Assessoria Jurídica

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: GEOVANE COSTA RIBEIRO

RG:4452488 SSP/PI CPF 082.180.783-80

Endereço: RUA CAMPOS FILHO, 263 BL. 27, AP 102, TIJUCA, MARACANAU-CE

TEL.(085) 99277.3951

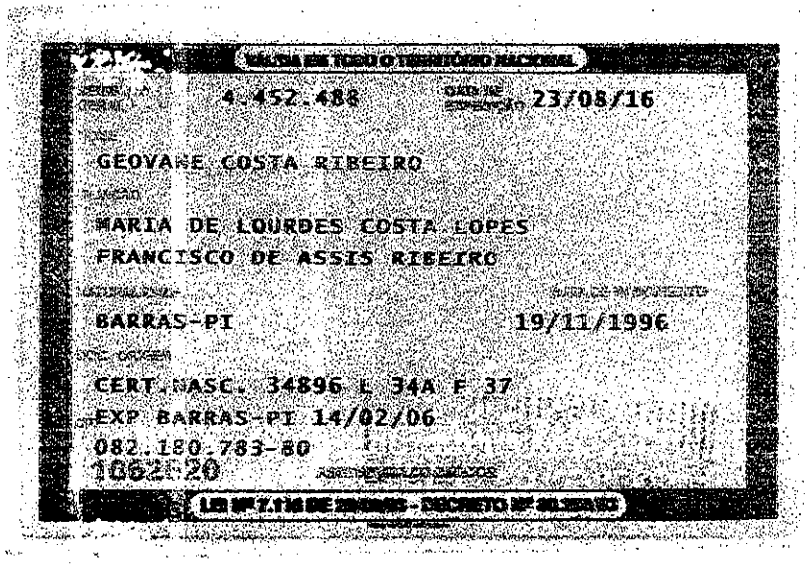
OUTORGADO: **MARCIO RIBEIRO DOS ANJOS,** brasileiro, casado, Advogado, inscrito na OAB/CE sob o n.º 21145A e inscrito no CPF (MF) REPRESENTAR JUNTO À OAB/CE.
sob o nº 080.405.187-92 e **MARIANA ARAUJO MENDES**, brasileira, solteira, inscrita na OAB/CE 23535 e CPF (MF) 015.845.423-57, Advogada, ambos com escritório na Rua: **Carlos Ribeiro Pamplona, nº 100, sala 103, Edson Queiroz, Fortaleza/CE, telefones: (85)3032.3665/98973.8611**

A quem confere os poderes da cláusula ***"ad judicia et extra"*** para promover a defesa do mandante ou a de qualquer interesse seu, seja através de atos de representações, seja intentado ações ou defendendo-o das que contra si forem intentadas; podendo ainda confessar, reconhecer procedência de pedidos, receber citações, transigir, desistir, renunciar a direitos sobre que se fundam ações, dar quitação, firmar compromisso, receber e dar quitação, dando tudo por bom e valioso, com fim especifico para AJUIZAR AÇÃO NA JUSTIÇA ESTADUAL DO CEARA OU

Fortaleza-CE. 07 de 06 de 2019

x Geovane Costa Ribeiro

GEOVANE COSTA RIBEIRO



Cagece

Nº de Inscrição: 007317239

DADOS DO CLIENTE

Nome: JOSE LUIS COSTA LOPES DOS SANTOS

End. Leitura: RU CAMPOS FILHO, 263, BL-27 APT.102, TIJUCA

Cidade: JARACANAU

End. Entrega:

Cidade:

CEP: 61917-390

Local: 146 Setor: 083 Subsetor: 00 Quadra: 0001 Subquadra: 00 Lote: 6865 Comp: 0021

CEP:

ECONOMIA

Residencial: 00 Comercial: 000 Industrial: 000 Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume(m³)	Média Semestral (m³)
AGUA	A10L289733	725	735	10	8

DATAS

Leitura Atual: 23/03/2019

Leitura Anterior: 20/02/2019

Emissão:

Próxima Leitura: 23/03/2019

Lacre Água:

Lacre Esgoto: 6276112

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 23/04/2019 01/2019

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	103	103	030	103	103
Analisadas	015	015	015	015	015
Em conformidade	015	014	014	015	015

MENSAGEM / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MEDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 8 m3 | META: 10 m3.
Constatamos debito de R$ 46,12. Caso pago, desconsiderar.
DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

	Valor (R$)
AGUA	24,40
ESGOTO	19,52

HISTÓRICO DE VOLUME

Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
mar/18	5	4
abr/18	6	4
mai/18	6	4
jun/18	6	4
jul/18	6	4
ago/18	6	4
set/18	6	4
out/18	6	4
nov/18	9	7
dez/18	10	8
jan/19	11	8
fev/19	10	8

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R$)
PIS	0,[illegible]2
COFINS	2,[illegible]3

SUBSÍDIO

Descrição	Valor (R$)
VALOR DO SERVICO	68,30
VALOR DO SUBSIDIO	24,38
VALOR TOTAL A PAGAR	43,92

MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R$)
03/2019	08/04/2019	43,92

ONDE PAGAR SUA FATURA

Bancos: B[illegible]co, BNB, Itaú, [illegible] Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, [illegible]rafinguito. Outros: Pagfácil. A Cagece disponibiliza o serviço de debito em conta de sua fatura. Adere já este serviço. Consulte sua agência.

T:355374090213810 L:0385 H:06:51:23 R:041 P:001

Central de Atendimento Cagece 0800 275 0195

Cagece Mobile

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.
Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR – Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919. Demais localidades: ARCE – Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 1838. Ouvidoria Estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br.
Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na ouvidoria da Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h.

consumidor.gov.br
É seu. É de graça. Participe.

155 Ouvidoria Estadual

Cagece

Fatura Mensal
Via do agente arrecadador

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 007317239 Código de Responsável: 355374090213810 - 0385 Mês/Ano: 03/2019

Local: 146 Setor: 083 Subsetor: 00 Quadra: 0001 Subquadra: 00 Lote: 6865 Comp: 0021

Cidade: NARACANAU Vencimento: 08/04/2019 Total (R$): 43,92

82600000008 43920009100 7 00731723900 7 03001622015 1

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Geovane Costa Ribeiro, **portador (a) da Identidade nº** 4.452.488-SSP/PI **e inscrita no C.P.F sob o nº** 082.180.783-80. **Declaro para devidos fins que resido no endereço (Rua)** Rua Campos Filho, 263, **(Complemento)** Bl 27/Apt 102 **(Bairro)** Tijuca, **(Cidade)** Maracanaú **(Estado)** CE, **CEP** 61.917-390. **Declaro que as informações acima descritas são verdadeiras.**

Fortaleza/CE 07 **de** junho **de 2019**

x Geovane Costa Ribeiro
Assinatura

DECLARAÇÃO DE POBREZA

NOME: GEOVANE COSTA RIBEIRO

CPF: 082.180.783-80

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

PROFISSÃO: LAVRADOR

Declaro de acordo com o art. 1º da lei 7115/83 c/c, não ter condições financeira de arcar com custas judiciais e honorárias advocatícias, sem prejuízo do sustento próprio e da minha família, sendo beneficiário da **GRATUIDADE DE JUSTIÇA**, por força do artigo 5º, inciso LXXIV, da CRFB, e do artigo 4º da Lei 1060/50, com a redação dada pela lei nº 7510/86, indicando para o patrocínio de minha causa os advogados em **PROCURAÇÃO.**

Fortaleza/CE, 07 de junho de 2019

Geovane Costa Ribeiro

GEOVANE COSTA RIBEIRO

DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE IRPF

Nome: GEOVANE COSTA RIBEIRO		
Nacionalidade: BRASILEIRO	**Estado Civil:** CASADO	
Profissão: LAVRADOR	**CPF:** 058.858.643-90	
Identidade: 4452488	**Órgão Expedidor:** SSP/PI	**Data de Expedição: 23.08.2016**
Endereço: RUA CAMPOS FILHO		**Nº 263**
Complemento: BL.27 AP. 102	**Bairro:** TIJUCA	
Município:MARACANAU	CEP:61.917-390	**UF:** CEARÁ

Com a edição da **INSTRUÇÃO NORMATIVA RFB Nº 864/2008, DE 25 DE JULHO DE2008**, deixou de existir a **DECLARAÇÃO ANUAL DE ISENTO**, a partir do ano de 2008. Assim, tendo em vista o que dispõe a Lei nº 7.115/83, o(a) acima qualificado(a) **DECLARO**(A), sob pena das sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável, que **NÃO POSSUI RENDIMENTOS SUFICIENTES QUE ENSEJEM A APRESENTAÇÃO DE DECLARAÇÃO DE IRPF JUNTO À SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL**

Declaro (a), ainda, ter ciência do artigo 299 do Código Penal que assim dispõe:

Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato jur - idicamente relevante.

Pena - reclusão, de 1 (um) a 5 (cinco) anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa, se o documento é particular.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente

FORTALEZA/CE 07 de junho de 2019

Geovane Costa Ribeiro

GEOVANE COSTA RIBEIRO

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Pela presente, o(a) Sr.(a) Giovane Costa Ribeiro DECLARA para os devidos fins de direito que tem total e plena consciência da propositura da AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT em seu nome, e que a demanda judicial tramitará no Estado do Ceará, mais precisamente na Comarca de Fortaleza, ressaltando, ainda, que até a presente data, não propôs nenhuma ação judicial contra qualquer seguradora do consórcio de seguro DPVAT, referente aos fatos narrados e aos documentos ora apresentados.

Outrossim, DECLARA, ainda, estar ciente de sua responsabilidade (civil e criminal) pelos fatos, informações e documentos apresentados e anexados ao processo judicial de cobrança de seguro DPVAT, principalmente em caso de falsa declaração com o fim de alterar a licitude sobre fato juridicamente relevante, exonerando o DR. MARCIO RIBEIRO DOS ANJOS, OAB/CE Nº 21.145A, bem como a DRA. MARIANA ARAÚJO MENDES, OAB/CE 23.535, de qualquer responsabilidade civil e/ ou criminal.

Fortaleza-CE 07 de junho de 2019

x Giovane Costa Ribeiro

DECLARANTE

TESTEMUNHAS:

1. NOME:
CPF:
ASSINATURA: _____

2. NOME:
CPF:
ASSINATURA: _____

Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 106495.000029/2018-35

Complementar ao BO Nº: 106495.000028/2018-90

Unidade de Registro:

Resp. pelo Registro: Eduardo Silveira Costa

Data/Hora: 04/01/2018 - 13:14

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável
DP DE BARRAS

Data/Hora
10/12/2017 - 03:00

Tipo Local
VIA PÚBLICA

Município
BARRAS

Bairro
CENTRO

Endereço
BALAO DO ELIAS, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: GEOVANE COSTA RIBEIRO
RG: 4452488
Endereço: RUA ODIVAL PIRES CORREIA, Nº
Bairro: PIQUIZEIRO
Cidade: BARRAS

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:	Modelo:	Ano:	Placa:	Chassi:	Renavam:	Cor:
- HONDA	125 FAN	2008	NHV8643	9C2JC30708R554610	960667520	Preta

Condutor: GEOVANE COSTA RIBEIRO
End: RUA ODIVAL PIRES CORREIA Número: Complemento:
Cidade: BARRAS UF: PI Bairro: PIQUIZEIRO
Proprietário: VIRICIO ROSA LIRA
Cidade: BARRAS UF: Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

O noticiante compareceu a esta delegacia para informar que na data e horário informados estava trafegando pelo centro da cidade e ao entrar na rotatória, conhecida como balão do Elias, foi fechado por outra motocicleta e o noticiante colidiu com o meio fio e caiu vindo a sofrer lesão corporal conforme consta em laudo médico; QUE foi socorrido por terceiros e conduzido para o Hospital Local de Barras; Era o que tinha a declarar.

Eduardo Silveira Costa - Mat. 2851763
AGENTE DE POLÍCIA

Geovane Costa Ribeiro
GEOVANE COSTA RIBEIRO - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

GOVERNO DO ESTADO SO PIAUÍ
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL LEÔNIDAS MELO
BARRAS - PIAUÍ

HOSPITAL MUNICIPAL LEÔNIDAS MELO

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Da Unidade: H.L.M

Para: Piripiri - PI.

Nome da pessoa encaminhada: Gleuon Ribeiro da Costa

Registro: 201712104 1364

Motivo do encaminhamento: Paciente vítima de acidente automobilístico motociclista com trauma em antebraço (E) com possível fratura exposta. OBS Hospital não possui de Raio x disponível no momento.

Encaminho para realização de RX e avaliação da ortopedia.

Observações: ferimento pérfuro-contuso no terço médio do antebraço. Preocupado por possível fratura?

Dr. Ap. R. Costa Junior
MÉDICO
CRM-PI 5507/CRM-PI

Data 10 / 12 / 2017 Resp. p/ encaminhamento

Obs: Deve ser arquivado no centro de Saúde, Unidade Mista e Hospital Local ou Regional

FICHA RETORNO

Da Unidade:

Para:

Nome do Cliente:

Registro Original:

Diagnóstico e Orientações:

Data ___/___/___ Resp. p/ diagnóstico

Obs: Esta ficha deverá ser devolvida no Hospital de origem através do próprio Paciente devidamente fechada.

ATO DECLARATÓRIO

HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES
AV. DR. PADUA MENDES,
CENTRO,PIRIPIRI/PI - 64260-000
CNPJ: 06553564000480
(86) 3276-3362 - (86) 3276-3362

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)
Atendimento:P0154567
Data: 10/12/2017
Funcionario:JRODRIGO

Senha 45

Registro:[illegible]
Hora: 11:[illegible]
Tipo:CONSULTA
Sexo: MASCULINO
SUS

GEOVANE COSTA RIBEIRO CPF: - RG: 4452488 - SUS: 702005806725565
Nasc.: 19/11/1996 Idade: 21 ANOS,21 DIAS Profissão: Civil: Cheg.:
End.:VILA JOÃO PAULO, 0 - Bairro: ZONA RURAL Cidade: **BARRAS/PI**
Com: SEM Telefone: ( ) - Mãe: MARIA DE LOURDES COSTA LOPES Pai: FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO

Clinica: ***CLINICA MEDICA*** Documento: 1 - HRCR
Responsavel: MARIA DE LOURDES COSTA LOPES - MÃE Temp.:°C Peso:Kg P.A.:

Procedimentos

10/12/2017 11:42 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☐ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

Queixa principal: FRATURA

Queda de moto c/ trauma em antebraço e cotovelo E

Exame clinico/fisico:

Diagnostico provavel:

Medicação:

Voltaren 1amp IM
RX cotovelo e antebraço E

Procedimentos/exames realizados: | **Anotação de enfermagem**

Responsavel: MARIA DE LOURDES COSTA LOPES PROFISSIONAL

Atendimento:	1010840
Data:	10/12/2017
Hora:	13:10

HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES
AV. DR. PADUA MENDES, 300
PIRIPIRI/PI

fls: 18

BOLETIM DE ADMISSÃO

56642 - GEOVANE COSTA RIBEIRO

- Sexo: MASCULINO - 19/11/1996 - 21 ANOS,21 DIAS

Clínica: CLINICA MEDICA Enfermaria: CM07- CLINICA MEDICA Leito: CM0702 Naturalidade:

Escolaridade: Médico: 3888 - ADRIEL HERBERT DE CASTRO LEAO

CPF: RG: 4452488 C/N: CNS: 702005809729582

Endereço: VILA JOÃO PAULO, Nº 0 - CEP: 64100-000 Bairro: ZONA RURAL

Cidade: 2201200- BARRAS/PI Profissão: Telefone: ( ) -

Pai: FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO Mãe: MARIA DE LOURDES COSTA LOPES

Responsavel: GEOVANE COSTA RIBEIRO - ( ) -- O MESMO

Diagnostico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnostico Definitivo:

Resultado

- [ ] Curado
- [ ] Melhorado
- [ ] Inalterado
- [ ] Piorado
- [ ] Removido
- [ ] Pedido
- [ ] Evasão
- [ ] Indisciplina
- [ ] -48 Horas
- [ ] +48 Horas
- [ ] Obito

Transferido

História Clínica

Paciente vítima de queda de moto com fratura em membro anterior esquerdo

Diagnóstico Provavel Fratura Antebraço E/D (Radio)

PROFISSIONAL

ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES

RETORNO ORTOPÉDICO

NOME: Giovan Costa Nunes

RETORNO COM DR. Renato

EM 27, 12, 17

OU ± _____ DIAS

DIAGNÓSTICO

Fratura Antebraço

RECOMENDAÇÕES

PIRIPIRI, 19, 12, 17

Dr. Felipe Verner Pagnoncelli
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PI 4427

SUS Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES
2 - CNES: 2777746
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES
4 - CNES: 2777746

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: GEOVANE COSTA RIBEIRO
6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 69642
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 702005805728588
8 - DATA DE NASCIMENTO: 19/11/1996
9 - SEXO: Masc. X 1 Fem. 2
10 - NOME DA MÃE: MARIA DE LOURDES COSTA LOPES
11 - TELEFONE DE CONTATO: ( ) -
12 - ENDEREÇO: VILA JOÃO PAULO, 0 - ZONA RURAL
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: BARRAS
14 - COD. IBGE MUNICÍPIO: 2201200
15 - UF: PI
16 - CEP: 64100-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

Acidente de moto
RX: fratura de radio dist.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO:

Tratamento cirurgico

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):

Exame clínico + RX

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: fratura radio
21 - CID PRINCIPAL:
22 - CID SECUNDÁRIO:
23 - CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:
26 - CLÍNICA: CLINICA MEDICA
27 - CARATER DA INTERNAÇÃO: URGÊNCIA
28 - DOCUMENTO: ( ) CNS (x) CPF
29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 10/12/2017
32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM):

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 - ( ) ACIDENTE TRAB. TÍPICO
35 - ( ) ACIDENTE TRAB. TRAJETO
36 - CNPJ DA SEGURADORA:
37 - Nº DO BILHETE:
38 - SÉRIE:
39 - CNPJ EMPRESA:
40 - CNAE EMPRESA:
41 - CBOR:
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: TIAGO DOS SANTOS SILVA
44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR: M230350101
45 - DOCUMENTO: ( ) CNS (x) CPF
46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 01471547310
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:
48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):
49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.:

ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES

RELATÓRIO DE ANESTESIA

NOME: Geovone Costa Ribeiro

DATA: 12/12/17

ENFERMARIA:

CLÍNICA:

IDADE:

SEXO: ☒ M ☐ F

COR:

PESO (KG):

ALTURA (CM):

ASA:

MALLAMPATTI:

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

TIPO DE CIRURGIA: Rº Lin Frat. Radio distal

MEDICAMENTOS EM USO:

TEMPERATURA:

PRESSÃO ARTERIAL:

FREQ. CARDÍACA:

HTM:

HTC:

HB:

LEUCOMETRIA:

GLICEMIA:

URÉIA / CREATININA:

SÓDIO / POTÁSSIO:

PLAQUETAS:

TAP / TTPA / RNI:

OUTROS:

ALERGIAS:

COMPLICAÇÕES EM ANESTESIAS ANTERIORES:

TEMPO DE JEJUM:

ESTADO FÍSICO:

ECG:

RX TORAX:

ANESTESIA PROPOSTA:

ELETIVA ☒
URGÊNCIA ☐

	ECTOSCOPIA		AP. CARDIOVASCULAR		AP. RESPIRATÓRIO		SIST. NERV. CENTRAL	OBS. COMPLEMENTARES
✓	BOM ESTADO GERAL	✓	HEMODINÂMICA ESTÁVEL	✓	EUPNÉIA	✓	ACORDADO	
	ESTADO GERAL REGULAR		HEMODINÂMICA INSTÁVEL		MV FISIOLÓGICO		LÚCIDO	
	ESTADO GERAL PRECÁRIO		TAQUICARDIA		TAQUIPNÉIA		ORIENTADO	
	CORADO		BRADICARDIA		DISPNÉIA		SONOLENTO	
	DESCORADO - PÁLIDO		PRESSÃO ARTERIAL NORMAL		MV DIMINUÍDO		DESORIENTADO	
	HIDRATADO		HIPERTENSÃO ARTERIAL		SIBILOS		ANSIOSO	
	DESIDRATADO		HIPOTENSÃO ARTERIAL		BRONCOESPASMO		AGITADO	
	ICTÉRICO		CHOQUE		RONCO / ESTERTORES		COMA	
	ANICTÉRICO		RITMO CARDÍACO R 2 T		TOSSE		ISOCORIA	
	CIANÓTICO		ARRÍTMICO		INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA		ANISOCORIA	
	ACIANÓTICO		EXTRASSÍSTOLES		SUDORESE		DÉFICIT MOTOR	

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA	DOSE	HORA	EFEITO

INTERVALO ANESTÉSICO:

AGENTES		
OXIGÊNIO L/MIN		
ÓXIDO NITROSO L/MIN		
HALOTANO		VOL. TOTAL:
ISOFLURANO		VOL. TOTAL:
SEVOFLURANO		VOL. TOTAL:

LÍQUIDOS ENDOVENOSOS:

VS6

ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES

RELATÓRIO CIRÚRGICO

DATA: 12/11/12

ENFERMARIA/LEITO:

CLÍNICA:

NOME: Geovane C Silva

DIAGNÓSTICO: Fratura

CID:

CIRURGIA: Osteossíntese

PROCEDIMENTO:

CIRURGIÃO:

AUXILIAR:

ANESTESISTA:

INSTRUMENTADOR:

TÉCNICA CIRÚRGICA

- Anestesia
- Antissepsia MSE
- Campo
- Incisão
- Redução e fixação com placa de 3.5 com 03 parafusos proximais e 03 distais
- Fechamento da placa
- Curativo

MÉDICO / CARIMBO / ASSINATURA

BONSUCESSO HOSPITALAR

bonsucessodistribuidora@gmail.com

Anotações do Médico

COMUNICAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - ROPM

000177

Nome do Hospital: H.P.C.R.

C.N.P.J:

Assinatura:

Cargo:

Nome:

PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
01	Placa Metálica 6 furos 3,5			

PRODUTOS UTILIZADOS

								Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical (3,5) mm	Nº	16	18						
	Qtd.	02	06						
	Cód								
Parafuso Cortical ( ) mm	Nº								
	Qtd.								
	Cód								
Parafuso Esponjoso 4.0 mm	Nº								
	Qtd.								
	Cód								
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/16 ou 32	Nº								
	Qtd.								
	Cód								
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Nº								
	Qtd.								
	Cód								

Paciente: [illegible] Convênio: SUS

Data da Cirurgia: 16/12/19 Nº prontuário: Cód. do procedimento

Cirurgião: Dr. [illegible] CRM [illegible] Auxiliar: [illegible]

BONSUCESSO DISTRIBUIDORA DE MATERIAL HOSPITALAR LTDA - CNPJ 11.215.547/0001-20 - ANVISA:8.07.330-1

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):
GEORGE COSTA MATTOS

vítima de acidente de transito, em 10/12/2017, sofreu:
fratura do rádio esquerdo
CID: S52.3

e submeteu-se a tratamento(s): cirúrgico
redução e fixação da fratura
placa e parafusos

encontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente,
com grau de incapacidade funcional irreversível de:
Quadro de cicatriz no antebraço
dor e desconforto no antebraço
força diminuída
dificuldade de manuseio
dificuldade de realizar movimentos
com carga e peso
limitado a supinação do punho
e a pronosupinação.
prejuízo funcional leve do membro
ao médico definitivo

29/03/2019

Dr. Fco. Mardônio Salmito de Almeida
Ortopedia - Traumatologia
CRM 4411

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida
CREMEC 4411

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

SINISTRO 3190274198 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA GEOVANE COSTA RIBEIRO
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE
BENEFICIÁRIO GEOVANE COSTA RIBEIRO
CPF/CNPJ: 08218078380

Posição em 16-05-2019 09:20:32

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.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
17/05/2019	R$ 1.687,50	R$ 0,00	R$ 1.687,50

11.812,50