

PROCURAÇÃO AD JUDICIA**OUTORGANTE:**

Nome: <u>Katia Santos de Sousa</u>		Nacionalidade: <u>Brasileira</u>	
Estado Civil: <u>Solteira</u>	Profissão: <u>Autônoma</u>	Carteira de Identidade: <u>2007954346-9</u>	
CPF nº: <u>041.543.263-41</u>	Residência: <u>Rua Luiz Mendes 310</u>		
Bairro: <u>Paçuçara</u>	Cidade: <u>Maracanaú</u>	Estado: <u>CE</u>	CEP: <u>61.900-000</u>

OUTORGADO:

ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA, brasileiro, solteiro, advogado, OAB/CE – 24.805, com escritório profissional na Rua Barão do Rio Branco, nº 1782, Altos, Centro, Fortaleza - CE CEP: 60.025-060, fone: **(85) 98225-8282**
e-mail: KAIRO_AKRS@YAHOO.COM.BR

PODERES:

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

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

Fortaleza (CE), 19 de Dezembro de 2019

x Katia Santos de Sousa
Outorgante

DECLARAÇÃO

Eu, Katia Santos de Sousa,
brasileiro(a), Salvina, Antonema, portador da Carteira de Identidade/RG
nº 2007954346-9 e inscrito no CPF/MF sob o nº 041.543.263-44, residente e
domiciliado na cidade de Maracanaú, estado do Ceará, na Rua
Rua Luiz Mendes, nº 310, declaro para os devidos fins
que possuo hiposuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com custas
processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha
família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Fonteira (CE), 19 de Dezembro de 2.019.

x Katia Santos de Sousa

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL 2007954346 - 9	DATA DE EXPEDIÇÃO 11/08/2011
NOME KATIA SANTOS DE SOUSA	
FILIAÇÃO ANTONIO MANOEL VIEIRA DE SOUSA REGINA CELIA SANTOS DE SOUSA	
NATURALIDADE MARACANAÚ - CE	DATA DE NASCIMENTO 02/06/1995
DOC. ORIGEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: GUERREIRO TERMO: 46.213 FOLHA: 282 LIVRO: A-39 MARACANAÚ - CE CPF 041.543.263-41	
1 VIA	ASSINATURA DO DIRETOR LEI Nº 7.116 DE 29/08/83
P.: 13	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
ESTADO DO CEARÁ SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS	
 Polegar Direito	
Kátia Santos de Sousa ASSINATURA DO TITULAR	
CARTEIRA DE IDENTIDADE	

LIBIA CORRETORA DE SEG. DOA
12 SET. 2018

Ass: _____



Esta é a segunda via de
OUT/2018

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
1151231 DV **8**

VENCIMENTO
10/10/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
47,47

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° **544037993**

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE

CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica

foi criada pela Lei n° 10.438 de

26 de abril de 2002

DADOS DO CLIENTE

Rota 02 026001 13 061500 Medidor Poste
Nome REGINA CELIA SANTOS DE SOUSA 5518945 0000 B64E
Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora RU LUIZ MENDES 00310 PAJUCARA MARACANAU 61900000

RG / CPF / CNPJ 481.294.293-49 CGF

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual ☒ Leitura Anterior ☒ Constante ☒ Consumo (kWh) ☒ Consumo Incl. ☒ Consumo Faturado

FP 24222 24179 1 43 0 43

DESCRIÇÃO DA CONTA

ENERGIA	Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
Consumo faixa 0-30 Kwh	30	0,19884	5,96
Consumo faixa 31-100 Kwh	13	0,34089	4,43

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação	Prev. Próxima Leitura
03/10/2018	05/11/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

BAEB.7815.814E.BE81.4CAD.8C45.4549.FA17

ICMS

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

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	5,24
TRANSMISSÃO	0,56
DISTRIBUIÇÃO	2,98
ENCARGOS SETORIAIS	0,80
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	1,91

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

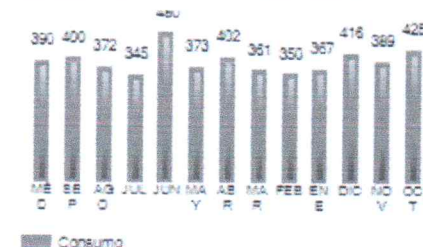
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 5,49

Conjunto DISTRITO INDUSTRIAL I

Mês AGO/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	10,44	20,88	41,76	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	7,52	15,04	30,09	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	5,58			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica(%CO ₂)
		0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

autenticação mecânica cliente

N° do Cliente: **1151231-8** N° da Nota Fiscal: **544037993** Total a Pagar (R\$): **47,47**
Data de Emissão: **16/10/2018** Referência: **OUT/2018** N° de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER


GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DO 29. DISTRITO POLICIAL


BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 129 - 1310 / 2018
Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **08/08/2018 10:32:27**
 Data / Hora da Ocorrência: **04/10/2017 21:15:00**
 Endereço da Ocorrência: **RUA PAULO BATISTA**
 Complemento: **PAJUÇARA**
 Bairro: **PAJUÇARA** Município: **MARACANAÚ/CE**
 Ponto de Referência: **ZE DO ALHO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **KATIA SANTOS DE SOUSA**
 Nascimento: **02/06/1995** CPF: **041.543.263-41**
 RG: **20079543469** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
 Filiação: **REGINA CELIA SANTOS DE SOUSA**
ANTÔNIO MANUEL VIEIRA DE SOUSA
 Endereço: **RUA LUIS MENDES DE BARROS, 310 A**
 Bairro: **PAJUÇARA**
 Município: **MARACANAÚ/CE** CEP:
 País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98903-1995**

Histórico

INFORMA QUE NA DATA HORA E LOCAL ACIMA CITADOS, AO TENTAR ATRAVESSAR A RUA FOI VÍTIMA DE UM ATROPELAMENTO POR PARTE DE UM MOTOQUEIRO, QUE APÓS O ACIDENTE EVADIU-SE DO LOCAL, SEM PRESTAR SOCORRO A VÍTIMA. A VÍTIMA AO CAIR AO SOLO, FOI SOCORRIDA POR POPULARES QUE ACIONARAM O SAMU QUE AO CHEGAR ENCAMINHOU PARA O HOSPITAL MUNICIPAL DE MARACANAÚ, E LOGO FOI TRANSFERIDA PARA HOSPITAL ABEMP, QUE AO CHEGAR NÃO FOI ATENDIDA, E LOGO TRANSFERIDA NOVAMENTE PARA O IJF CENTRO DE FORTALEZA, SENDO ATENDIDA COM TCE HEMORRAGIA E GESTANTE DE 8 MESES, E MAIS NÃO DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 29. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

LUBSON LUCAS LEITE - MAT.: 30119231

 RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Katia Santos de Sousa*

VISTO DO DELEGADO(A):

DANIEL FERREIRA COELHO - MAT.: 30123611



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** realizou o atendimento pré-hospitalar à Sra. **KATIA SANTOS DE SOUSA**, portador do RG 2007954346-9, inscrita no CPF 041.543.263-41, no dia 04/10/2017, às 21h40, no município de Maracanaú/CE, na rua Paulo Batista dos Santos – Pajuçara, vítima de Atropelamento por Motocicleta, sendo removida para o **Hospital Municipal de Maracanaú**. E para constar eu, _____ Maria das Graças Fernandes Gomes, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA**.

Eusébio, 1º de Agosto de 2018


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

LIBIA CORRETORES DE SILVA
12 SET. 2018

ASS: _____



21

FILIADA A FEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIAS E ENTIDADES FILANTRÓPICAS DO CEARÁ

SISTEMA DE RECEPÇÃO HOSPITALAR

ANAMINESE DE PACIENTE EXTERNO

DATA DO ATENDIMENTO: 05/10/2017

HORA: 00:58

PACIENTE:	KATIA SANTOS DE SOUSA		
DATA DE NASCIMENTO:	07/06/1995	CNS:	103901748110000
MÃE:	REGINA CELIA ANTOS DE SOUSA		
PAI:			
ENDEREÇO:	RUA LUIS MENDES	Nº	300
		BAIRRO:	PAJUCARA
			987369772
MUNICIPIO:	MARACANAU	TELEFONE:	
ATENDIMENTO	SIM:	NÃO:	RECEPCIONISTA: nobre
ESPECIALIDADE:	TRAUMATOLOGIA		
MÉDICO:	DR. facundo		
UNIDADE:	ABEMP		
CONVÊNIO:	SUS		

RESUMO DE TRATAMENTO

DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO EXAME CLÍNICO

EXAMES SOLICITADOS

DIAGNÓSTICO: Fratura da clavícula CID: _____
PROCEDIMENTO: _____ CÓDIGO: _____
NECESSIDADE DE INTERNAÇÃO: SIM: OTIMIZANTE NÃO: _____
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE: _____

ASS: DO MÉDICO RESPONSÁVEL

ASS: PACIENTE/RESPONSÁVEL

RUA JOÃO CONRADO, 363 - PAJUCARA - MARACANAÚ-CE
FONE: (85) 3215-3133 / 3215-3134 - CNPJ 06.587.611/0001-06

Hospital Municipal Dr. João Elísio de Holanda		
Elaboração: 17/09/2013	Revisão: / /	Código: HMJEH20

FICHA DE TRANSFERÊNCIA INTERHOSPITALAR (UTILIZADO EM TODAS AS UNIDADES ASSISTENCIAIS)			
RPL:		CRESUS:	
LAUDO:		SAMU/FORTALEZA:	
DADOS DO PACIENTE	NOME: <u>Rosário José de Melo</u>		
	NASCIMENTO: <u>1/1/1980</u> IDADE: <u>39</u> SEXO: <u>(X) F () M</u>		
	MÃE: _____		
	PAI: _____		
	ENDEREÇO: _____		
SINAIS VITAIS	P.A. <u>120 x 80</u>		EXAMES
	F.C. _____		
	TEMP. _____		
ÁREA	SAT. O2 / AR AMBIENTE <u>93%</u>		
	SAT. O2 / C/ OXIGÊNIO _____		
	GLASGOW <u>14</u>		
	GLASGOW <u>14</u>		
TRAUM. ()		NEURO ()	1- URÉIA 2- CREAT 3- NA+ 4- K+ 5- TAP 6- TGO 7- TGP 8- BIL TOTAL 9- BIL-D 10- BIL. IND. 11- GLICEMIA 12- AMILASE 13- 14- 15- 16-
CLÍNICO ()		UTI ()	
CIRÚRGICO ()			
PEDIÁTRICO ()			
DIAGNÓSTICO: <u>JLE</u>			
CID: _____			

DATA: <u>1/1/</u>	HORA: <u> </u> : <u> </u> h
MOTIVO QUE JUSTIFICA A TRANSFERÊNCIA	
<u>Visto de Amarelamento / icterícia (diagnóstico no</u> <u>lael), Rhoncos, Fígado aumentado, hipertensão</u> <u>intensa.</u>	

MEDICAÇÃO EM USO
<u>Uti: Amilase e Turo</u>

DADOS DA LIBERAÇÃO	
SOLICITAÇÃO:	MÉDICO CONTACTADO:
HOSPITAL DE DESTINO: _____	HORA: <u> </u> : <u> </u> h
DATA: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	
RESPONSÁVEL PELA LIBERAÇÃO NA CENTRAL: _____	
1ª VIA: UNIDADE DE DESTINO; 2ª VIA: FICARÁ NO SERVIÇO SOCIAL; 3ª VIA: FICARÁ COM CHEFE DE PLANTÃO PARA ARQUIVO NA COORDENAÇÃO.	


MÉDICO SOLICITAÇÃO

CHEFE DA EQUIPE



Hospital Municipal Dr. João Elisio de Holanda

Encaminhamos o paciente abaixo discriminado, à ABEMP HOSPITAL (referência municipal em traumatologia conforme decisão do Conselho Municipal de Saúde) para avaliação, conduta e transferência para outro (secundário ou terciário) se necessário.

Obs.: A transferência é responsabilidade do hospital que é referência na especialidade

PACIENTE: Katia Santos de Sousa

IDADE: 22

SEXO: F

GLASGOW: 15

SAT O₂: 100%

PA: 120 x 80

PULSO: 85

DESCRIÇÃO DO QUADRO CLÍNICO / MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

Paciente vítima de atropelamento
por moto levando a fratura de
clavícula D.

Encaminhado para avaliação e conduta.

Dr. Themístocles M. T. Carvalho

Gerente Médico do Hospital

CRM 10751 - CBO 3511 - R. 0000015

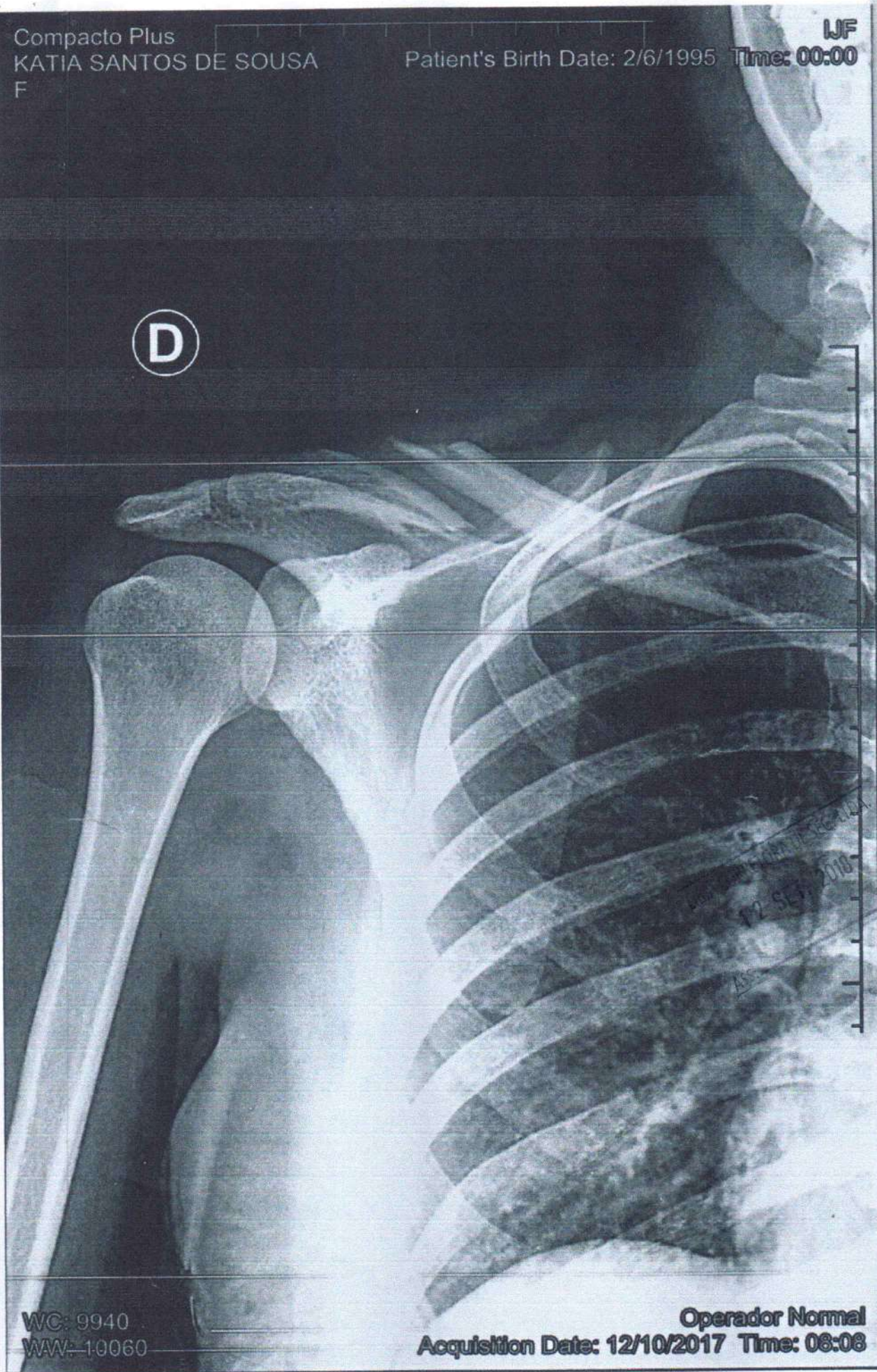
UNIA CORRETORA DE SEGUROS
12 SET. 2018

Compacto Plus
KATIA SANTOS DE SOUSA
F

Patient's Birth Date: 2/6/1995 Time: 00:00

WJF

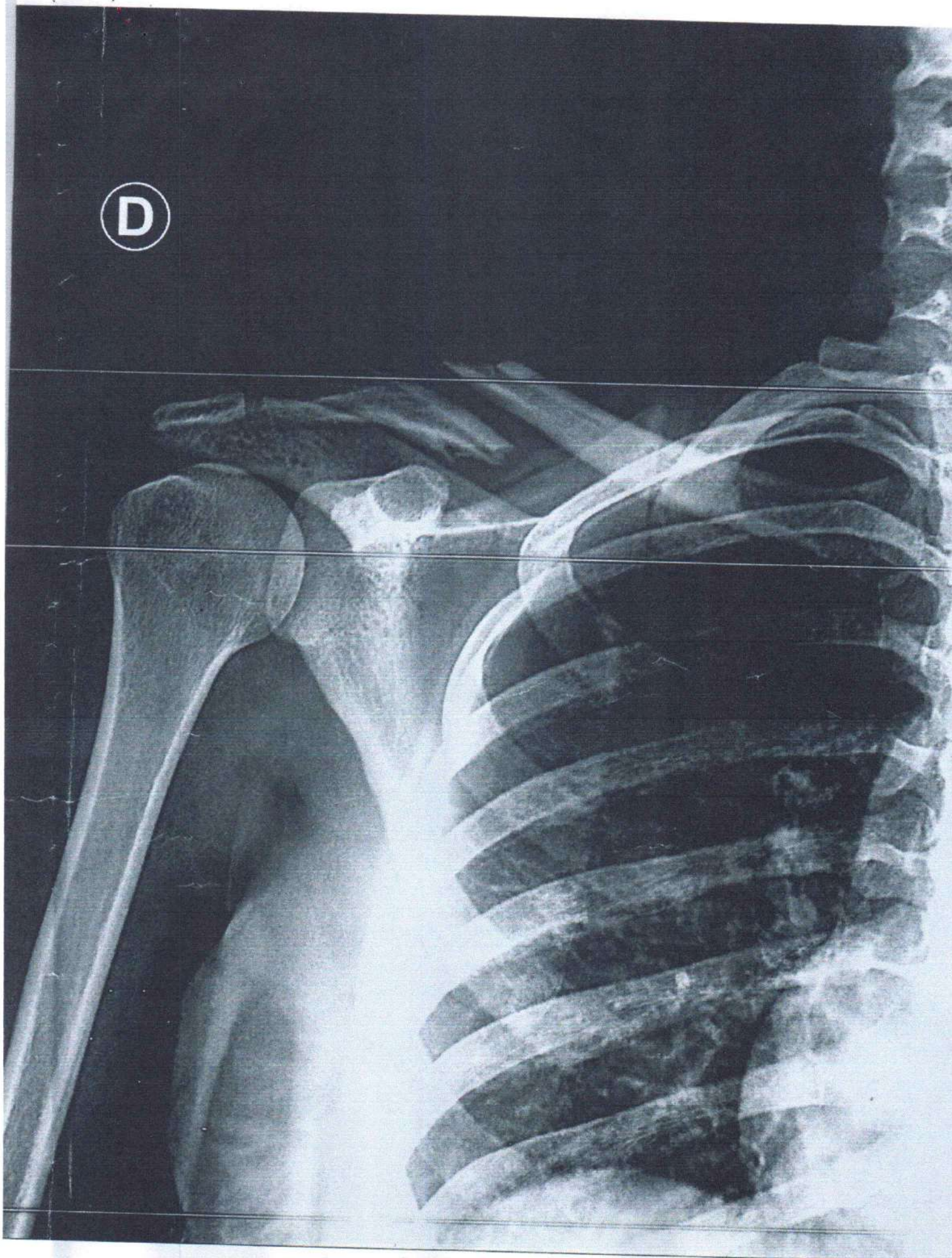
D



WC: 9940
WW: 10060

Operator Normal
Acquisition Date: 12/10/2017 Time: 08:08

D





INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA



Emitido em: 09/11/2017 12:16:22

Por: EDUARDO MOREIRA

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 05/10/2017 04:01:34	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 700501556424159	NOME: KATIA SANTOS DE SOUSA				Registro: 5531082		
CPF: 04154326341	RG: 20079543469	D. NASC: 02/06/1995	ESTADO CIVIL:	SEXO: F	RAÇA/COR: Parda		
NOME DA MÃE: REGINA CELIA SANTOS DE SOUSA			NOME DO PAI: ANTONIO MANOEL VIEIRA DE SOUSA				
TIPO DE LOGRADOURO: Rua		ENDEREÇO DO PACIENTE: LUCAS MENDES		Nº: 310	BAIRRO: PAJUCARA		
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO:	MUNICÍPIO: MARACANAU		UF: CE	CEP: 61900005		
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: ANNE HERIKA DE ALMEIDA SILVA		PARENTESCO: AMIGA			TELEFONE: 987359772		
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:		CÓDIGO DO CNAER:			
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidentes com pedestre. Pedestre traumatizado em colisão com um veículo a pedal.							
QUEIXAS: pedestre atropelada por moto com toe rhorrágia e síncope há 8 hs. Gestante de 8 meses.							
OBSERVAÇÕES: dor moderada							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor: Forte	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: LARANJA					
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese:							
Exame Físico:							
Conduta:							
SERVIÇO DE PROTOCOLO - INI RAE TIRADA PELO SISTEMA E-SUS DATA 09/11/2017 MATRICULA 13826 SERVIDOR(A) <i>Eduardo Moreira</i>							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:					

LIBIA CORRETORES DE SEG. LTDA.

12 SET. 2018

ASS: _____

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde do Estado do
Ceará
Coordenadoria de Regulação,
Avaliação e Controle
CRESUS - Central de Regulação
Estadual do SUS



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ

SEMPRE HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOÃO EUSÉBIO DE MOURA - MARACANAÚ

Operações
Solicitação /
Trabalho

OPERAÇÃO FINALIZADA COM SUCESSO

Sistema de Regulação
Solicitação de Paciente
Solicitação de Paciente do sistema
Cadastro de Paciente
Dados de Paciente
Dados de Paciente
Regulação de Paciente
Internação de Paciente
Atualização de Paciente
Encerramento de Paciente
Confirmação de Paciente
Paciente em Paciente
Internação de Paciente

Clique em voltar para iniciar a operação.

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO

14560031152

CENTRAL DE REGULAÇÃO

MACRO - FORTALEZA

Voltar

Ações
Ações de Resposta
Operações

LIBIA CORRETORES DE SEG. TDA
12 SET. 2018
Ass.



INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA
"24 hora de proteção à vida"



Prefeitura de
Fortaleza

fls. 19

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente: KATIA SANTOS DE SOUSA		ID Paciente: 5531082
Data de Nascimento:	Idade: null	Sexo: F
Médico Solicitante: (Sem nome)		Data do Exame: 05/10/2017
LAUDO		

ULTRASSONOGRAFIA ABDOMINAL – FAST

TÉCNICA: Exame realizado com transdutor convexo de 3,5 MHz direcionado à detecção de líquido livre em cavidade abdominal. Realizado estudo pormenorizado dos principais recessos abdominais, espaços hepatorenal, esplenorrenal e região pélvica.

RELATÓRIO:

- **AUSÊNCIA DE LÍQUIDO LIVRE EM CAVIDADE ABDOMINAL.**
- Fígado, baço e rins sem alterações ecográficas relacionadas ao trauma.
- Bexiga de paredes íntegras e conteúdo homogêneo.
- Ausência de derrame pleural ou pericárdico.
- Útero gravídico com feto único no seu interior. Movimentos espontâneos e batimentos cardíacos fetais normais durante o exame. Líquido amniótico com volume e aspecto preservados. Ausência de sinais de descolamento placentário significativo.
- Principais medidas fetais:
DBP: 7,7 cm CC: 38,3 cm CA: 25,1 cm CF: 5,1.
- Idade gestacional em torno de 31 semanas.

Camilo de Alencar Diógenes
Médico Radiologista
CRM CE 9506

LÍBIA CORRETORA DE SEG. UDA.
12 SET. 2018
ASS: _____

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 19/12/2019 às 10:51, sob o número 02015816020198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0201581-60.2019.8.06.0001 e código 5AE6E7B.



Paciente (5531082): KATIA SANTOS DE SOUSA

LIBIA CORREIA
12 SET. 2018

Sexo: FEMININO Data: 05/10/2017



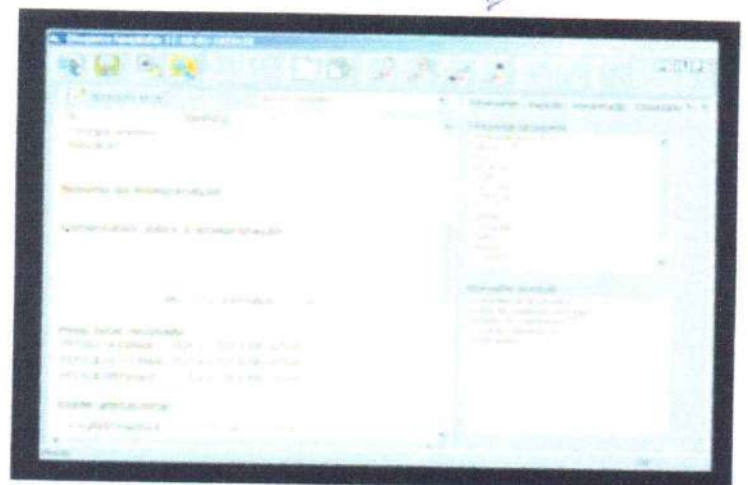
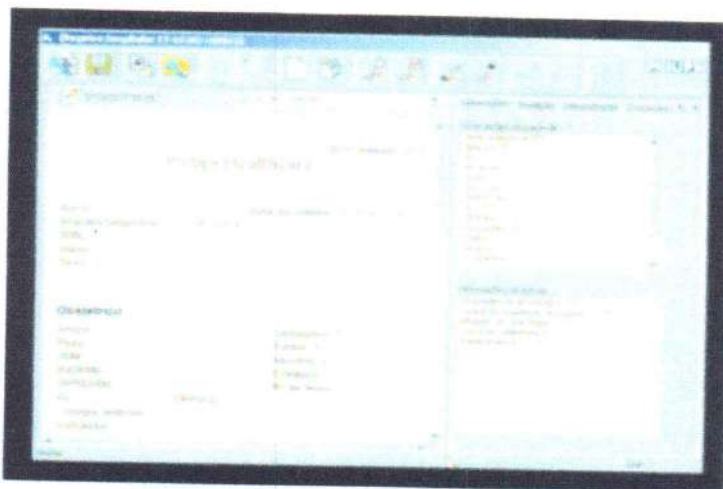


Paciente (5531082): KATIA SANTOS DE SOUSA

Sexo: FEMININO Data: 05/10/2017



LIBIA CORRETORA
12 SET. 2018
Ass: _____



ROSA MARIA CORRÊA, 362 - FLORES - M.ª GUARANI/CEARA - CEP: 60011-200
TELE: (085) 3222-2293 FAX: (085) 3222-2293
CEP: 60011-200 - M.ª GUARANI/CEARA - CEP: 60011-200

LIURORGIA
05/10/2017

ABEMBA
FUNDADAÇÃO DAS MISERICÓRDIAS E ENFERMIDADES PLANTÓPICAS DO CEARÁ

LIBIA CORRETOIRA DE SSG LDA.
12 SET. 2018
Ass: _____

RECEITUÁRIO

Nome: Katje Santos de Sousa BE/Prontuário: _____

Retorno dia 12/10/17 às 8h
- Fx clorazepato ⑤ 1/3 medido
- De 10x milions

Data: 05/10/17

Assinatura e Carimbo do Médico

PROCURE O IJF SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro. CEP 60.025-061. Fone: 255-5000

NA 000.902 Versão 1 - 01/SET/06 - Via Única - Formato A5 (148X210).

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
12 SET. 2018

ASS:



RECEITUÁRIO

Nome: Katie Santos de Sousa BE/Prontuário: _____

IX USO EXTERNO

① 9. pois em 3 pontos — 01 unid

[Handwritten signature]

Data: 5/10/17

Assinatura e Carimbo do Médico

LIBIA CORRETORA DE SEG. UDA.
12 SET. 2018

PROCURE O IJF SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro. CEP 60.025-061. Fone: 255-5000

MA 000.803 Versão 1 - 01/SET/06 - Via Única - Formato A5 (148X210).



SOLICITAÇÃO DE EXAMES

1531082

Nome: <u>Kaio Gomes de Sousa</u>		Nº AIH/RAE:	
Paciente Externo? ☐ Sim ☐ Não	Unid. Internação/ENF/LEITO	Idade: <u>02/06/95</u>	Sexo: ☐ Masc. ☐ Fem.
JUSTIFICATIVA			
<u>Retorno</u>			
Data <u>12/10/18</u> Hora <u>08:02</u>			
EXAMES RADIOLÓGICOS			
☐ Crânio ☐ Tórax __AP/P ☐ Punho __AP/P ☐ Escanometria dos MMII ☐	☐ Face ☐ Ombro __AP/P ☐ Mão __AP/OBL ☐ Perna __AP/P ☐	☐ Coluna Cervical __AP/P ☐ Braço __AP/P ☐ Bacia AP ☐ Joelho __AP/P ☐	☒ Clavícula <u>AP</u> ☐ Antebraço __AP/P ☐ Quadril AP/AXIAL ☐ Tornozelo __AP/P ☐
EXAMES LABORATORIAIS			
☐ Hemograma ☐ Cloro ☐ PTTA ☐	☐ Glicemia ☐ Sódio ☐ Lipase ☐	☐ Uréia ☐ Plaquetas ☐ Amilase ☐	☐ Creatinina ☐ Cálcio ☐ Colinesterase ☐
ULTRA-SONOGRAFIA			
☐ Fast	☐ Abdome Total	☐ Tórax	☐ MSD ☐ MSE
OUTROS EXAMES			
<u>Assinatura do Solicitante</u>			
Assinatura e Carimbo do Solicitante:		Data: <u>12/10/18</u>	Hora: h minutos

LUBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
12 SET. 2018
ASS:

SINISTRO 3180421667 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** KATIA SANTOS DE SOUSA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** LIBIA

CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

BENEFICIÁRIO KATIA SANTOS DE SOUSA**CPF/CNPJ:** 04154326341**Posição em 16-10-2018 09:37:27**

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Clique [Aqui](#) e nos envie um e-mail para que possamos checar melhor o seu caso. Entraremos em contato com você para informar a situação do seu pedido de indenização.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
15/10/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50