



Receituário

ATESTADO MEDICO

ANTONIO XAVIER DA SILVA

Atesto para os devidos fins que o paciente acima citado
Esta incapacitado para suas atividades laborativas por 30 dias
A contar desta data: 18/07 2018

Motivo: Pós OPERATORIO FEMUR DO T.R.U.

Caucaia: 26/07 / 2018

Dr. Paulo Sérgio M. Rocha
Ortopedia e Acupuntura
CRMICE: 5674 TEOT: 7.20

Alimente sua saúde
GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
MUNICIPAL DR. ABELARDO GADELHA DA ROCHA



Dr. Marcus Gadelha

Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia e Artroscopia do Joelho
CRM 10184 TEOT 12042

ATESTADO

NOME: **ANTONIO XAVIER DE SOUSA**

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE SUPRACITADO FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO NO DIA **11/01/2018**. **SOFREU FRATURA DE TÍBIA ESQUERDA**. PACIENTE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSO), SEGUIDO DE TRATAMENTO FISIOTERÁPICO. NO MOMENTO, PACIENTE ENCONTRA-SE DE ALTA DEFINITIVA, MAS PERSISTE COM **DOR RESIDUAL E EDEMA (PRINCIPALMENTE APÓS ESFORÇO FÍSICO)** DA PERNA E TORNOZELO ESQUERDO. **APRESENTA, AINDA, LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO ESQUERDO E DIFICULDADE DE FAZER ATIVIDADES DE MAIOR EXIGÊNCIA FÍSICA COM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO**. PACIENTE APRESENTA INCAPACIDADE FUNCIONAL DE 60% DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

DATA: 17/12/18

Dr. Marcus Gadelha
Ortopedia e Traumatologia
Artroscopia e Cirurgia do Joelho
TEOT 12042 - RQE - 5137
CRM 10184

Clínica Otomédica - Av. 13 de Maio, 1189 - Fátima - (85) 3304.7676
Hospital Uniclinic - Av. Aguanambi, 332 - José Bonifácio - (85) 3311.6000
Clínica Life - Rua Jerônimo Amaral, 86 - Centro - Caucaia - (85) 3242.5966
E-mail: marcus.hbgl@gmail.com



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 201 - 2004 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **28/02/2018 10:51:29**
Data / Hora da Ocorrência: **11/01/2018 10:28:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA CE 085**
Complemento: **ROTATÓRIA**
Bairro: **ITAMBÉ** Município: **CAUCAIA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ANTONIO XAVIER DE SOUSA**
Nascimento: **10/10/1979** CPF: _____
RG: **20081116548** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA DE JESUS FERREIRA**
NI
Endereço: **RUA SÃO JOSÉ, 461**
Bairro: **ITAPUAN**
Município: **CAUCAIA/CE** CEP: _____
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 8683-2318**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HWZ3436** Uf: **CE** Município: **CAUCAIA** Chassi: **9C2JC30103R275612** Renavam: **808450557** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 TITAN KS** Ano Fabricação: **2003** Ano Modelo: **2003** Combustível: **GASOLINA** Cor: **AZUL** Proprietário: **ANTONIO MARLEN DA SILVA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Que o declarante viajava na moto acima mencionado, de propriedade de um cunhado quando ao chegar na rotatória da CE 085, foi trancado por um veículo não identificado perdendo o controle da moto e caindo ao solo; Que na queda o declarante quebrou a perna esquerda; que o declarante foi levado para o hospital Municipal de Caucaia, onde recebeu tratamento médico. Que o declarante não possui carteira de habilitação; que no local não apareceu nenhuma viatura da polícia.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

JOSENILDO MOURA DE MENEZES - MAT.: 061369-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

CLADISTON SOUSA BRAGA - MAT.: 126877-1-0



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** prestou atendimento ao Sr. **ANTONIO XAVIER DE SOUSA**, portador do RG 2008111654-8 inscrito no CPF 010.100.563-60, no dia **11/01/2018**, às 10h28, no município de Caucaia/CE, na CE 085, vítima de colisão **moto com carro**, sendo encaminhado para o Hospital Municipal de Caucaia. E para constar eu, Ana Cristine Medeiros Silva Ana Cristine Medeiros Silva, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA.

Eusébio, 26 de Janeiro de 2018

Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **010.100.563-60**

Nome: **ANTONIO XAVIER DE SOUSA**

Data de Nascimento: **10/10/1979**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **22/01/2003**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **09:08:23** do dia **05/03/2018** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **5409.B6BA.155D.A437**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF"
(</Aplicacoes/SSL/ATCTA/CPF/ImpressaoComprovante/ConsultaImpressao.asp>).

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

3305675-7
Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima
sempre que entrar em contato conosco.

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

fls. 14

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | N° 509913784
Data de Emissão 19/01/2018
Rota 13 22000 14 091000 - 2
Nome ANTONIO MARLEN DA SILVA
End. Postal RU SAO JOSE 00085
PARQUE ITAPUAN - CAUCAIA -
Medidor 13609633
Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO
RG/CPF/CNPJ 018094983-76
Nome do Responsável
Poste 0000 C04N
Fator de Potência 0,00
CGF

DATAS
Mês de Referência Jan/2018
Data da Apresentação 19/01/2018
Previsão Próxima Leitura 19/02/2018

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto	Mês	CAUCAIA			EUSD 6,75		
		Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	5,43	10,06	21,73	0,17	0,00	0,00	0,00
FIC	3,36	6,72	13,45	1,00	0,00	0,00	0,00
DMIC	3,11			0,17			

ICMS
Base de Cálculo (R\$) ISENTO
Alíquota
Valor do Imposto

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

311A.870E.6553.9436.9F4E.544F.86CE.247D
INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fet.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
2323	2276	1,00	47	0,00	47	0,51327	24,12
30 DIAS							24,12
VALOR CONSUMO DO MES							24,12
SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO							-24,12

VENCIMENTO 26/01/2018

TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	11,31
Transmissão	1,13
Distribuição	2,66
Encargos Setoriais	1,34
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	1,34
TOTAL	24,12

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Mês	Jan	Feb	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Sep	Out	Nov	Dez
Consumo (kWh)	17	47	4	3	3	4	5	5	24	53	50	50

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido kg (CO₂) 20,31
Compensado kg (CO₂) 0,00

Consciência Ecológica (%CO₂)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

"PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE SEU NÚMERO DO CLIENTE SEGUIDO DO DÍGITO VERIFICADOR."
Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde, Gov. Federal
A ENEL AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

Consta desta fatura R\$ 1,34 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS: 1,68% e COFINS: 4,57%
(Art. 9º Res. 100-2005 - ANEEL e leis n. 10.637-02 e 10.833-03)

Nº do Cliente: 3305675-7
Data de Emissão: 19/01/2018
Nº da Nota Fiscal: 509913784

Referência: Jan/2018
Total a Pagar (R\$): 0,00
Nº de Controle: 0003305675 00130 39422 57

PARA CONFERENCIA: Esta fatura por ter valor inferior ao mínimo para cobrança, não necessita pagamento. Assim, este valor será acrescido na próxima fatura mensal sem qualquer incidência de multas ou encargos.

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de prova, na forma e sob as penas da lei que eu Antonio Xavier de Sousa, inscrito(a) no CPF número 010.100.563-60, Registro Geral de número _____, resido em propriedade localizada na Rua: São José, Nº 85, Parquetapueron, na cidade de Caucaia, no estado de ce, onde moro desde _____, e recebo correspondências.

Declaro ainda, estar ciente de que a falsidade da presente declaração pode implicar na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Caucaia - ce, 01 de fevereiro de 2018.

Antonio Xavier de Sousa
DECLARANTE

DECLARAÇÃO
(LEI Nº 1.060/50)

NOME: <u>Antônio Xavier de Sousa</u>		
NACIONALIDADE: <u>Brasileiro</u>	ESTADO CIVIL: <u>Casado</u>	
PROFISSÃO: <u>Pedreiro</u>	DATA DE NASCIMENTO: <u>10/10/1979</u>	
C.P.F.: <u>010.100.563-60</u>	R.G.: <u>20081116548</u>	
ENDEREÇO: <u>São José, 85</u>		
BAIRRO: <u>Parque Itapuan</u>	CIDADE: <u>Caucaia</u>	U.F.: <u>Ce</u>
C.E.P.: <u>61.606-610</u>	FONE:	

A pessoa acima qualificada, declara para os devidos fins de direito e sob as penas da Lei que não possui condições financeiras de arcar com as custas processuais, sob pena de prejuízo da manutenção própria e da própria família, nos termos do art. 5º, LXXIV, e na Lei nº 1.060/50 e alterações supervenientes.

Caucaia - ce, 01 de Setembro de 2019.

Antônio Xavier de Sousa

Declarante

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de prova, na forma e sob as penas da lei que eu Antonio Xavier de Sousa, inscrito(a) no CPF número 010.100.563-60, Registro Geral de número 20081116548, resido em propriedade localizada na Rua: São José, Nº 85, Parque Itapuan, na cidade de Caucaia, no estado de Ce, onde moro desde _____, e recebo correspondências.

Declaro ainda, estar ciente de que a falsidade da presente declaração pode implicar na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Caucaia - Ce, 01 de Fevereiro de 2018.

Antonio Xavier de Sousa
DECLARANTE

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome: <u>Infância Xavier de Sousa</u>		Nº Reg.	
Data da Cirurgia <u>17/07/18</u>	Enf.	Leito	
Cirurgião <u>Dr. Príncipe</u>	1º Auxiliar	<u>Dr. André</u>	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesista <u>Dr. Pin Wagner</u>	Tipo Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório <u>Fratura na perna E</u>			
Tipo de Operação <u>Osteossíntese</u>			
Diagnóstico Pós-Operatório			
Relatório Imediato do Patologista			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente durante a Operação			
DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO Via de Acesso - Tático e Téc. Ligaduras Drenagem - Sutura Material Empregado - Aspecto - Visceras - Anestesia da MIE - Aparição dos campos - Incisão antero-lateral na perna E - Redução da fratura, alinhamento na perna E, que foi fixada com placa DEP de 8 pinos, mais 6 para pinos corticais para - Suturas por planos - Curativo			

Nº 61

Dr. Josafá Fernandes
Traumato-Ortopedista
CREMEO-5853 CFE-362.854.723-14



SUS

Sistema Único da Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - A.I.H.

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL MUNICIPAL DR. ABELARDO
GADELHA DA ROCHA

4 - CNES

Identificação do paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Antônio Xavier de Jesus

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

29604

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

707806633637360

8 - DATA DE NASCIMENTO

10/10/79

9 - SEXO

Masc. ☒

Fem. ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Maria de Jesus Ferreira

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

85864311938

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

200 José N. 463 Itapuan

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Caucaia - CE

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

2303706

15 - UF

CE

16 - CEP

60000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com fraturas
abertas de perna

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Risco de amputação

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

Raio X + Ressonância

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura aberta de perna

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Redução e fixação

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
Cyndel Santos Freitas
Traumatologista - Ortopedista
CREMEC 7481 RQE 2594 SBOT 8961

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
16/04/18
32 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
Cyndel Santos Freitas
Traumatologista - Ortopedista
CREMEC 7481 RQE 2594 SBOT 8961

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A EVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

25/01/18

48 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

Dr. Vanderlan Fe
Médico Auditor
CRM 6242
CPF 472.553.077

CENTRO DE IMAGEM

LORENA AMARAL**Paciente: ANTONIO XAVIER DE SOUSA****Data de Nasc: 10/10/1979****Médico: PEDIDO PROPRIO****Formulário: 176887****Data: 16/07/2018****LAUDO RAIOS-X PERNA ESQUERDA**

- Osteopenia difusa.
- Fratura irregular diafisária distal da tibia e fibula com deslocamento dos fragmentos.
- Fixação da tibia com placa e parafusos.


DR. ALAMO GRANJA COSTA
RADIOLOGISTA - CRM 7387

clínica

MURILO AMARAL

Mais respeito à sua saúde

|85| 3342.2121 | www.clinicamuriloamaral.com.br

Av. Edson da Mata Correia, 701 - Centro I Caucaia-CE | CEP 61600-040

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE:

NOME: Antonio Xavier de Sousa		
NACIONALIDADE: Brasileiro	ESTADO CIVIL: Casado	
PROFISSÃO: Pedreiro	C.P.F.: 010.100.563-60	
ENDEREÇO COM CEP: Rua: São José, 85, Cep. 61.606-610		
BAIRRO: Parque Soledade	CIDADE: Caucaia	U.F.: Ce

OUTORGADO: JOSÉ ADENILSON LUZ DE AZEVEDO, brasileiro, advogado, casado, inscrito na OAB/CE sob o nº 34.130, com endereço para intimações e notificações, nesta urbe, na Rua Paula Gomes da Silva, nº 226, bairro Parque Soledade, CEP 61.603-070, Caucaia/CE, onde recebe intimações de estilo (art. 106 do NCPC).

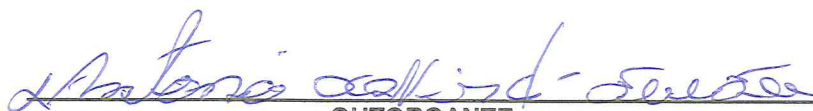
PODERES: Por este instrumento o(a) Outorgante supra qualificado, nomeia e constitui o Outorgado acima identificado, seu bastante procurador, conferindo-lhe os mais amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula "Ad Judicia Et Extra", para agir, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-las nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, representar o mesmo perante os Órgãos Públicos, nomear peritos e assistentes, promover reivindicações e impugnações, prestar lícitos compromissos, promover requerimentos administrativos, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga ainda ao Advogado acima descrito, os poderes para, em nome do(a) Outorgante, receber citação judicial ou administrativa, receber intimações, prestar depoimento pessoal, reconhecer a procedência do pedido, confessar, transigir, desistir, renunciar ao direito em que se funda a ação, firmar acordos ou compromissos, receber e dar quitação, levantar, requerer ou receber alvarás, levantar valores em contas bancárias, receber valores, inclusive, em cheques decorrentes de condenação judicial, renunciar a quaisquer valores superiores ao teto dos Juizados Especiais em razão de eventual ajuizamento no procedimento especial (art. 3º da Lei 10.259/2001 e Lei 9.099/1995), pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, além de outros não expressamente constantes nesse mandato (art. 105 do NCPC).

Os poderes nesta procuração descritos poderão ser substabelecidos no todo ou em parte, com ou sem reservas, dando tudo por bom, firme e valioso, para o fiel cumprimento deste mandato.

DECLARAÇÃO: O(a)s outorgantes(s) **DECLARA(M)**, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tem condições de arcar com as despesas inerentes à presente ação, sem prejuízo de seu sustento e de sua família, necessitando, portanto, da gratuidade judiciária, indicando como seus advogados os outorgados acima nomeados, nos termos do § 4º do art. 5º, da Lei nº 1.060 de 1950 e art. 98 e ss. do NCPC.

Caucaia - ce, 01 de Fevereiro de 2019



OUTORGANTE

 **GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA**
Secretaria de Saúde

Receituário

Antonio Xavier de Sousa

- Internamento
(Repratura)



18/07/14

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL MUNICIPAL Dr. ABELARDO
GADELHA DA ROCHA

Nº 176

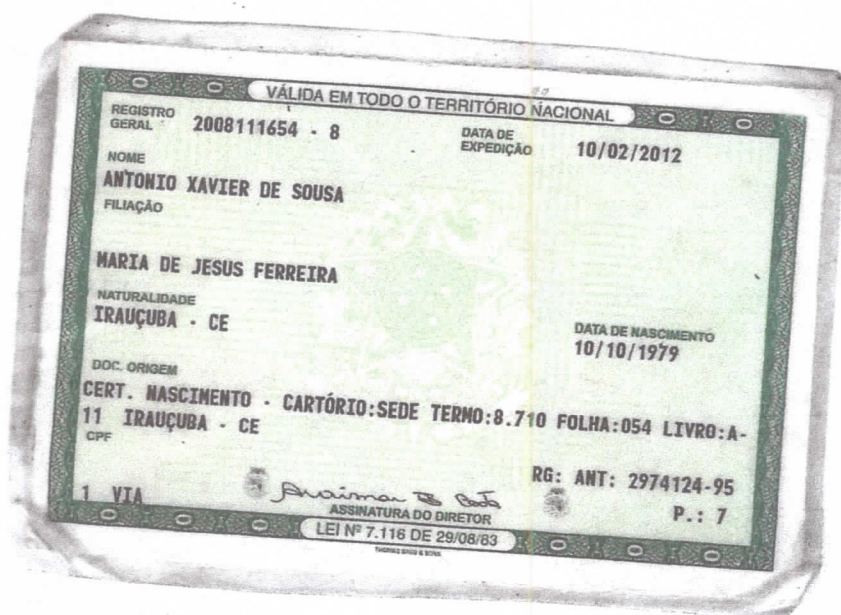
Alimente sua saúde
Coma mais frutas, legumes e verduras



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
Secretaria de Saúde
COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR
REGISTRO HOSPITALAR

Nº 2960

NOME: <u>Antonio Xavier de Sousa</u>					
DATA DE NASCIMENTO: <u>10/10/79</u>	IDADE: <u>38</u>	COR: <u>—</u>	SEXO: <u>M</u>	ESTADO CIVIL: <u>Casado</u>	NATURALIDADE: <u>Paraná</u>
Nº IDENTIDADE: <u>2008331652-8</u>		Nº CPF: <u>—</u>		CERT. NASCIMENTO Nº: <u>—</u>	
PAIS: <u>Maria de Jesus Ferreira</u>					
ENDEREÇO DO PACIENTE: <u>São José</u>					Nº: <u>216</u>
BAIRRO: <u>Itapuan</u>	MUNICÍPIO: <u>Caucaia</u>			FONE: <u>8643</u>	FONE: <u>—</u>
NOME DO RESPONSÁVEL: <u>Martiane da Silva Sousa</u>					
ENDEREÇO DO DO RESPONSÁVEL: <u>mesmo</u>					
DATA DE ADMISSÃO: <u>11/01/18</u>		HORA DE EMISSÃO: <u>12:03</u> h		FUNCIONÁRIO: <u>—</u>	
MÉDICO ASSISTENTE					
HISTÓRICO CLÍNICO					
<i>Prontuário exposto de registro</i>					
EXAME FÍSICO					
DIAGNOSTICO PROVÁVEL					
EXAMES COMPLEMENTARES					
DIAGNOSTICO DEFINITIVO					
 Cyndel Santos Freitas Traumatologista - Ortopedista CREMEC 7481 ROR 2594 SROU 8961 Assinatura					



SINISTRO 3180565225 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ANTONIO XAVIER DE SOUSA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIBIA

CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

BENEFICIÁRIO ANTONIO XAVIER DE SOUSA

CPF/CNPJ: 01010056360

Posição em 04-01-2019 12:58:59

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
19/12/2018	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50

Reanalise