

## PROCURAÇÃO “AD JUDICIA ET EXTRA”

**OUTORGANTE:**

|                                                                             |                                  |                    |
|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------|
| <b>NOME:</b><br>Nilton Holanda Sales                                        |                                  |                    |
| <b>NACIONALIDADE:</b><br>Brasileiro                                         | <b>ESTADO CIVIL:</b><br>Solteiro |                    |
| <b>PROFISSÃO:</b><br>Entregador                                             | <b>C.P.F.:</b><br>011.822.573-13 |                    |
| <b>ENDEREÇO COM CEP:</b><br>Rua: Francisco Cordeiro, 1008 - cep. 61.604-180 |                                  |                    |
| <b>BAIRRO:</b><br>Centro                                                    | <b>CIDADE:</b><br>Caucaia        | <b>U.F.:</b><br>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 Paulo 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.

Fortaleza-CE, 10 de Dezembro de 2019

NILTON HOLANDA SALES  
**OUTORGANTE**

|                                                                                                                                                                          |                                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL                                                                                                                                           |                                                                                                           |
| ESTADO DO CEARÁ<br>SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL<br>PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ<br>COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS |                                                                                                           |
| <br>Polegar Direito                                                                      | <br>PROIBIDO PLASTIFICAR |
| Nilton Holanda Sales<br>ASSINATURA DO TITULAR                                                                                                                            |                                                                                                           |
| CARTEIRA DE IDENTIDADE                                                                                                                                                   |                                                                                                           |
| VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL                                                                                                                                     |                                                                                                           |
| REGISTRO GERAL                                                                                                                                                           | 2001099166711                                                                                             |
| DATA DE EXPEDIÇÃO                                                                                                                                                        | 17/04/2015                                                                                                |
| NOME<br>NILTON HOLANDA SALES                                                                                                                                             |                                                                                                           |
| FILIAÇÃO<br>FRANCISCO SAMPAIO SALES<br>ANTONIA MARIA HOLANDA SALES                                                                                                       |                                                                                                           |
| NATURALIDADE                                                                                                                                                             | DATA DE NASCIMENTO                                                                                        |
| FORTALEZA - CE                                                                                                                                                           | 11/10/1985                                                                                                |
| DOC. ORIGEM<br>CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO:1 OFÍCIO TERMO:27460 FOLHA:598<br>LIVRO:A24 CAUCAIA - CE<br>CPF 011.822.573-13                                                |                                                                                                           |
| 2 VIA                                                                                                                                                                    | P.: 26                                                                                                    |
| ASSINATURA DO DIRETOR<br>LEI Nº 7.116 DE 29/08/83                                                                                                                        |                                                                                                           |



Nº de Inscrição:

056118368

DADOS DO CLIENTE

Nome: ANTONIA MARIA HOLANDA SALES  
Endereço: RU FRANCISCO CORDEIRO, 1008, CENTRO DE CAUCAIA  
Cidade: CAUCAIA

61600-000

Local: 129 Setor: 006 Parcela: 0064 Lote: 0448 Cota: 0000

ENDEREÇOS

Residencial: 001 Comercial: 000 Industrial: 000 Povoado: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Medidor: AGUA A12F178425 Letura Anterior: 1003 Letura Atual: 1021 Consumo: 18 Perda: 17

DATA

Letura Atual: 25/02/2019 Letura Anterior: 26/01/2019 Período Letura: 25/02/2019 Período Letura: 28/03/2019 Letra Agua: 323499 Letra Engate: 1570

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 12/2018

| Nº de Amostras  | Cloro | Turbidez | Cor | Coliformes Totais | Turbidez Col |
|-----------------|-------|----------|-----|-------------------|--------------|
| Brigidas        | 146   | 146      | 047 | 146               | 146          |
| Amostras        | 159   | 159      | 159 | 158               | 158          |
| Em conformidade | 146   | 158      | 158 | 150               | 158          |

MEDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 14 m3 | META: 11 m3.  
Constatamos debito de R\$ 176,73. Caso pago, desconsiderar.  
DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

AGUA  
JUROS DE 0,033% AO DIA  
MULTA DE 2%  
ACRESC. IMPONT. AGUA TARI  
JUROS/MULTA TARIFA CONT  
TARIFA DE CONTINGENCIA

Valor R\$  
58,73  
0,50  
1,10  
0,66  
0,31  
36,19

PERÍODO DE FÓRMULA

| Período | Valor R\$ | Período |
|---------|-----------|---------|
| fev/18  | 14        | 0       |
| mar/18  | 16        | 0       |
| abr/18  | 14        | 0       |
| mai/18  | 15        | 0       |
| jun/18  | 15        | 0       |
| jul/18  | 13        | 0       |
| ago/18  | 17        | 0       |
| set/18  | 16        | 0       |
| out/18  | 21        | 0       |
| nov/18  | 18        | 0       |
| dez/18  | 17        | 0       |
| jan/19  | 17        | 0       |

Tributos sobre o faturamento

Descrição Valor R\$  
PIS 0,93  
COFINS 4,66

Tributos

Valor R\$  
VALOR DO SERVIÇO 108,42  
VALOR DO SUBSIDIO 10,93  
VALOR TOTAL A PAGAR 97,49

02/2019

15/03/2019

97,49

ONDE PAGAR SUA FATURA

I:357015054001695 L:2125 H:11:22:28 R:118 P:001

Endereço: Rua Francisco Cordeiro, 1008, Centro, Caucaia, CE 61600-000  
Telefone: (35) 3234-9999  
Site: www.arce.ce.gov.br



É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.  
Entidades Reguladoras: Fortaleza: ARCE - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0600 285 1919. Demais localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br.  
Mais informações pelo telefone: 0800 275 3838, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.arce.ce.gov.br ou na Ouvidoria da Cagece: 3234-9999, de 8h às 12h e 13h às 17h.



## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de prova, na forma e sob as penas da lei que eu Nilton Helanolda Sales

inscrito(a) no CPF número 044.822.573-13, Registro Geral de número 2001099166711, resido em propriedade localizada na Rua: Francisco Perdeiro, 1008, na cidade de Paracuru, no estado de Ceará, 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.

Santoliza - ce, 10 de Dezembro de 2019.

X NILTON HOLLANDA SALES  
DECLARANTE



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
**SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL**  
**POLÍCIA CIVIL**  
**DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA**  
**Impresso nº 2019316935**



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 201 - 4483 / 2019**

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
 Data / Hora da Comunicação: **15/05/2019 11:10:50**  
 Data / Hora da Ocorrência: **14/03/2019 20:00:00**  
 Endereço da Ocorrência: **AVENIDA DUQUE DE CAXIAS**  
 Complemento:  
 Bairro: **CENTRO** Município: **FORTALEZA/CE**  
 Ponto de Referência: **TEREZA CRISTINA**

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **NILTON HOLANDA SALES**  
 Nascimento: **11/10/1986** CPF:  
 RG: **2001099166711** Orgão Emissor: **SSP** UF:  
 Filiação: **ANTONIA MARIA HOLANDA SALES**  
**FRANCISCO SAMPAIO SALES**  
 Endereço: **RUA DO FIM, 251**  
 Bairro: **PADRE JULIO MARIA**  
 Município: **CAUCAIA/CE** CEP:  
 País: **BRASIL** Telefone:

**Histórico**

diz o declarante que no dia e hora acima mencionado foi vítima de acidente atropelamento por uma moto não identificada; Que o declarante caiu ao solo e não identificou a placa da moto; que o declarante ficou desacordado por volta de meia hora; Que o declarante quando acordou pegou uma carona de um motoqueiro de nome Jardeu e este conduziu o declarante até o hospital de Caucaia onde recebeu tratamento médico; Que o declarante teve uma fratura na mão e outras lesões pelo corpo;

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

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

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

**NILTON HOLANDA SALES**

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

**LUIS RODRIGUES CAVALCANTE JUNIOR - MAT.: 301002-1-2**

**DECLARAÇÃO**  
**(LEI Nº 1.060/50)**

|                                                |                                       |                 |
|------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------|
| NOME: <u>Nilton Holanda Sales.</u>             |                                       |                 |
| NACIONALIDADE: <u>Brasileira</u>               | ESTADO CIVIL: <u>Solteiro</u>         |                 |
| PROFISSÃO: <u>Entregador</u>                   | DATA DE NASCIMENTO: <u>11/10/1985</u> |                 |
| C.P.F.: <u>011.822.573-13</u>                  | R.G.: <u>2001099166711</u>            |                 |
| ENDEREÇO: <u>Rua: Francisco Cordeiro, 1008</u> |                                       |                 |
| BAIRRO: <u>Centro</u>                          | CIDADE: <u>Caucaia</u>                | U.F.: <u>CE</u> |
| C.E.P.: <u>61.604-180</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.

Fortaleza - CE, 10 de Dezembro de 2019.

NILTON HOLANDA SALES

**Declarante**



DATA ATEND: 14/03/2019  
 PACIENTE...: NILTON HOLANDA SALES Nº ATEND.: 27794  
 DATA NASC.: 11/10/1985 IDADE: 33 SEXO....: MASCULINO  
 RG.....: 2001099166711 CPF...: 011.822.573-13  
 MÃE.....: ANTONIA MARIA HOLANDA SALES  
 ENDEREÇO...: RUA FRANCISCO CORDEIRO 1001  
 BAIRRO....: PABUSSU CIDADE: CAUCAIA UF...: CE  
 TELEFONE 1: 85987788071 TELEFONE 2: CEP.: 61609080  
 PLANO DE SAÚDE: SUS AMBULATORIAL CARTÃO SUS:

PRIORIDADE CLÍNICA.: URGENCIA MAIOR

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:  
 GRUPO DE PERGUNTAS: TOLIFE

INÍCIO DA CLASSIFICAÇÃO: 2019-03-14 20:41:30  
 PRIORIDADE: LARANJA  
 QUEIXA: LESÃO EM SUPERCÍLIO E MAXILAR A ESQUERDA E MIE. MSD COM EDEMA LOCAL APÓ  
 OBSERVAÇÃO: NEGA ALERGIAS  
 FLUXOGRAMA: Quedas  
 DISCRIMINADOR: Dor intensa \*  
 COLETA NÃO-AUTORIZADA: SIM  
 AVALIAÇÃO E MEDIDAS CLÍNICAS: Hipotermia \* 36.5 Alteração súbita da consciência  
 SENHA: 29821  
 ENCAMINHAMENTO: CLÍNICA MÉDICA  
 PRONTUÁRIO ELETRÔNICO: 20648  
 TEMPERATURA: 36.5  
 P.A.S: 130  
 P.A.D: 80  
 GLASGOW: 15  
 DOR: 8  
 PULSO: 100  
 CLASSIFICADOR: Thais dos Santos Deodoro  
 COREN: 455225  
 FIM DA CLASSIFICAÇÃO: 2019-03-14 20:46:44  
 STATUS DA CLASSIFICAÇÃO: Primeira Classificacao

#### ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE.....:

FERIMENTO EM FACE E PÉ ESQUERDO HA 1H APOS ACIDENTE DE MOTO

EXAME FÍSICO.....:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA.:

TRAUMATISMO EM FACE E PE ESQUERDO

CONDUTA.....:

SUTURA

Assinatura e Carimbo do Médico

Assinatura do Paciente

FUNDAÇÃO LEANDRO BEZERRA DE MENEZES - UPA CENTRO  
 RUA JERONIMO AMARAL, SN - CENTRO - CAUCAIA - CE

Realizado por *Thais dos Santos Deodoro*  
 21/03/2019  
*Thais dos Santos Deodoro*  
 Médica  
 CREMEC: 13714



Sistema Único da Saúde  
Ministério da Saúde

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

FIS. 17

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
2 - CNES: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL MUNICIPAL DE ADELARDO GABELHA DA ROCHA  
4 - CNES: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

## Identificação do paciente

5 - NOME DO PACIENTE: Antônio Maria Holanda Soares  
6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 33559  
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 8 9 8 1 0 1 0 1 5 1 1 4 1 1 3 1 9 1 2 1 1 9 1  
8 - DATA DE NASCIMENTO: 11/10/85  
9 - SEXO: Masc ☒ 1 Fem ☐ 3  
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: Antônio Maria Holanda Soares  
11 - TELEFONE DE CONTATO: 8111 8111 8111  
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): Rua Francisco Cordeiro 1008 - Pabussu  
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Camocim  
14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO: 23.03.7012  
15 - UF: CE  
16 - CEP: 61100-000

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Procedente com fratura de fêmur esquerdo

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Lesão de amplitude

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

Radiografia de fêmur e R.O.

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONCELHO)

Cydney Santos Freitas  
Traumatologista - Ortopedista  
CREMEP 7481 RQE 254 SBO 0961

18/10/19

Cydney Santos Freitas  
Traumatologista - Ortopedista  
CREMEP 7481 RQE 254 SBO 0961

## 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 PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

43 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

44 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF

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

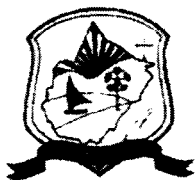
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONCELHO)

Nº 142

04/04/19

[Assinatura]



**GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA**  
**SECRETARIA DE GESTÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE**  
**COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR**  
**REGISTRO HOSPITALAR**

Nº 33559

|                                                                                                                                   |                           |                                 |                |                               |                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------|----------------|-------------------------------|--------------------------------|
| NOME: <u>Nilton Holanda Soles</u>                                                                                                 |                           |                                 |                |                               |                                |
| DATA DE NASCIMENTO: <u>11.10.1985</u>                                                                                             | IDADE: <u>34 a</u>        | COR: <u>.</u>                   | SEXO: <u>M</u> | ESTAD. CIVIL: <u>solteiro</u> | NATURALIDADE: <u>Fortaleza</u> |
| Nº IDENTIDADE: <u>2001099166711</u>                                                                                               |                           | Nº CPF: <u>.</u>                |                | CERT. NASCIMENTO Nº: <u>.</u> |                                |
| PAIS: <u>Francisco Sampaio Soles - Antonia Maria Holanda Soles</u>                                                                |                           |                                 |                |                               |                                |
| ENDEREÇO DO PACIENTE: <u>Rua Francisco Cordeiro</u>                                                                               |                           |                                 |                |                               | Nº: <u>1008</u>                |
| BAIRRO: <u>Pabussu</u>                                                                                                            | MUNICÍPIO: <u>Caucaia</u> |                                 |                | FONE: <u>.</u>                |                                |
| NOME DO RESPONSÁVEL: <u>Gabriela Leite do Nascimento</u>                                                                          |                           |                                 |                | FONE: <u>98778.8071</u>       |                                |
| ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL: <u>O mesmo</u>                                                                                           |                           |                                 |                |                               |                                |
| DATA DE ADMISSÃO: <u>18.03.19</u>                                                                                                 |                           | HORA DE EMISSÃO: <u>12:15</u> h |                | FUNCIONÁRIO: <u>Felipe</u>    |                                |
| MÉDICO ASSISTENTE: <u>.</u>                                                                                                       |                           |                                 |                |                               |                                |
| HISTÓRICO CLÍNICO: <u>Arturo do Nascimento</u>                                                                                    |                           |                                 |                |                               |                                |
| EXAME FÍSICO: <u>.</u>                                                                                                            |                           |                                 |                |                               |                                |
| DIAGNÓSTICO PROVÁVEL: <u>.</u>                                                                                                    |                           |                                 |                |                               |                                |
| EXAMES COMPLEMENTARES: <u>.</u>                                                                                                   |                           |                                 |                |                               |                                |
| DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: <u>.</u>                                                                                                  |                           |                                 |                |                               |                                |
| <p align="center">Cyndei Santos Freitas<br/>         Traumatologista - Ortopedista<br/>         CREMEP 7481 RQE 0594-SP/07-30</p> |                           |                                 |                |                               |                                |
| ASSINATURA                                                                                                                        |                           |                                 |                |                               |                                |



**CAUCAIA**  
Secretaria de Saúde

**SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO**  
Hospital Municipal Dr. Abelardo Gadelha da Rocha

fls. 19

## RESUMO DE ALTA

NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_ ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_

DATA ADMISSÃO: \_\_\_\_\_ DATA ALTA: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO INICIAL: fratura S-12

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Realizado diagnóstico por radiografia  
com fratura em S12

DIAGNÓSTICO FINAL:

fratura S-12

ORIENTAÇÃO MULTIPROFISSIONAL:

Revisão  
em 15 dias

PACIENTE DEVERÁ RETORNAR PARA SEGUIMENTO NO:

☐ UBS PRÓXIMO DE SUA CASA

☒ AMBULATORIO ESPECIALIZADO DE: Tumorologia

ATA: 08/04/19 - eh

ASSINATURA E CARIMBO PROFISSIONAL

Dr. Bruno A. B. Leite  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 9329-1/GOI-03



Prefeitura de  
**CAUCAIA**  
Secretaria de Saúde

## Receituário

Nilton Adelman Sales

4

Uso oral

① Fusarcox 500mg 1 ca  
- tomar 01 comprimido de 12/12h  
e tomar por

Receita com o uso previsto.

Cumulo 20725/2019

Retorno para revisão 08/04/19 - 8h  
Tutorado Xor não no 2h

Bruno B. Botelho  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 9325 TECT 11432  
25/03/19

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAUCAIA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL MUNICIPAL Dr. ABELARD  
Cidade de Caucaia

**Alimente sua saúde**  
Coma mais frutas, legumes e verduras

VÍTIMA NILTON HOLANDA SALES  
COBERTURA Invalidez  
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIBIA CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME  
BENEFICIÁRIO NILTON HOLANDA SALES  
CPF/CNPJ: 01182257313

Posição em 02-01-2020 10:12:28

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

| Data do Pagamento | Valor da Indenização | Juros e Correção | Valor Total |
|-------------------|----------------------|------------------|-------------|
| 27/06/2019        | R\$ 945,00           | R\$ 0,00         | R\$ 945,00  |
| 02/08/2019        | R\$ 67,50            | R\$ 0,00         | R\$ 67,50   |