

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Antonio Flávio de Souza
Inscrito (a) no CPF/CNPJ 347-224.123-100, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
João Francisco Gomes da Cunha inscrito (a) no CPF sob o nº 112-245.143/72
do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima João Francisco Gomes da Cunha
inscrito (a) no CPF sob o nº 112-245.143-172, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Tancredo de Fátima Adc 200</u>	Número: <u>23</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Parque Brasil</u>	Cidade: <u>Trinidade</u>	Estado: <u>PI</u>
E-mail: _____	CEP: <u>64012-060</u>	Tel. (DDD): <u>86-99498-2985</u>

Local e Data: Trinidade PI 28-11-2019

Antonio Flávio de Souza
Assinatura do Declarante

SEU CÓDIGO

A Terça Social de Energia Elétrica – TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

TOTAL A PAGAR US\$

Forma de Faturamento: Código de Irregularidade: 66AM Dias de Consumo: 22-10-2019

TARIFA DEY TRIBUTOS:
D A 76 - 638122

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 15 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 21-10-2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

Verá onde suas coisas estão de armazenamento de sua futura nos dias 1, 2, 12, 18, 22 ou 28, entre um milhão por meio dos nossos canais de distribuição.

COMPOSIÇÃO DA CONTRATAÇÃO		IMPOSTOS E TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	40A7.D3ID.9H5A.9IXD	ICMS de 48%	408F.65C8
Energia:		Alíquota ICMS:	
Transmissão:	13,07	Valor do ICMS:	62,17 48,49
Energias:	25,25	Valor da PG:	22,00%
Tributos:	4,22	Valor do COFINS:	13,67

[illegible]

empresarial
ENERGIA

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 159 - Centro/PI - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.746/0001-99 (Insc. Estadual: 19.301.583-5)
Nota Fiscal / Conta de Energia elétrica - 2ª via 8-1
Regime especial de tributação autorizado pela SEFAZ/PI/98

Nota Fiscal
Consumo - Energia
Elétrica - 2019

Nº da Nota Fiscal: 026779100
Atenção: Para a emissão da Nota Fiscal, é necessário que o consumidor apresente a Nota Fiscal de 2018.

CONSUMO (kWh): 211
TOTAL A PAGAR (R\$): 222,24

ANTONIO FLORIANO DE SOUSA
R. TRANVANAM FEITOSA QD C2 CASA 23 PARQUE BRASIL
CEP: 64.012-060 - TERESINA

Anterior: 791
Constante de Multiplicação: 580
Consumo Medido: 1,000
Consumo Faturado: 211
Forma de Pagamento: 211

Acab: 04/09/2019
Anterior: 06-08-2019
Entrega: 04-10-2019
Apresentação: 03-09-2019
Data de Contagem: 04-09-2019

Classe/Subclasse: NORMAL
Número Medidor: 1761030807
Ponto: 1.1.1.1

Resultado: 290

CONSUMO 211 A R\$ 0,974683 = 205,65
CONTR. ILUMINAÇÃO PUB. (COSIP) 16,59
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 8,43

AGO/19 580
JUL/19 0
JUN/19 0
MAI/19 0
ABR/19 0
MAR/19 0
FEV/19 0
JAN/19 0
DEZ/18 0
NOV/18 0

TARIFA SEM TRIBUTOS:
2 A 211 - 0,974683

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano: 08/2019
Valor R\$: 592,82
Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica por falta de pagamento

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 112-246-143-72 4 - Nome completo da vítima: João Francisco Gomes da Cunha

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: João Francisco Gomes da Cunha 6 - CPF: 112-246-143-72
7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itiú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: 1637 3 CONTA: 19471 9

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico-Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Para motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(viagem)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

34 - 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido 38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresopolis 28.11.19 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Autuário Francisco de Sousa 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 011810/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 28/11/2019 07:56 Data/Hora Fim: 28/11/2019 08:07
Delegado de Polícia: Erika Mourao Melo de Aguiar

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Repressão Aos Crimes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 16/08/2019 17:00

Local do Fato

Município: Teresina (PI)
Logradouro: ESTRADA DO POVOADO CACIMBA VELHA

Bairro: Zona Rural Norte

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Melo(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOÃO FRANCISCO GOMES DA CUNHA (COMUNICANTE , CONDUTOR)
Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: PI - José de Freitas Sexo: Masculino Nasc: 04/10/1954
Profissão: Aposentado Escolaridade: Ensino Fundamental Completo
Estado Civil: Casado(a)
Nome da Mãe: IRACEMA CUNHA SILVEIRA Nome do Pai: JOAQUIM GOMES SILVEIRA

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 112.246.143-72
RG - Carteira de Identidade: 149828

Endereço

Município: Teresina - PI Nº: 1
Logradouro: ES DA CACIMBA VELHA CEP: 64.000-000
Bairro: BAIXÃO DO TAMBORIL

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 450.738.993-34	Placa LWQ4712
Renavam 00914365096	Número do Motor JC30E77136045
Número do Chassi 9C2JC90707R136045	Ano/Modelo Fabricação 2007/2007
Cor PRETA	UF Veículo Piauí
Município Veículo Teresina	Marca/Modelo HONDA/CG 125 FAN
Modelo HONDA/CG 125 FAN	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado
Última Atualização Denatran-01/06/2016	Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido	Envolvimentos
JOÃO FRANCISCO GOMES DA CUNHA	Possuidor



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI

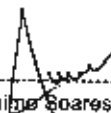
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 011810/2019

RELATO/HISTÓRICO

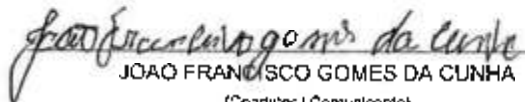
RELATA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA MENCIONADA, PROPRIEDADE DE MARIA DALVINICE PEREIRA COSTA CUNHA, E QUE TRAFEGAVA POR UMA ESTRADA VICINAL DO POVOADO CACIMBA VELHA, MOMENTO EM QUE PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO E CAIU, QUE FOI SOCORRIDO POR CARPEJANNE GOMES DA COSTA, CPF 895.822.843-15 E LEVADO PARA O HOSPITAL SANTA MARIA LTDA, CONFORME PRONTUÁRIO 207.536. É O RELATO. O REGISTRO DO BO TEM POR FINALIDADE A REQUISIÇÃO DE SEGURO DE DPVAT.

ASSINATURAS


Jerônimo Soares Lima Junior

Agente de Polícia
Matrícula 0094781

Responsável pelo Atendimento.


JOÃO FRANCISCO GOMES DA CUNHA

(Conduzir / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei a origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção ao Código Penal Brasileiro."

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 112-246-143-72 4 - Nome completo da vítima: João Francisco Gomes da Cunha

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: João Francisco Gomes da Cunha 6 - CPF: 112-246-143-72
7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itiú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: 1637 3 CONTA: 19471 9

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico-Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Para motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(viagem)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

34 - 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido 38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresopolis 28.11.19 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Autuário Francisco de Sousa 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Rio de Janeiro, 15 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190665050

Vítima: JOAO FRANCISCO GOMES DA CUNHA

Data do Acidente: 16/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO FLORIANO DE SOUSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOAO FRANCISCO GOMES DA CUNHA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **JOAO FRANCISCO GOMES DA CUNHA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **001**

Agência: **000001637-3**

Conta: **000010019471-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 02 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190665050

Vítima: JOAO FRANCISCO GOMES DA CUNHA

Data do Acidente: 16/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO FLORIANO DE SOUSA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOAO FRANCISCO GOMES DA CUNHA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

COPIA
1º DE DEZ 2010
ASSOCIAÇÃO
DE SEGUROS

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

988.871

DATA DE EXPEDIÇÃO 05/10/09

NOME ANTONIO FLORIANO DE SOUSA

RELACÃO MARIA REDUZINA DE SOUSA

OTACILIO CARNEIRO DE SOUSA

NACIONALIDADE UNIAO-PI

DOC. ORIGINAL CERT. CASAM. 5569 L 817 F 244

EXP. TERESINA-PI 06/07/88

347.229.123-00

LEI Nº 7.116 DE 25-06-73, ART. 1º, INC. I, PAR. 1º

DATA DE NASCIMENTO 26/01/1968

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

Antônio Floriano de Sousa

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190665050 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO FRANCISCO GOMES DA CUNHA **Data do acidente:** 16/08/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO DIREITO(P.1)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO- ARTROSCOPIA (P.10,11)

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO DIREITO

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190665050 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO FRANCISCO GOMES DA CUNHA **Data do acidente:** 16/08/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO DIREITO(P.1)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO- ARTROSCOPIA (P.10,11)

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO DIREITO

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE JOÃO FRANCISCO GOMES DA CUNHA, DOU FE. EM TEST. DA VERDADE.
Teresina-PI, 28/11/2019. Selo: AAN64922-G48C
www.tjpi.jus.br/portalexta

EDUARDO DENIS DO VALE BARRETO-Escritor Autorizado
Emp: 13, 85, 13:0, 77 EMP/PI: 10, 10 Selo: 0, 26 Total: 4, 98 - CP: 57
PROCURAÇÃO PARTICULAR PESSOA FÍSICA

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
3º OFÍCIO DE NOTAS
ESCRITÓRIO AUTORIZADO
Teresina-PI

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: João Francisco Gomes da Cunha
RG: 149.222 Órgão Emissor: SSP-PI CPF: 112.245-143-72
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Casado Profissão: Motorista
Endereço: 55 da Cuiabá, Vila L. Barreto do Touro Preto Nº 5/A
Bairro: Calumbá Cep: 64000-000 Cidade/UF: Teresina - PI
Telefone: (86) 99851-9335 (86) 3231-2070 ()

OUTORGADO:

Nome: Antonio Floriano de Sousa
RG: 989871 Órgão Emissor: SSP-PI CPF: 347.228.123-00
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Casado Profissão: Autônomo
Endereço: Rua Travessa Feltes Q- C2 Nº 23
Bairro: Parque Brasil Cep: 64012-098 Cidade/UF: Teresina - PI
Telefone: (86) 98496-2980 (86) 98112-3310 ()

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar resgamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro DPVAT referente à:

Vítima: João Francisco Gomes da Cunha
CPF: 112.145-143-72 Data do Acidente: 16/08/2019
Cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente () DMS () Morte

Teresina, Piauí 28/11/2019

Local e data

3º OFÍCIO

João Francisco Gomes da Cunha
Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0422181/19

Vítima: JOAO FRANCISCO GOMES DA CUNHA

CPF: 112.246.143-72

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 16/08/2019

Titular do CPF: JOAO FRANCISCO GOMES DA CUNHA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

ANTONIO FLORIANO DE SOUSA : 347.229.123-00

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JOAO FRANCISCO GOMES DA CUNHA : 112.246.143-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 28/11/2019
Nome: ANTONIO FLORIANO DE SOUSA
CPF: 347.229.123-00

ANTONIO FLORIANO DE SOUSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/11/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

Nome: JOÃO FRANCISCO GOMES DA CUNHA
Dt. Nasc: 04/10/1954 Idade: 64 anos Sexo: Masculino RG: 149828 SSP PI
CPF: 11224614372
Médico Solicitante: Ana Clara Carvalho Silva
Atendimento: 3549714 Prescrição: 2753622
Data: 16/08/2019 23:17:43

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA HELICOIDAL DO OMBRO DIREITO

TÉCNICA:

Estudo realizado com tomógrafo multi-slice através de aquisição volumétrica dos dados, com cortes submilimétricos, que foram pós-processados, obtendo-se imagens axiais e reconstruções nos planos coronal, sagital e tridimensionais.

ACHADOS:

Fratura do aspecto póstero-superior da cabeça umeral com esclerose e irregularidade de suas bordas (Fratura de Hill-Sachs).

Alterações fibrocísticas no aspecto medial da cabeça umeral.

Restante da estrutura óssea córtico/esponjosa com arquitetura preservada.

Interlinhas articulares: com superfícies lisas e regulares.

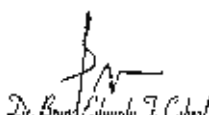
Planos musculares e lipomatosos: com distribuição, morfologia e densidade normais.

Estruturas tendíneas com densidade normal.

Redução difusa da densidade mineral óssea.

CONCLUSÃO:

1. Fratura do aspecto póstero-superior da cabeça umeral com esclerose e irregularidade de suas bordas (Fratura de Hill-Sachs);
2. Alterações fibrocísticas no aspecto medial da cabeça umeral;
3. Redução difusa da densidade mineral óssea;
4. Ausência de outras anormalidades detectáveis pelo método.


Dr. Bruno Eduardo J. Cabral
CRM 5491

Rua Gov. Raimundo Arthur de Vasconcelos, 616
Centro/Sul - Teresina - Piauí
Fone: 86 3194-5100 / Fax: 86 3223-1935
E-mail: admgeral@hsmaria.com.br



3549653

Paciente: JOÃO FRANCISCO GOMES DA CUNHA
Nascimento: 04/10/1954 64a 10m 12d
Data Entrada: 16/08/2019 20:47:34
Médico Resp: Dra. Ana Clara Carvalho Silva (CRM 6816)
Prescritor: Ana Clara Carvalho Silva (CRM 6816)
Cópias: 18686665 (Cópia 1) 03430400

Atendimento: 3.549.653 207,536
Convênio: IAPEP / ÚNICO
Liberação: 16/08/2019 20:53:17 2763614
Data Presc: 16/08/2019 20:52:00
Validade: 16/08/2019 20:52:00 / 17/08/2019 19:59:59
Senha: 18686665

Diretor Técnico Médico:

16/08/2019 20:50 16/08 20:52

EVOLUÇÃO MEDICO PA
Diagnóstico: Z000

Anamnese / Quadro Clínico:

PACIENTE VÍTIMA DE TRAUMA (QUEDA DE MOTO) COM DOR E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO EM OMBRO DIREITO

ENCAMINHADO DA COT PARA REALIZAR TC DE OMBRO DIREITO (RX INCONCLUSIVO)
NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA

ACRESCENTADO:

1 Cloridrato de Tramadol 50 mg/mL Inj. Ap-1 mL 1 Ampola Agora, IV 20:53
Separar 1 Mililitro do medicamento em 100 Mililitros de Soro Fisiológico 0,9% Miniflac Frsc (100 ml)
Administrar 101 Mililitros (Agora, Intravenosa)
Observação:

2 Diprofona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) 1 Ampola Agora, IV 20:53
Separar 2 Mililitros do medicamento em 10 Mililitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL
Administrar 12 Mililitros (Agora, Intravenosa)
Observação:

1 RX Articulação Escapuloumeral (Ombro)
Lado: Direito

Agora. *OK*

Ana Clara Carvalho Silva
CRM 6816

Impresso em 16/08/2019 20:53:22

Página 1

Pronto Atendimento - HSM

ANAC SILVA / ANACSIL

EMERGÊNCIA

Paciente: JOÃO FRANCISCO GOMES DA CUNHA

leito/quarto:



3549653

Paciente: **JOÃO FRANCISCO GOMES DA CUNHA**
 Nascimento: 04/10/1954 64a 10m 12d
 Data Entrada: 16/08/2019 20:47:34
 Médico Resp: **Dra. Ana Clara Carvalho Silva (CRM 6816)**
 Prescritor: **Ana Clara Carvalho Silva (CRM 6816)**
 Guia: 18686665 03430400
 Diretor Técnico Médico:

Atendimento: 3.549.653
 Convênio: IAPEP / ÚNICO
 Liberação: 16/08/2019 22:02:17 2753682
 Data Presc: 16/08/2019 22:00:00
 Validade: 16/08/2019 22:00:00 / 17/08/2019 21:59:59
 Senha: 18686665

Prontuário: 207.536

Data evolução: 16/08/2019 20:50 16/08 20:52

EVOLUÇÃO MEDICO PA
 Diagnóstico: Z000

Anamnese / Quadro Clínico:

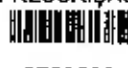
PACIENTE VÍTIMA DE TRAUMA (QUEDA DE MOTO) COM DOR E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO EM OMBRO DIREITO

ENCAMINHADO DA COT PARA REALIZAR TC DE OMBRO DIREITO (RX INCONCLUSIVO)
 NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA

Procedimentos/Serviços realizados:
 1 TC Articulação
 Lado: Direito

Agora.

Ana Clara Carvalho Silva
CRM 6816

Atendimento:	3.549.853	2753582	Data Entrega:	16/08/2019 20:47:34	PRONTUÁRIO
Paciente:	JOÃO FRANCISCO GOMES DA CUNHA		Telefone:	(86) 32317 070	
Data Nasc:	04/10/1954	64 anos e 10 meses	Sexo:	M	207536
Convênio:	IAPEP		Data Entrega:		
Médico:	Ana Clara Carvalho Silva		Usuário Imp:	ANACSILVA	PRESCRIÇÃO
Serviço:	Pronto Atendimento - HSM - EMERGÊNCIA PA		Data Imp:		
Gua:	18686665			18686665	2753582
Matrícula:	03430400				

Pronto socorro

Justificativa:

EVOLUÇÃO MÉDICA PA

Diagnóstico: Z000

Anamnese / Quadro Clínico:

PACIENTE VÍTIMA DE TRAUMA (QUEDA DE MOTO) COM DOR E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO EM OMBRO DIREITO

ENCAMINHADO DA COT PARA REALIZAR TC DE OMBRO DIREITO (RX INCONCLUSIVO)

NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA

EXAMES SOLICITADOS

Serviço: Tomografia Computadorizada - HSM

Código	Descrição	Data e Hora Exec.	Qtde.	Observação
41001141	TC Articulação	16/08/2019 22:02:17	1,00	PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA COM DOR INTENSA E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO EM OMBRO DIREITO / ENCAMINHADO DA COT PARA REALIZAR TC DE OMBRO; RX INCONCLUSIVO / HD: LUXAÇÃO POSTERIOR? FRATURA DE UMEROS?



7601710

Ana Clara Carvalho Silva
CRM 6816



3549714

Interação:	3549714	16/08/19 22:44:38	Sala de Espera - HSM
Paciente:	JOÃO FRANCISCO GOMES DA CUNHA		ESPERA 15
Nascimento:	04/10/54 64a 10m 12d		
Estado Civil:	Casado	32317070	Sector sem acomodação
Convênio:	PLAMTA	5123.1100.	
R.G.C.N.:	149.828.	112.246.143-72	
Endereço:	Rua São Francisco SN - Baixão do tamboril teresina PI		
Procedimentos:	IRACEMA CUNHA SILVEIRA	JOAQUIM GOMES SILVEIRA	
Responsável:		LAYANEM	
Endereço:			
Nascimento:			
Fone Resp.:			
Médico Resp.:	Dr. GLEBIO GUIMARAES DE OLIVEIRA FILHO (CRM 2311)		Médica

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO DO PACIENTE

Considerando o artigo 59 do Código de Ética Médica e os artigos 6º III e 39 VI da Lei 8.078 (Código de Defesa do Consumidor), que garante ao paciente informações sobre seu estado de saúde, eu, Carapina 60m, representante legal do (a) paciente João Francisco Gomes Da Cunha, estando em pleno gozo de minhas faculdades mentais, declaro para os devidos fins que fui previamente informado pelo médico, Dr. (a) GLEBIO GUIMARAES DE OLIVEIRA FILHO (CRM 2311) - PI, do meu, ou do paciente o qual sou responsável, estado de saúde, diagnóstico e evolução provável da doença.

Declaro, igualmente, ter sido informado de forma clara sobre a finalidade, os benefícios e os riscos do tratamento e procedimentos a que vou me submeter ou a que vai ser submetido o paciente do qual sou responsável, bem como os efeitos colaterais e outras intercorrências e anomalias que poderão advir do mesmo.

Procedimentos:

Exemplos: Procedimentos invasivos e/ou cirurgia; Sedação, anestesia ou acompanhamento do anestesista; Transfusão de sangue e componentes.

Declaro, ainda, estar ciente de que o tratamento a ser adotado não implica necessariamente na cura e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o(a) médico(a) a modificar condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a) desde já a tomar providências necessárias para tentar solucionar os problemas surgidos, seguindo seu julgamento, bem como uso de hemoderivados e transporte inter-hospitalar se houver necessidade.

Além disso, informo estar ciente de que o Hospital não responde por qualquer objeto e/ou valores dos pacientes e acompanhantes, tendo em vista que todos os apartamentos possuem sua própria chave, sendo, pois, de sua inteira responsabilidade.

Assim sendo, concordo com o referido tratamento e, para tanto, assino o presente documento na presença de testemunhas. No caso de no futuro tornar-me incapaz de tomar decisões sobre minha saúde, indico como meu representante Carapina 60m, com documento de identidade nº _____.

Teresina, 16 de agosto de 2019.

Carapina 60m

Assinatura do paciente ou responsável legal

RG nº: _____

16

Declaro para os fins que se fizerem necessários que todos os documentos que me foram solicitados no momento da autorização dos procedimentos hospitalares realizados no Hospital me foram prontamente devolvidos.

Carapina 60m

ASS. DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL



3549714

Paciente: JOÃO FRANCISCO GOMES DA CUNHA
Nascimento: 04/10/1954 84a 10m 12d kg
Data Entrada: 16/08/2019 22:44:38
Médico Resp: Dr. CLEBIO GUIMARAES DE OLIVEIRA FILHO (CRM 2311)
Prescrição: Ana Clara Carvalho Silva (CRM 6816)
Sede: Sala de Espera - HSM
CID: M75.8 Outr lesões do ombro
Diretor Técnico Médico:

Atendimento: 3.549.714 207.536
Convênio: PLANTA / APARTAMENTO
Liberação: 16/08/2019 22:56:35 2753622
Data Presc: 16/08/2019 22:53:00
Validade: 16/08/2019 23:00:00 / 17/08/2019 14:59:59
Atm/Quarto: ESPERA 15

Pica - Pau

Exames:

SSVV 6/8 h

BRANDA HPS

Medicamentos:

1 Soro Fisiológico 0,9% Ecoflac Frsc (500 ml) 1 Frasco ACM IV
 Administrar 500 Mililitros (ACM Intravenosa)
 Observação:

9 Cloridrato de Ranitidina Inj. Ap (25mg/ml - 2ml) 1 Ampola 3x ao dia IV 23/07
 Separar 2 Mililitros do medicamento em 10 Mililitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL
 Administrar 12 Mililitros (3x ao dia Intravenosa)
 Observação:

Dramin B6 DL Inj. Ap (3/5mg-10ml) 1 Ampola ACM IV
 Separar 10 Mililitros do medicamento em 100 Mililitros de Soro Fisiológico 0,9% Miniflac Frsc (100 ml)
 Administrar 110 Mililitros (ACM Intravenosa) em 20 minutos
 Observação:

12 Cloridrato de Tramadol 50 mg/mL Inj. Ap-1 mL 1 Ampola 8/8 h. IV 06 14
 Separar 1 Mililitros do medicamento em 100 Mililitros de Soro Fisiológico 0,9% Miniflac Frsc (100 ml)
 Administrar 101 Mililitros (8/8 h. Intravenosa)
 Observação:

Diplrona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) 1 Ampola 6/6 h. IV 00 06 12
 Separar 2 Mililitros do medicamento em 10 Mililitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL
 Administrar 12 Mililitros (6/6 h. Intravenosa)
 Observação:

Profenid Iv Fr 100mg Inj. 1 Frasco-ampola ACM IV
 Separar 1 Frasco-ampola do medicamento em 100 Mililitros de Soro Fisiológico 0,9% Miniflac Frsc (100 ml)
 Administrar 100 Mililitros (ACM Intravenosa) em 20 minutos
 Observação:

Procedimentos:

1 HGT 2x ao dia 23/08/11

0 70 0 40 APLICAR 4 AP GLICOSE EV SOS SE GLICEMIA MENOR QUE 70 mg/dL

180 200 2 0 APLICAR 2 UI SC SOS SE GLICEMIA ENTRE 180-200 mg/dL

201 250 4 0 APLICAR 4 UI SC SOS SE GLICEMIA ENTRE 201-250 mg/dL

251 300 6 0 APLICAR 6 UI SC SOS SE GLICEMIA ENTRE 251-300 mg/dL

301 350 8 0 APLICAR 8 UI SC SOS SE GLICEMIA 301-350 mg/dL

350 10 0 APLICAR 10 UI SC SOS SE GLICEMIA > 350 mg/dL

2 TC Articulação 1 Vez 23

Lado: Direito

Ana Clara C. Silva
CRM 6816

2. LIBERO PARA ACOMODACAO

Ana Clara C. Silva
MEDICA
CRM 6816

Nome	JOÃO FRANCISCO GOMES DA CUNHA	Idade	2548714
Nascimento	04/10/1954 54 Anos	Sexo	207538
Endereço	Rua São Francisco SN - Bairro do Tamboril Teresina PI	Admissão	16/08/2019 22:44
Cidade	PLAMITA	Admissão	16/08/2019 23:30
Admissão	Sala de Espera - HSM	Admissão	ESPERA 15

16/08/2019 23:30 RAYANE CARDOSO GOMES Anotação de enfermagem
PACIENTE APÓS FAZER TOMOGRAFIA, NÃO ESPEROU, EVADIDO DO HOSPITALAR.

16/08/2019 23:40 ANGELA RAQUEL CARDOSO DE SOUSA Enfermagem / Educação
Paciente internado, foi solicitado TC ARTICULAÇÃO OMBRO DIREITO, encaminhado para setor de exames para realizar a TC, após realizar o exame, paciente relatou que não ia ficar internado, comunicado ao plantonista e aos familiares, CARPEJANI-FILHO e ELIZANGELA-NORA que estavam no momento, paciente evadiu-se.

16/08/2019	M758	M75.8 Outras lesões do ombro	Preliminar	Ana Clara Carvalho Silva - 9810
Dieta oral				
		Ana Clara Carvalho Silva	17/08/2019 03:29:20	ANGELA RAQUEL CARDOSO DE SOUSA
Medicamento				
Cloridrato de Ropivacaína Inj. Ap (25mg/ml 2ml)		Ana Clara Carvalho Silva	17/08/2019 03:29:20	ANGELA RAQUEL CARDOSO DE SOUSA
Cloridrato de Tramadol 50 mg/ml Inj. Ap		Ana Clara Carvalho Silva	17/08/2019 03:29:20	ANGELA RAQUEL CARDOSO DE SOUSA
Dipirone Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 ml)		Ana Clara Carvalho Silva	17/08/2019 03:29:20	ANGELA RAQUEL CARDOSO DE SOUSA
Doramin B6 DL Inj. Ap (35mg-10ml)		Ana Clara Carvalho Silva	17/08/2019 03:29:20	ANGELA RAQUEL CARDOSO DE SOUSA
Profenid Iv Fr 100mg Inj.		Ana Clara Carvalho Silva	17/08/2019 03:29:20	ANGELA RAQUEL CARDOSO DE SOUSA
Soro Fiscológico 0,9% Ecoflac Frasco (500 ml)		Ana Clara Carvalho Silva	17/08/2019 03:29:20	ANGELA RAQUEL CARDOSO DE SOUSA



APCC - Hospital São Marcos

Rua Olavo Bilac, 2300 - Centro

Teresina - Piauí

Fone : (086) 2106-8000

19.09

Boletim de Internação Nº



Paciente : Joao Francisco Gomes Da Cunha

CPF: 112.246.143-72

Nascimento : 04/10/1954 (64 Ano(s))

Estado Civil : Casado(a)

Sexo : Masculino

Filiação : Iracema Cunha Silveira

Prontuário : 126427

Endereço : Rua São Francisco, S/n - Povoado Baixao Do Tamburiu - Pov.

CNS :

Cidade : TERESINA - PI

Telefone : (086)994043955

Internação : Dia 16/09/2019 as 10:37h por lgo

Convênio : Plamta

Permanência : 1 Dia(s)

Caráter : Eletiva

Direito de Acomodação: Tipo A

Médico : Leandro Ponce Leal

Local : 2H.018.01

Procedimento : 30708117 - Artroscopia em articulações do ombro e cintura escapular, quadril,

CID Primário : Sem Diagnóstico

CID Secundário : Sem Diagnóstico

Infecção hospitalar :

☐ sim ☐ não

Alta : Realizada por Marcellepasseos

Data : 17/09/2019

Hora : 18:22

CID Definitivo :

CID Secundário :

Motivo de Cobrança :

ALTA
☐ 1.1 Curado ☒ 1.2 Melhorado ☐ 1.3 Puérpera e permanencia do recém-nascido

☐ 1.4 Pedido ☐ 1.5 Previsao de retorno para acompanhamento do paciente

☐ 1.6 Evasão ☐ 1.7 Puerpera e recém-nascido ☐ 1.8 Outros Motivos

PERMANÊNCIA

☐ 2.1 Caráter próprio da doença ☐ 2.2 Intercorrência ☐ 2.3 Motivo Social

☐ 2.4 Doença de Órgãos - Doador Vivo ☐ 2.5 Doença de Órgãos - Doador morto

☐ 2.6 Mudança de Procedimento ☐ 2.7 Reoperação ☐ 2.8 Outros Motivos

TRANSFERÊNCIA

☐ 3.1 Transferência para outro Estabelecimento

OBITO

D.O.:

☐ 4.1 Declaração de Óbito fornecida pelo médico assistente

☐ 4.2 Declaração de Óbito fornecida pelo Instituto Médico Legal - IML

☐ 4.3 Declaração de Óbito fornecida pelo Serviço de Verificação de Óbito - SVO

ALTA ADMINISTRATIVA

☐ 5.1 Encerramento Administrativo

Indicadores:
- Termo de Consentimento;



APCC - Hospital São Marcos

Rua Olavo Bilac, 2300 - Centro

Teresina - Piauí

Fone : (086) 2106-8000

Pág. 1

16/09/2019

Boletim de Internação Nº

*127135...

Admissão Médica - Internação

Paciente : Joao Francisco Gomes Da Cunha

CPF: 112.246.143-72

Nascimento : 04/10/1954 - 64 anos

Estado Civil : Casado(a)

Sexo : Masculino

Filiação : Iracema Cunha Silveira

Prontuário : 126427

Endereço : Rua São Francisco, S/n - Povoado Baixao Do Tamburiu - ...

CNS :

Cidade : TERESINA - PI

Telefone : (9940-4395)

Convênio: Plamta

Leito: 2H.018.01

História Clínica

Queixa Principal:

LUXAÇÃO DO OMBRO DIREITO

História da Doença Atual:

LUXAÇÃO RECIDIVANTE DO OMBRO DIREITO

Antecedentes Patológicos:

HAS CONTROLADA

Antecedentes Familiares:

NEGA

Alergia medicamentosa:

Não tem

Medicação de Uso Contínuo:

ANTI-HIPERTENSIVO

Exame Físico:

INSTABILIDADE GLENO-UMERAL

Hipótese Diagnóstica:

LUXAÇÃO RECIDIVANTE DO OMBRO DIREITO

Conduta:

INDICO REPARAÇÃO ARTROSCÓPICA

CID: M24.4 Deslocamento e subluxação artro recidivantes

Dr.(a) Leandro Ponce Leal



Associação Piauiense de Combate ao Câncer

Hospital São Marcos

Internação Nº:

*127...

Boletim de Cirurgia

Sala: 02

PACIENTE 126427-João Francisco Gomes Da Cunha	CONVÊNIO Planta	NASCIMENTO SEXO 04/10/1954 Masculino	ESTADO CIVIL Casado(a)
FILIAÇÃO Iracema Cunha Silveira			
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA M24.4 Deslocamento e subluxação artro recidivantes	CIRURGIA(S) REALIZADA(S) 30708117-Artroscopia em articulações do ombro e cintura escapular, quadri...		
	30717140-Ressecção parcial ou total de clavícula + tratamento cirúrgico		
CIRURGIÃO Leandro Ponce Leal	1º AUXILIAR Leonardo Eulálio De Araújo Lima	2º AUXILIAR -	
3º AUXILIAR -	ANESTESISTA Monica Fortes Napoleão Dos Rego	INSTRUMENTADOR(A) FRANCISCO DAS CHAGAS DOS S. NUNES	

TÉCNICA E TÁTICA CIRÚRGICA:

Paciente em decúbito lateral.
Assepsia e antisepsia: campos estéreis.
Portais para artroscopia; inventário da cavidade.
Verificada frouxidão da região anterior da cápsula articular e lesão extensa do lábio anterior da glenóide com perda de tecido deste lábio.
Debridamento da região anterior da glenóide.
Reinserção da região ântero-inferior do lábio e encurtamento da cápsula articular anterior com 2 âncoras e 4 pontos com importante dificuldade técnica.
Ressecção da clavícula distal
Sutura da pele
Curativo
Imobilização

Data da Cirurgia: 16/09/2019 15:03

Término Cirurgia: 16/09/2019 17:06

LEANDRO PONCE LEAL
CRM 2608-PI CPF: 167.786.998-41

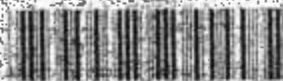
LEONARDO EULALIO DE ARAUJO LIMA
CRM 2387-PI CPF: 267.608.873-53



Associação Piauiense de Combate ao Câncer

Hospital São Marcos

Interação Nº



2743515

Boletim de Anestesia

Sala 02

Paciente: José Francisco Gomes Da Cunha

Leito: 2018-1

Convênio

Planta

Filiação: Iracema Cunha Silveira

Nascimento: 04/10/1954 (64)

Sexo: Masculino

Cirurgião: Leonardo

Código do Procedimento

3070811

Cirurgia Realizada: Artroscopia em articulação do ombro

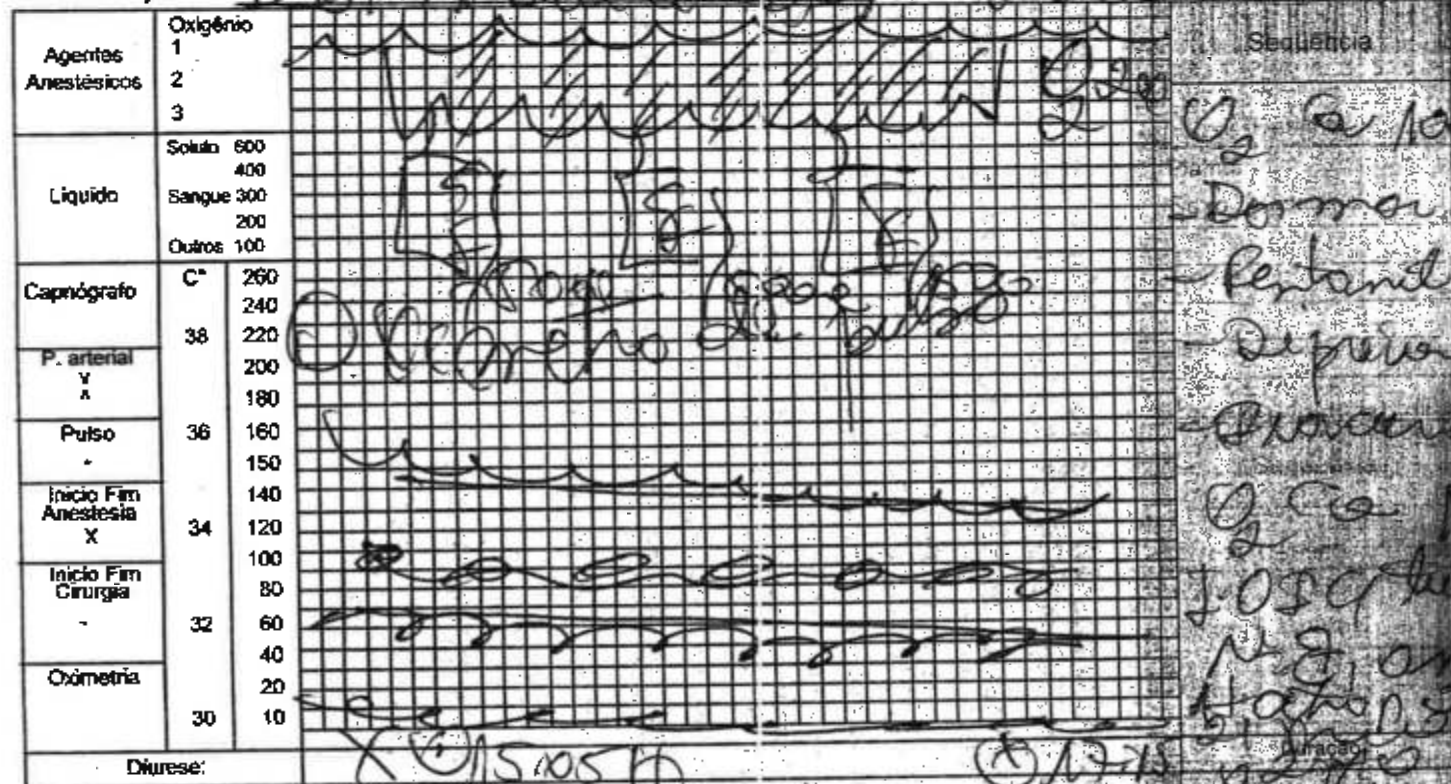
Condições Pré-Operatórias: Satisfeitas

Exames Clínicos: Complementares

Risco (ASA)

Premedicação: Dexametasona 8mg + Clonidina 150mcg

Hora: 15:05



Técnica de Anestesia:

Acidente - Incidente:

Justificativas:

Oxigênio	Paciente Transfundido	Monitorização
Início 15:05	GS	☐ ECG ☐ Oxímetro
Término 17:15	RH VOL	☐ PAM ☐ Capnógrafo
		☐ PANI ☐ PVC

Total de Doses:

Adrenalina _____ amp
Atropina 06 amp
Neostigmina 06 amp
Midazolam 15mg 02 amp
Dipirona 02 amp
Morfina 04 amp
Propofol 04 amp
Diazepam 01 amp
Efedrina 01 amp
Clonidina 02 amp
Atracúrio 02 amp
Naloxona _____ amp
Droperidol 01 amp

(As especificações farmacêuticas abaixo relacionadas podem sofrer modificações no nome comercial)

Fentanila 0,5 ml
Isoflurano _____ ml
Sevoflurano 0,5 ml
Ondansetrona _____ amp
Bupivacaína 0,5% _____ amp
Levobupivacaína 0,5% _____ amp
Pancurônio _____ amp
Metoclopramida _____ amp
Cetoprofeno 0,4 fr amp
Suxametônio _____ amp
Ranitidina _____ amp
Dexametasona 0,4 amp
Hidrocortisona 0,4 fr amp

Soro Glicosado 01 ml
Soro Fisiológico 01 ml
Ringer Lactato 01 ml
Sufentanila _____ amp
Lidocaina 1% _____ ml
Lidocaina 2% 10 ml
Ácido Tranexâmico 0,3 amp
Paracoxibe _____ amp

Antibióticos
Cefazolina 1,0 amp-Hora
Metronidazol 0,2 fr amp-Hora
Ciprofloxacina 0,2 fr amp-Hora
Outros _____ Hora

Data: 16/09/19

AB 04 amp

Assinatura e carimbo do Anestesiologista



Associação Piauiense de Combate ao Câncer

Hospital São Marcos

Interação Nº:

1271355

Material e Medicamentos Utilizados no Centro Cirúrgico

Sala: 02

Paciente: João Francisco Gomes Da Cunha

Leito: 2018-1

Convênio: Plamta

Nascimento: 04/10/1954 (64 Ano(s))

Sexo: Masculino

Estado Civil: Casado

Filiação: Iracema Cunha Silveira

Data Cirurgia: 18/09/2019 Procedimento: 30708117 - Artrosopia em articulações do ombro e cintura escapular, quadril

Cirurgião: Leandro Ponce Leal

MATERIAIS	Qtd	Und	MATERIAIS	Qtd	Und
ANESTESIA			RECUPERAÇÃO		
Aguilha Desc 30x8 (SR)	1	peça	RODRIGUES)		
Aguilha Desc 40x12 (MEDLINE)	1	peça	Sonda Desc Sil Uretral Nº 08 (GC MEDICA)	1	peça
Eletrodo P/ Monitorizacao Cardiaca (SKINTACT)	5	peça	Sonda Desc Sil Uretral Nº 12 (GC MEDICA)	1	peça
Filtro Bacteriológico 15mmx22mm - Adulto (KUNG SHIN PLASTICS)	1	peça	Tubo De Silicone 8.0x12mm - 204 (MEDICONE)	2	M
Luva P/ Procedimento Media - Nao Esteril Nitrilica (SUPERCARE)			SALA PREPARO		
Seringa Desc S/ Agulha 05cc - Bico Luer Lock (SALDANHA RODRIGUES)	1	peça	Cateter Intravenoso 20gx1 1/4" 1.10x32mm 83ml/min (POLYMED)	1	peça
Seringa Desc S/ Agulha 10cc - Bico Luer Lock (SALDANHA RODRIGUES)	1	peça	Conector Valvulado Sistema Fechado Negativo - FI-nf01ng (GUANGDONG BAIHE MEDICAL)	2	peça
Seringa Desc S/ Agulha 20cc - Bico Liso (SALDANHA RODRIGUES)	1	peça	Discofix 3 Vias - 13007 (POLYMED)	1	peça
Sonda Endotraqueal Desc C/ Balao Nº 8.0 30mm (COMPER)	1	peça	Equipo Macro Pinca Rolote C/ Plug (WILTEX)	1	peça
			Luva P/ Procedimento Media - Nao Esteril Nitrilica (SUPERCARE)	2	Par
CIRURGIA			MEDICAMENTOS / Principio Ativo		
Aguilha Desc 30x8 (MEDLINE)	1	peça	ANESTESIA		
Atadura De Crepom 15cmx1,80m - 13 Fios (CREMER)	1	Rolo	Agua Para Injecao 10ml (FARMACE)	4	amp
Atadura De Crepom 20cmx1,20m (POLARFIX)	8	Rolo	Principio Ativo: Agua Destilada 10ml		
Atadura De Crepom 20cmx1,25m (CREMER)	4	Rolo	Androcortil 500mg Inj. (TEUTO BRAS.)	1	amp
Cateter Intravenoso 14gx2" 2,17mmx50mm 1,74mm (POLYMED)	1	peça	Principio Ativo: Hidrocortisona 500mg		
Compressa 50cmx45cm S/ Radiopaco (CREMER)	16	peça	Cefazolina Sódica 1g Inj. (BIOCHIMICO)	1	amp
Compressa De Gaze Hidrofila 7,5cmx7,5cm Radiop 13 Fios Esteril (NEVE)	3	pct	Principio Ativo: CeFAZolina Sodica 1g		
Escova C/ Cloroxidina P/ Degermacao E Antiseptia Pre - Operatoria Das (RIOQUIMIC)	3	peça	Cetoprofeno 100mg Inj. (CRISTALIA)	1	amp
Lamina De Bisturi Nº 11 (STERILANCE MEDICAL)	1	peça	Principio Ativo: Cetoprofeno 100mg		
Luva Esteril Nº 7,0 (MUCAMBO)	1	Par	Dexametasona 10mg/2,5ml Inj. (FARMACE)	1	amp
Luva Esteril Nº 7,5 (MUCAMBO)	4	Par	Principio Ativo: Dexametasona 10mg/2,5ml		
Luva Esteril Nº 8,0 (sensitex) (MUCAMBO)	2	Par	Dipifarma 1g/2ml Inj. (FARMACE)	2	amp
Luva Lta (camara) 250x12,5cm (M. PANIAGUA)	2	peça	Principio Ativo: Dipirona Sodica 1g/2ml		
Luva P/ Procedimento Media - Nao Esteril Nitrilica (SUPERCARE)	4	Par	Droperdal 2,5mg/ml Inj. (CRISTALIA)	1	amp
Mononylon 1171t 3.0 (JOHNSON & JOHNSON)	2	env	Principio Ativo: Droperidol 2,5mg/ml		
Mononylon 1215t 2.0 (JOHNSON & JOHNSON)	1	env	Fentanest 5ml Inj. (CRISTALIA)	1	amp
Saco P/ Lixo 100l - Azul (JERAPLASTIC)	4	peça	Principio Ativo: FantaNILA 0,05mg/ml 5ml		
Tubo De Silicone 8.0x12mm - 204 (MEDICONE)	2	M	Hypocafina 2% S/v 5ml (HYPOFARMA)		
RECUPERAÇÃO			Principio Ativo: Lidocaina 2% S/v 5ml		
Compressa 50cmx45cm S/ Radiopaco (CREMER)	1	peça	Midazolam 15mg/3ml (TEUTO BRAS.)	1	amp
Compressa De Gaze Hidrofila 7,5cmx7,5cm Radiop 13 Fios Esteril (NEVE)	2	pct	Principio Ativo: Midazolam 15mg/3ml		
Seringa Desc S/ Agulha 20cc - Bico Liso (SALDANHA)	1	peça	Morfina 10mg/ml Inj (HIPOLABOR)	1	amp
			Principio Ativo: Morfina 10mg/ml		
			Normastig 0,5mg/ml Inj. (UNIAO QUIMICA)	6	amp
			Principio Ativo: Neostigmina 0,5mg/ml		
			Pasmodax 0,25mg/ml Inj. (ISOFARMA)	6	amp
			Principio Ativo: Atropina 0,25mg/ml Inj.		
			Ringer Lactato 500ml Ecoflac (B.BRAUN)		

Assinatura Digitador

Assinatura Responsável



Associação Piauiense de Combate ao Câncer

Hospital São Marcos

Internação Nº:

1271355

Para toda vida

Material e Medicamentos Utilizados no Centro Cirúrgico

Sala: 02

Paciente: João Francisco Gomes Da Cunha

Leito: 2018-1

Convênio: Plamta

Nascimento: 04/10/1954 (64 Ano(s))

Sexo: Masculino

Estado Civil: Casado

Filiação: Iracema Cunha Silveira

Data Cirurgia: 16/09/2019 Procedimento: 30708117 - Artrosopia em articulações do ombro e cintura escapular, quadril

Cirurgião: Leandro Ponce Leal

MEDICAMENTOS / Princípio Ativo	Qtd	Und	TX. DE APARELHOS E SERVIÇOS	Qtd	Und
ANESTESIA			Orímetro (Somente Fora Da UT I E C Cir)	2	
Princípio Ativo: Cloreto De Sódio + Cloreto De Cálcio + Cloreto De Potássio + Lactato De Sódio 500ml			Sala De Recuperação Pos-anestesia	1	
Sevocris 100ml (CRISTALIA)	25	mL	Videartroscópio C/ Descartáveis	1	

Princípio Ativo: Sevoflurano 100ml	1	amp
Soro Fisiológico 0,9% 10ml (FARMACE)	2	fr
Princípio Ativo: Cloreto De Sódio 0,9% 10ml	1	fr
Soro Fisiológico 0,9% 500ml Ecoflac (B.BRAUN)	2	amp
Princípio Ativo: Cloreto De Sódio 0,9% 500ml	4	amp
Soro Glicosado 5% 500ml Ecoflac (B.BRAUN)	1	amp
Princípio Ativo: Glicose 5% 500ml	1	amp
Tracur 10mg/ml 2,5ml inj. (CRISTALIA)	4	amp
Princípio Ativo: Atracurio 10mg/ml 2,5ml inj.	1	amp
Transamin 250mg/5ml Inj. (NIKKHO)		
Princípio Ativo: Ácido Tranexâmico 250mg/5ml inj.		
Unifedrina 50mg/ml Inj. (UNIAO QUIMICA)		
Princípio Ativo: EFEDrina 50mg/ml		

CIRURGIA	21	fr
Soro Fisiológico 0,9% 1000ml Ecoflac (B.BRAUN)		
Princípio Ativo: Cloreto De Sódio 0,9% 1000ml		

RECUPERAÇÃO	2	ser
Xylestesin 2% Goleia 10ml (CRISTALIA)		
Princípio Ativo: Lidocaina 2% 10g		

SALA PREPARO	1	fr
Soro Fisiológico 0,9% 500ml Ecoflac (B.BRAUN)		
Princípio Ativo: Cloreto De Sódio 0,9% 500ml		

ORTESSES E PROTESES	Qtd	Und
---------------------	-----	-----

CIRURGIA	2	peça
Ancora D 2.7mm C/ Aplicador Descartavel - 39.44.04.00027 (MDT)	2	peça
Canula P/ Artrosopia 8,5x90mm - Taimin (HANGZHOU KANGJI MEDICAL INSTRUMENT)	1	peça
Eletrodo De Ablação 90 X 2,5mm X 200mm (SERTOMED)	1	peça
Equipo De Irrigacao Tipo Perfurador - 740030000 (RAZEK)	1	peça
Lamina De Shaver - Afr 2.9 5.5mm (RAZEK EQUIPAMENTOS)	1	peça
Lamina De Shaver - Inc 2.4 4.5mm (RAZEK EQUIPAMENTOS)		

TX. DE APARELHOS E SERVIÇOS	Qtd	Und
Ar Comprimido, por hora	3	
Monitor Cardiaco (Fora UT I E C C)	1	
Oxigênio P/ Hora Até 72horas	3	

Assinatura Digitador

Assinatura Responsável



SÃO MARCOS
Para toda vida

Associação Piauiense de Combate ao Câncer

C.N.P.J. 06870026/0001-77 I.E Isenta
Rua Olavo Bilac, 2300 - Telefone (086) 2106 8000
64001-280 Teresina, Piauí

Comunicação de Uso de Orteses e Próteses e Materiais Especiais

Fornecedor: Hospital São Marcos **CNPJ:** 06870026/0001-77
Fabricante: Hospital São Marcos **CNPJ:** 06870026/0001-77
AIH: 443380 **Reg. Hosp:** 1271355 **Convênio:** Plamta
Paciente: Joao Francisco Gomes Da Cunha
Datas: Adm 16/09/2019 **Alta** **Usado:** 16/09/2019
Proced: Artroscopia em articulações do ombro e cintura escapular, quadril, **Código:** 30708117
Médico: Leandro Ponce Leal **CPF:** 167.786.998-41 **CRM:** 2608PI

Produtos Utilizados/Implantados:

Nome	Modelo	Tipo	Série Lote	Ent. Con.	Qtd	Código ROPM
Ancora 0 2.7mm C/ Aplicador Descartavel - 39.44.04.00027 (MDT)						
					2	
Canula P/ Artroscopia 8,5x90mm - Taimin (HANGZHOU KANGJI MEDICAL INSTRUMENT)						
					2	
Eletrodo De Ablação 90 X 2,5mm X 200mm (SERTOMED)						
					1	
Equipo De Irrigacao Tipo Perfurador - 740030000 (RAZEK)						
					1	
Lamina De Shaver - Afrr 2.9 5.5mm (RAZEK EQUIPAMENTOS)						
					1	
Lamina De Shaver - Inc 2.4 4.5mm (RAZEK EQUIPAMENTOS)						
					1	

Responsável Pelo Preenchimento:

Data: ____/____/____

[Assinatura]

Responsável pela Farmácia

Responsável pelo preenchimento

YINQUA INDUSTRIA COMERCIO S.A. E S.P. DE IMPLANTES SA
Av. Brasil, 2883 - Cx. Postal - 13055-000 Rio Claro SP Brasil
Tel: +55 19 2111 4000 / CNPJ: 01.025.914/0001-92
Fax: +55 19 2111 4000 / E-mail: vendas@yinqa.com.br
Site: www.yinqa.com.br

REF: 39.44.04.00027 **LOT:** 01576U **Qtd:** 1

Ancora 0 2.7 mm - 02 Fios Fibr USP 2 - c/ Aplicador
Descartavel Standard ArthroSmart Anchor
ArthroSmart Anchor 0 2.7 mm - 02 Fios Fibr USP 2 - c/ Aplicador
Standard Disposable ArthroSmart Anchor
ArthroSmart Anchor 0 2.7 mm - 02 Fios Fibr USP 2 - c/ Aplicador
Descartavel Standard ArthroSmart Anchor
Registro ANVISA: 10417940137 **IE:** 1-004
Nome Técnico: Ancora
Nome Comercial: Ancora com Aplicador Descartável
ArthroSmart Anchor
FAB: 02/2019 **VAL:** 02/2024

YINQUA INDUSTRIA COMERCIO S.A. E S.P. DE IMPLANTES SA
Av. Brasil, 2883 - Cx. Postal - 13055-000 Rio Claro SP Brasil
Tel: +55 19 2111 4000 / CNPJ: 01.025.914/0001-92
Fax: +55 19 2111 4000 / E-mail: vendas@yinqa.com.br
Site: www.yinqa.com.br

REF: 39.44.04.00027 **LOT:** 01576U **Qtd:** 1

Ancora 0 2.7 mm - 02 Fios Fibr USP 2 - c/ Aplicador
Descartavel Standard ArthroSmart Anchor
ArthroSmart Anchor 0 2.7 mm - 02 Fios Fibr USP 2 - c/ Aplicador
Standard Disposable ArthroSmart Anchor
ArthroSmart Anchor 0 2.7 mm - 02 Fios Fibr USP 2 - c/ Aplicador
Descartavel Standard ArthroSmart Anchor
Registro ANVISA: 10417940137 **IE:** 1-004
Nome Técnico: Ancora
Nome Comercial: Ancora com Aplicador Descartável
ArthroSmart Anchor
FAB: 02/2019 **VAL:** 02/2024

Fixe esta etiqueta no relatório do Paciente

CANULA DE MICRODEBRIDAO RAZEK - TB
2.8x5.5F
Cod: 882810000 BN/LOT: 005017
Registro ANVISA N°: 80386130082
Fab: 11/04/2019 - Val: 3 ANOS

Fixe esta etiqueta no relatório do Paciente

CANULA DE MICRODEBRIDAO RAZEK - INC
2.4x4.5F
Cod: 880600000 BN/LOT: 007276
Registro ANVISA N°: 80386130082
Fab: 12/08/2019 - Val: 3 ANOS

Fixe esta etiqueta no relatório do Paciente



Para toda vida

Paciente: João Francisco Gomes Da Cunha (D.N. 04/10/1954 64 anos)

Cartão HSM: 128427

Interação Nº:



* 1 2 7 1 3 5 5 *

Sexo: Masculino Leito: 2H.018.01

Filiação: Iracema Cunha Silveira

Convênio: Planta

Cirurgião(s): Leandro Ponce Leal

Procedimento: 30708117 Artrosopia em articulações do ombro e cintura escapular, quadril, temporo-mandibular e articulações da mão para

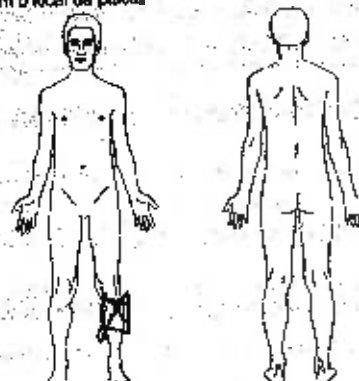
Antes da Indução anestésica

Check In

Sítio demarcado? () Não () Sim () Não se aplica
Montagem da SO de acordo com o procedimento programado?
() Não () Sim
Revisão dos equipamentos de anestesia?
() Não () Sim. Obs. _____
Monitor multiparamétrico posicionado no paciente e funcionando?
() Não () Sim
Alergia? () Não () Sim. Qual? _____
Via aérea difícil/Risco de aspiração? () Não () Sim, e equipamentos/assistência disponíveis.
Risco de perda sanguínea > 500 ml (7ml/Kg em crianças)?
() Não () Sim, e acesso venoso adequado e planejamento para fluidos.
Acesso Venoso:
Periférico () Não () Sim. Jélico nº 20 Local: () MSD () MSE
() outros: _____
Data de punção: 16/09/19
Central () Não () Sim. Local: _____

Antes da incisão/Pausa Cirúrgica Time Out

Placa de bisturi no paciente? () Não se aplica () Sim.
Informar na imagem o local da placa.



Instrumental cirúrgico:
CX/KIT B. Meron QTD peças: 61 DEV: 61
CX/KIT _____ QTD peças: _____ DEV: _____
CX/KIT _____ QTD peças: _____ DEV: _____
CX/KIT _____ QTD peças: _____ DEV: _____
OBS: _____

Integrador químico () Não () Sim. *Anexar neste impresso.
Instrumentais esterilizados e com boas condições? () Não () Sim

OPME solicitada disponível na sala de Operação?

() Não () Sim () Não se aplica
Anestesiologista presente e autorizado a administrar?
Fixação das etiquetas de OPME no impresso?
Exames necessários de imagem e laboratorial disponíveis?
Início da anestesia: 13:03
Início da incisão: 15:38
Termino incisão: 17:08

Antes do paciente sair da SO

Check out

O profissional da Equipe de Enfermagem confirma com a equipe médica:

Nome do procedimento realizado:

Artrosopia

Confere a contagem de:

Compressas: Nº entregue 12 Nº conferido 12

Agulhas: Nº entregue 02 Nº conferido 02

Peças para Patologia: () Não () Sim. QTD: _____

Identificadas corretamente: () Não () Sim

Peças para Congelação: () Não () Sim. QTD: _____

Identificadas corretamente: () Não () Sim

Fedida para cultura: () Não () Sim. Material: _____

Identificadas corretamente: () Não () Sim

Peças para Radiologia: () Não () Sim. Qual: _____

Identificadas corretamente: () Não () Sim

Problema com algum equipamento? () Não () Sim. Qual: _____

Realizada hemotransusão: () Não () Sim

Curativo da FO está limpo? () Não () Não se aplica () Sim

Paciente encaminhado para:

() BRPA () UTI () Externo () Postos

Realizar RX de controle? () Não () Sim. Qual local? _____

Tipo de anestesia:

() Raqui anestesia () Raqui anestesia + Geral () Geral

Nome do Anestesiologista: Gracia

Ass. equipe de Enfermagem e COREN-Pi



ASSOCIAÇÃO PIAUIENSE DE COMBATE AO CÂNCER
HOSPITAL SÃO MARCOS

Bolém



Paciente: João Francisco Gomes Da Cunha
Nascimento: 04/10/1954 Idade: 64 Sexo: Masculino
Filiação: Iracema Cunha Silveira

Estado Civil: Casado(a) Leito: 211-018-01 Data: 16/09/2019

Realizada dupla Checagem com o paciente? ☒ Sim () Não

Cirurgião: Leandro Cirurgia Realizada: Artroscopia em artroscópio

Recebeu kit de recuperação anestésica para o paciente? ☒ Sim () Não

HORA	PA	P	RESP.	SATUR.	T	COL.	DOR.	NÁUSEA VÔMITO	INCISÃO CIRURG.	DIURESE	DRENEJ.	NOME
17:19	85x81	71	17	98%	34.1°C	2	0	2	2	81A	-	Leandro
18:00	85x85	84	17	96%	34.1°C	2	0	2	2	81A	-	Leandro
18:30	85x78	72	17	94%	35	2	0	2	2	81A	-	Leandro
00:50	85x72	69	18	96%	36°C	2	0	2	2	81A	-	Leandro

COLORAÇÃO
2 = Rósea
1 = Pálido
0 = Cianótica

DOR - Escala numérica de 0 a 10
0 - Sem dor
1 a 3 - dor leve
4 a 6 - dor moderada
7 a 10 - dor intensa

NÁUSEAS E VÔMITOS
2 = Náuseas e vômitos ausentes
1 = Apenas náuseas presentes
0 = Náuseas e vômitos presentes

INCISÃO CIRURGICA
2 = Limpas
1 = Parcialmente embebidas de sangue
0 = Totalmente embebidas de sangue

Prescrição Médica

1. O2 contínuo 6 l/min

Anestesiologista: Dra. Maria das Graças C. Aguiar

HORÁRIO

17:19 02:18:30

2. Soro 500 ml EV

Anestesiologista: Dr. Paulo Lopes

00:55 00

19:00 23:40

Paciente apresentou alguma complicação anestésica? ☒ Não () Sim. Qual? 11

(☒ Alta da SRPA

Ass. Dr(a): Dra. Maria das Graças C. Aguiar

horário alta: 00:00

Índice de Aldrete Kroulik

	Tempo em Minutos	Valor	adm	30	60	120
Atividade motora sob comando	Capaz de mover os 4 membros	2			2	2
	Capaz de mover 2 membros	1				
	Incapaz de mover os membros	0	0	0		
Respiração	Respira profundamente ou tosse livremente	2			2	2
	Dispneia ou limitação da respiração	1	1	1		
	Apnéia	0				
Circulação	PA 20 % do nível pré-anestésico	2				2
	PA 20 - 49% do nível pré-anestésico	1	1	1		
	PA 50 % do nível pré-anestésico	0				
Consciência	Lúcido, orientado no tempo e espaço	2				2
	Desperta se solicitado	1			1	
	Não responde	0	0	0		
Saturação de O2	Sat > 92% respirando em ar ambiente	2				2
	Necessita de O2 para manter sat de O2 > 90%	1	1	1		
	< 90% com O2 suplementar	0				
IAK	Total		3	3	4	10
	Assinatura					

Anestesia:

Geral	☒	Peridural	☒	Raqui	☒
Sedação	☒	Local	☒	Bloqueio	☒
Cânulas:					
Guedel	☒	Traqueostomia	☒	Outros	☒
Catéteres:					
Periférico	☒	Local	☒	Outros	☒
Central	☒	CTI	☒	Local	☒
Sondas:					
SNG	☒	SNE	☒	fechada () aberta ()	☒
Diurese:					
Esponj.	☒	SVD	☒	volumo	ml
Irrig. Cont	☒	Instalado:	☒	ml SF 0.9%	☒
Drenos:					
Penrose	☒	Sucção	☒	Tórax	☒
Outros:					
Aplicado Protocolo de Prevenção de Queda					
() Sim () Não () Não se Aplica ao CC					
Aplicado Protocolo de Lesão por Pressão					
() Sim () Não () Não se Aplica ao CC					
Passado para Enf.: <u>Leandro</u>					

Entrada: 17:19 h

O2: Início: 17:19 Fim: 18:30 Liberação: 00:00 h

Func. Responsável: Leandro

Téc. de Enfermagem
Ass. carimbo da

Ass./carimbo do Enfermeiro

Paciente: João Francisco Gomes Da Cunha

Filiação: Iracema Cunha Silveira

D. Prescrição: 16/09/2019 23:14:18

Médico Resp.: Leandro Ponce Leal

Convênio: Planta

Data Admissão: 16/09/2019 10:37:00

Leito: 2H.018.01

Evolução

Cliente, 64 anos, em POI de Artroscopia de ombro direito sob efeito de anestesia geral. Consciente, orientado, receptivo ao diálogo, respirando em ar ambiente. AVP em MSE (16/09) pervio e sem sinais flogísticos. Diurese espontânea, fez globo vesical palpável, foi passado SVA por enf Marcia. Dieta hipossódica, 3g de sal, já liberada. FO em ombro direito com curativo limpo e seco, em uso de atadura feito tipoia. Ag. RAO X de ombro após SRPA. Segue aos cuidados

DIAGNÓSTICO

- Risco de infecção
- Risco de quedas
- Risco de sangramento

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Assinatura de formulário de ciência e responsabilidade
- Colocar pulseira verde
- Monitorar sinais de sangramento
- Observar as manifestações clínicas de infecção
- Observar locais de punção/infusão
- Orientar o cliente e os membros da família sobre os sinais e sintomas da infecção (febre, hiperemia, edema, calor localizado, urina turva, secreção purulenta)
- Orientar quanto a importância da higiene corporal.
- Verificar SSVV

RELACIONADO

- integridade da pele prejudicada
- procedimentos invasivos
- mobilidade física prejudicada
- efeitos secundários relacionados ao tratamento (cirurgia, medicamentos)

TURNO

M	T	N
M	T	N
M	T	N
M	T	N
M	T	N
M	T	N
M	T	N

RESULTADOS ESPERADOS

- Evitar danos e agravos ocasionados por queda.
- Manter a integridade física.
- O perfil de coagulação do cliente permanecerá dentro dos limites favoráveis.
- Paciente apresenta higiene corporal satisfatória.
- Paciente identifica fatores relacionados ao risco de infecção.
- Redução do tempo de internação hospitalar.
- Risco de infecção cruzada diminuída.

PLANO DE ALTA

- Conhecer sinais de sangramento
- Em caso de sangramento, procurar serviço médico
- Informar o cliente e os membros da família sobre os sinais e sintomas da infecção (febre, hiperemia, edema, calor localizado, urina turva, secreção purulenta)
- Usar antibioticoterapia somente com prescrição médica.

Assinatura
Enf. Larissa Alves de Araújo
COPEN nº 41421



Para toda vida

Associação Piauiense de Combate ao Câncer
Hospital São Marcos

IMPRESSÃO: 17/09/2019 18:05:55

PÁGINA: 1

PACIENTE: João Francisco Gomes Da Cunha

NASCIMENTO: 04/10/1954

FILIAÇÃO: Iracema Cunha Silveira

BOLETIM: 1271355

ADMISSÃO: 16/09/2019 10:37:00

CONVÊNIO: Plamta

LEITO: 2H.018.01

ALTA MÉDICA

Data da Alta Médica

17/09/2019 18:05:00

Motivo da Alta Médica

Alta Melhorado

RESUMO DE INTERNAÇÃO MÉDICA

Hipótese Diagnóstica:

LUXAÇÃO RECIDIVANTE DO OMBRO DIREITO

Antecedentes Patológicos:

HAS CONTROLADA

Queixa Principal:

LUXAÇÃO DO OMBRO DIREITO

Exame Físico:

INSTABILIDADE GLENO-UMERAL

ORIENTAÇÕES DE ALTA

Dieta Específica:

PACIENTE BEM

CURATIVO

ALTA HOSPITALAR

Procedimentos Solicitados

Tipo

Cirurgia

Cirurgia

Exame Radiológico

Movimentações

Posto 2h

Quant Procedimento

- 1 Artroscoopia Em Articulações Do Ombro E Cintura Escapular, Quadril, Têmporo-mandibular E...
- 1 Ressecção Parcial Ou Total De Clavícula - Tratamento Cirúrgico
- 1 Rx Ombro Direito 2 Inc

Dr. Leandro Ponce Leal
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 2608

Leandro Ponce Leal
CRM - 2608PI



APCC - Hospital São Marcos

Rua Olavo Bilac, 2300 - Centro

Teresina - Piauí

Fone: (086) 2106-8000

Leandro Ponce Leal

16/09/2019

Boletim de Internação Nº

*1271...

Paciente : Joao Francisco Gomes Da Cunha

CPF: 11224614372

Nascimento : 04/10/1954 (64 anos)

Sexo : Masculino

Estado Civil : Casado(a)

Filiação : Iracema Cunha Silveira

Prontuário : 126427

CNS :

Endereço : Rua São Francisco, S/n - Povoado Baixac, Do Tamburiu -...

Telefone : (9940-4395)

Cidade : TERESINA - PI

Internação : Dia 16/09/2019 as 10:37 h

Convênio : Plamta

Caráter : Eletiva

Médico : Leandro Ponce Leal

Permanência : 1 Dia(s)

Direito de Acomodação: Tipo A

Leito : 2H.018.01

Procedimento : 30708117 - Artroscopia em articulações do ombro e cintura escapular, quadril, têmporo-

CID Primário : 999999 Sem Diagnóstico

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE ANTIBIOTICOTERAPIA ESPECÍFICA

Solicito antibioticoterapia especifica conforme necessidade do paciente acima citada e expressa na solicitação abaixo

CeFAZolina Sodica 1g(Posologia: 1 fr amp - 8/8h)

Objetivos de uso: Profilaxia Cirúrgica

Existe Infecção? Não

Dias Solicitados:1

Paciente apresentando:

Peso atual: 69,00

Creatinina: 0,90

Clearance de Creatinina: 127,84

pCO₂ < 32mmHg

Observações: Terapia: Descrever critérios clínicos que justifiquem | Profilaxia: Especifique o nome do procedimento
ARTROSCOPIA DO OMBRO DIREITO

Data da solicitação
16/09/2019 16:58:37

Leandro Ponce Leal
CRM 2608PI CPF: 167.786.998-41

AUDITOR

DATA: __/__/__

Assinatura CPF



APCC - Hospital São Marcos

Rua Olavo Bilac, 2300 - Centro

Teresina - Piauí

Para toda vida Fone : (086) 2106-8000

Leandro Ponce Leal

16/09/2019



Boletim de Internação N°

Paciente : Joao Francisco Gomes Da Cunha

CPF: 11224614372

Nascimento : 04/10/1954 (64 anos)

Sexo : Masculino

Estado Civil : Casado(a)

Filiação : Iracema Cunha Silveira

Prontuário : 126427

CNS :

Endereço : Rua São Francisco, S/n - Povoado Baixac Do Tamburiu - Pov.

Telefone : (9940-4395)

Cidade : TERESINA - PI

Internação : Dia 16/09/2019 as 10:37 h

Convênio : Plamta

Caráter : Eletiva

Médico : Leandro Ponce Leal

Permanência : 1 Dia(s)

Direito de Acomodação: Tipo A

Leito : 21-002-01

Procedimento : 30708117 - Artroscopia em articulações do ombro e cintura escapular, quadril

CID Primário : 999999 Sem Diagnóstico

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE ANTIBIOTICOTERAPIA ESPECÍFICA

Solicito antibioticoterapia específica conforme necessidade do paciente acima citada e expressa na solicitação abaixo.

CeFAZolina Sodica 1g(Posologia: 1 fr amp - 8/8h)

Objetivos de uso: Profilaxia Cirúrgica

Existe Infecção? Não

Dias Solicitados: 1

Paciente apresentando:

Peso atual: 109,00

Creatinina: 0,90

Clearance de Creatinina: 127,84

pCO₂ < 32mmHg Não

Observações: Terapia: Descrever critérios clínicos que justifiquem | Profilaxia: Especifique o nome do procedimento
ARTROSCOPIA DO OMBRO DIREITO

Data da solicitação

16/09/2019 16:58:37

Leandro Ponce Leal

CRM 2608PI

CPF: 167.786.998-41

AUDITOR

DATA: __/__/__

Assinatura CPF

**APCC - Hospital São Marcos**

Rua Olavo Bilac, 2300 - Centro

Teresina - Piauí

Fone : (086) 2106-8000

Leandro Ponce Leal

18/09/2019



* 1 2 7 1 3 5 5 *

Boletim de Internação Nº**Paciente : Joao Francisco Gomes Da Cunha**

CPF: 11224614372

Nascimento : 04/10/1954 (64 anos)

Sexo : Masculino

Estado Civil : Casado(a)

Filiação : Iracema Cunha Silveira

Prontuário : 126427

CNS :

Telefone : (9940-4395)

Endereço : Rua São Francisco, S/n - Povoado Baixão Do Tamburiu - Pov.

Cidade : TERESINA - PI

Internação : Dia 16/09/2019 as 10:37 h

Permanência : 1 Dia(s)

Convênio : Plamta

Direito de Acomodação: Tipo A

Caráter : Eletiva

Leito : 2H.018.01

Médico : Leandro Ponce Leal

Procedimento : 30708117 - Artroscopia em articulações do ombro e cintura escapular, quadril, temporomandibular e

CID Primário : 999999 Sem Diagnóstico

SOLICITAÇÃO DE ANTIBIÓTICO**Medicações**

CeFAZolina Sodica 1g(Posologia: 1 fr amp - 8/8h)

Objetivos de uso: Profilaxia Cirúrgica

Existe Infecção? Não

Dias Solicitados: 1

Paciente apresentando:Peso atual: 109,00 Creatinina: 0,90 Clearance de Creatinina: 127,84 pCO₂ < 32mmHg:NãoObservações: Terapia: Descrever critérios clínicos que justifiquem | Profilaxia: Especifique o nome do procedimento
ARTROSCOPIA DO OMBRO DIREITO

Data da solicitação

16/09/2019 16:58:37

Leandro Ponce Leal
CRM - 2608PI

Dias Autorizados: 1

Parecer (Orientações e Sugestões) ☒ Aprovado ☐ Reprovado

A Cefazolina é a droga de escolha para a profilaxia cirúrgica de procedimentos limpos nesta instituição, até o presente momento. Sua posologia padrão é de 1 G de 8/8 h (podendo ser ajustada em pacientes > 80 Kg).

Data do Parecer CCIH

16/09/2019 18:14:00

Responsável pelo parecer da CCIH
Maria Dolores Pinheiro Rufino Ribeiro
CRM - 4264PI



Associação Piauiense de Combate ao Câncer

Hospital São Marcos

Internação Nº:

1271355

Mat. / Med. Utilizados dispensados De 16/09/2019 a 17/09/2019

Paciente: João Francisco Gomes Da Cunha

Leito: 2H.018.01

Convênio: Plamta

Filiação: Iracema Cunha Silveira

Sexo: Masculino

Estado Civil: Casado

Nascimento: 04/10/1954 (64 Ano(s))

Procedimento: 30708117 - Artroscopia em articulações do ombro e cintura escapular, quadril

Data Admissão: 16/09/2019 Médico: Leandro Ponce Leal

MEDICAMENTOS / Princípio Ativo	Qtd	Und
Água Para Injeção 10ml (FARMACE)	5	amp
Princípio Ativo: Água Destilada 10ml		
Cefazolina Sódica 1g Inj. (BIOCHIMICO)	2	fr amp
Princípio Ativo: Cefazolina Sódica 1g		
Cetoprofeno 100mg Inj. (CRISTALIA)	1	fr amp
Princípio Ativo: Cetoprofeno 100mg		
Dipirama 1g/2ml Inj. (FARMACE)	3	amp
Princípio Ativo: Dipirama Sódica 1g/2ml		
Ranitidina 50mg/2ml Inj. (FARMACE)	2	amp
Princípio Ativo: Ranitidina 50mg/2ml		
Soro Fisiológico 0,9% 100ml Miniflac (B.BRAUN)	3	fr
Princípio Ativo: Cloreto De Sódio 0,9% 100ml		
Soro Fisiológico 0,9% 10ml (FARMACE)	4	amp
Princípio Ativo: Cloreto De Sódio 0,9% 10ml		

MATERIAIS	Qtd	Und
Agulha Desc 40x12 (MEDLINE)	8	peça
Compressa De Gaze Hidrofila 7,5cmx7,5cm 11 Fios Esteril (AMERICA MEDICAL LTDA)	40	peça
Equipo Macro Pinça Roleta C/ Plug (DESCARPACK)	2	peça
Luva Esteril Nº 7.5 (SHANDONG YUYUAN LATEX GLOVES CO.LTD)	2	Par
Luva P/ Procedimento Medica - Não Esteril Nitrilica (SUPERCARE)	20	Par
Seringa Desc S/ Agulha 05cc - Bico Liso (SALDANHA RODRIGUES)	1	peça
Seringa Desc S/ Agulha 10cc - Bico Liso (SALDANHA RODRIGUES)	7	peça

COPIA
1º DE DEZ 2010
DESEMPENHO
DE SEGUROS

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

988.871

DATA DE EXPEDIENTE 05/10/09

NOME ANTONIO FLORIANO DE SOUSA

RELACAO MARIA REDUZINA DE SOUSA

NACIONALIDADE OTACILIO CARNEIRO DE SOUSA

UNIAO-PI

DOC. ORIGINAL CERT. CASAM. 5569 L 817 F 244

EXP. TERESINA-PI 06/07/88

347.229.123-00

LEI Nº 7.116 DE 25/06/66 - Art. 1º, inciso II

DATA DE NASCIMENTO 26/01/1968

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

Antônio Floriano de Sousa

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO: 149.828 DATA DE: 09/01/19
 CÍVIL: Expediente

NOME: JOÃO FRANCISCO GOMES DA CUNHA

ENDEREÇO: IRACEMA CUNHA SILVEIRA
 JOAQUIM GOMES SILVEIRA

NATURA: INADIF DATA DE NASCIMENTO: 04/10/1954
 JOSÉ DE FREITAS-PI

CPF: 117.246.143-72
 CERT. CASAM. 5387 L 14BAUX. E 1
 EXP TERESINA-PI 17/12/93

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
 SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
 INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

ASSINATURA DO TITULAR: João Francisco Gomes da Cunha

CARTEIRA DE IDENTIDADE