

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"



CARTEIRA DE IDENTIDADE

Carlos Eduardo Pereira de Araujo

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.722.876 DATA DE EXPEDIÇÃO 09/03/12

NOME CARLOS EDUARDO PEREIRA DE ARAUJO

FILIAÇÃO ALDOMIRA MACHADO DE ARAUJO PEREIRA JOSÉ PEREIRA FILHO

DATA DE NASCIMENTO 13/11/1986

ANGICAL DO PIAUÍ-PI

CERT. CASAM. 1146 L 4 F 223

EXP SÃO GONÇALO DO PIAUÍ 16/05/07

028.991.333-06 ASSINATURA DO DIRETOR

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

[Handwritten Signature]

MEDICINA CORRETORA DE SEGUROS

Recebido em: 12/03/12

Cartão Nacional de Saúde - CNS

Sr. CARLOS EDUARDO PEREIRA DE ARAUJO,

Parabéns! Seus dados já constam no Sistema Único de Saúde - SUS.

Informe, seu número de CNS quando usar a rede do Sistema Único de Saúde - SUS.

Recorte o Cartão abaixo e use-o normalmente. Ele vale em todo o território nacional.

Cartão do Usuário

SUS

Cartão Nacional de Saúde

Sistema Único de Saúde

CARLOS EDUARDO PEREIRA DE ARAUJO

Data Nasc.: 13/11/1986 Sexo: M

700 0062 5938 2000

VALE EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

SUS

frente

verso

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	028.991.333-06	CARLOS EDUARDO PEREIRA DE ARAÚJO	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
CARLOS EDUARDO PEREIRA DE ARAÚJO		028.991.333-06	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
RECUSO	AV. MAUDEL LUIS FERREIRA	489	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
URBANO	SANTO ANTONIO DOS MILAGRES	PI	64438000
E-mail:	Tel. (DDD):		
	86.99905 4014		

DADOS CADASTRAIS

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

REDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3824 CONTA: 21581

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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.

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.

Pelo 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 de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DOCTO Q...
MEDICINA CORRETORA DE...
Recebido em: 17/03/19

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
 Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: TERESINA - PI - 07 MARÇO 2019.
 Nome: CARLOS EDUARDO PEREIRA DE ARAÚJO
 CPF: 028.991.333-06

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: _____
 2º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**



[Signature]
CAIXA CORRETORA DE SEGUROS
Rebido em: 11/03/19

WUT

Sinbre

JD: 54122
AUT: 438221850

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome (sem abreviações) Carlos Eduardo Pereira de Araújo
Data de Nasc. 13/11/1986
Filiação: MÃE (sem abreviações) Aldemira de Araújo Pereira
PAI (sem abreviações) José Pereira Filho
Sexo: Masc (X) Feminino () Raça/Cor: _____ Telefone () _____
Endereço completo Av. Manoel Luís Ferreira CEP 64438000
Bairro Zona rural Município Santo Antônio Nº 713
Nacionalidade: Brasileira _____ Munc. do Nascimento: _____ IBGE MUN: _____ UF: _____

DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA

POSSUI CNS- CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE: () SIM () NÃO Nº _____
() RG Nº 2722.876 ÓRGÃO EMISSOR: SSPPS DATA EMISSÃO 09/03/12
() CPF Nº: _____ CERTIDÃO TIPO: () NASCIMENTO () CASAMENTO
Nº. ORDEM _____ LIVRO: _____ FOLHA: _____ DATA EMISSÃO _____
NOME DO CARTÓRIO: _____
CARTEIRA DE TRABALHO Nº: _____ SÉRIE: _____ DATA EMISSÃO: _____
MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS Recebido em: 11/03/18

Histórico Clínico:

Paciente vítima de acidente de auto, com fratura exposta de fêmur / fíbula D. O mesmo encontra-se alcoolizado e no momento estável
PA = 110 x 60 mmHg / GC = 105 mg/dl

Exames Físicos:

Hipótese Diagnóstica:

Fratura exposta / Pte alcoolizado

Tratamento Solicitado

Regulou com urgência para o WUT -
liberado a 23:58h -> Transfiro com urgência

São Pedro do Piauí (PI), 30/11/2018

Dr. Brício Barbosa
GERAL

Dr. Nazare Brício Barbosa
CLÍNICA GERAL

+ Geyson Ricardo Pereira de Araújo

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 64040-740/0001-00 (Insc. Estadual: 18.201.383-5)
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Símbolo S-1
Regime Especial de Impostos autorizado pela SEFAZ/PI nº 00/08

Nº da Nota Fiscal 015953760

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pelo Lei nº 11.438 de 26 de abril de 2012.

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JANEIRO/2019	11-01-2019	102	102,65

ALDONIRA MACHADO DE A PEREIRA
R. MIGUEL E FERREIRA 713 713 B-URBANO
CPF: 112.1023830353
GEP: 64.438-000 - SANTO ANTONIO DOS NEGRAS

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	9131	Atual:	04/01/2019
Anterior:	9029	Anterior:	06-12-2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	05-02-2019
Consumo Medido:	102	Emissão:	03-01-2019
Consumo Faturado:	102	Apresentação:	04-01-2019
NORMA		29	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Uso	Número Medidor	Plano	Código Pat.	Mês 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A305578		1.1.1.1	105

HISTÓRICO DE CONSUMO		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/Ano	Consumo (kWh)		
DEZ/18	105	CONSUMO	102 A R\$ 0,862958 = 88,02
NOV/18	127	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	14,63
OUT/18	125		
SET/18	117		
AGO/18	102		
JUL/18	95		
JUN/18	98		
MAI/18	94		
ABR/18	92		
MAR/18	164		

[Assinatura]
DIDA CORRETORES DE SEGUROS
Eduardo: 11/03/19

MENSAGENS IMPORTANTES - PRAZO DE VENCIMENTO	
Mes/Ano	Valor R\$
12/2018	108,08

LIGUE 0800 036 0300 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	18,37	Base de Cálculo:	88,02
Energia:	35,48	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	6,00	Valor do ICMS:	19,36
Encargos:	3,73	Valor do PIS:	0,89
Tributos:	24,39	Valor do COFINS:	4,14

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
Índice	12 meses	24 meses	36 meses	48 meses	60 meses	72 meses	84 meses
8,06	10,12	32,23	4,59	9,19	18,37	4,48	
0,00			0,00		0,00		

SAO PEDRO DO PIAUÍ 11/2018 37,04

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
0257069-6	102,65
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
01/2019	11-01-2019
Nº da Nota Fiscal:	015953760 FCAH

83670000001 8 02650017000 1 000000000257 6 06960119008 0



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JEYSON RICARDO PEREIRA DE ARAUJO,
 RG nº 2818583, data de expedição 02.02.2006.
 Órgão SSP PI, portador do CPF nº 034.382.683-61, com
 domicílio na cidade de SANTO ANTONIO DOS MILAGRES Estado de
PIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
AV. MANDEL LUIS PEREIRA, nº 489,
 complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima CAXIOS EDUARDO P. DE ARAUJO cujo o condutor era
O MESMO.

Veículo: MOTOCICLETA
 Modelo: HONDA/NXR150 BROS ES
 Ano: 2014
 Placa: PIB 7485
 Chassi: 9C2KD0550ER113355
 Data do Acidente: 30/NOVEMBRO/2018
 Local e Data: SANTO ANTONIO DOS MILAGRES - PI
08/03/2019

Jeyson Ricardo Pereira de Araujo
 Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Cartório Único
 Av. Mal. Castelo Branco, 278 - Centro
 São Gonçalo do Piauí - PI

RECONHECIMENTO DE FIRMA DE
Jeyson Ricardo Pereira de Araujo
 São Gonçalo do Piauí - PI
 Tabulação de Registro
 Matrícula Nº 3887372

Cartório Único de Registro e Notas
 Av. Mal. Castelo Branco, 278 - Centro
 São Gonçalo do Piauí - PI
 CEP - 64.435-000

[Assinatura]
 MEDADA CORRITURA DE SEGUROS
 Recebido em: 11/03/19

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	028.991.333-06	CARLOS EDUARDO PEREIRA DE ARAÚJO.	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
CARLOS EDUARDO PEREIRA DE ARAÚJO.		028.991.333-06	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
RECUSO.	AV. MAIDEL LUIS FERREIRA.	489.	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
URBANO.	SANTO ANTONIO DOS MILAGRES	PI	64438000
E-mail:	Tel.(DDD):		
	86.99905 4014		

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR	☐ ATÉ R\$1.000,00	☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA	☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)		Nome do BANCO: _____	
AGÊNCIA: 3824	CONTA: 21581	AGÊNCIA:	CONTA:
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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.

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.

Pelo 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 de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com 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

Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos: Falecidos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)?
		☐ Sim ☐ Não
		Vítima deixou pais/avós vivos?
		☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data, TEXEIRA - PI - 07 MARÇO 2019.

Nome: CARLOS EDUARDO PEREIRA DE ARAÚJO

CPF: 028.991.333-06

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Carlos Eduardo Pereira de Araújo
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Rio de Janeiro, 14 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190186818

Vítima: CARLOS EDUARDO PEREIRA DE ARAUJO

Data do Acidente: 30/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CARLOS EDUARDO PEREIRA DE ARAUJO

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

Rio de Janeiro, 28 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190186818

Vítima: CARLOS EDUARDO PEREIRA DE ARAUJO

Data do Acidente: 30/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CARLOS EDUARDO PEREIRA DE ARAUJO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: CARLOS EDUARDO PEREIRA DE ARAUJO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000003827

Conta: 0000021581-0

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



MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS

Recebido em: 11/03/19



FisioWand

CARLOS EDUARDO PEREIRA DE ARAUJO

LAUDO PARA DPVAT

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO EM 01/12/18, COM DIAGNOSTICO DE FRTURAS NO TERÇO MEDIO DA TIBIA, OU SEJA FRAGMENTADA NA TIBIA E TRANSVERSA NA FIBULA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, REALIZOU TRATAMENTO CONSERVADOR COM A PRESENÇA DE FIOS METALICOS E DE FIXADOR EXTERNO NA TIBIA, O PACIENTE FOI SUBMETIDO AO TRATAMENTO FISIOTERAPEUTICO, COM O OBJETIVO DE ALIVIA-DORES E MELHORAR MOBILIDADE FUNCIONAL.

APRESENTOU ROLIO-X (EXAME) ONDE CONSTA FRTU-RA EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, E DE ACORDO COM O EXAME CINÉSIOLOGICO FUNCIONAL, APRES-NTA DE BILIDADE FUNCIONAL COM SEQUELA DE 70% DO SEGMENTO FRTURADO, ASSOCIADO A FORTES DORES. O MESMO ENCONTROU-SE DE ALTA

CID10-S82.2 S82.4


Jorge da Silva Rodrigues
Fisioterapeuta
CREFITO 161067-7

FisioWand - Fisioterapia E Acompanhamento Ocupacional.

Endereço: Quadra 8, Lote 1, casa B. Tel. 086 9 9814 9002**

Promorar, Teresina - Piauí

Jorge da Silva Rodrigues

Fisioterapeuta

CREFITO 161067-7



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

UNIC

Nome

Buco SV

SUS SUS

Limpo gentl OK

BOLETIM DE ENTRADA - BE

NMEG
04/12/18

11:00

Imp: 01/12/2018 04:00:12

(User: FLAVIA MENDES)

(Estação: RECEPCAO01)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: CARLOS EDUARDO PEREIRA DE ARAUJO		Prontuário: 175822
Mãe: ALDOMIRA MACHADO ARAUJO PEREIRA	Pai: JOSE PEREIRA FILHO	
End.Resid.: CHAPADA DO GENESIO - ZONA RURAL - SANTO ANTONIO DOS MILAGRES - PI - CEP: 64438-000		
Nascimento: 13/11/1986	Idade: 32a0m18d	Sexo: Masculino Fone: 86-99520-8229
Responsável: GEISO RICARDO	CNS: 160461210280007	CPF: 028.991.333-06
Profissão: LAVRADOR	E.Civil: Casado	Re: 212280-06
G. Instrução: Não informado	CID Secundário: V299	
End.Local.: - - -	EXAME: CROMOSOMAS	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 696145	Data: 01/12/2018 03:57:50	Condução: AMBULANCIA UNIDADE DE
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		
Acid.Trab.: Não	Trajetos?: Não	Típico: Não
Convênio: S U S		

DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de acidente motociclístico há 4 horas, chega em de capacete. fez ingestão de bebida alcoólica. Voz rouca, afonia, dispnéia, ortoréia. A) Visão ocular preservada, sem lesões pupilares e pupilares rígidas. B) MV + bt, sem RA. SaO2: 98%. C) BUEFR, 27, 55. Abdomen: sem sinais de peritonite. Tempo de enchimento capilares < 2s. Pulso estável. D) Glândulas: 15, papilas fotossensíveis e inóculas. E) Lesões na face.

PA: X mmHg	Pulso: 100 bpm	FC: bpm	Temp.: °C
Diagnóstico Inicial:			CID:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Solicito exame de coxa, joelho, e perna p. TC de coxa e joelho. Parar de beber, ORTO, BUCO. Exames de Coxa Unipar após RX

ALTA:	() Melhorado () Administrativa () Retorno () Transferência
() Curado () Por Indisciplina	() Retorno () Transferência
() Inalterado () Por Evasão	() Retorno () Transferência
() A Pedido	() Retorno () Transferência
DESTINO:	RAIO-X REALIZADO
() Até 24 Hs () Família	DATA SAÍDA: 01/12 HORA: 18
ÓBITO:	() Internação na Unidade
() De 24 a 48 Hs () IML	Proced. Solicitado: Sm
() Após 48 Hs () Anat. Patol	CID Compatível:
Prof. Solicitante Internação:	

Assinatura Paciente ou Responsável

RECIBO MEDICINA CORRETORA DE SEGUROS
11/03/19

Carimbo- Assinatura Profissional - SE

Dr. José Luiz T. Ferreira Luz

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Imp: 01/12/2018 04:00:12
(FLAVIA MENDES)

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

Nome: CARLOS EDUARDO PEREIRA DE ARAUJO		Prontuário: 175822
Mãe: ALDOMIRA MACHADO ARAUJO PEREIRA	Pai: JOSE PEREIRA FILHO	
End.Resid.: CHAPADA DO GENESIO - ZONA RURAL - SANTO ANTONIO DOS MILAGRES - PI - CEP: 64438-000		
Nascimento: 13/11/1986	Idade: 32a0m18d	Sexo: Masculino Fone: 86-99520-8229
Responsável: GEISO RICARDO	CNS: 160461210280007	
Profissão: LAVRADOR	Documento: CPF: 028.991.333-06	
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Casado(a)	
End.Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 696145	Data: 01/12/2018 03:57:50	Clas. Cor: Indefinido
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 01/12/18 04:59	ESPECIALISTA: Ortopedia
MOTIVO DA SOLCITAÇÃO: Do, punho e dedo da - pessoa D. Wernovazulh OK Rx: fratura tibia cp: Retornos e ad artopedi- pro Liberação de Wernovazulh, Carimbo/Assinatura Solicitante	
DADOS DO PARECER: Data/Hora: _/_/_ : _ e Bme	
Dr. Cláudio Nogueira Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 3321 CRM-MA 9337 580712681 Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: _/_/_ : _	ESPECIALISTA: Ortopedia
MOTIVO DA SOLCITAÇÃO: Loos S/trauma c/CPA no punho Carimbo/Assinatura Solicitante	
DADOS DO PARECER: Data/Hora: _/_/_ : _	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente Carlos Eduardo Pereira de Araújo
Diagnóstico pré-operatório Lesão exposta do tendão D + patela D
Operação - Tipo Ampliação crônica + fixação externa do tendão D
Cirurgião Dr. Marcos Vitor Marcos Vitor P. de Carvalho Filho
Ortopedista
Traumatologia
CRM 114792
3º Assistente
Anest. Arad.
2º Assistente
Instrumentador(a) Jura Anestesista Dr. Marcelo Anestesia Raque

Anestésico(a)
Data da Operação 01.12.18 Início Fim
Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- ① Placenta em DDH sob requemimento
- ② Amplexo + corpos crônicos extirpados
- ③ Ampliação fenda em perna D; lavagem com SF 0,1% de fendas
em perna e joelho D + desbridamento de partes molles; realização
desinserção medial de quadríceps à patela e renovação da conexão de tendão
- ④ Montagem de fixador externo linear em tendão D por acesso
percutâneo
- ⑤ Sutura + curativo estéril
- ⑥ RLA



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FMS
Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

DATA 01 / 12 / 18

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

NOME DO PACIENTE: Carlos Eduardo P. de Araújo PRONTUÁRIO Nº: 175822

DIAGNÓSTICO: Fratura exposta de tíbia D

CIRURGIA: LMC + Drenagem

ANESTESIA: Raqui

Nº DA SALA: 05

CIRURGIÃO: Dr. Marcos Vitor

Marcos Vitor P. Carvalho Filho
Traumatologia Ortopédica
CRM-PI 4792 TEOT 12501

CPF Nº:

AUXILIAR: Arad.

CPF Nº:

ANESTESIA: Dr. Marcelo

CPF Nº:

INSTRUMENTADORA: Jua

CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI nº 24	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	-		LUVA Nº 7.0	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	-		LUVA Nº 7.5	PAR	04	
AGULHA RAQUE nº 25	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	08	
ALCOOL 70%	ML	300		PVPI DE GERMANTE	ML	300	
ALGODÃO	BOLA	03		PVPI TÓPICO	ML	150	
ÁGUA OXIGENADA	ML	120		PVPI TINTURA	ML	.	
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	.	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	.		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	15		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.	.		SERINGA 3CC	UNID.	.	
FORMOL	ML	.		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	10	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.	.	
JELCO Nº	UNID.	.		Oxars	04	.	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA	Butuado	05	
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Cupom	04		
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 2.0	1111						
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:	c.c		
VICRYL				CIRCULANTE:	layana		
PROLENE							



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA
DE PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	228051

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: CARLOS EDUARDO PEREIRA DE ARAUJO	6 - Prontuário: 175822		
7-CNS: 160461210280007	8-Nascimento: 13/11/1986	9-Sexo: Masculino	CPF: 028.991.333-06
-Mãe: ALDOMIRA MACHADO ARAUJO PEREIRA	12-Fone: 86-99520-8229		
13-Resp: GEISO RICARDO	14-Fone: 86-99520-8229		
15-End: CHAPADA DO GENESIO - ZONA RURAL - CEP: 64438-000			
16-Munic: SANTO ANTONIO DOS MILAGRES	17-Cod.IBGE: 220945	18-UF: PI	19-CEP: 64438-000

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip. 0408050500	30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA	
31-Cod.Procedi- mento Especial 0702030406	32 - Descrição do Procedimento Especial: FIXADOR EXTERNO LINEAR	Quant. Soli- cidata: 1
Fornecedor da OPM: PIMMES		

38-Profissional Responsável: MARCOS VITOR PEREIRA DE CARVALHO FILHO	40-Tp. Documento: CPF	Marcos Vitor P. de Carvalho Filho Traumatologia Ortopédica CRM 14792 TEOT 12501
39-Data Solicitação: 01/12/2018	40-No.Doc. Med. Solic.: 887.204.893-15	
		41-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Neurólise de fixação externa de perna D

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: / /	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		
		49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: / /	52-CNS/CPF:
		53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

(ANTONIO EURIVAN)

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

PACIENTE - Nome: Carlos Eduardo Pereira de Araujo

Nº AIH: 228051

Nº do Prontuário: 175822

Data da Internação: / /

Procedimento Médico Realizado: 0408050500

Indicador de Compatibilidade: 0702030406

MÉDICO RESPONSÁVEL - Nome: Dr. Marcos Vitor

CRM Nº

CPF Nº

Marcos Vitor P. de Carvalho Filho
 Traumatologia Ortopédica
 CRM-PI 4752 TEOT 12501

DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL: 01/12/18 **DATA DA ALTA:** / /

Código Ropm Nº	DESCRIÇÃO DO MATERIAL (Nome, Espécie, Modelo, Tipo, Nº de Série, Etc...)
Cx - 116	01 fixador externo linear
	04 pinos de changes
	02 hastes de 400
	08 conectores simples

Comunicamos ao Fornecedor acima que utilizamos o (s) material (is) aqui discriminado do paciente retro citado.

Teresina 01 de dezembro de 2018
 Nome do Hospital: HUT Zenon Rocha

C.N.P.J:

Assinatura:

Cargo:

Nome: Amália



FICHA DE ANESTESIA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANESTESIA

Nome: Carlos Eduardo Pereira de Araújo Sala: 05 Alergia: Nega Data: 01/12/18
Procedimento: Fratura de tíbia - fixação Cirurgião: Marcos Victor Observações:

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 Bupivacaína pesada	13mg												
2 Fentanil	20µg												
3 Morphina	80µg												
4 Cefazolina	2g												
5 Ranitidina	50mg												
6 Dipirona	2g												
7 Decadron	10mg												
8 Cetoprofeno	100mg												
9 Efedrina	20mg												
10													
11													
12													
13													
Oxigênio													
AR/N2O													
Volatil	%												

Acesso Vascular
• Periférico PRÉVIO
Cat. Venoso nº G
o Dificuldade aces. venoso
Gastos cateteres
o Central

Via Aérea
o Cateter nasal
o IOT nº
o LMA nº

Monitorização:
• Cardioscopia
• PANI
• Oxímetro de pulso
o ETCO2
o Outros

Anestesia:
o Geral Venosa
o Geral Balanceada
• Raquianestesia
o Peridural
o Bloqueio Periférico
o Outros

Decúbito: Dorsal

RE — RE — RE

SPO2 (%) 99% — 99% — 99%

ETCO2 (mmHg)

Aces. Venoso (SF) (RL)

Diurese

Perdas Sanguíneas

Descrição da Anestesia: Monitorização + ventilação de volume. Anestesia + antispasmodia. Raquianestesia, punção mediana única entre L3-L4, Ag 27GQ; LCR límpido, sem intercorrências. A SRPA acordado estável.

Dr. Marcelo G. Oliveira
Anestesiologista
CRM-PA: 4646
Anestesiologista



HOSI AL DE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Kalina

NOME DO PACIENTE		PROTÓTIPO	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
Cidely Eduardo Pereira de Almeida		145822	Ortopédica	237	EXT.	
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA			HORÁRIOS	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	OBSERVAÇÕES
01/12/18	As 3 medicações de rotina + Titular D					
1	DIETA ORAL LIVRE APÓS EFEITO ANESTÉSICO					
2	SF 0,9% 500 ML EV 7 GTS/ MIN	Visto Nutricionista Adriana Maria Chiffa				
3	CEFALOTINA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6H					
4	GENTAMICINA 240MG + 200 ML SF 0,9% EV 1X/DIA					
5	PLASIL 01 AMP + AD EV 8/8 H SN					
6	RANITIDINA 50 - 1 AMP + AD EV 12/12H					
7	TRAMAL 100 MG + 100 ML SF 0,9% EV 8/8 H SN					
8	DIPIRONA 1G - 1/2 AMP + AD EV 6/6 H					
9	TENOXICAM 20 MG - 01 AMP + AD EV 12/12 H					
10	CURATIVO					
11	CCGG + SSV					
12	Clarex 40 mg SC 1X/dia					
ACORDADA ANTIBIOTICOTERAPIA + FIXAÇÃO DEFINITIVA						



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente *Carlos Eduardo Pereira de Araújo*
Diagnóstico pré-operatório *fx de fêmur D A*
Operação - Tipo *Redução cirúrgica + fixação externa Biplan*
Cirurgião *Celso Antônio Mendes Coimbra* 1º Assistente *[assinatura]*
2º Assistente *[assinatura]* 3º Assistente *[assinatura]*
Instrumentador(a) Anestesista Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- ① Paciente em decúbito dorsal sob rotação externa.
- ② Anestesia + Antimigra + aplicação de fôlego Exter.
- ③ Fêmur em fêmur D.
- ④ Redução cirúrgica.
- ⑤ fixação externa Biplan.
- ⑥ Sutura.

[assinatura]
Celso Antônio Mendes Coimbra
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI: 3915 TEOT: 13135

[assinatura]
Dr. Ricardo Valença
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 3766 TEOT: 11305

**FMS****Fundação Municipal de Saúde****PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA**

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 05/12/18NOME DO PACIENTE Carlos Eduardo Pereira de Araújo PRONTUÁRIO Nº: 175822

DIAGNÓSTICO: _____ CIRURGIA: _____

ANESTESIA: _____ Nº DA SALA: 05

CIRURGIÃO: _____ CPF Nº: _____

AUXILIAR: _____ CPF Nº: _____

ANESTESIA: _____ CPF Nº: _____

INSTRUMENTADORA: Maria José CPF Nº: _____**MATERIAL DE CONSUMO**

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<u>02</u>		LÂMINA DE BISTURI <u>nr 24</u>	UNID.	<u>01</u>	
AGULHA 30X8	UNID.	<u>01</u>		LUVA Nº <u>8.0 e 7.0</u>	PAR	<u>04</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>02</u>		LUVA Nº <u>8.5</u>	PAR	<u>02</u>	
AGULHA RAQUE	UNID.	<u>01</u>		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>06</u>	
ALCOOL 70%	ML	<u>300</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>300</u>	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	<u>150</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML	<u>200</u>		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	<u>06</u>		SERINGA 20CC	UNID.		
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.	<u>01</u>	
ESPARADRAPO	CM	<u>80</u>		SERINGA 5CC	UNID.	<u>01</u>	
ESCALPE <u>cupom</u>	UNID.	<u>04</u>		SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO <u>1.000</u>	FRASCO	<u>03</u>	
GASES	PAC.	<u>04</u>		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			<u>eletrodos</u>	"	<u>05</u>	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON <u>2-0</u>	<u>03</u>						
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>Geremias</u>			
PROLENE							



FICHA DE ANESTESIA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANESTESIA

Nome: Carlos Eduardo P. de Araújo Sala: 5 Alergia: - Data: 11/12/18
Procedimento: Liquorotomia torácica (D) Cirurgião: Alto Observações: -

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 Barbiturato pundo	01	15											
2 Morfina	01	100											
3 Propofol	02	3											
4 Halotano	01	10											
5 Dexameetazone	01	10											
6 Dipiridina	02	3											
7 Etomidato	01	100											
8 Pilocarpina	01	10											
9 Midazolam	01	5											
10													
11													
12													
13													
Oxigênio													
AR/N2O													
Volatil	%												

Acesso Vascular

- ☒ Periférico MSN
Cat. Venoso nº 20G
☐ Dificuldade aces. venoso
Gastos cateteres
☐ Central

Via Aérea

- ☒ Cateter nasal
☐ IOT nº
☐ LMA nº

Monitorização:

- ☒ Cardioscopia
☒ PANI
☒ Oxímetro de pulso
☐ ETCO2
☐ Outros

Anestesia:

- ☐ Geral Venosa
☐ Geral Balanceada
☒ Raqui-anestesia
☐ Peridural
☐ Bloqueio Periférico
☐ Outros

Decúbito: 25H

SPO2 (%)	99	97	99	99	99
ETCO2 (mmHg)					
Aces. Venoso					
Aces. Venoso					
Diurese					
Perdas Sanguíneas					

Descrição da Anestesia: 1) Locomoção pref. + camo anest. 2) Monitorização 3) Sedação (item 1) 4) Raqui-anestesia 5) ATB + Sintetização 6) Ex s/p inter. 7) Ex s/p inter.

Dr. Henrique Rocha
Médico Anestesiologista
CRM-PI: 4507 RQE 72811



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **CARLOS EDUARDO PEREIRA DE ARAUJO** (Prontuário: 175822)
Endereço: CHAPADA DO GENESIO - ZONA RURAL - SANTO ANTONIO DOS MILAGRES - PI CEP: 64438-000
Nascimento: 13/11/1986 Idade: 32a0m18d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 696145
Requisição: 896943 Solicitação: 01/12/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1112586 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 01/12/2018

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano canto-meatal.

RELATÓRIO:

- PARENQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- CISTO ARACNÓIDE NA FOSSA CRANIANA MÉDIA DIREITA, MEDINDO 3,6 x 1,4 CM.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 01/12/2018

RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS

CPF: 940.719.343-87 CRM 3645

Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **CARLOS EDUARDO PEREIRA DE ARAUJO** (Prontuário: 175822)
Endereço: CHAPADA DO GENESIO - ZONA RURAL - SANTO ANTONIO DOS MILAGRES - PI CEP: 64438-000
Nascimento: 13/11/1986 Idade: 32a0m18d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 696145
Requisição: 896943 Solicitação: 01/12/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1112586 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 01/12/2018

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano canto-meatal.

RELATÓRIO:

- PARENQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- CISTO ARACNOÍDE NA FOSSA CRANIANA MÉDIA DIREITA, MEDINDO 3,6 x 1,4 CM.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 01/12/2018

RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS

CPF: 940.719.343-87 CRM 3645

Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **CARLOS EDUARDO PEREIRA DE ARAUJO** (Prontuário: 175822)
 Endereço: CHAPADA DO GENESIO - ZONA RURAL - SANTO ANTONIO DOS MILAGRES - PI CEP: 64438-000
 Nascimento: 13/11/1986 Idade: 32a0m18d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 696145
 Requisição: 896945 Solicitação: 01/12/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 1112587 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 01/12/2018

T.C. DE FACE

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE AQUISIÇÃO HELICOIDAL E RECONSTRUÇÕES COM 3MM DE ESPESSURA E 3MM DE INCREMENTO, EVIDENCIOU:

- AUMENTO DE VOLUME DAS PARTES MOLES EM HEMIFACE DIREITA.
- ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEAS CONSERVADAS.
- DISCRETO ESPESSAMENTO DO REVESTIMENTO MUCOSO FRONTO-ETMOIDAL À DIREITA E MAXILO-ESFENOIDAL BILATERAL.
- COANAS PERMEÁVEIS.
- NASOFARINGE DE ASPECTO ANATÔMICO.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 01/12/2018

RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS

CPF: 940.719.343-87 CRM 3645

Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Pág: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **CARLOS EDUARDO PEREIRA DE ARAUJO** (Prontuário: 175822)
Endereço: CHAPADA DO GENESIO - ZONA RURAL - SANTO ANTONIO DOS MILAGRES - PI CEP: 64438-000
Nascimento: 13/11/1986 Idade: 32a2m11d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 696145
Requisição: 896938 Solicitação: 01/12/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1112581 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 01/12/2018

PERNA DIREITA

O estudo radiológico da perna direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Fratura cominuta no terço médio da tíbia.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 24/01/2019

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727
Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Pág: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **CARLOS EDUARDO PEREIRA DE ARAUJO** (Prontuário: 175822)
Endereço: CHAPADA DO GENESIO - ZONA RURAL - SANTO ANTONIO DOS MILAGRES - PI CEP: 64438-000
Nascimento: 13/11/1986 Idade: 32a2m21d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 696145
Requisição: 897004 Solicitação: 01/12/2018 Solicitante: MARCOS VITOR PEREIRA DE CARVALHO FILHO
Controle: 1112667 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060095

Data Exame: 01/12/2018

BACIA PA

O estudo radiológico da bacia foi realizado na incidência em PA, os seguintes aspectos observados:

- Extremidades ósseas e superfícies articulares sem anormalidades.
- Interlinhas articulares preservadas.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 04/02/2019

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **CARLOS EDUARDO PEREIRA DE ARAUJO** (Prontuário: 175822)
Endereço: CHAPADA DO GENESIO - ZONA RURAL - SANTO ANTONIO DOS MILAGRES - PI CEP: 64438-000
Nascimento: 13/11/1986 Idade: 32a2m29d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 228339
Requisição: 898261 Solicitação: 05/12/2018 Solicitante: RICARDO SOARES VALENÇA
Controle: 1114458 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 237 EXTRA 001

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 05/12/2018

PERNA DIREITA

O estudo radiológico da perna direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Fraturas recentes alinhadas na diáfise dos ossos da perna, fragmentada na tíbia e transversa na fíbula.
- Presença de fios metálicos e de fixador externo na tíbia.
- Aumento de volume das partes moles.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 12/02/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável



DETRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 013227912740
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 01014684860 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2018

NOME
JEYSON RICARDO PEREIRA DE ARAUJO

CPF / CNPJ 03438268361 PLACA PIB-7485

PLACA ANT / UF CHASSI 9C2KD0550ER113355

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NENHUMA COMBUSTÍVEL ALCOOL/GAS

MARKA / MODELO HONDA/NDR150 BROS P.S. ANO FAB 2014 ANO MOD 2014

CAP / POT / cil 02P/0149CC CATEGORIA PARTICU COR PRD DOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1º IPVA

FAIXA LPVA. PARCELAMENTO / COTAS 2º PAGO 3º

PAGAMENTO (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO OBRIGATORIO

OBSERVAÇÕES

A/FID. ADMINISTRADORA DE CONS NAC HON
DOCUMENTO DE PONTOS OBRIGATORIO
NÃO VALIDO PARA TRANSFERÊNCIA

SANTO ANTONIO DOS MILAGRE 22/05/2018

WILSON LOPES
DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PI Nº 013227912740 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 22/05/2018

VIA 1 CPF / CNPJ 03438268361 PLACA PIB-7485

RENAVAM 01014684860 MARKA / MODELO HONDA/NDR150 BROS P.S.

ANO FAB 2014 CIL 02 9C2KD0550ER113355

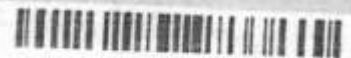
PRÊMIO TARIFÁRIO

000,00 (R\$) 000,00 (R\$) 000,00 (R\$)

000,00 (R\$) 000,00 (R\$) 185,50 (R\$)

X COTA ÚNICA PAGAMENTO PARCELADO 21/05/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 08.248.608/0001-04



Recebeu em: 11/03/10

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190186818 **Cidade:** Jardim do Mulato **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS EDUARDO PEREIRA DE ARAUJO **Data do acidente:** 30/11/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA DA PERNA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO MEMBRO INFERIOR DIREITO. (FIXADOR EXTERNO)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: LAUDO CIRÚRGICO: PÁGINA 05 06
RELATÓRIO MÉDICO: PÁGINA 18

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0080309/19

Vítima: CARLOS EDUARDO PEREIRA DE ARAUJO

CPF: 028.991.333-06

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 30/11/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CARLOS EDUARDO
PEREIRA DE ARAUJO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

CARLOS EDUARDO PEREIRA DE ARAUJO : 028.991.333-06

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 08/03/2019
Nome: CARLOS EDUARDO PEREIRA DE ARAUJO
CPF: 028.991.333-06

CARLOS EDUARDO PEREIRA DE ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/03/2019
Nome: JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO
CPF: 021.355.263-98

JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO



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



1356 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 273887.000007/2019-84

Unidade de Registro: DP DE AMARANTE

Resp. pelo Registro: Erico Mauriz Ramos

Data/Hora: 27/02/2019 - 10:31

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE JARDIM DO MULATO

Tipo Local

OUTROS

Município

JARDIM DO MULATO

Endereço

POVOADO MIMOSO, Nº:

Complemento

ZONA RURAL

Data/Hora

30/11/2018 - 23:00

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Ponto de Referência

PRÓXIMO AO POSTO DE GASOLINA

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: CARLOS EDUARDO PEREIRA DE ARAUJO

RG: 2722876 SSP PI

Mãe: ALDOMIRA MACHADO DE ARAUJO PEREIRA

Pai: JOSÉ PEREIRA FILHO

Endereço: RUA MANOEL LUIS FERREIRA, Nº 713

Complemento: CHAPADA DO GENESIO

Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Cidade: SANTO ANTÔNIO DOS MILAGRES

Telefone(s): 86-9487-9116

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

"DOCUMENTO ORIGINAL

MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS

Recebido em: 08/03/19

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

- 1 - Dirigir veículo automotor sem permissão ou habilitação (Art. 309 do CTB);
- 2 - Dirigir sob a influência de álcool ou substância análoga (Art. 306 do CTB);
- 3 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:	Modelo:	Ano:	Placa:	Chassi:	Renavam:	Cor:
1 - HONDA	NXR150 BROS ES	2014	PIB7485	9C2KD0550ER113355	01014684860	Preta

Conductor: CARLOS EDUARDO PEREIRA DE ARAUJO
RG: 2722876 Órgão: SSP UF RG: PI
End: RUA MANOEL LUIS FERREIRA Número: 713 Complemento: CHAPADA DO GENESIO
Cidade: SANTO ANTÔNIO DOS MILAGRES UF: PI Bairro: OUTROS - ZONA RURAL
Proprietário: JEYSON RICARDO PEREIRA DE ARAUJO
End: RUA MANOEL LUIS FERREIRA Número: 713
Cidade: SANTO ANTÔNIO DOS MILAGRES UF: Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

RELATO DA OCORRÊNCIA

O noticiante relata que no dia e por volta do horário supra citados, estava deslocando-se da Cidade de Jardim do Mulato (Povoado Mimoso, Zona Rural) para sua residência, em Santo Antonio dos milagres-PI, quando perdeu o controle da moto em uma curva, próximo a um posto de gasolina, devida à chuva, momento em que caiu ao solo, e a motocicleta caiu encima da sua perna direita; Que estava pilotando a motocicleta, acima descrita, e não possui CNH; Que chegou em Jardim do Mulato por volta das 19hrs e ficou conversando com uns amigos em um bar; Que ingeriu somente cerca de oito cervejas, com os seus amigos; Que acredita que essas oito cervejas não lhe deixou embriagado; Que o motivo que queda foi porque a pista estava molhada, e por isso o noticiante perdeu o controle da motocicleta, e não porque o noticiante estava embriagado; Que após o acidente foi socorrido por populares que chamaram a ambulância de Santo Antônio dos Milagres; Que foi levado ao Hospital Local Marcolino Barbosa Ribeiro, em São Pedro-PI, e depois encaminhado ao Hospital de Urgência de Teresina (HUT); Que o noticiante teve fratura exposta na perna direita, tendo que passar por uma cirurgia, na mesma; Que tanto na ficha de atendimento do Hospital Local Marcolino Barbosa Ribeiro, em São Pedro-PI, como no do H.U.T, constam que o noticiante estava alcoolizado; Era o que tinha noticiar.///////



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 273887.000007/2019-84

Erico Mauriz Ramos
Erico Mauriz Ramos - Mat. 3112772
AGENTE DE POLÍCIA

Carlos Eduardo Pereira de Araujo
CARLOS EDUARDO PEREIRA DE ARAUJO - Noticiante
Responsável pela Informação

Bel. Ottony Nogueira Neto
Delegado de Polícia
Matrícula: 272256-9

"DOCUMENTO ORIGINAL"
[Assinatura]
MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS
Recebido em: 08/03/19

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190186818 **Cidade:** Jardim do Mulato **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS EDUARDO PEREIRA DE ARAUJO **Data do acidente:** 30/11/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - FIXADOR EXTERNO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:
Observações:

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



CARTEIRA DE IDENTIDADE

Carlos Eduardo Pereira de Araujo

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.722.876 DATA DE EXPEDIÇÃO 09/03/12

NOME CARLOS EDUARDO PEREIRA DE ARAUJO

FILIAÇÃO ALDOMIRA MACHADO DE ARAUJO PEREIRA
JOSÉ PEREIRA FILHO

DATA DE NASCIMENTO 13/11/1986

ANGICAL DO PIAUÍ-PI

CERT. CASAM. 1146 L 4 F 223
EXP SÃO GONÇALO DO PIAUÍ 16/05/07

028.991.333-06 ASSINATURA DO DIRETOR

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

[Handwritten Signature]

MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS

Recebido em: 12/03/12

Cartão Nacional de Saúde - CNS

Sr. CARLOS EDUARDO PEREIRA DE ARAUJO,
Parabéns! Seus dados já constam no Sistema Único de Saúde - SUS.
Informe, seu número de CNS quando usar a rede do Sistema Único de Saúde - SUS.
Recorte o Cartão abaixo e use-o normalmente. Ele vale em todo o território nacional.

Cartão do Usuário

SUS

Cartão Nacional de Saúde

Sistema Único de Saúde

CARLOS EDUARDO PEREIRA DE ARAUJO

Data Nasc.: 13/11/1986 Sexo: M

700 0062 5938 2000

VALE EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

SUS

frente

verso