

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0391498/19

Número do Sinistro: 3190627622

Vítima: GILSON CALABRIA DE AZEVEDO

CPF: 028.906.744-87

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

Data do acidente: 28/02/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GILSON CALABRIA DE AZEVEDO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/02/2020
Nome: GILSON CALABRIA DE AZEVEDO
CPF: 028.906.744-87

GILSON CALABRIA DE AZEVEDO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/02/2020
Nome: Agnes Cristina Guedes Lopes
CPF: 156.118.057-28

Agnes Cristina Guedes Lopes

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0391498/19

Número do Sinistro: 3190627622

Vítima: GILSON CALABRIA DE AZEVEDO

CPF: 028.906.744-87

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

Data do acidente: 28/02/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GILSON CALABRIA DE AZEVEDO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/04/2020
Nome: GILSON CALABRIA DE AZEVEDO
CPF: 028.906.744-87

GILSON CALABRIA DE AZEVEDO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/04/2020
Nome: THATIANA PIRES BELLOT
CPF: 082.403.137-79

THATIANA PIRES BELLOT

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0391498/19

Vítima: GILSON CALABRIA DE AZEVEDO

CPF: 028.906.744-87

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

Data do acidente: 28/02/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GILSON CALABRIA DE AZEVEDO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovantes de despesas médicas
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

GILSON CALABRIA DE AZEVEDO : 028.906.744-87

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 07/11/2019
Nome: GILSON CALABRIA DE AZEVEDO
CPF: 028.906.744-87

GILSON CALABRIA DE AZEVEDO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/11/2019
Nome: CINTIA REGINA TEIXEIRA DOS SANTOS
CPF: 123.631.527-86

CINTIA REGINA TEIXEIRA DOS SANTOS

Rio de Janeiro, 11 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190627622

Vítima: GILSON CALABRIA DE AZEVEDO

Data do Acidente: 28/02/2019

Cobertura: DAMS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GILSON CALABRIA DE AZEVEDO

Informamos que o seu pedido de reembolso de DAMS foi cadastrado.

Para cobertura de Despesas Médicas e Suplementares (DAMS) o valor do reembolso é de até R\$2.700,00 (dois mil e setecentos reais). Todas as despesas precisam ser comprovadas através de notas fiscais e recibos originais.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 12 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190627622 Vítima: GILSON CALABRIA DE AZEVEDO

Data do Acidente: 28/02/2019 Cobertura: DAMS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), GILSON CALABRIA DE AZEVEDO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência da vítima, pois não foi entregue.
Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, pois o entregue não permite a leitura das informações.
Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você

Carta nº 15094974



Rio de Janeiro, 22 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190627622 Vítima: GILSON CALABRIA DE AZEVEDO

Data do Acidente: 28/02/2019 Cobertura: DAMS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), GILSON CALABRIA DE AZEVEDO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.
--------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 14 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190627622 Vítima: GILSON CALABRIA DE AZEVEDO

Data do Acidente: 28/02/2019 Cobertura: DAMS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), GILSON CALABRIA DE AZEVEDO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.
---------------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 06 de Abril de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190627622 Vítima: GILSON CALABRIA DE AZEVEDO

Data do Acidente: 28/02/2019 Cobertura: DAMS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), GILSON CALABRIA DE AZEVEDO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a identificação completa e correta da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, sem abreviações e/ou rasuras, pois o entregue está incorreto.
--------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 03 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190627622

Vítima: GILSON CALABRIA DE AZEVEDO

Data do Acidente: 28/02/2019

Cobertura: DAMS

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GILSON CALABRIA DE AZEVEDO

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi interrompido, mas poderá ser reaberto assim que os documentos solicitados forem entregues.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado ou acesse o aplicativo do Seguro DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



DEPARTAMENTO DE ESTRADAS DE RODAGEM
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO
BATALHÃO DE POLÍCIA RODoviÁRIA
SUBSEÇÃO DE TRÁFEGO E ACIDENTE

Nº / ANO
L-093/19



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



EXEMPLAR CANCELADO SUPLENTE
DO PM - BAT. 04001-0
BATALHÃO DE POLÍCIA RODoviÁRIA

I - LOCAL E DATA

COM ANEXO ☒ SEM ANEXO ☐

Município	CARLISTA			Rodovia	PE-001	Km	
Ponto de Referência	RANCO LEAF DO JERGA					Data	28/02/19
Dia da Semana	QUINTA-FEIRA	HORA/OCORRÊNCIA	22:30	Hora/Cheq. /Pr			23:00

II - TIPO DE ACIDENTE

ATROPELAMENTO		COLISÃO			CHOQUE		CAPOTELAMENTO	
Pedestre	<input checked="" type="checkbox"/>	Longitudinal		Frontal		Proto, Arvore	Tombamento	
Animal		Transversal		Traseira		Muro, Casa	Saída da pista	
						Veículo Parado	Outros	

III - CONSEQUÊNCIA

SEM VITIMA		COM VITIMA	<input checked="" type="checkbox"/>	MORTOS		FERIDOS	<input checked="" type="checkbox"/>
Nº VEH. ENVOLVIDOS NO ACIDENTE				IDENT.	01	NÃO IDENT.	TOTAL
							01

IV - CONDIÇÕES CIRCUNSTANCIAIS

ACTO. VERIFICADO		CONDIÇÕES VIA		CONDIÇÕES TEMPO		PERÍODO/DIA		SEMAFORO	
Longo da Via	<input checked="" type="checkbox"/>	Seca	<input checked="" type="checkbox"/>	Iluv	<input checked="" type="checkbox"/>	Manhã		S/Defeito	
Cruzamento		Molhada		Chuva		Tarde		C/Defeito	
Outros		Entulhada		Nebulosa		Noite	<input checked="" type="checkbox"/>	Destinado	
		Olhada		Granizo		Madrugada		N/Existe	<input checked="" type="checkbox"/>

V - CONTROLE DO TRÁFEGO

Policial		Placa "Pare"		MÃO DE DIREÇÃO		DIVISÃO DA VIA	
F. Pedestre		Placa "De a. Pref."		Unica		Faixa Contínua	
F. Retenção		Não há Placas	<input checked="" type="checkbox"/>	Dupla	<input checked="" type="checkbox"/>	Canal Central	
						Bloco	
						Outros	<input checked="" type="checkbox"/>

VI - CONDIÇÕES DOS CONDUTORES

EXAME DE EMBRIAGUEZ ALCOOLICA VI/V2		COMPORTAMENTO - VI/V2	
Realizado no Local		Permaneceu no local	
Enc. Para Exame		Socorrido	<input checked="" type="checkbox"/>
Não foi Realizado	<input checked="" type="checkbox"/>	Evadiu-se	

VII - DANOS A PROPRIEDADE DE TERCEIROS

Proprietário		Toma Conhecimento	
Natureza das Avarias			

VIII - VEÍCULOS

QUANTO A TRACÇÃO - VI/V2		ESPÉCIE - VI/V2		CATEGORIA - VI/V2	
Automotor	VI	Passageiro	VI	Oficial	
De Propulsão Humana		Carga		Particular	VI
De tração normal		Tração		Motocicl	

IX - IDENTIFICAÇÃO DAS PARTES

VEÍCULO - 01

Marcas	HONDA	Modelo	XRE 190	Ano	2016	Renavam	1100455113	Placa	PCT-6340
Município	IGARASSU/PE	Nº do Chassi	9CMD4100C.R010155		Veículo de Carga nº de Exo				
Carregado	Apreendido				Liberado	X	Evidu - se		
Proprietário	TASIA MARIA ALVES NUNES DA SILVA								
Residência						Home			
Município	IGARASSU/PE	Rg			Org. Exp	CPF		479.615.894-49	
Condutor	KAYO ALBERTO TAVARES SANTOS								
Residência	RUA POLONIA, 196					Barro	NOSSA SENHORA DO Ó		
Município	PAULISTA	Rg	9638331	Org. Exp.	SDS-PE	CPF	704.254.304-13		
CNH/Pront / Nº	0665466889	Categoria	AB		Validade	26/02/2021	Hora/Dir		

VEÍCULO - 02

Marca		Modelo	Ano	Renavam	Placa
Município	Nº do Chassi		Veículo de Carga nº de Exo		
Carregado	Apreendido		Liberado	Evidu - se	
Proprietário					
Residência					
Município	Rg	Org. Exp	CPF		
Condutor					
Residência					
Município	Rg	Org. Exp	CPF		
CNH/Pront./NP	Categoria	Validade	Hora/Dir		

TESTEMUNHA - 01

TESTEMUNHA - 01									
Nome				Idade		Sexo		Profissão	
Residência				Bairro					
Município		U.F.		Rg		Org. Exp.		CPF	

TESTEMUNHA - 02

TESTE FUNDA - 02									
Nome				Idade		Sexo		Profissão	
Residência				Bairro					
Município		U.F.		Rg		Org. Exp.		CPF	

VÍTIMA - 01

VITIMA - 01			Natureza dos Ferimentos			Leve	X	Graves	Mortais	
Nome	KAYO ALBERTO TAVARES SANTOS				Motociclista	X	Passageiro	Pedestre		
Estado Civil	SOLTEIRO		Idade	22	Sexo	MASC	Nacionalidade	Naturalidade		
Profissão	ESTUDANTE		Residência	RUA POLONIA, 196				Bairro	NOSSA SENHORA DO Ó	
Município	PAULISTA		UF	PE	Rg	9638331	Org. Exp.	SDS-PE	CPF	704.254.304-13
Socorrido	UPA TABAJARA						Município	OLINDA		
Dados Fornecidos Por	DUCLENCIO DIAS DE AGUIAR									
Residência	RUA TCHECOSLOVAQUIA							Bairro	PAU AMARELO	
Município	PAULISTA		UF	PE	Rg	675537530	Org. Exp.	IFR-RJ	CPF	

VÍTIMA - 02

VÍTIMA - 02			Natureza dos Ferimentos			Leve		Graves		X		Mortais		
Nome	GILSON CALABRIA DE AZEVEDO						Motociclista		Passageiro				Pedestre	
Estado Civil	CASADO		Idade	74		Sexo	MASC		Nacionalidade		BRAS		Naturalidade	NAZARE DA MATA
Profissão	ADVOGADO		Residência	RUA BENONE SA, 290 APT 202						Bairro	NOSSA SENHORA DO Ó			
Município	PAULISTA		UF	PE	Rg	535288		Org Exp	SDS		CPF	028.906.744-87		
Socorrido	HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO								Município					
Dados Fornecidos Por		MILENA BANDEIRA DE CARVALHO CARNEIRO												
Residência		RUA BENONE SA, 290 APT 202								Bairro	NOSSA SENHORA DO Ó			
Município	PAULISTA		UF	PE	Rg	5334755		Org Exp	SDS-PE		CPF	025.511.154-18		



Handwritten signature
 VANDERLEI CARNEIRO RIBEIRO
 C/P - 101.100.000-1
 BATALHÃO DE POLÍCIA INVESTIGATIVA

XII - INTRACÇÕES COMETIDAS

	V.1 / V.2		V.1 / V.2
Dirigir s/CNII (Art. 162 I CTB)		Deixar de Prestar Informação (Art. 176 V CTB)	
Conduzir Veic. s/ Lic. (Art. 210 V CTB)		Desob. Ordem do Agente trans. (Art. 195 CTB)	
Conduzir Veic. s/ Dir. Porta Obrig. (Art. 232 CTB)		Conduzir Veic. C/ Lacre Violado (Art. 250 CTB)	
Dirigir Sob. Influên. Alcool. (Art. 165 CTB)		Conduzir Veic. S/ Placa (Art. 230 IV CTB)	
Deixar de Prestar Socorro à Vítima (Art. 176 I CTB)		Conduzir Veic. C/ Para Dep. (Art. 230 VI CTB)	
Deixar de Abstar-Princ. P. Exat. Temp. (Art. 116 L CTB)		Conduzir Veic. Alter. Do Usuar. (Art. 230 VII CTB)	
Deixar de Prestar Soc. Assist. (Art. 176 III CTB)		Conduzir Veic. Defeito. Repar. Obrig. (Art. 230 IX CTB)	
Deixar de Remover Veic. Qdo. Deixar. (Art. 176 IV CTB)		Outros	

XV - AVÁRIAS APARENTES

VEÍCULO - 01

EM ANEXO

VEÍCULO - 02

EM ANEXO

XVI - DADOS NECESSÁRIOS

1. Rebouque Efetuado	Polícia Militar		Particular		Não Efetuado	
2. Comunicado a Delegacia de						Hora
Nome do Responsável da Ocorrência						Matrícula
XVII – Responsável Pelo B.A.T	Posto/Grad	RG	Matrícula	930584-0	NOME	JOÃO CARLOS
XVIII – Dirigente da SSTA	CP PM VERCÍNIA RUTENO		Of. Chefe da SSTA	TEN PM PAULA RAQUEL		















CONFERE COM O ORIGINAL QUE ME FOI APRESENTADO

DATA: 01/04/19

ASS: 50 PM 112394-7



IV - SIMBOLÓGIA

Automóvel e Outros Veículos de 04 Rodas		Incluido -	
Ciclo, Caminhão ou Trator		Marcha à Frente -	
Trator		Marcha à Ré -	
Veículo de 2 ou 3 Rodas		Derrogação -	
Pedestre		Capotamento ou Tomboamento -	
Animal		Local do colisão -	
Objeto Fixo		Fluxo de Chuva -	

XIII - CROQUI

EM ANEXO





DEPARTAMENTO DE ESTRADAS DE RODAGEM
PRFE - DGO - CTE - DPRV
Batallão Cel. Ruy de Sousa Neto



XII - INFRAÇÕES CONSTITUÍDAS

	V1	V2	
Dirigir B CTR (Art. 161, I, CTR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Deixar de prestar socorro (Art. 176, CTR)
Conduzir vec. a des. Para dirig. (Art. 171 CTR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Deixar Obedecendo a gest. Tráf. (Art. 178 CTR)
Conduzir vec. a des. Para dirig. (Art. 171 CTR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Conduzir vec. a des. Para dirig. (Art. 178 CTR)
Dirigir sob influência de álcool (Art. 172 CTR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Conduzir vec. a des. Para dirig. (Art. 178 CTR)
Deixar de prestar socorro a vítima (Art. 176 CTR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Conduzir vec. a des. Para dirig. (Art. 178 CTR)
Deixar de obedecer gest. Tráf. (Art. 178 CTR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Conduzir vec. a des. Para dirig. (Art. 178 CTR)
Deixar de prestar socorro a vítima (Art. 176 CTR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Conduzir vec. a des. Para dirig. (Art. 178 CTR)
Deixar de obedecer gest. Tráf. (Art. 178 CTR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Conduzir vec. a des. Para dirig. (Art. 178 CTR)
Deixar de prestar socorro a vítima (Art. 176 CTR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Conduzir vec. a des. Para dirig. (Art. 178 CTR)
Deixar de obedecer gest. Tráf. (Art. 178 CTR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Conduzir vec. a des. Para dirig. (Art. 178 CTR)

XIII - CIRCUNSTÂNCIAS

VEÍCULO NOSTRO DO LOCAL DO ACIDENTE.

XIV - SIMBOLOGIA



Anticarro e outros veículos de 4 rodas
Ônibus, Camião e Trator
Trator
Veículo de 2 ou 3 rodas
Pedestre
Animal
Objeto Fixo

Barreira
Obstáculo à Frente
Obstáculo à Esq.
Desvio à Esq.
Empedimento ao Tráfego
Local da Colisão
Depósito de resíduos

U = HONRA XRE
190

XY - AVARIAS APARENTES

VEÍCULO - 1

VEÍCULO - 02

Quebração Pneu dianteiro direito
No Eixo dianteiro direito, no eixo
dianteiro do veículo, Pneu de condução
Linha direita, Pneu de condução.
Avarias no corpo de condução.

XVI - DADOS NECESSÁRIOS

1 - Reboque efetuado: Polícia Militar

Particular

Não efetuado

2 - Comunicado à Delegacia de:
Nome do receptor da ocorrência:

Hora:

Matrícula:

XVII - RESPONSÁVEL
PELO BAT.

POSTO/GRAD.

MATRÍCULA

NOME:

ASS.

XVIII - Datilógrafo SSTA

Of. Chefe SSTA:



BATALÃO DE POLÍCIA RODoviÁRIA
SUBSEÇÃO DE TRÁFEGO E ACIDENTES - (SSTA)



DECLARAÇÃO DO CONDUTOR (ANEXO AO BAT N° 293, 2019)

DESCREVA ABAIXO COMO OCORREU O ACIDENTE:

UEL

SOLICITADO PARA

CPA DE CLIPDA

(ERRORE PARABOLAR)

Veículo: Honda XR 190

Nome do Condutor: _____

RG: _____

Órgão Expedidor: _____

CPF: _____

Placa do Veículo: PCS 6340

Data: _____

Hora: _____

: _____

: _____

Assinatura: _____

Observação:

- 1) O Condutor deverá firmar sua declaração de próprio punho, utilizando de letra de forma legível;
- 2) O Procedimento ilegível será de responsabilidade do signatário.





POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO
BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA
BOAT Nº 131/2019



ANEXO IV

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RICARDO DA GOMARA DESSA PR (1315),
FOI CONSTATADO QUE O VEÍCULO ENVIADO
TEMPO DO LOCAL, NO LOCAL ONDE HAVIA - 36
A GT 17000 CONSTATADO PESSOAL (SICUA
MAI 350960-29 DANDO APOIO, COMPLETO GUAR
DA DO VI FOI CONSTATADO PARA OPA DE OLINDA
PELO SMO USB 03 CONSTATADO PARA TER VANTAJA
MAI 12644 E AVIADO PARA O INFERNO
FOI CONSTATADO PARA O INFERNO DA MISTURADA
PELO SMO USB 01 CONSTATADO PARA TER LOCAL
MAI 11842.

- PESSOAL CONSTATADO PARA OPA
- VEÍCULO CONSTATADO DO LOCAL, PARA O INFERNO DA MISTURADA
- 15 VET FOI CONSTATADO PARA O INFERNO DA MISTURADA

O VEÍCULO ENVIADO DO LOCAL, PARA O INFERNO
DO SMO, PESSOAL CONSTATADO PARA OPA
342-149-20, RESIDENTE NA RUA GT 17000
5º ETAPA - MAI 17000 - OLINDA

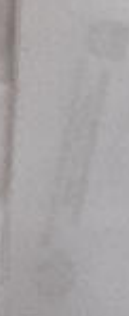
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO

Sgt GRAD/MAT/MOM





QUANTO A
Autorização
De Propriedade
De



Director of Civil
Director of Criminal
Director of Traffic
Director of...

Attestation - Bureau Fédéral
Tribunal
Chambre Consulaire de Paris



EM VINO

EM VINO





DEPARTAMENTO DE ESTRADAS DE RODAGEM
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO
BATALHÃO DE POLÍCIA RODoviÁRIA
SUBSEÇÃO DE TRÁFEGO E ACIDENTE

Nº / ANO
L-093/19



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



EXEMPLAR ARQUIVADO EM
DEPT. DE TRÁFEGO E ACIDENTE
BATALHÃO DE POLÍCIA RODoviÁRIA

I - LOCAL E DATA

COM ANEXO ☒ SEM ANEXO ☐

Município	CARLISTA			Rodovia	PE-001	Km	
Ponto de Referência	RANCO LEAF DO JERGA					Data	28/02/19
Dia da Semana	QUINTA-FEIRA	HORA/OCORRÊNCIA	22:30		Hora/Cheq. /Pr		23:00

II - TIPO DE ACIDENTE

ATROPELAMENTO		COLISÃO			CHOQUE		CAPOTELAMENTO	
Pedestre	<input checked="" type="checkbox"/>	Longitudinal	<input type="checkbox"/>	Frontal	<input type="checkbox"/>	Proto, Arvore	Tombamento	<input type="checkbox"/>
Animal	<input type="checkbox"/>	Transversal	<input type="checkbox"/>	Traseira	<input type="checkbox"/>	Muro, Casa	Saída da pista	<input type="checkbox"/>
						Veículo Parado	Outros	<input type="checkbox"/>

III - CONSEQUÊNCIA

SEM VITIMA	<input type="checkbox"/>	COM VITIMA	<input checked="" type="checkbox"/>	MORTOS		FERIDOS		<input checked="" type="checkbox"/>
Nº VEH. ENVOLVIDOS NO ACIDENTE				IDENT.	01	NÃO IDENT.		TOTAL 01

IV - CONDIÇÕES CIRCUNSTANCIAIS

ACTO. VERIFICADO		CONDIÇÕES VIA		CONDIÇÕES TEMPO		PERÍODO/DIA		SEMAFORO	
Longo da Via	<input checked="" type="checkbox"/>	Seca	<input checked="" type="checkbox"/>	Boa	<input checked="" type="checkbox"/>	Manhã		S/Defeito	
Cruzamento	<input type="checkbox"/>	Molhada	<input type="checkbox"/>	Chuva	<input type="checkbox"/>	Tarde		C/Defeito	
Outros	<input type="checkbox"/>	Entulhada	<input type="checkbox"/>	Nebulosa	<input type="checkbox"/>	Noite	<input checked="" type="checkbox"/>	Destinado	
		Olhada	<input type="checkbox"/>	Granizo	<input type="checkbox"/>	Madrugada		N/Existe	<input checked="" type="checkbox"/>

V - CONTROLE DO TRÁFEGO

Policial	<input type="checkbox"/>	Placa "Pare"	<input type="checkbox"/>	MÃO DE DIREÇÃO		DIVISÃO DA VIA	
P. Pedestre	<input type="checkbox"/>	Placa "De a. Pref."	<input type="checkbox"/>	Unia	<input type="checkbox"/>	Faixa Contínua	<input type="checkbox"/>
P. Retenção	<input type="checkbox"/>	Não há Placas	<input checked="" type="checkbox"/>	Dupla	<input checked="" type="checkbox"/>	Canal Central	<input type="checkbox"/>
						Bloco	<input type="checkbox"/>
						Outros	<input checked="" type="checkbox"/>

VI - CONDIÇÕES DOS CONDUTORES

EXAME DE EMBRIAGUEZ ALCOÓLICA VI/V2		COMPORTAMENTO - VI/V2	
Realizado no Local	<input type="checkbox"/>	Permaneceu no local	<input type="checkbox"/>
Enc. Para Exame	<input type="checkbox"/>	Socorrido	<input checked="" type="checkbox"/>
Não foi Realizado	<input checked="" type="checkbox"/>	Evadiu-se	<input type="checkbox"/>

VII - DANOS A PROPRIEDADE DE TERCEIROS

Proprietário		Toma Conhecimento	
Natureza das Avarias			

VIII - VEÍCULOS

QUANTO A TRACÇÃO - VI/V2		ESPÉCIE - VI/V2		CATEGORIA - VI/V2	
Automotor	VI	Passageiro	VI	Oficial	
De Propulsão Humana		Carga		Particular	VI
De tração normal		Tração		Motocicl	

IX - IDENTIFICAÇÃO DAS PARTES

VEÍCULO - 01

Marcas	HONDA	Modelo	XRE 190	Ano	2016	Renavam	1100455113	Placa	PCT-6340
Município	IGARASSU/PE		Nº do Chassi		9CMD4100C.R010155		Veículo de Carga nº de Exo		
Carregado	Apreendido			Liberado			X	Evidu - se	
Proprietário	TASIA MARIA ALVES NUNES DA SILVA								
Residência							Home		
Município	IGARASSU/PE		Rg			Org. Exp	CPF		479.615.894-49
Condutor	KAYO ALBERTO TAVARES SANTOS								
Residência	RUA POLONIA, 196						Barro	NOSSA SENHORA DO Ó	
Município	PAULISTA		Rg	9638331	Org. Exp.	SDS-PE	CPF	704.254.304-13	
CNH/Pront / Nº	0665466889		Categoria		AB	Validade	26/02/2021	Hora/Dir	

VEÍCULO - 02

Marcas	Modelo	Ano	Renavam	Placa
Município	Nº do Chassi	Veículo de Carga nº de Exo		
Carregado	Apreendido	Liberado	Evidu - se	
Proprietário				
Residência				
Município	Rg	Org. Exp	CPF	
Condutor				
Residência				
Município	Rg	Org. Exp	CPF	
CNH/Pront./NP	Categoria	Validade	Hora/Dir	

TESTEMUNHA - 01

TESTEMUNHAS - 01										
Nome					Idade		Sexo		Profissão	
Residência					Bairro					
Município		U.F.		Rg		Org. Exp	CPF			

TESTEMUNHA - 02

TESTEMUNHA - 02									
Nome				Idade		Sexo		Profissão	
Residência				Bairro					
Município		U.F.		Rg		Org. Exp.		CPF	

VÍTIMA - 01

VITIMA - 01			Natureza dos Ferimentos			Leve	X	Graves	Mortais	
Nome	KAYO ALBERTO TAVARES SANTOS				Motociclista	X	Passageiro	Pedestre		
Estado Civil	SOLTEIRO		Idade	22	Sexo	MASC		Nacionalidade	Naturalidade	
Profissão	ESTUDANTE		Residência	RUA POLONIA, 196				Bairro	NOSSA SENHORA DO Ó	
Município	PAULISTA		UF	PE	Rg	9638331	Org. Exp.	SDS-PE	CPF	704.254.304-13
Socorrido	UPA TABAJARA							Município	OLINDA	
Dados Fornecidos Por	DUCLENCIO DIAS DE AGUIAR									
Residência	RUA TCHECOSLOVAQUIA							Bairro	PAU AMARELO	
Município	PAULISTA		UF	PE	Rg	675537530	Org. Exp.	IFR-RJ	CPF	

VÍTIMA - 02

VÍTIMA - 02			Natureza dos Ferimentos			Leve		Graves		X		Mortais		
Nome	GILSON CALABRIA DE AZEVEDO					Motociclista		Passageiro				Pedestre		
Estado Civil	CASADO		Idade	74		Sexo	MASC		Nacionalidade		BRAS		Naturalidade	NAZARE DA MATA
Profissão	ADVOGADO		Residência	RUA BENONE SA, 290 APT 202					Bairro		NOSSA SENHORA DO Ó			
Município	PAULISTA		UF	PE	Rg	535288		Org Exp	SDS		CPF	028.906.744-87		
Socorrido	HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO							Município						
Dados Fornecidos Por		MILENA BANDEIRA DE CARVALHO CARNEIRO												
Residência		RUA BENONE SA, 290 APT 202							Bairro		NOSSA SENHORA DO Ó			
Município	PAULISTA		UF	PE	Rg	5334755		Org Exp	SDS-PE		CPF	025.511.154-18		



Handwritten signature
 VANDERLEI CARNEIRO RIBEIRO
 C/P - 101.100.000-1
 BATALHÃO DE POLÍCIA INVESTIGATIVA

XII - INTRACÇÕES COMETIDAS

	V.1 / V.2		V.1 / V.2
Dirigir s/CNII (Art. 162 I CTB)		Deixar de Preserv Informal. sold. (Art. 176 V CTB)	
Conduzir Veic. s/ Lic. (Art. 210 V CTB)		Desob. Ordem do Agente trans. (Art. 195 CTB)	
Conduzir Veic. s/ Dir. Porta Obrig. (Art. 232 CTB)		Conduzir Veic. C/ Lacre Violado (Art. 250 CTB)	
Dirigir Sob. Influên. Alcool. (Art. 165 CTB)		Conduzir Veic. S/ Placa (Art. 230 IV CTB)	
Deixar de Preserv. Seguro & Vitima (Art. 176 I CTB)		Conduzir Veic. C/ Para Dep. (Art. 230 VI CTB)	
Deixar de Abstar. Pres. P. Ponto Temp. (Art. 176 I CTB)		Conduzir Veic. Alter. Do Usuar. (Art. 230 VII CTB)	
Deixar de Preserv. Lâmi de Acad. (Art. 176 III CTB)		Conduzir Veic. Defeito. Equip. (Art. 230 IX CTB)	
Deixar de Remover Veic. Qdo. Deixa. (Art. 176 IV CTB)		Outros	

XV - AVÁRIAS APARENTES

VEÍCULO - 01

EM ANEXO

VEÍCULO - 02

EM ANEXO

XVI - DADOS NECESSÁRIOS

1. Rebouque Efetuado	Policia Militar		Particular	Não Efetuado	
2. Comunicado a Delegacia de					Hora
Nome do Responsavel da Ocorrência					Matrícula
XVII - Responsavel Pelo BAF	Posto/Grad	RG	Matrícula	930584-0	NOME
XVIII - Dignidade da SSTA	CB PM VERCÍNIA RUFINO		Of. Chefe da SSTA	TEN PM PAULA RAQUEL	















CONFERE COM O ORIGINAL QUE ME FOI APRESENTADO

DATA: 01/04/19

ASS: 50 PM 112394-7



IV - SIMBOLÓGIA

Automóvel e Outros Veículos de 04 Rodas		Incluido -	
Ciclo, Caminhão ou Trator		Marcha à Frente -	
Trator		Marcha à Ré -	
Veículo de 2 ou 3 Rodas		Derroçagem -	
Pedestre		Capotamento ou Tombamento -	
Animal		Local da colisão -	
Objeto Fixo		Fluxo de Chuva -	

XIII - CROQUI

EM ANEXO





DEPARTAMENTO DE ESTRADAS DE RODAGEM
PRFE - DGO - CTE - DPRV
Batallão Cel. Ruy de Sousa Neto



XII - INFRAÇÕES CONSTITUÍDAS

	V1	V2	
Dirigir B CTR (Art. 161, I, CTR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Deixar de prestar socorro (Art. 176, CTR)
Conduzir veic. a des. Para dirig. (Art. 171 CTR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Deixar Obedecendo a gest. Tráf. (Art. 178 CTR)
Conduzir veic. a des. Para dirig. (Art. 171 CTR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Conduzir veic. a des. de modo a (Art. 180, I, CTR)
Dirigir sob influência de álcool (Art. 182 CTR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Conduzir veic. a des. de modo a (Art. 180, IV, CTR)
Deixar de prestar socorro a vítima (Art. 176 CTR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Conduzir veic. a des. de modo a (Art. 180, VI, CTR)
Deixar de adotar provid. de segurança (Art. 179 CTR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Conduzir veic. a des. de modo a (Art. 180, VII, CTR)
Deixar de prestar socorro a vítima (Art. 176 CTR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Conduzir veic. a des. de modo a (Art. 180, IX, CTR)
Deixar de adotar provid. de segurança (Art. 179 CTR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Outras:

XIII - CROQUI

VEÍCULO NISTANDO DO LOCAL DO
ACIDENTE.

XIV - SIMBOLOGIA



Anticarro e outros veículos de 4 rodas
Ônibus, Camião e Trator
Trator
Veículo de 2 ou 3 rodas
Pedestre
Animal
Objeto fixo

Barreira
Obstáculo à Frente
Obstáculo à Esq.
Desvio
Empedimento ao Tráfego
Local da Colisão
Depósito de resíduos

U = HONDA XRE
190

XY - AVARIAS APARENTES

VEÍCULO - 1

VEÍCULO - 02

Quebração Pneu dianteiro direito
No Eixo dianteiro direito, no eixo
dianteiro do veículo, Pneu de condução
Linha direita do Pneu de condução.
Avarias no corpo de condução.

XVI - DADOS NECESSÁRIOS

1 - Reboque efetuado: Polícia Militar

Particular

Não efetuado

2 - Comunicado à Delegacia de:
Nome do receptor da ocorrência:

Nome:

Matrícula:

XVII - RESPONSÁVEL
PELO NAT.

POSTO/GRAD.

MATRÍCULA

NOME:

ASS.

XVIII - Datilógrafo SSTA

Of. Chefe SSTA:



BATALÃO DE POLÍCIA RODoviÁRIA
SUBSEÇÃO DE TRÁFEGO E ACIDENTES - (SSTA)



DECLARAÇÃO DO CONDUTOR (ANEXO AO BAT N° 293, 2019)

DESCREVA ABAIXO COMO OCORREU O ACIDENTE:

UEL

SOLICITADO PARA

CPA DE CLIPDA

(ERRORE PARABOLAR)

Veículo: Honda XR 190

Nome do Condutor: _____

RG: _____

Órgão Expedidor: _____

CPF: _____

Placa do Veículo: PCS 6340

Data: _____

Hora: _____

: _____

: _____

Assinatura: _____

Observação:

- 1) O Condutor deverá firmar sua declaração de próprio punho, utilizando de letra de forma legível;
- 2) O Procedimento ilegível será de responsabilidade do signatário.





POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO
BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA
BOAT Nº 131/2019



ANEXO IV

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RICARDO DA GOMARA DESSA PR (1315),
FOI CONSTATADO QUE O VEÍCULO ENVIADO
TEMPO DO LOCAL, NO LOCAL ONDE HAVIA - 36
A GT 17000 CONSTATADO PESSOAL (SICUA
MAI 350960-29 DANDO APOIO, COMPLETO GUAR
DA DO VI FOI CONSTATADO PARA OPA DE OLINDA
PELO SMO USB 03 CONSTATADO PARA TER VANTAJA
MAI 12644 E AVIADO PARA O INFERNO
FOI CONSTATADO PARA O INFERNO DA MISTURADA
PELO SMO USB 01 CONSTATADO PARA TER LOCAL
MAI 11842.

- PESSOAL CONSTATADO PARA OPA
- VEÍCULO CONSTATADO DO LOCAL, PARA O INFERNO DA MISTURADA
- 15 VETOR FOI CONSTATADO PARA O INFERNO DA MISTURADA

O VEÍCULO ENVIADO DO LOCAL, PARA O INFERNO
DO SMO, PESSOAL CONSTATADO PARA OPA
342-149-20, RESIDENTE NA RUA GT 17000
5º ETAPA - MAI 17000 - OLINDA

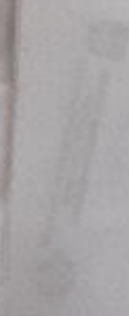
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO

Sgt GRAD/MAT/MOM





QUANTO A
Autorizar
De Propriedade
De



Director of Civil C
Commander Vehicle L
Director of Vehicle D
Director of Vehicle D

Attestation - Bureau Fédéral
Tribunal
Autorité Comptable de l'Etat



EM VINO

EM VINO

2/1 - 17/10/1971

Esclarecimentos importantes

- 1 - O Documento de Arrecadação de Receitas Federais - DARF é o instrumento de cobrança das receitas patrimoniais administradas pela Secretaria de Coordenação e Governança do Patrimônio da União-SCGPU. No seu interior estão impressos os dados de identificação do imóvel, data de vencimento e respectivos valores a serem recolhidos ao Tesouro Nacional. Em caso de pagamento após o vencimento incidirão acréscimos legais, conforme lei nº 13.135 de 26 de junho de 2015.
 - 2 - Consulte o site www.patrimoniode todos.gov.br e obtenha informações sobre os serviços prestados pela SCGPU, incluindo consulta e alteração dos seus dados cadastrais, pendências financeiras, impressão de DARF, dentre outros. Caso não tenha acesso à internet procure a unidade da SCGPU no seu Estado.
 - 3 - Lembremos que o não pagamento da obrigação sujeita o responsável a:
 - a) inclusão no Cadastro Informativo dos Créditos Não Quitados de Órgãos e Entidades Federais (Cadin);
 - b) inscrição em Dívida Ativa da União - DAU;
 - c) decretação de caducidade de aforamento ou cancelamento da inscrição de ocupação, conforme o caso.
- IMPORTANTE:** É prevista a isenção do pagamento de juros, taxas de ocupação e laudêmio para pessoas consideradas parentes, cuja renda familiar mensal for igual ou inferior a 5 salários mínimos e que resida no imóvel. Caso se enquadre nessa situação, informe-se na unidade da SCGPU no seu Estado.

MANTENHA SEUS DADOS ATUALIZADOS.



MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO DESENVOLVIMENTO E GESTÃO SECRETARIA DO PATRIMÔNIO DA UNIÃO

SUPERINTENDENCIA DO PATRIMONIO DA UNIAO - ALAGOAS
PC D PEDRO II 16
1 ANDAR
CENTRO
57020-130 MACEIO - AL



ECT - Data de Postagem: 13/09/2019



Destinatário: GILSON CALABRIA DE AZEVEDO
Endereço: R DR BENONI SA, 290 APTO 202
PAU AMARELO
53431-090 PAULISTA - PE

Acesse o endereço www.patrimoniode todos.gov.br e obtenha informações sobre os serviços prestados pela SPU.

DEVOLUÇÃO ELETRÔNICA - CEDO



0914504847130919007111924820001780

Caso não seja encontrado o destinatário, preencher o quadro abaixo

MOTIVOS DA DEVOLUÇÃO

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Desconhecido | <input type="checkbox"/> 5 Recusado |
| <input type="checkbox"/> 2 Endereço incompleto | <input type="checkbox"/> 6 Ausente |
| <input type="checkbox"/> 3 Mudou-se | <input type="checkbox"/> 7 Falecido |
| <input type="checkbox"/> 4 Outros: _____ | <input type="checkbox"/> 8 Não existe número indicado |

DATA: ____ / ____ / ____ VISTO: _____

VILA TORRES GALVAO - PAULISTA - PE
MAXI POSTO VIII
AV. MASCARENHAS DE SAES, 2349
RECIFE - PE

MAXI POSTO IX
ROD. BR 101 NORTE, S/N, KM 01
MARES - JOAO PESSOA - PB
GÁS NATURAL

Rede
maxi



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO PERNAMBUCO

ESTADO DE PERNAMBUCO

Paciente:

Registro:

Clinica:

Box/Leito/Enfermaria:

P/Gilson Calabaria de
Azevedo

Uso tópico

1 Colágeno — Olx + 60
Aplicar em feridas
Olx ao dia por 05 dias.

Data: 01/04/19

Ass. Carimbo Médico/CREMEPE

Dr. Walter F. de Azevedo
Médico Especialista em Dermatologia
CREMEPE

COD. 0340

51.412.110/0660-91 DROGARIA SAO PAULO S.A.
AV. DR. CLAUDIO JOSE GUEIROS LEITE, 3101 JANGA PAULISTA PE

I.E.: 0598120-44

Documento Auxiliar de Nota Fiscal de Consumidor
Eletrônica

EMITIDA EM CONTINGENC
IA

Pendente de autorização

#	Código	Descrição	Qtde	Un	Valor unit.	Valor total
001	52922	KOLLAGENASE S/CLOR.30G	1	PC	R\$ 53,64	53,64
		desconto			-9,15	44,49

Qtde. Total de Itens	001
Valor Total R\$	53,64
Descontos	-9,15
Valor a Pagar R\$	44,49
FORMA DE PAGAMENTO	VALOR PAGO R\$
Dinheiro	50,49
Troco R\$	6,00

Consulte pela Chave de Acesso em

<http://nfce.sefaz.pe.gov.br/nfce/consulta>

2619 0401 4121 1006 6091 6501 1000 0361 3290 0036 1929
CONSUMIDOR - CPF 025.511.154-18

NFC-e nº 000036192 Série 011 01/04/2019 15:57:19

VIA CONSUMIDOR

EMITIDA EM CONTINGENC
IA

Pendente de autorização



Val. Aprox. Tributos R\$5,98 (13,45%) Fonte: IBSPT
VIA SAUDE: 025.511.154-18
Você Economizou R\$ 9,15
Obrigado pela sua preferência

Sistema MultipDV - www.multipdv.com.br



RECEITUÁRIO MÉDICO PERNAMBUCO

Paciente: <i>Wilson C. Machado</i>	Registro:
Clínica:	Box/Letto/Enfermaria:

English name _____ D/take

Spice no used 2x100g

are complete name

Compressa mormo
- Fogli 2x1 die

Prof. Simone Cristofari
Via S. Giovanni 1
00187 Roma

10/06/14

Date: 11/12

Ass. Carlinbo/Medico/CREMFPF

CDD 0340

FARMACIA E PERFUMARIA S. R.LS. - 005.743.001/0001-56
AV. DOCTOR CLAUDIO J. SUEIRO LEITE, 2657 - JARDIM
PAULISTA, PE
Documento Auxiliar de Nota Fiscal de Consumidor
Eletrônica

EMITIDA EM CONTINGENCIA
Presidência da Autorização

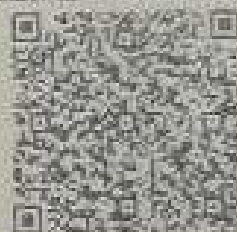
[illegible]

ENTRE EM CONTINGÊNCIA

Mineral: 706-240-5436
 E-mail: info@706-240-5436 - Site: www.706-240-5436.com
 Committee: 706-240-5436
<http://www.706-240-5436.com>
 706-240-5436

CONSUMER AND IDENTIFY LEAD

Resposta de autorização



NDS: 695CEFD08623F156B68D060AC1F075C2F
 5 - RESCUE ARAUJO
 Val 494001 - Indus R\$7 77 (33,26%) Fonte: T8RT
 Balc. 6 N-Controle: 061440
 AGRADAMENTO A PREFERENCIA
 ENTREGA EM 01/11/2012 09:30:24 / 3034 1302
 Informações dos Tributos: Impostos Incidentes (14)
 Total: 12 741,20(13) - R\$ 1,72

1997

[illegible]

1998 FISCAL - CONGO
 1998 FISCAL - CONGO



COD 0340

地址: 天津经济技术开发区中心大街 39 号 2 楼 202 室
电话: 022-59516666 传真: 022-59516667

1574

Total R\$ 0,00



POSTO NOSSA SENHORA DO Ó LTDA

Av. Claudio José Gueiros Leite, 6661 - N. Sra. do Ó - Paulista - PE

CEP: 534.311-65

FONE: (81) 3317.1129

C.N.P.J. [REDACTED] - INSC. EST. [REDACTED]

206.729 - PLATINUM

Paulista: 08 de 08 SETEMBRO de 19

O Sr.: GILSON

Rua: 99269-7000

Veículo Placa Nº KHW 2972

Quant	Unid.	Discriminação	TOTAL
x	Lts.	Gasolina	182.60
	Lts.	Etanol	
	Lts.	Diesel	
	Lts.	Óleo de Motor	
Não vale como Recibo			TOTAL 182.60

Assinatura.....

61.412.110/0660-91 DROGARIA SAO PAULO S.A.
AV.DR.CLAUDIO JOSE GUEIROS LEITE, 3101 JANGA PAULISTA Pq

I.E.: 0598120-44

**Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor
Eletrônica**

#	Código	Descrição	Qtde	Un	Valor unit.	Valor total
001	270458	XARELTO 10MG 10CP	1	PC	X 96,61	96,61
		desconto			-19,36	77,25
Qtde. Total de Itens						001
Valor Total R\$						96,61
Descontos						-19,36
Valor a Pagar R\$						77,25
FORMA DE PAGAMENTO						VALOR PAGO R\$
Dinheiro						100,00
Troco R\$						22,75

Consulte pela Chave de Acesso em

<http://nfce.sefaz.pe.gov.br/nfce/consulta>

2619 0361 4121 1006 6091 6501 1000 0352 5810 0035 2580

CONSUMIDOR - CPF 025.511.154-18

NFC-e nº 000035258 Série 011 27/03/2019 13:29:33

Protocolo de Autorização: 326190210176201

Data de Autorização 27/03/2019 13:29:34



Val.Aprox.Tributos R\$10,39(13,45%) Fonte:IBPT

VIVA SAUDE: 025.511.154-18

Você Economizou R\$ 19,36

Obrigado pela sua preferencia

Receituário Controle Especial

Identificação do paciente					
NOME COMPLETO: FELTO THIAGO AUGUSTO TERRAZZI LOPES					CRM:
					24814
UF:	NÚMERO:	Endereço:			
PE	S/N	AV. AGAMENON MAGALHÃES			
Bairro:	FONE:	Cidade:	UF:		
DERBY	3161-5400	RECIFE	PE		

Paciente:
WILSON CALABRIA DE AZEVEDO

Endereço paciente:
AVENIDA DOUTOR CLAUDIO GUEIRAS LEITE DE
1-5-2101

Prescrição:
USO ORAL

1) CITONELUREY - 600P
TOMAR 12/12HS POR 30 DIAS

2) PROLEPTOL - 15MG
TOMAR 12/12HS POR 30 DIAS SE DOR PERSISTENTE

Não tomar só de dor

Dr. Sérgio P. A. S.
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PE 27783

Data: 08/05/2019

Assinatura do médico carimbo

Identificação do Farmacêutico	
Nome:	
Identidade:	Orgão Emissor:
Endereço:	
Cidade:	UF:
Telefone:	

Identificação do Farmacêutico	
Assinatura do Farmacêutico	
Data:	



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



Receituário Controle Especial

Identificação do emitente			
NOME COMPLETO: RUIZIO AUGUSTO FERRAZ LOPES		Cidade: 24019	
UF: PE	NÚMERO: S/N	Endereço: AV. AGAMENON MAGALHÃES	
Bairro: DERBY	FONE: 3181-5400	Cidade: RECIFE	UF: PE

Paciente:
GILSON CALABRIA DE AZEVEDO

Endereço paciente:
AVENIDA DEUTER CLAUDIO GUERROS LEITE DE
1 A 2101

Prescrição:

- USO ORAL
- 1. CIPROFLOXACINO 500MG 14 CP
 - 2. CLINDAMICINA 300MG 21 CP
- TOMAR 01 CP DE 12/12H POR 17 DIAS.
- TOMAR 02 CP DE 8/8H POR 07 DIAS.

Dr. Sérgio Roberto de S. Mendes
Ortopedia e Traumatologia
CREMER 77783

Data: 09/03/2010

Assinatura do médico/carimbo

Identificação do Comprador	
Nome:	
Identidade:	Órgão Emissor:
Endereço:	
Cidade:	UF:
Telefone:	

Identificação do Farmacêutico	
Assinatura do Farmacêutico	
Data:	

Recetário Controle Especial

Identificação do emitente			
NOME COMPLETO: FOLIO FOLIO AUGUSTO FERRAZ LOPES		CRM: 24819	
UF: PE	NÚMERO: S/N	Endereço: AV. AGAMENON MAGALHÃES	
Bairro: DERBY	CEP: 5181-5400	Cidade: RECIFE	UF: PE

Paciente:

LILSON CALABRIA DE AZEVEDO

Endereço paciente:

AVENIDA DOUTOR CLAUDIO GUEIROS LETTE DE
1 A, 2300

Prescrição:

USO ORAL

1) RIVAROXABANA 10MG --- 30 CP
FOLIO 01 CP AO DIA

2) CODEIN 10MG
FOLIO 01 CP DE 12H SE FOR INTERSA. 010X

Dr. Sérgio Paulo Vitorino Mendes
Ortopedia e Traumatologia
CREME 21759

Data: 09/03/2019

Assinatura do médico/emitente

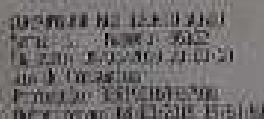
Identificação do Comprador	
Nome:	
Identidade:	Orgão Emissor:
Endereço:	
Cidade:	UF:
Telefone:	

Identificação do Fornecedor	
Assinatura do Farmacêutico:	
Data:	

1981. 90 e 100 centesimii tipărită de către Ministerul de Cultură și
Educație.

QTD. TOTAL DE ITENS	29
VALOR TOTAL DOS PRODUTOS RS	185,71
VALOR TOTAL R\$	611,92
FUNDO DE PAGAMENTO	VALOR R\$R\$
Cartão de Crédito	611,92
VALOR PAGO R\$	611,92
DESEMBOLHO R\$	124,29
RESCU R\$	0,00
Importação dos Itens Totais	02,98
Descontos e R\$ 1,21 Exatidão 0,24 01,21	

Important note: Data are located at <http://www.austlii.au.gov/au/other/dfat/australia/embassy/usa/embusa.htm>

[illegible]

Total R5,000

Documentos Aux. da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica

Código	Descrição	Qtde	UN	VI Unit	VI Item
00000001	ETANOL COMUM 8200 10	16,182	L	3,090	50,00
Total total de itens					1
Valor total (R\$)					50,00
Valor a Pagar (R\$)					50,00
FORMA DE PAGAMENTO					VALOR PAGD (R\$)
R\$ 150,00000000 DE OUT					50,00
R\$ 0,00					0,00

Consulte pela Chave de Acesso em:

<http://www.elsevier.com/locate/colloida>

192850110009701041550113142

CONFIDENTIAL AND IDENTIFICATION

0072704 DocId: 601 04/03/2019 08:14:19

10 46 mil/or tra: 30- 326130154m/005



4 3 7 5 84

www.fine.com





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO PERNAMBUCO

ESTADO DE PERNAMBUCO

Paciente: Adriano Caldeira Registro: _____
Clínica: _____ Box/Leito/Enfermaria: _____

im

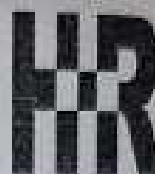
① Pormese ——— ou

1FA im

Data: 1 / 1 /

Ass. Carimbo Médico CREMEPE

COD. 0340



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO PERNAMBUCO

ESTADO DE PERNAMBUCO

Paciente: Adriano Caldeira Registro: _____
Clínica: _____ Box/Leito/Enfermaria: _____

im

Penicilina Benzatina

1200000 im

mujado

+ lidocaína

Data: 10/06/2019

Ass. Carimbo Médico CREMEPE

COD. 0340



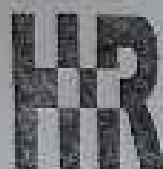
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

EXAMES COMPLEMENTARES



Nome: <i>Gilmar Calábria</i>		Idado:
Registro:	Box/Loto/Enfermaria:	Clinica/Setor <i>neumato</i>
Exames Solicitados: <i>Rx da perna (E) (AP e PERFI)</i>		
Dados Clínicos: <i>R</i>		
Data: <i>30/08/2019</i>	Hora:	Ass. Carimbo/Requisitante <i>Dr. Avner Alencar Medico CREMEPE</i>



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente:	Registro:
GILSON CALABRIA DE AZEVEDO	
Clinica:	Box/Leito/Enfermaria:
TRAUMATOLOGIA	

USO EXTERNO

Andador -

Dr. Stanley Napoleão
Médico
CRM 7977
[Signature]

Data: 15/03/19

Ass: Carimbo/Médico/CREMEPE

COD: 0340



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente:	Registro:
Clinica:	Box/Leito/Enfermaria:

P/ Gilson Calabria

SACRITO

FISIOTERAPIA Motora
20 sessões

JUSTIFICATIVA:

Fratura de osso
de fêmur (L)

Data: 28/07/18

Dr. Stanley Napoleão
Médico
CRM 7977
Ass: Carimbo/Médico/CREMEPE

COD: 0340



MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL
Documento de Arrecadação de Receitas Federais

DARF

01 NOME / RAZÃO SOCIAL

GILSON CALABRIA DE AZEVEDO

Numero do Documento: 07.11.19248.2000178-0

Data limite para recolhimento: 30/09/2019

Observações:

RIP: 2785 0100812-48 - DEBITO: 15224377
ESTE DARF SOMENTE PODERÁ SER PAGO COM A
DEVIDA LEITURA DO CÓDIGO DE BARRAS

SENDA (Versão 4.9.1)

Data e hora: 05/09/2019 21:52:43

85640000001 9

56050385192 8

73071119248 7

2000*780452 5



02 PERÍODO DE APURAÇÃO

20/05/2019

03 NÚMERO DO OFÍCIO DO CNPJ

028.906.744-07

04 CÓDIGO DA RECEITA

2090

05 NÚMERO DE REFERÊNCIA

00001524243770485

06 DATA DE VENCIMENTO

30/09/2019

07 VALOR DO PRINCIPAL

156,05

08 VALOR DA MULTA

0,00

09 VALOR DOS JUROS E/OU
ENCARGOS DL - 1/2015/90

0,00

10 VALOR TOTAL

156,05

11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª Vias)



MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL
Documento de Arrecadação de Receitas Federais

DARF

01 NOME / RAZÃO SOCIAL

GILSON CALABRIA DE AZEVEDO

Numero do Documento: 07.11.19248.2000178-0

Data limite para recolhimento: 30/09/2019

Observações:

RIP: 2785 0100812-48 - DEBITO: 15224377
ESTE DARF SOMENTE PODERÁ SER PAGO COM A
DEVIDA LEITURA DO CÓDIGO DE BARRAS

SENDA (Versão 4.9.1)

Data e hora: 05/09/2019 21:52:43

85940000001 9

56050385192 8

73071119248 7

20001760452 6



02 PERÍODO DE APURAÇÃO

22/05/2019

03 NÚMERO DO OFÍCIO DO CNPJ

028.906.744-87

04 CÓDIGO DA RECEITA

2090

05 NÚMERO DE REFERÊNCIA

00001524243770489

06 DATA DE VENCIMENTO

30/09/2019

07 VALOR DO PRINCIPAL

156,05

08 VALOR DA MULTA

0,00

09 VALOR DOS JUROS E/OU
ENCARGOS DL - 1/2015/90

0,00

10 VALOR TOTAL

156,05

11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª Vias)

Dados Complementares

DATA DE SUPORTE DO EXERCÍCIO 2019

COTA 01/01

DADOS DO RESPONSÁVEL:

CNPJ: 028.906.744-07

NOME: GILSON CALABRIA DE AZEVEDO

DADOS DO IMÓVEL:

LOCALIZAÇÃO:

R. PROMETIDA I S/N LOTE 39 QUADRA 6 LIT. PRACA DE MARAGÓI
17.000-000 CENTRO MARAGÓI, AL

DADOS CADASTRAIS:

CPF INSCRIÇÃO IMOBILIÁRIA PATRIMONIAL: 2785 0100812-48



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE - SES
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: _____

CPF: _____ UF: _____ Nº: _____

End: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

Paciente: Dulcemê Gathiane de Aguiar

Endereço: _____

Prescrição: Lu 300 mg

Captopril 500 DIC

Apresenta cor de 12/12/14 por 10 dias

DATA: 19.05.14

Assinatura do Médico

Data: _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident: _____ Org. Emissor: _____

End: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

DATA: _____

Cod. 0339

INDICADOR FARMACIA V1000

Atividade: 0101 - Farmácia
Atividade: 0102 - Farmácia
Atividade: 0103 - Farmácia

Atividade: 0104 - Farmácia
Atividade: 0105 - Farmácia
Atividade: 0106 - Farmácia

Atividade: 0107 - Farmácia
Atividade: 0108 - Farmácia
Atividade: 0109 - Farmácia

Atividade: 0110 - Farmácia
Atividade: 0111 - Farmácia
Atividade: 0112 - Farmácia

Atividade: 0113 - Farmácia
Atividade: 0114 - Farmácia
Atividade: 0115 - Farmácia

Atividade: 0116 - Farmácia
Atividade: 0117 - Farmácia
Atividade: 0118 - Farmácia

Atividade: 0119 - Farmácia
Atividade: 0120 - Farmácia
Atividade: 0121 - Farmácia

Atividade: 0122 - Farmácia
Atividade: 0123 - Farmácia
Atividade: 0124 - Farmácia

Atividade: 0125 - Farmácia
Atividade: 0126 - Farmácia
Atividade: 0127 - Farmácia

Atividade: 0128 - Farmácia
Atividade: 0129 - Farmácia
Atividade: 0130 - Farmácia

Atividade: 0131 - Farmácia
Atividade: 0132 - Farmácia
Atividade: 0133 - Farmácia

Atividade: 0134 - Farmácia
Atividade: 0135 - Farmácia
Atividade: 0136 - Farmácia

Atividade: 0137 - Farmácia
Atividade: 0138 - Farmácia
Atividade: 0139 - Farmácia

Atividade: 0140 - Farmácia
Atividade: 0141 - Farmácia
Atividade: 0142 - Farmácia

Atividade: 0143 - Farmácia
Atividade: 0144 - Farmácia
Atividade: 0145 - Farmácia

Atividade: 0146 - Farmácia
Atividade: 0147 - Farmácia
Atividade: 0148 - Farmácia

Atividade: 0149 - Farmácia
Atividade: 0150 - Farmácia
Atividade: 0151 - Farmácia

Atividade: 0152 - Farmácia
Atividade: 0153 - Farmácia
Atividade: 0154 - Farmácia

Atividade: 0155 - Farmácia
Atividade: 0156 - Farmácia
Atividade: 0157 - Farmácia

Atividade: 0158 - Farmácia
Atividade: 0159 - Farmácia
Atividade: 0160 - Farmácia

Atividade: 0161 - Farmácia
Atividade: 0162 - Farmácia
Atividade: 0163 - Farmácia

三、測量方法

111

CONCLUSION

111 000000

10

NOTES

10



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE - SES
HOSPITAL DA REABILITAÇÃO
NÚCLEO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMIENTE

Nome Completo: _____

CRM: _____ UF: _____ Nº: _____

Educação: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

1ª VIA: PACIENTE
2ª VIA: PACIENTE

Endereço: Colônia Católicas da Agreste

E-mail: _____

Assinatura: Lu

40 anos

com o 1º grau de 6/16/19 para 10/10/19

Data: 12.05.19

Assinatura do Médico: _____
Assinatura do Técnico: _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Identificação: _____

Endereço: _____

Cidade: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Fornecedor: _____

Cod. 03339

RECEBUELO PAGO PELA VIDA

Valor: R\$ 100,00 (cem reais) em nome de: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DE FESTAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO

PERNAMBUCO
BRASIL 55.1001

Paciente:

Gilson

Registro:

Clinica:

Ortopedia

Box Letra/Enfermagem:

1) ACOMPANHIA COM
EXERCÍCIO FÍSICO

2) TUDO BOM NATURAL

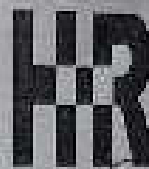
3) NATURAL

Data:

17/09/19

Ass. Eduardo Toscano
Ortopedia
CRM 18692

COO: 11



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DE FESTAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO

PERNAMBUCO
BRASIL 55.1001

Paciente:

Gilson

Registro:

Clinica:

Ortopedia

Box Letra/Enfermagem:

Adicionar
CÁLCIO (+)

VIT. D

Data:

17/09/19

Ass. Eduardo Toscano
Ortopedia
CRM 18692

COO: 11



POSTO NOSSA SENHORA DO Ó LTDA

Av. Claudio José Gueiros Leite, 6661 - N. Sra. do Ó - Paulista - PE

CEP: 534.311-65

FONE: (81) 3317.1129

C.N.P.J. [REDACTED] - INSC. EST. [REDACTED]

206.729 - PLATINUM

Paulista: 08 de

08 SETEMBRO de 19

O Sr.: GILSON

Rua: 99269-7000

Veículo Placa Nº KHW 2972

Quant	Unid.	Discriminação	TOTAL
x	Lts.	Gasolina	182.60
	Lts.	Etanol	
	Lts.	Diesel	
	Lts.	Óleo de Motor	
TOTAL			182.60

Não vale como Recibo

Assinatura.....

FRESSGAS EMPREENDIMENTOS LTDA ME CNPJ:05.421.827/0001-92
 RODOLFO AURELIANO, 1123, VL T GALVÃO, Paulista, PE
 Fone (081) 3371-9275
 Documento Aux. da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica

Código	Descrição	Qtde	UN	VI Unit	VI Item
813101001	ETANOL COMUM Bico 10	16,182	L	3,090	50,00
Qtde total de itens					1
Valor total (R\$)					50,00
Valor a pagar (R\$)					50,00
FORMA DE PAGAMENTO					VALOR PAGO (R\$)
MOTIVO GERENCIADO DE TER					50,00
Troco R\$					0,00

Consulte pela Chave de Acesso em

<http://nfce.cetraz.pe.gov.br/nfce/consulta>

26.190.5421827000192650010000791041550813142

CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO

nº 00075104 - Série 001 - 04/03/2019 08:14:19

Protocolo de autorização: 326190154003095

Data de autorização: 04/03/2019 08:19:47



Impostos a pagar: R\$ 6,04 (16,08%) Federal, R\$ 13,50 (27,00%) Estadual, R\$ 0,00 (0,00%) Municipal - Fonte: 18P1 - PE - AS6781
 nº do recibo: 1139297

Link System: 3 2 5 64

www.linx.com.br

FRESSGAS EMPREENDIMENTOS LTDA ME CNPJ:05.421.827/0001-92
 RODOLFO AURELIANO, 1123, VL T GALVÃO, Paulista, PE
 Fone (081) 3371-9275
 Documento Aux. da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica

Código	Descrição	Qtde	UN	VI Unit	VI Item
813101001	ETANOL COMUM Bico 10	16,182	L	3,090	50,00
Qtde total de itens					1
Valor total (R\$)					50,00
Valor a pagar (R\$)					50,00
FORMA DE PAGAMENTO					VALOR PAGO (R\$)
MOTIVO GERENCIADO DE TER					50,00
Troco R\$					0,00

Consulte pela Chave de Acesso em

<http://nfce.cetraz.pe.gov.br/nfce/consulta>

26.190.5421827000192650010000791041550813142

CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO

nº 00075104 - Série 001 - 04/03/2019 08:14:19

Protocolo de autorização: 326190154003095

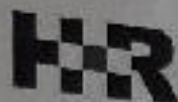
Data de autorização: 04/03/2019 08:19:47



Impostos a pagar: R\$ 6,04 (16,08%) Federal, R\$ 13,50 (27,00%) Estadual, R\$ 0,00 (0,00%) Municipal - Fonte: 18P1 - PE - AS6781
 nº do recibo: 1139297

Link System: 3 2 5 64

www.linx.com.br



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
Central de Agendamento Ambulatorial
COMPROVANTE DE AGENDAMENTO



Informações do Atendimento

Consulta.....: 19/08/2019 9:00 H
Serviço.....: ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
Médico.....: 870 - EDUARDO TOSCANO EICORA DE ERITO
Agenda.....: 49371

Informações do Paciente

Paciente.....: 518057
Nome.....: GILSON CALABRIA DE AZEVEDO
Sexo.....: MASCULIN
Fone.....: Residencial: (81) - 99081682 / Celular: (-)
Endereço.....: AVENIDA DOUTOR CLAUDIO GUEIROS LEITE DE 1 A 2101 1 - JANGA - PAULISTA - P.
Cidade.....: PAULISTA
Agendado por.....: ELIZABETHVS
Sama.....: 849769
Nasc.....: 24/07/1944

Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

RECEITUÁRIO MÉDICO - PERNAMBUCO

ESTADO DO RIO DE JANEIRO



Paciente:	Registro:
Clinica:	Box, e-mail, telefone:

Dr. Toscano

19/08/2019

[Assinatura]

[Assinatura]
19/08/2019

Ass. Carimbo Médico CREMEPE

Data

COD. 0340



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME GILSON CALANCA DE AZEVEDO	PRONTUÁRIO: 1570657	ATENDIMENTO: 01303251
DATA DE NASCIMENTO: 24/07/1944	FOI ATENDIDO EM: 20/03/2019 ÀS: 23:36	
	DATA DA ALTA: 08/03/2019 ÀS: 15:40	

Diagnóstico Provável:

FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA ESQUERDA (S82.3)

Tratamento Realizado:

LIQUIFICA CIRURGICA + FIXAÇÃO COM TUBO A TUBO BIFLAMAR + LIGAÇURA DA ARTERIA TIBIAL ANTERIOR (01/03/2019)

Observação:

ALTA HOSPITALAR DA ORTOFEDIA
RETORNO PROGRAMADO
RETORNO NA EMERGÊNCIA EM CASO DE INTECORRÊNCIA
ORIENTAÇÕES GERAIS
ORIENTAÇÕES ORTOPÉDICAS
ANESTESICOLOGIA
ANALGESIA
PROFILAXIA TROMBOEMBÓLICA
NÃO FUMAR, NÃO INGERIR BEBIDAS ALCOÓLICAS
AFASTAMENTO DAS ATIVIDADES POR 30 DIAS
SOLICITADO RX PARA SER FEITO DIA 02/04/2019 PARA SER LEVADO NA CONSULTA MARCADA PARA O MESMO DIA

Encaminhado para:

AMBULATÓRIO DE DR. EDUARDO TOSSCANO DIA 01/04/2019

Dr. Sérgio Roberto de F. L. 31123
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 35783

THIAGO AUGUSTO FERREIRA LOPES - CRM 124.041/15

Recife, 08, MARÇO 2019

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Atendimento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
Central de Agendamento Ambulatorial
COMPROVANTE DE AGENDAMENTO



Informações de Atendimento

Consulta.....: 01/04/2019 9:00 Hr
Serviço.....: ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
Médico.....: 870 - EDUARDO TOSCANO SIEBRA DE BRITO
Agenda.....: 47991

OK

Informações do Paciente

Paciente.....: 1578857 Same.....: 818769
Nome.....: GILSON CALABRIA DE AZEVEDO
Sexo.....: MASCULINO
Fone.....: Residencial (81) - 98881682 / Celular: () Nasc: 24/07/1944
Endereço.....: AVENIDA DOUTOR CLAUDIO BUIROS LEITE DE 1 A 2101 1 - JANGA - PAULISTA - PI
Cidade.....: PAULISTA

Agendado por: THARCYZOLAS

15705219

Eduardo Toscano
Coordenador de Ortopedia e Traumatologia
do Hospital da Restauração - HR



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
Central de Agendamento Ambulatorial
COMPROVANTE DE AGENDAMENTO



Informações do Atendimento

Consulta.....: 13/05/2019 8:00 Hr
Serviço.....: ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
Médico.....: 870 - EDUARDO TOSCANO SIERRA DE BRITO
Agenda.....: 47892

OK

Informações do Paciente

Paciente.....: 1578657
Nome.....: GILSON CALABRIA DE AZEVEDO
Sexo.....: MASCULIN
Fone.....: Residencial (81)- 93881632 / Celular (0)-
Endereço.....: AVENIDA DOUTOR CHAIDIS - CUF ROS LESTE DE 1 A 2101, 1 - JANGA - PALLISTA - PI
Cidade.....: PALLISTA
Agendado por.....: DIE3CNR

Sam.....: 849789

Nasc.....: 24/07/1944

[Handwritten signature]
[Handwritten signature]
Eduardo Toscano
CRM: 1578657
R. 1578657-1
014 1944

Paciente:

Cód.: 1578557

Nome: GILSON CALABRIA DE AZEVEDO

Data Nasc.: 24/07/1944 Sexo: MASC

Fone: 5b 61 98891692

e-mail:

Agenda:

Nº do protocolo: 315966

Código: 48034

Agendado para: 10/06/2019

Médico:

EDUARDO TOSCANO SIEMRA DE BRITO

Recurso:

Sector:

AMBULATORIO

Convênio:

SUS - AMBULATORIO

Plano:

PLANO UNICO

Unidade de Atendimento:

AMBULATORIO GERAL

Endereço da Unidade:

Itens Agendados:

08:00 CONSULTA EM AMBULATORIO

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

CONSULTA DE RETORNO

Agendado Por VANDERSONASN em 13/05/2019



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO

PERNAMBUCO

Paciente:

Gilson

Registro:

1578657

Clinica:

Ortopedia
de Acidentes

Box/Leito/Enfermaria:

LAUDO MÉDICO

O paciente, vítima
de acidente de trânsito
(atropelamento por moto)
em Fevereiro de 2019,
foi tratado neste hospital
com fratura de Tibia
esquerda; no momento
fratura consolidada e
de alta médica e
ambulatória.

Data:

17/09/19

Ass. Carim

Edson
Ortopedia
Trauma
CRM 16692

CD = 5.82

COD. 0



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO

PERNAMBUCO

SEVERINA DO LUIZ

Paciente:

Registro:

Clinica:

Box/Leito/Enfermaria:

*Edson
Calmeida*

Lunifunes

*DENSITOMETRIA
ÓSSEA*

Data:

Ass. Cirurgião Médico/CREME

COD. 0



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO

PERNAMBUCO

SEVERINA DO LUIZ

Paciente:

Registro:

Clinica:

Box/Leito/Enfermaria:

*Edson
Calmeida*

Clínico

CE RAL

Geriatrics

Data:

Ass. Cirurgião Médico/CREME

COD. 11



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 1393025/2019

NOME: GILSON CALABRIA DE AZEVEDO.

Foi atendido às 23h36 do dia 28.02.2019

Diagnóstico provável: Fratura exposta de ossos da perna (E)
(Atropelamento por veículo)

Tratamento realizado:

Limpagem cirúrgica + fixação tubo a tubo biplanar
+ ligadura de artéria fibular anterior em 01.03.2019
Exames complementares
Analgesia: Antibiótico terapêutico
profilaxia tromboembólica

Obs. Alta em 08.03.2019

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 12.02.2011, Di Jo, 12.02.2020

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Av. Agamenon Magalhães, S/N – Derby – Recife – PE CEP 52.010-040

Fones: 31815451/31815572



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 1393025/2019

NOME: GILSON CALABRIA DE AZEVEDO.

Foi atendido às 23h36 do dia 28.02.2019

Diagnóstico provável: Fratura exposta de ossos da perna (E)
(Atropelamento por veículo)


Tratamento realizado:

Limpeza cirúrgica + fixação tubo a tubo biplanar
+ lipodema de antena fibular anterior em 01.03.2019
Exames complementares
Analgesia Antibiótico terapêutico
profilaxia tromboembólica

Obs. Alta em 08.03.2019

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 12.02.2011, Di Jo, 12.02.2020


Dr. Franklin Serra
CRM: 7874

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Av. Agamenon Magalhães, S/N – Derby – Recife – PE CEP 52.010-040

Fones: 31815451/31815572

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

535.288

DATA DE
EXPEDIÇÃO

27/07/2015

NOME

<< GILSON CALABRIA DE AZEVEDO >>

FILIAÇÃO

<< JOÃO TEOBALDO DE AZEVEDO >>

<< MARIA JOSÉ CALABRIA DE AZEVEDO >>

NATURALIDADE

NAZARE DA MATA - PE

DATA DE NASCIMENTO

24/07/1944

DOC. ORIGEM

<< 076562 01 55 1977 3 00004 164
0002118 80 RECIFE-PE >>

CPF

028.906.744-87

PTB/PASEP: 1002530634-8

Ana Patrícia C.G. Alencar
Delegada de Polícia Gerente ITB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

41 9851682707115530.6443890

F-67 85.018 - 4323

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIL

EN 6 R 23



POLEGAR DIREITO



Assinatura manuscrita

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO
DGO CPE BPRv - Batalhão Manoel de Souza neto

SUBSEÇÃO DE TRÁFEGO E ACIDENTES

SOLICITAÇÃO DO BOLETIM DE ACIDENTE APÓS 72 HORAS DO SINISTRO

BOAT Nº 2-893 DATA: 28/02/19

Batalhão de Polícia Rodoviária

Rua 15 de Março s/n, San Martin - CEP: 50761-070 - Recife-PE
Fone: (81) 3181-3620/3635 - e-mail: ssta.bprv.pmpe@gmail.com

Atendimento: Dias úteis - das 08:00 às 12:00h

Informações Importantes:

- A solicitação do BOAT só pode ser feita PRESENCIALMENTE pelo proprietário , condutor do veículo envolvido, ou vítima;
- Solicitação por terceiros, apenas mediante procuração particular reconhecida em cartório;
- Representante de pessoa jurídica, deve apresentar além da procuração, cópia do contrato social da empresa e cópia do RG do sócio responsável e do representante;
- taxa de confecção de boletim
- Entrega do Boletim no dia da apresentação da taxa paga.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0391498/19

Número do Sinistro: 3190627622

Vítima: GILSON CALABRIA DE AZEVEDO

CPF: 028.906.744-87

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

Data do acidente: 28/02/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GILSON CALABRIA DE AZEVEDO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

GILSON CALABRIA DE AZEVEDO : 028.906.744-87

Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/01/2020
Nome: GILSON CALABRIA DE AZEVEDO
CPF: 028.906.744-87

GILSON CALABRIA DE AZEVEDO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/01/2020
Nome: ELIANE DOS SANTOS MORAIS
CPF: 082.189.617-20

ELIANE DOS SANTOS MORAIS