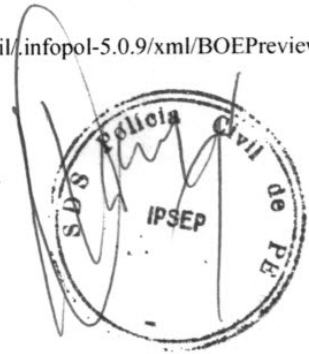




GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 009ª CIRCUNSCRIÇÃO - IPSEP - DP9ªCIRC DIM/3ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0099000369**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **11/02/2020** às **17:49**

Complementa o BO Número: **19E0099003058**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **25/6/2019** às **04:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE PALMARES, 1 - Bairro: CENTRO - PALMARES/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: 55000-000 - Ponto de Referência: BR 101**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
MARIA APARECIDA SILVA DO NASCIMENTO (OUTRO)
JOSE ADJAILSON NASCIMENTO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

OUTROS TIPO DE OBJETO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE ADJAILSON NASCIMENTO

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

JOSE ADJAILSON NASCIMENTO (presente ao plantão) - Nome Social: JOSE ADJAILSON NASCIMENTO
Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA APARECIDA SILVA DO NASCIMENTO** Pai: **JOSE BARTOLOMEU FAUSTINO DO NASCIMENTO** Data de Nascimento: **16/3/1990** Naturalidade: **QUIPAPA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8674466/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES** Telefones Celulares: **- 98042338**

Endereço Residencial: **RUA PROFESSORA LUCIA MARIA SALES NEVES, 29, CASA B - CEP: 55000-000 - Bairro: COHAB - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMO AO MERCADO DA ECONOMIA**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

MARIA APARECIDA SILVA DO NASCIMENTO (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Data de Nascimento: **2/2/1971** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)



MOTO PLACA KJO 1905 (OUTROS TIPO DE OBJETO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE ADJAILSON NASCIMENTO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE ADJAILSON NASCIMENTO**
Categoria/Marca/Modelo: **DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1,000 (UNIDADE NÃO INFORMADA)** Valor Unitário: **4300,00 (REAL)** Valor Total: **4300,00 (REAL)**
Descrição: **MOTOCICLETA**

Complemento / Observação

JOSE ADJAILSON NASCIMENTO, RELATA QUE, NO PERÍODO DA MANHÃ DO DIA 25/06/2019, FORA VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO. O FATO ACONTECEU QUANDO CONDUZIA A MOTOCICLETA DE MARCA HONDA, PLACA KJO 1905, PELA BR 101, SENTIDO RECIFE, MUNICÍPIO DE PALMARES, E AO PASSAR DO POSTO DA POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL, PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO E CAIU NO ASFALTO. INFORMA AINDA QUE FOI SOCORRIDO, POR SEUS PRÓPRIOS MEIOS, PARA UPA DA IMBIRIBEIRA, CONFORME ATENDIMENTO 1246639, SENDO LIBERADO NO MESMO DIA. AFIRMA QUE, DOIS MESES DEPOIS, POR CONTA DE VÁRIAS DORES QUE SENTIA PELO CORPO, REALIZOU UM EXAME DE ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL, FICANDO CONSTATADO UMA LESÃO NO FÍGADO. PELO EXPOSTO SOLICITA AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

JOSE ADJAILSON NASCIMENTO
(VÍTIMA)

Jose Adjailson Nascimento

B.O. registrado por: **MARNEY MORAIS DE CASTRO CUNHA** - Matrícula: **3809994**
(Liberado em **11/02/2020** às **18:28**)





INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 12998365266

Número do Benefício: 6291517721

Espécie: 31

2ª VIA

Número do Requerimento: 198056283

Ao Sr.(a): JOSE ADJAILSON NASCIMENTO

Endereço: RUA DO SITIO, 95 COHAB, IBURA

CEP: 51310345

Município: RECIFE

UF: PE

Assunto: Pedido de Auxílio - Doença

Decisão: Deferimento do Pedido

Motivo: Constatação de Incapacidade Laborativa

Fundamentação Legal: Art. 59 da Lei Nº8.213, de 24/07/1991; Artigos 71, 77 e 78 do Decreto Nº3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006, Artigo 207, da IN 20 INSS/PRES. de 10/10/2007.

Em atenção ao seu pedido de Auxílio-Doença, apresentado no dia 14/08/2019, informamos que foi reconhecido o direito ao benefício, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho.

O benefício foi concedido até 07/09/2019.

Se nos 15(quinze) dias finais até a Data da Cessação do benefício (07/09/2019), V.Sa. ainda se considerar incapacitado para o trabalho, poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante formalização de Solicitação de Prorrogação.

A partir de 07/09/2019 (data da cessação do benefício) e pelo prazo de 30 (trinta) dias, V. Sa. poderá interpor Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social.

O requerimento de Solicitação de Prorrogação poderá ser feito ligando para o número 135 da Central de Atendimento do INSS; ou pela Internet no endereço www.previdencia.gov.br ou uma Agência da Previdência Social - APS.

A Previdência Social informa que o(a) segurado(a) em Auxílio Doença que retornar voluntariamente à mesma atividade, poderá ter seu Auxílio cancelado a partir da data do retorno, de acordo com os §§ 6º e 7º do art. 60 da Lei nº 8213/91, com redação dada pela Lei nº 13135/15.

Data: 03 de setembro de 2019

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência Social: RECIFE CORREDOR DO BISPO Endereço: R CORREDOR DO BISPO 155, SOLEDADE

CEP: 50050095 Município: RECIFE

UF: PE

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.

Ciente, em 03 de setembro de 2019

Assinatura do Requerente / Representante Legal





INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL:

SABI
SISTEMA DE ADMINISTRAÇÃO DE
BENEFÍCIOS POR INCAPACIDADE

2ª VIA

RECIFE CORREDOR DO BISPO

COMUNICAÇÃO DE RESULTADO
REQUERIMENTO Nº 198056283
BENEFÍCIO Nº -

Prezado(a) Sr.(a)
JOSE ADJAILSON NASCIMENTO

(NOME DO SEGURADO)		
8674466	28185/87	12998365266
(RG/CERTIDÃO)	(CTPS/SÉRIE)	(NIT)

Em atenção ao seu pedido de Auxílio-Doença, apresentado no dia 14/08/2019, informamos que foi reconhecido o direito ao benefício, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho.
O benefício foi concedido até 07/09/2019.

Se nos 15 (quinze) dias finais até a data de cessação do benefício (07/09/2019), V.Sa. ainda se considerar incapaz para o trabalho, poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante formalização do Pedido de Prorrogação.
A partir de 07/09/2019, e pelo prazo de 30 (trinta) dias, V.Sa. poderá interpor Recurso a Junta de Recursos da Previdência Social.

A Solicitação de Prorrogação poderá ser feita através dos seguintes meios:

Número 135 da Central de Atendimento do INSS; site www.previdencia.gov.br ou uma Agência da Previdência Social - APS.

Canhotinho, 06 de setembro de 2019 (Data da emissão da 2ª Via)

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

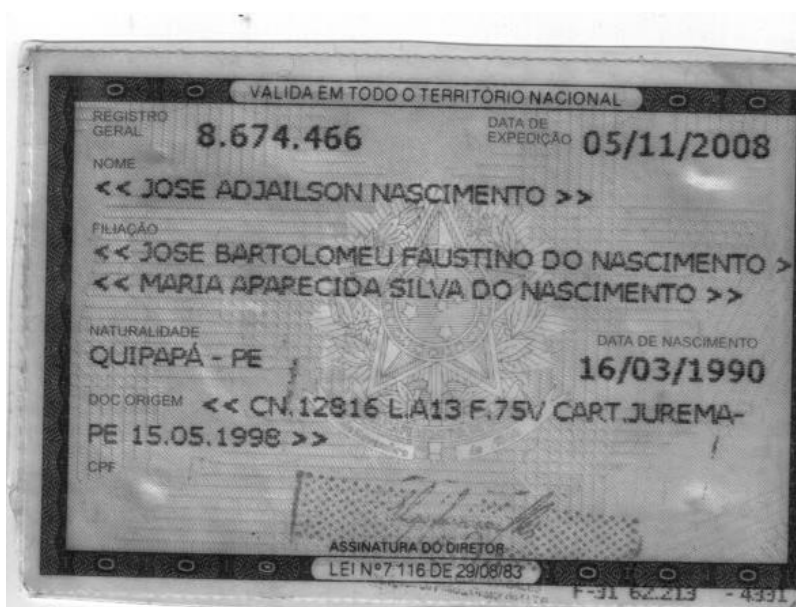
Agência da Previdência Social: RECIFE CORREDOR DO BISPO Endereço: R Corredor do Bispo 155 - Soledade
CEP: 50050095 Município: Recife UF: PE

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Art. 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.

Ciente em ____/____/____

Assinatura do Requerente/Rep. Legal







CLÍNICA DOS FEIRANTES - VIDA E SAÚDE

1º. Rua do Colégio, 35 - Prazeres - Jaboatão dos Guararapes - PE
Fones: (81) 3476.4175 / 9166.2669 - CNPJ: 08.721.280/0001-39

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o (a) Sr.(a) Dr. Adilson
Paulista foi atendido (a) nesta Clínica
e necessita de 05 dias Por Extensão dias de afastamento das
suas atividades profissionais ou escolares, a partir desta data, por motivo
de doença fractura hepática

Jaboatão, 22 de 07 de 19

Dr. Isaac Gomes
Médico

Carimbo e Ass. 08/07/2019 4162

NOTA - Este atestado é válido para as finalidades prevista no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14/03/67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

GRÁFICA DIAMANTE / (81) 3469.1517

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE



HOSPITAL GERAL DE AREIAS

AV. RECIFE, 801 AREIAS - RECIFE - TEL.: 3182.3000

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o Paciente: Jose
Adilson responsável portador da Carteira
Profissional nº — Série: —
Necessita de: 01 dia (POR EXTENSO)
dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por
motivo de doença.

☒ Hospital () Ambulatório 27/07/19
Localidade e data

Dr. Paulo Sales
Médico
CRM-PE: 27225

Ass. Médico - CRM
Odontólogo - CRO

NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas no art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14/03/97. E será expedido para justificativa de 01 a 15 dias de afastamento do trabalho.

CLÍNICA DOS FEIRANTES - VIDA E SAÚDE

1º. Rua do Colégio, 35 - Prazeres - Jaboatão dos Guararapes - PE

Fones: (81) 3476.4175 / 9166.2669 - CNPJ: 08.721.280/0001-39

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o (a) Sr.(a) Dei Adjulva
Pereira foi atendido (a) nesta Clínica
e necessita de 03 (3 por Extensão) dias de afastamento das

suas atividades profissionais ou escolares, a partir desta data, por motivo
de doença _____

Jaboatão, 28 de 07 de 19

Isaac Gomes
Médico

CREMEPE 4162

Carimbo e Ass. do Médico

NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14/03/67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

GRÁFICA DIAMANTE / (81) 3469.1517



ATESTADO MÉDICO

Sore Adilson

ATESTO que o Paciente: Lasuriento portador da Carteira

Profissional nº 01 (un) Série: _____

Necessita de: _____ (POR EXTENSO)

dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

☒ Hospital () Ambulatório

Localidade e data

Maria Gabriela Barros
Médica
CRM: 35078

Ass. Médico - CRM
Odontólogo - CRO

NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas no art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14/03/97. E será expedido para justificativa de 01 a 15 dias de afastamento do trabalho.



ATESTADO MÉDICO

Sore Adilson

ATESTO que o Paciente: Lasuriento portador da Carteira

Profissional nº 01 (un) Série: _____

Necessita de: _____ (POR EXTENSO)

dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

☒ Hospital () Ambulatório

Localidade e data

Maria Gabriela Barros
Médica
CRM: 35078

Ass. Médico - CRM
Odontólogo - CRO

NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas no art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14/03/97. E será expedido para justificativa de 01 a 15 dias de afastamento do trabalho.

 PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIPAPÁ SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Hospital Maria Digna Pessoa de Mello - Rua João Pessoa, s/n - Quipapá - PE		REGISTRO Nº
GUIA DE ESCLARECIMENTO		
Unidade de Saúde:	Região: <u>HILP - Cn. 66004</u>	
Nome do Paciente: <u>JOSE ADRIANSON VASCONCELOS</u>	<u>5941393</u>	
Idade: _____ Sexo: _____ Cor: _____ Est. Civil: _____		
End.: _____		
Atendido às: _____ Horas do dia: _____ de _____ de 20 _____		
Queixa Principal: <u>Doença em fase de recuperação.</u>		
História da Doença Atual: <u>Doença em fase de recuperação (acompanhamento de rotina) com uso de TOXAT; USG em andamento. História em fase de recuperação.</u>		
Sintomas e Sinais: <u>Ausência de Cn. 66004.</u>		
Hipótese Diagnóstica: _____		
Prescrição: _____		
Encaminhamento: _____ às _____ do dia _____ de _____ de 20 _____		
Obs.: Foi internado para observação por _____ horas nesta unidade e não houve indicação para o tratamento.		
<u>Dr. Aristóteles Ulisses de S. Brito</u> Médico		
Assinatura do Médico - CRM Carimbo ou nome do Médico em Letra de Forma		

  SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES DO SUDOESTE PERNAMBUCANO RECEITUÁRIO	Unidade: _____ Nome: <u>Dr. Adriano Vasconcelos</u> Clínica: _____ Reg. Nº _____ Enfer.: _____	 <u>Soluções</u> <u>Use Abaixo</u> <u>(Abrir hipotese)</u> <u>14/09/19</u>	Assinatura, Carimbo e CRM do Médico Data: ____/____/____
---	--	---	---

Eng. Quilombo dos Palmares, BR 101, Km 185

Palmares - PE
www.hrpalmars.com

UPA24H - UPA IMBIRIBEIRA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 25-06-2019 11:43

Nome Paciente: JOSE ADJAILSON DO NASCIMENTO
Cód. Paciente: 562613
Data de Nascimento: 16/03/1990
Sexo: Masculino
Idade: 29
Senha: A0138
Convênio: 2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento: 1246639 
SAME:

Período: 25-06-2019 12:09 - 25-06-2019 12:10

Prioridade: AMARELO - URGENTE

Cor:  AMARELO

Alergia(s): - NEGA ALERGIAS - .

Queixa Principal: DOR NO HEMITORAX DIREITO APOS QUEDA DE MOTO HOJE.
NEGA VOMITOS E DESMAIO

Fluxograma sintoma: DOR TORÁCICA

Discriminador(es): - DOR MODERADA?

Especialidade: CONSULTORIO (CLÍNICA GERAL)

Sinais Vitais Lidos: - REGUA DE DOR: 5
- FREQUENCIA CARDIACA: 99.00 BPM
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 18.00 IRPM

Alergias Atuais do Paciente

Substância **Observação**
- NEGA ALERGIAS - .

UPA24H
UPA IMBIRIBEIRA
RA TÍPICA A V. AL. UADE DESSA LÓPIA DO FRONT. UÁRIO
MÉDICO ELETRÔNICO.
Dr. Marcelo Silveira
Coordenador de Clínica Médica - UPA24H

Acolhido(a) por: REBECKA CARVALHO DE AGUIAR - COREN: 297000 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 21-11-2019 11:41



Tempo da Doença * Dias	Acesso à UPA * Espontânea	Nível de Consciência * Vigil / Alerta	Vulnerabilidade Social* Ausente
----------------------------------	-------------------------------------	---	---

Queixa Principal / História:
DOR EM TORAX DIREITO APOS QUEDA DE MOTO HA 08 HS. NEGA DESMAIO OU VOMITOS OU PERDA DE CONSCIENCIA. NEGA DEMAIS QUEIXAS. NEGA ALERGIA. NEGA COMORBIDADES.

ANTECEDENTES:
Infecção Orofaringe: ☐ Alergia: ☐ Diabetes Mellitus: ☐ Hipertensão Arterial: ☐ Doença Pulmonar: ☐
Doença Cardiovascular: ☐ Nefropatia: ☐ Tabagismo: ☐ Dislipidemia: ☐ Alcoolista: ☐ Medicamento: ☐
Observações:

EXAME FÍSICO

EG Bom	Hidratado	Anictérico	Sem Edemas	Corado
Nutrido	Eupnéico		Afebril	Acianótico

Observações: **Avaliação Cardio Vascular**
☐ Não Examinado: ☒ Normal ☐ Alterada:

Observações: **Avaliação do Aparelho Respiratório**
☐ Não Examinado: ☒ Normal ☐ Alterada:

Observações: **Avaliação Neurológica**
☐ Não Examinado: ☒ Normal ☐ Alterada:

Observações: **Avaliação Aparelho Digestivo**
☐ Não Examinado: ☒ Normal ☐ Alterada:

Observações: **Avaliação Aparelho Locomotor**
☐ Não Examinado: ☐ Normal ☒ Alterada:
DOLOROSO A PALPAÇÃO EM HEMITORAX DIREITO, SEM DEAMSI ALTERAÇÕES LOCAIS

Observações: **Avaliação de outros Aparelhos ou Sistemas**
SGU: ☒ Não Examinado: ☐ Normal ☐ Alterada:
ORL: ☒ Não Examinado: ☐ Normal ☐ Alterada:
Pele: ☒ Não Examinado: ☐ Normal ☐ Alterada:

Aferições: PAS PAD FR FC P (KG) TEMP SATO2 HGT
18 99



Prescrição.: 1752337 Data: 25/06/2019 12:26
Usuário.: JOAOCR
Atendimento: 1246639 Dt Nasc: 16/03/1990 (29a 3m 10d)
Convênio.: SUS - AMBULATORIO
Paciente.: 562613 - JOSE ADJAILSON DO NASCIMENTO
Peso.: Altura: Sup. Corporea:
Internação.: 25/06/2019 12:16 0 Dias(s) int
Médico.: JOAO CARLOS RODRIGUEZ ALVES - CRM 27377
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: CLINICA GERAL
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid.: R071 DOR TORACICA AO RESPIRAR Ciclo.: /
Diagnóstico:
Protocolo.:
Classificação de Risco:URG

1ª VIA

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco:URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRICAO MEDICA

MEDICAMENTOS		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1	DIPIRONA SODICA SOL.INJ. 1G - 2ML	1	AMP		IM	Agora	[25/06] 12:26
	-> SERINGA DESCARTAVEL 3CC	1	UN				
	S/ AGULHA						
	-> AGULHA 25X7 DESCARTAVEL	1	UN				
2	CETOPROFENO IM SOL.INJ.100MG - 2ML	1	AMP		IM	Agora	[25/06] 12:26
	-> SERINGA DESCARTAVEL 3CC	1	UN				
	S/ AGULHA						
	-> AGULHA 25X7 DESCARTAVEL	1	UN				

Este registro foi assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil, MP-2.200-2/2001, Resolução CFM 1821/2007, Resolução CFO 91/2009, tendo sido gerado em um sistema certificado no processo de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (SRES) da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) sob Nº 043.

JOAO CARLOS RODRIGUEZ ALVES:04112165463, AC SOLUTI Multipla, 04112165463, 25/06/2019 12:27 GMT-03:00 25/06/2019.

NOTA: TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (GMT-03:00).



MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA_IMBIRIBEIRAmarcellojcs



Prescrição.: 1752338 Data: 25/06/2019 12:27

Usuário.....: JOAOOCR

Atendimento: 1246639 Dt Nasc: 16/03/1990 (29a 3m 10d)

Convênio....: SUS - AMBULATORIO

Paciente....: 562613 - JOSE ADJAILSON DO NASCIMENTO

Peso.....: Altura: Sup. Corporea:

Internação.: 25/06/2019 12:16 0 Dias(s) int

Médico.....: JOAO CARLOS RODRIGUEZ ALVES - CRM 27377

FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: CLINICA GERAL

Unid. Int.: Leito...: Cobertura:

Cid.....: R071 DOR TORACICA AO RESPIRAR Ciclo...: /

Diagnóstico:

Protocolo..:

Classificação de Risco:URG

1ª VIA

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco:URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

EXAMES IMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 RX TORAX P.A. ; Exame: 319028	1					25/06 12:27

Este registro foi assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil, MP-2.200-2/2001, Resolução CFM 1821/2007, Resolução CFO 91/2009, tendo sido gerado em um sistema certificado no processo de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (SRES) da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) sob Nº 043.

JOAO CARLOS RODRIGUEZ ALVES:04112165463. AC SOLUTI Multipla, 04112165463, 25/06/2019 12:27 GMT-03:00 25/06/2019.

NOTA: TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (GMT-03:00).



MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA_IMBIRIBEIRAmarcellojcs



Assinado eletronicamente por: LORENA SAMPAIO DA SILVA - 10/11/2020 01:22:56

<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111001225670600000069375475>

Número do documento: 20111001225670600000069375475

Num. 70756138 - Pág. 4

RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 25/06/2019 17:40:00

IDENTIFICAÇÃO

NOME: JOSE ADJAILSON DO NASCIMENTO RG: PESO:
IDADE: 29 Anos SEXO: MASCULINO ALTURA:

Data de Nascimento: 16/03/1990

PRESTADOR ASSISTENTE: JOAO CARLOS RODRIGUEZ ALVES

DATA DE ATENDIMENTO: 25/06/2019 12:16:46 ATENDIMENTO: 1246639 TEMPO DE PERMANÊNCIA: -5 Hora(s)

CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO PLANO: PLANO UNICO

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: R071 - DOR TORACICA AO RESPIRAR

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):

DIAGNÓSTICO INICIAL: R071 - DOR TORACICA AO RESPIRAR

DIAGNÓSTICO DE ALTA: R071 - DOR TORACICA AO RESPIRAR

CONDUTA DE ALTA:

MOTIVO DA ALTA: ALTA APÓS MEDICAMENTO

PROCEDIMENTO DE ALTA:

UPA24H - UPA IMBIRIBEIRA
SISTEMA DE PRONTUÁRIO ELETRÔNICO
MÉDICO
Dr. Marcelo Silveira
Coordenador Médico - UPA24H

Este registro foi assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil, MP-2.200-2/2001, Resolução CFM 1821/2007, Resolução CFO 91/2009, tendo sido gerado em um sistema certificado no processo de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (SRES) da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) sob Nº 043.

JOAO CARLOS RODRIGUEZ ALVES:04112165463, AC SOLUTI Multipla, 04112165463, 25/06/2019 17:40 GMT-03:00 25/06/2019.

NOTA: TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (GMT-03:00).



Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA_IMBIRIBEIRAmarcellojcs



Assinado eletronicamente por: LORENA SAMPAIO DA SILVA - 10/11/2020 01:22:56

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111001225670600000069375475>

Número do documento: 20111001225670600000069375475

RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 26/06/2019 20:19:32

IDENTIFICAÇÃO

NOME: JOSE ADJAILSON DO NASCIMENTO RG: PESO:
IDADE: 29 Anos SEXO: MASCULINO ALTURA:

Data de Nascimento: 16/03/1990

PRESTADOR ASSISTENTE: MARCUS VINICIUS QUEIROGA GOMES

DATA DE ATENDIMENTO: 26/06/2019 18:15:56 ATENDIMENTO: 1247208 TEMPO DE PERMANÊNCIA: -2 Hora(s)

CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO PLANO: PLANO UNICO

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: M796 - DOR EM MEMBRO

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):

DIAGNÓSTICO INICIAL: M796 - DOR EM MEMBRO

DIAGNÓSTICO DE ALTA: M796 - DOR EM MEMBRO

CONDUTA DE ALTA:

MOTIVO DA ALTA: ALTA APÓS MEDICAMENTO

PROCEDIMENTO DE ALTA:

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA_IMBIRIBEIRAmarcellojcs



Prescrição.: 1753181 Data: 26/06/2019 20:10

Usuário.: MARCUSVQ

Atendimento: 1247208 Dt Nasc: 16/03/1990 (29a 7m 29d)

Convênio.: SUS - AMBULATORIO

Paciente.: 562613 - JOSE ADJAILSON DO NASCIMENTO

Peso.: Altura: Sup. Corporea:

Internação.: 26/06/2019 18:15 0 Dias(s) int

Médico.: MARCUS VINICIUS QUEIROGA GOMES - CRM 26821

FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: CLINICA GERAL

Unid. Int.: Leito.: Cobertura:

Cid.: M796 DOR EM MEMBRO Ciclo.: /

Diagnóstico:

Protocolo.:

Classificação de Risco: P.URG

2ª VIA

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco: POUCO URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRICAO MEDICA

MEDICAMENTOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 DEXAMETASONA FOSFATO DISSODICO SOL.INJ. 10MG - 2,5ML	1	AMP		IM	Agora	[26/06] 20:10
-> AGULHA 25X7 DESCARTAVEL	1	UN				
-> SERINGA DESCARTAVEL 3CC	1	UN				
S/ AGULHA						
2 CETOPROFENO IM SOL.INJ.100MG - 2ML	1	AMP		IM	Agora	[26/06] 20:10
-> SERINGA DESCARTAVEL 3CC	1	UN				
S/ AGULHA						
-> AGULHA 25X7 DESCARTAVEL	1	UN				

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA_IMBIRIBEIRAmarcellojcs



Tempo da Doença * Horas	Acesso à UPA * Espontânea	Nível de Consciência * Sonolento	Vulnerabilidade Social* Ausente
-----------------------------------	-------------------------------------	--	---

Queixa Principal / História:
PACIENTE REFERE DOR EM MSD HA 1 DIA APOS QUEDA DE MOTO. NEGA ALERGIAS

ANTECEDENTES:

Infecção Orofaringe: ☐ Alergia: ☐ Diabetes Mellitus: ☐ Hipertensão Arterial: ☐ Doença Pulmonar: ☐
Doença Cardiovascular: ☐ Nefropatia: ☐ Tabagismo: ☐ Dislipidemia: ☐ Alcoolista: ☐ Medicamento: ☐

Observações:

EXAME FÍSICO

EG Bom	Hidratado	Anictérico	Sem Edemas	Corado
Nutrido	Eupnéico		Afebril	Acianótico

Avaliação Cardio Vascular

Observações: ☒ Não Examinado: ☐ Normal ☐ Alterada:

Avaliação do Aparelho Respiratório

Observações: ☒ Não Examinado: ☐ Normal ☐ Alterada:

Avaliação Neurológica

Observações: ☒ Não Examinado: ☐ Normal ☐ Alterada:

Avaliação Aparelho Digestivo

Observações: ☒ Não Examinado: ☐ Normal ☐ Alterada:

Avaliação Aparelho Locomotor

Observações: ☒ Não Examinado: ☐ Normal ☐ Alterada:

Avaliação de outros Aparelhos ou Sistemas

SGU: ☒ Não Examinado: ☐ Normal ☐ Alterada:
 ORL: ☒ Não Examinado: ☐ Normal ☐ Alterada:
 Pele: ☒ Não Examinado: ☐ Normal ☐ Alterada:

Aferições: PAS PAD FR FC P (KG) TEMP SATO2 HGT
 16 70 0

Médico Responsável: MARCUS VINICIUS QUEIROGA GOMES Cremepe: 26821



SINISTRO 3190702451 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSE ADJAILSON NASCIMENTO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE
SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO JOSE ADJAILSON NASCIMENTO

CPF/CNPJ: 09500143461

Posição em 13-10-2020 13:16:17

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi negado, conforme carta enviada para o beneficiário.

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
21/02/2020	PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO	
21/12/2019	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	
21/12/2019	NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS	



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Vítima: JOSE ADJAILSON NASCIMENTO		Estado Civil: SOLTEIRO
RG: 8.674.466 SDS/PE	CPF: 095.001.434-61	Datas de nascimento: 16/03/1990
Profissão: AJUDANTE DE COZINHA		
Endereço – RUA PROFESSORA LUCIA MARIA S NEVES, 29 B		
Bairro: COHAB/RECIFE		
Cidade: RECIFE	CEP: 51.310-300	
Telefone: (81) 9.9804-2338		
E-mail: setorjuridicorecife@gmail.com		

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS DE RECEBIMENTO DE SEGURO DPVAT, QUE MORO E RESIDO NO ENDEREÇO ACIMA MENCIONADO.

REITERO QUE É MINHA INTEIRA RESPONSABILIDADE AS INFORMAÇÕES AQUI CONTIDAS

RECIFE, 02 DE OUTUBRO DE 2020.

Jose Adjailson Nascimento
Outorgante



DECLARAÇÃO DE POBREZA

Vítima: JOSE ADJAILSON NASCIMENTO	Estado Civil: SOLTEIRO	
RG: 8.674.466 SDS/PE	CPF: 095.001.434-61	Datas de nascimento: 16/03/1990
Profissão: AJUDANTE DE COZINHA		
Endereço – RUA PROFESSORA LUCIA MARIA S NEVES, 29 B		
Bairro: COHAB/RECIFE		
Cidade: RECIFE	CEP: 51.310-300	
Telefone: (81) 9.9804-2338		
E-mail: setorjuridicorecife@gmail.com		

Fundamento no artigo 1 da Lei n. 7.115/83, **declara** neste ato, sob sua inteira e exclusiva responsabilidade, para todos os efeitos legais, **ser pobre na acepção jurídica do termo**, enquadrando-se na concessão prevista na Lei n. 1060/50 e posteriores alterações, pois a sua "situação econômica" não lhe permite pagar as "custas" do processo e "honorários advocatícios", **sem prejuízo do sustento próprio ou da família.**

RECIFE, 02 DE OUTUBRO DE 2020.

Jose Adjailson Nascimento
Outorgante



PROCURAÇÃO “AD JUDICIA”

Vítima: JOSE ADJAILSON NASCIMENTO	Estado Civil: SOLTEIRO	
RG: 8.674.466 SDS/PE	CPF: 095.001.434-61	Datas de nascimento: 16/03/1990
Profissão: AJUDANTE DE COZINHA		
Endereço – RUA PROFESSORA LUCIA MARIA S NEVES, 29 B		
Bairro: COHAB/RECIFE		
Cidade: RECIFE	CEP: 51.310-300	
Telefone: (81) 9.9804-2338		
E-mail: setorjuridicorecife@gmail.com		

Nomeia e constitui suas bastante procuradoras as Sra. **LORENA SAMPAIO DA SILVA**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PE nº 42.960, ou a Sra. **BRUNNA MARQUES PERAZZO SEIXAS**, brasileira, casada, inscrita na OAB/PE nº 27.708, todas com endereço profissional à Av. Conde da Boa Vista, nº. 50, sala 1031, Boa Vista, Recife, onde recebe as comunicações de quaisquer atos processuais, a fim de que possa representar o(a) outorgante perante qualquer Juízo ou Tribunal, sendo-lhe outorgado os poderes de representação constantes nos art.105 do CPC, inclusive os especiais para transigir, desistir, firmar compromisso, substabelecer, desistir, renunciar, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, receber e dar quitação, receber alvará, praticar todos atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, dando tudo por bom e valioso, **com o fim de ajuizar ações relativas ao recebimento de diferença ou da integralidade do Seguro Obrigatório, ação de indenização, ou quaisquer outras que forem necessárias para o fiel desempenho do mandato.** Deixando estipulado nesse documento, contrato de risco com o Outorgante, que em caso de êxito, serão pagos a título de honorários contratuais trinta por cento, do valor recuperado, em favor do Outorgante.

RECIFE, 02 DE OUTUBRO DE 2020.

Jose Adjailson Nascimento
Outorgante



Dra. Janaina Leon
CRM: 13117

Ultrassonografia de Abdômen total

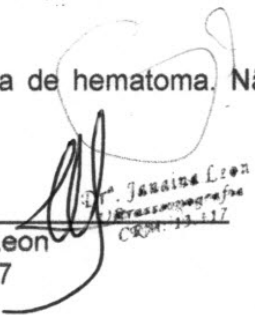
Exame de: José Adjailson Nascimento

Data: 07/08/19

Exame realizado em modo B (tempo real), mediante sonda convexa multifrequencial com técnica de alta definição.

1. Fígado de dimensões normais e textura sólida homogênea. Os vasos intra-hepáticos são bem visíveis e de calibre anatômico. Observamos em lobo direito imagem cística de conteúdo espesso que mede 6.1 x 4.1 cm.
2. Vesícula biliar de topografia usual, sem septos, de paredes finas, conteúdo anecóide sem ecos em seu interior.
3. Canal hepático e canal colédoco de calibre normais.
4. Veia porta de calibre normal
5. Pâncreas de textura habitual para a faixa etária.
6. Rim direito mede 10.1 x 4.5 cm, apresentando topografia, textura do seio renal e textura córtico-medular normais.
7. Rim esquerdo mede 10.0 x 4.4 cm, apresentando topografia, textura do seio renal e textura córtico-medular normais.
8. Baço de volume normal, contornos regulares e textura sólida homogênea.
9. Veia cava inferior de calibre e contornos normais.
10. Aorta abdominal de calibre e contornos normais.
11. Bexiga repleta, paredes regulares sem ecos em seu interior.
12. Próstata medindo 3.7 x 3.6 x 2.6 cm, apresentando contornos regulares (peso aproximado: 18.5 gramas).
13. Vesículas seminais de dimensões e texturas normais.

Impressão diagnóstica: Coleção hepática sugestiva de hematoma. Não podemos afastar a possibilidade de abscesso hepático.


Dra. Janaina Leon
CRM: 13117

Obs.: Em caso de retorno trazer este resultado.



