdo.

Foi realizado cirurgia de quadril, clavícula esquerda e tornozelos esquerdo.

Realizou também tratamneto fisioterapico e medicamentoso, encontrando-se de alta no momento.

Foi observado dificuldade para deambular onde apresenta uma marcha claudicante.

Observou-se sequelas funcionais para realização do movimento de abdução do ombro esquerdo em 40%, observou-se também presença de edema na região do tornozelo esquerdo.

Dr. Antonio NELTON de LIMA

Fortaleza/ Ceará - 09/08/2018

Dr. Miqueias da Silva Torres
CPF: 011.902.783-67
CREFITO 188289-F



SINISTRO 3180299534 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ANTONIO NELTON DE LIMA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIBIA

CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

BENEFICIÁRIO ANTONIO NELTON DE LIMA

CPF/CNPJ: 56800398349

Posição em 04-03-2020 10:45:22

Desculpe. No momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Por gentileza, [Clique aqui](#) e registre uma solicitação para que possamos checar mais detalhes sobre seu caso. Em até 72 horas, entraremos em contato.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
18/10/2018	R\$ 5.906,25	R\$ 0,00	R\$ 5.906,25