Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

23/11/2020

Número: **0002189-74.2020.8.17.8222**

Classe: **PROCEDIMENTO DO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL**
Órgão julgador: **2º Juizado Especial Cível e das Relações de Consumo de Paulista - Turno Tarde - 13:00h às 19:00h**
Última distribuição : **17/09/2020**
Valor da causa: **R$ 10.000,00**
Assuntos: **Indenização por Dano Moral**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **NÃO**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
GILSON CALABRIA DE AZEVEDO (DEMANDANTE)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (DEMANDADO)	

Documentos			
Id.	**Data da Assinatura**	**Documento**	**Tipo**
71442003	23/11/2020 14:11	ANEXO 1	Outros (Documento)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0391498/19

Número do Sinistro: 3190627622

Vítima: GILSON CALABRIA DE AZEVEDO

Data do acidente: 28/02/2019

CPF: 028.906.744-87

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GILSON CALABRIA DE AZEVEDO

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

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

Seguradora Líder dos Consórios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0391498/19

Número do Sinistro: 3190627622

Vítima: GILSON CALABRIA DE AZEVEDO

Data do acidente: 28/02/2019

CPF: 028.906.744-87

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GILSON CALABRIA DE AZEVEDO

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

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

Seguradora Líder dos Consórios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0391498/19

Vítima: GILSON CALABRIA DE AZEVEDO

Data do acidente: 28/02/2019

CPF: 028.906.744-87

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GILSON CALABRIA DE AZEVEDO

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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

Pag. 00363/00364 - carta_01 - DAMS

00020182

Carta nº 15088052

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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

Pag. 01929/01930 - carta_03 - DAMS

00050965

Carta nº 15094974

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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

Pag. 01841/01842 - carta_03 - DAMS

00040921

Carta nº 15401796

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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

Pag. 01485/01486 - carta_03 - DAMS

00070743

Carta nº 15513952

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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

Pag. 00507/00508 - carta_03 - DAMS

00050254

Carta nº 15683364

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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 de 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

Pag. 00533/00534 - carta_16 - DAMS

00020267

Carta nº 16186815

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

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

Nº / ANO
L-001/19

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

I - LOCAL E DATA

COM ANEXO | X | SEM ANEXO

Município		RODOVIA	Rodovia	PE- 001	Km		
Ponto de Referência		BAIXO GRAN DO JANGA			Data	28/02/19	
Dia da Semana	QUINTA-FEIRA	HORA/OCORRÊNCIA	22:30	Hora/Cheg./Rp	23:00		

II - TIPO DE ACIDENTE

ATROPELAMENTO		COLISÃO		CHOQUE	CAPOTAMENTO
Pedestre	X	Longitudinal	Frontal	Poste/Árvore	Tombamento
Animal		Transversal	Traseira	Muro/Casa	Saída de Pista
				Veículo Parado	Outros

III - CONSEQÜÊNCIA

SEM VÍTIMA	COM VÍTIMA	X	MORTOS			FERIDOS	X
Nº VÍTIMAS ENVOLVIDOS NO ACIDENTE			IDENT.	01	NÃO IDENT	TOTAL	01

IV - CONDIÇÕES CIRCUNSTANCIAIS

ACIDE VERIFICADO		CONDIÇÕES/VIA		CONDIÇÕES/TEMPO		PERÍODO/DIA		SEMÁFORO	
Longo da Via	X	Seca	X	Bom	X	Manhã		S/Defeito	
Cruzamento		Molhada		Chuva		Tarde		C/Defeito	
Outros		Enlameada		Nublado		Noite	X	Desligado	
		Oleada		Garoa		Madrugada		N/Existe	X

V - CONTROLE DO TRÁFEGO

Policial	Placa "Pare"	MÃO DE DIREÇÃO		DIVISÃO DA VIA	
F.Pedestre	Placa "De a Esq."	Única		Faixa Contínua	
F.Retenção	Não há Placas	X	Dupla	X	Canteiro Central
					Bloqueio
					Outros X

VI - CONDIÇÕES DOS CONDUTORES

EXAME DE EMBRIAGUEZ ALCOÓLICA	VI/V2	COMPORTAMENTO - VI/V2	
Realizado no Local		Permaneceu no local	
Enc. Para Exame		Socorrido	V2
Não foi Realizado	VI	Evadiu-se	

VII - DANOS A PROPRIEDADE DE TERCEIROS

Proprietário	
Natureza dos Avarias	Termo Conhecimento

VIII – VEÍCULOS

TIPO DE TRAÇÃO – V1/V2		ESPÉCIE – V1/V2		CATEGORIA – V1/V2	
Motor	V1	Passageiro	V1	Oficial	
Animal Humano		Carga		Particular	V1
Tração Animal		Tração		Aluguel	

IX – IDENTIFICAÇÃO DAS PARTES

VEÍCULO – 01

Marca	HONDA	Modelo	XRE 190	Ano	2016	Renavam	1100455113	Placa	PCT-4340
Município	JOARASSUPE	N° do Chassis	9CMD41006G0010155						
Carregado		Apreendido				Liberado	X	Veículo da Carga n° do Evento	Evadiu-se
Proprietário	TAMA MARIA ALVES NUNES DA SILVA								
Residência								Bairro	
Município	JOARASSUPE	Rg		Org. Exp			CPF	459.615.394-49	
Condutor	KAYO ALBERTO TAVARES SANTOS								
Residência	RUA POLONIA, 196							Bairro	NOSSA SENHORA DO Ó
Município	PAULISTA	Rg	9636331	Org. Exp.	SDS-PE		CPF	704.254.304-13	
CNH/Pron/CP	06654668890	Categoria	AB	Validade	20/02/2021		Hora/Dir		

VEÍCULO – 02

Marca		Modelo		Ano		Renavam		Placa	
Município		N° do Chassis						Veículo da Carga n° do Evento	
Carregado		Apreendido				Liberado		Evadiu-se	
Proprietário									
Residência								Bairro	
Município		Rg		Org. Exp				CPF	
Condutor									
Residência								Bairro	
Município		Rg		Org. Exp				CPF	
CNH/Pron/CP		Categoria		Validade				Hora/Dir	

TESTEMUNHA – 01

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

TESTEMUNHA – 02

Nome		Idade	Sexo	Profissão	
Residência		Bairro			
Município	UF	Rg	Org. Exp	CPF	

VÍTIMA – 01

Nome	KAYO ALBERTO TAVARES SANTOS	Natureza dos Ferimentos	Leve	X	Grave		Mortais		
Estado Civil	SOLTEIRO	Motorista	X	Passageiro			Pedestre		
Profissão	ESTUDANTE	Idade	22	Sexo	MASC	Nacionalidade		Naturalidade	
Município	PAULISTA	Residência	RUA POLONIA, 196				Bairro	NOSSA SENHORA DO Ó	
Socorrido	UPA TABAJARA	UF	PE	Rg	9635331	Org.Exp.	SDS-PE	CPF	704.254.304-13
Dados Fornecidos Por	DUCLENCIO DIAS DE AGUIAR						Município	OLINDA	
Residência	RUA TCHECOSLOVAQUIA						Bairro	PAU AMARELO	
Município	PAULISTA	UF	PE	Rg	075537530	Org.exp	IFR-RJ	CPF	

VÍTIMA – 02

Nome	GILSON CALABRIA DE AZEVEDO	Natureza dos Ferimentos	Leve		Grave	X	Mortais		
Estado Civil	CASADO	Motorista		Passageiro			Pedestre		
Profissão	ADVOGADO	Idade	54	Sexo	MASC	Nacionalidade	BRAS	Naturalidade	NAZARE DA MATA
Município	PAULISTA	Residência	RUA BENONE SÁ, 290 APT. 202				Bairro	NOSSA SENHORA DO Ó	
Socorrido	HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO	UF	PE	Rg	535288	Org.Exp.	SDS	CPF	028.906.744-87
Dados Fornecidos Por	MILENA BANDEIRA DE CARVALHO CARNEIRO						Município		
Residência	RUA BENONE SÁ, 290 APT 202						Bairro	NOSSA SENHORA DO Ó	
Município	PAULISTA	UF	PE	Rg	5334755	Org.Exp	SDS-PE	CPF	038.311.454-18

XII – INFRAÇÕES COMETIDAS

	V.1 / V.2		V.1 / V.2
Dirigir sem CNH (Art. 162 I CTB)		Deixar de Dirigir Informalidade (Art. 165 VI CTB)	
Conduzir Veículo ... (Art. 230 V CTB)		Desobedecer Ordem do Agente (Art. 195 CTB)	
Conduzir Veículo ... Nova Obrig. (Art. 232 CTB)		Estacionar Veículo ... Calçada Vizinha (Art. 250 I CTB)	
Dirigir Sob Influência Álcool (Art. 165 CTB)		Estacionar Veículo ... Faixa (Art. 230 IV CTB)	
Deixar de Prestar Socorro à Vítima (Art. 176 I CTB)		Ocasionar Veículo ... Para Seg. (Art. 230 VI CTB)	
Deixar de Adotar Providências Para Evitar Dano (Art. 176 II CTB)		Conduzir Veículo ... Não Cumpriu (Art. 230 VII CTB)	
Deixar de Preservar Local do Acidente (Art. 176 III CTB)		Conduzir Veículo ... Equipamento Obrig. (Art. 230 IX CTB)	
Deixar de Remover Veículo ... Obstruir (Art. 176 IV CTB)		Outras	

XV – AVARIAS APARENTES

VEÍCULO – 01	VEÍCULO – 02
EM ANEXO	**EM ANEXO**

XVI – DADOS NECESSÁRIOS

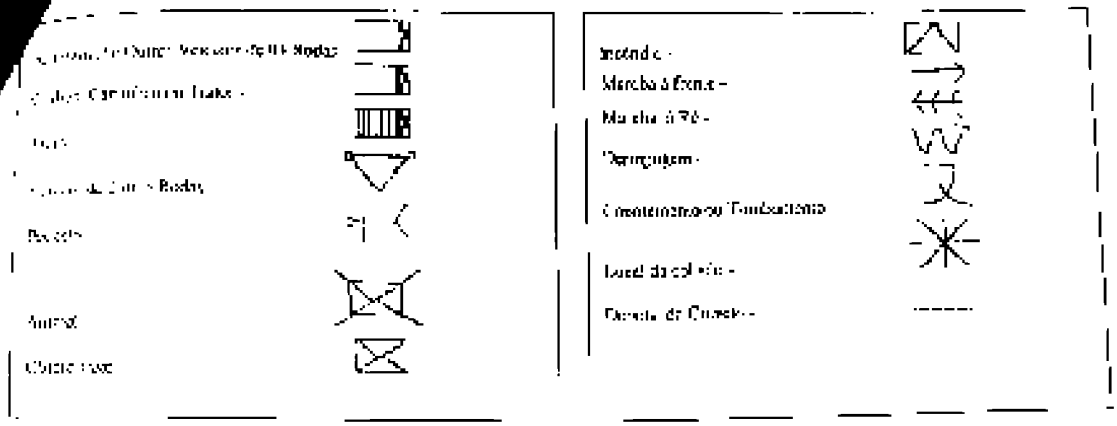
1. Reboque Efetuado	Posto Militar		Pertinente	Não Efetuado	
2. Comunicado a Delegacia de					Hora
Nome de Recebido da Ocorrência				Matrícula	
XVII – Responsável Pela BAT	Posto/Grad	SGT	Matrícula	930584-0	NOME JOÃO CARLOS
XVIII – Digitador da SSTA	CPM VIRGINIA RUFINO			Of Chefe da SSTA	TEN PM PAULA RAQUEL

CONFERE COM O ORIGINAL QUE ME FOI APRESENTADO

DATA: 01 / 04 / 19

ASS: 6D PM 112394-7

IV - SIMBOLOGIA



XIII - CROQUIS

EM ANEXO

DEPARTAMENTO DE ESTRADAS DE RODAGEM
FHDF - DGO - CPF - DPEN
Batalhão Cel Kenneth de Souza Neto

XII - INFRAÇÕES COMETIDAS

	V1	V2
Dirigir B. CTB (Art. 162, I, CTB)		
Transitar em área de Pare-Siga (Art. 215 CTB)		
Dirigir sob influência álcool (Art. 165 CTB)		
Deixar de prestar socorro à vítima (Art. 176 CTB)		
Deixar de obedecer sinal de agente (Art. 195 CTB)		
Deixar de preservar local de sinistro (Art. 178 VII CTB)		
Deixar de sinalizar veículo (Art. 244 IV CTB)		
Dirigir sob influência de entorpecente (Art. 165 CTB)		
Dirigir sem habilitação (Art. 162 CTB)		
Dirigir sem o farol ligado (Art. 250 IV CTB)		
Conduzir veículo sem placa (Art. 230 VI CTB)		
Dirigir veículo sem licenciamento (Art. 230 VII CTB)		
Conduzir veículo com defeito capaz de causar acidente (Art. 230 IX)		
Outras:		

XIII - OBSERVAÇÕES

VEÍCULO RETIRADO DO LOCAL DO ACIDENTE

XIV - SIMBOLOGIA

- Automóvel / outro veículo de 4 rodas
- Motos, Ciclomotor e Triciclo
- Trens
- Veículo de 2 ou 3 rodas
- Pedestre
- Animal
- Direção Fixa
- Derrapagem
- Capotamento ou Tombamento
- Linha da Calçada
- Tipo da calçada
- Meio-fio
- Marcas à DA
- Marcas à DE
- Desnível
- Obstáculo

XV - AVARIAS APARENTES

VEÍCULO – 1

Veículo VQC 190

Rachaduras frente para a direita
Pneu transitou direito acima
Direção de [illegible]
[illegible]
Danificado [illegible] de condução.

VEÍCULO – 02

XVI – DADOS NECESSÁRIOS

1 – Reboque efetuado: Polícia Militar Particular Não efetuado

2 – Comunicado à Delegacia de: Hora:

Nome do recebedor da ocorrência: Matrícula:

XVII – RESPONSÁVEL PELO BAT.	POSTO/GRAD.	MATRÍCULA	NOME
	Sgt Pm	95054-2	[illegible]

XVIII – Delegado SSTA OE Chefe SSTA:

BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA
SUBSEÇÃO DE TRÁFEGO E ACIDENTES – (SSTA)

DECLARAÇÃO DO CONDUTOR (ANEXO AO BAT Nº 1893 / 2019)

DESCREVA ABAIXO COMO OCORREU O ACIDENTE:

V. 1

SOLICITADO PARA

(PA DE CHUVA

(CHOQUE TRAZEIRA)

Veículo XRE 190

Órgão Expedidor: _____ CPF: _____

Data: __/__/__ Hora: __:__

Assinatura: _____

A declaração de próprio punho, utilização de caneta esferográfica, responsabilidade do signatário.

POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO
BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA
BOAT Nº 1831/2019

ANEXO IV

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Ao longo da ocorrência pela PM (111.5), foi constatado que o veículo envolvido tratava-se de um carro roubado, conforme consulta via SIC na mat 950-960-4 Cando Abril. Condutor e vítima do veículo foi conduzido para UPA de Olinda pelo SAMU 192 e a arma usada foi recuperada pela mat 1844 e encaminhada para a delegacia de Rio Doce pelo mesmo SAMU e encaminhado pela EC. Olinda pela 1184.

- Perícia solicitada local do crime.
- Veículo recolhido ao pátio após da ocorrência da PM.
- IC não foi acionado devido a desmobilização do local de trabalho.

O veículo envolvido na ocorrência foi entregue ao Sr. Pedro de Souza Barbosa CPF: 036 372.744-20, residente na rua Gt. Nº 80 Sítio Novo - Olinda.

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO
Sgt GRADUAÇÃO/NOME Mat 921581-0

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

Nº / ANO
L-001/19

SSTA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

I - LOCAL E DATA

COM ANEXO | X | SEM ANEXO

Município		RACHISTA		Rodovia	PE- 001	Km	
Ponto de Referência		BAIXO GRAN DO JANGA				Data	28/02/19
Dia da Semana	QUINTA-FEIRA	Hora/Ocorrência	22:30	Hora/Cheg./Rg			23:00

II - TIPO DE ACIDENTE

ATROPELAMENTO		COLISÃO		CHOQUE	CAPOTAMENTO
Pedestre	X	Longitudinal	Frontal	Poste/Árvore	Tombamento
Animal		Transversal	Traseira	Muro/Casa	Saída de Pista
				Veículo Parado	Outros

III - CONSEQÜÊNCIA

SEM VÍTIMA	COM VÍTIMA	X	MORTOS			FERIDOS	X
Nº VÍTIMAS ENVOLVIDOS NO ACIDENTE			IDENT.	01	NÃO IDENT	TOTAL	01

IV - CONDIÇÕES CIRCUNSTANCIAIS

ACIDE VERIFICADO		CONDIÇÕES/VIA		CONDIÇÕES/TEMPO		PERÍODO/DIA		SEMÁFORO	
Longo da Via	X	Seca	X	Bom	X	Manhã		S/Defeito	
Cruzamento		Molhada		Chuva		Tarde		C/Defeito	
Outros		Enlameada		Nublado		Noite	X	Desligado	
		Oleada		Garoa		Madrugada		N/Existe	X

V - CONTROLE DO TRÁFEGO

Policial	Placa "Pare"	MÃO DE DIREÇÃO		DIVISÃO DA VIA	
F.Pedestre	Placa "De a Esq."	Única		Faixa Contínua	
F.Retenção	Não há Placas	X	Dupla	X	Canteiro Central
					Bloqueio
					Outros X

VI - CONDIÇÕES DOS CONDUTORES

EXAME DE EMBRIAGUEZ ALCOÓLICA	VI/V2	COMPORTAMENTO - VI/V2	
Realizado no Local		Permaneceu no local	
Enc. Para Exame		Socorrido	V2
Não foi Realizado	VI	Evadiu-se	

VII - DANOS A PROPRIEDADE DE TERCEIROS

Proprietário	
Natureza dos Avarias	Termo Conhecimento

[redacted]

XII – INFRAÇÕES COMETIDAS

	V.1 / V.2		V.1 / V.2
Dirigir SUSPENSO (Art. 162 CTB)		Deixar de Dirigir Identificado (Art. 256 VI CTB)	
Conduzir Veículo [illegible] (Art. 230 V CTB)		Desobedecer Ordem do Agente (Art. 195 CTB)	
Conduzir Veículo Com Nota Obrig. (Art. 232 CTB)		Trafegar Veículo Contra Vontade (Art. 250 I CTB)	
Dirigir Sob Influência Álcool (Art. 165 CTB)		Trafegar Veículo Sem Placa (Art. 230 IV CTB)	
Deixar de Prestar Socorro à Vítima (Art. 176 I CTB)		Conduzir Veículo Com Placa Irregular (Art. 230 VI CTB)	
Deixar de Adotar Providências Quando Acidente (Art. 176 II CTB)		Conduzir Veículo Sem Habilitação (Art. 162 VII CTB)	
Deixar de Preservar Local de Acidente (Art. 176 III CTB)		Conduzir Veículo Sob Efeito Álcool (Art. 230 IX CTB)	
Deixar de Remover Veículo Não Danificado (Art. 176 IV CTB)		Outras	

XV – AVARIAS APARENTES

VEÍCULO – 01	VEÍCULO – 02
EM ANEXO	**EM ANEXO**

XVI – DADOS NECESSÁRIOS

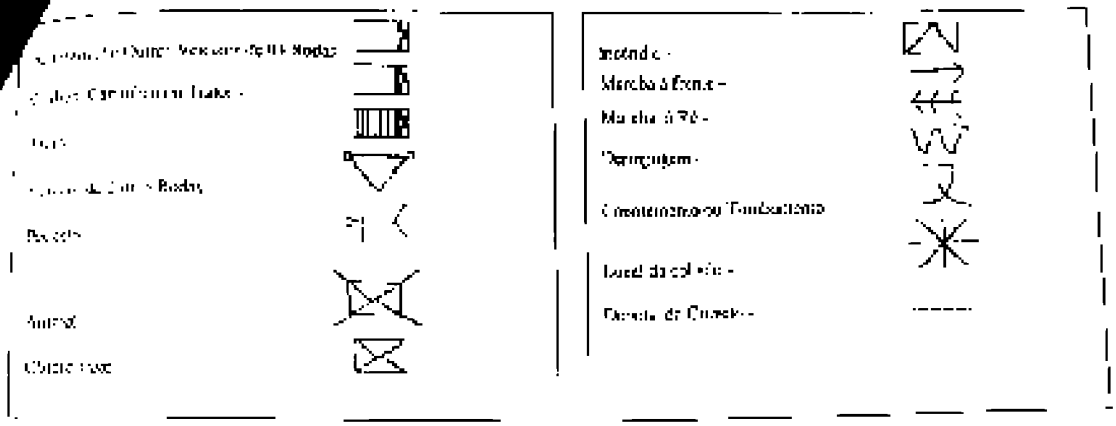
1. Reboque Efetuado	Posto Militar		Pertinente	Não Efetuado	
2. Comunicado a Delegacia de					Hora
Nome de Recebido da Ocorrência				Matrícula	
XVII – Responsável Pela BAT	Posto/Grad	SGT	Matrícula	930584-0	NOME JOÃO CARLOS
XVIII – Digitador da SSTA	CPFM VIRGINIA RUFINO			Of Chefe da SSTA	TENFM PAULA RAQUEL

CONFERE COM O ORIGINAL QUE ME FOI APRESENTADO

DATA: 01 / 04 / 19

ASS: 00 PM 112394-7

IV - SIMBOLOGIA



XIII - CROQUIS

EM ANEXO

DEPARTAMENTO DE ESTRADAS DE RODAGEM
FIDE - DOO - CPF - DPEN
Batalhão Coronel Manoel de Souza Neto

XII - INFRAÇÕES COMETIDAS

	V1	V2	
Dirigir S/ CNH (Art. 162, I, CTB)			Dirigir de maneira imprudente (Art. 176 c. CTB)
Transitar em alta velocidade (Art. 173 CTB)			Dirigir Ofuscando a quem Trafega (Art. 195 CTB)
Transitar em ultrapassagem proibida (Art. 203 CTB)			Ultrapassar veículo de Polícia (Art. 230, I CTB)
Dirigir sob influência de álcool (Art. 165 CTB)			Conduzir veículo sem placa (Art. 230 IV CTB)
Deixar de prestar socorro a vítima (Art. 176 CTB)			Conduzir veículo sem licença (Art. 230 VI CTB)
Deixar de obedecer sinal de agente de trânsito (Art. 195 CTB)			Conduzir veículo Alterado (Art. 230 VII CTB)
Deixar de preservar local de acidente (Art. 176 VII CTB)			Conduzir veículo Danificado (Art. 230 IX)
Deixar de prestar socorro em Rodovia (Art. 176 XVI CTB)			Outras:

XIII - HISTÓRICO

VEÍCULO RETIRADO DO LOCAL DO ACIDENTE

XIV - SIMBOLOGIA

- Automóvel / outro veículo de 4 rodas
- Motos, Ciclomotor e Triciclo
- Trens
- Veículo de 2 ou 3 rodas
- Pedestre
- Animal
- Direção Fixa
- Derrapagem
- Capotamento ou Tombamento
- Linha da Calçada
- Tampa da calçada

XV - AVARIAS APARENTES

VEÍCULO – 1

Veículo VQC 190

Danos na parte da Direção

VEÍCULO – 02

XVI – DADOS NECESSÁRIOS

1 – Reboque efetuado: Polícia Militar Particular Não efetuado

2 – Comunicado à Delegacia de: Hora:

Nome do recebedor da ocorrência: Matrícula:

XVII – RESPONSÁVEL PELO BAT.	POSTO/GRAD.	MATRÍCULA	NOME
	Sgt Pm	95054-2	

XVIII – Delegado SSTA OF. Chefe SSTA:

BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA
SUBSEÇÃO DE TRÁFEGO E ACIDENTES – (SSTA)

DECLARAÇÃO DO CONDUTOR (ANEXO AO BAT Nº 1893 / 2019)

DESCREVA ABAIXO COMO OCORREU O ACIDENTE:

V. 1

SOLICITADO PARA

(PA DE CHUVA

(CHOQUE TRAGÁRIA)

Marca XRE 190

Órgão Expedidor: CPF:

Data: / / Hora: :

Nome:

Na declaração de próprio punho, utilização de caneta [illegible] responsabilidade de signatário.

POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO
BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA
BOAT Nº 1831/2019

ANEXO IV

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Ao longo da ocorrência pela PM (111.5), foi constatado que o veículo envolvido tratava-se de um carro roubado, conforme consulta via SIC na Mat 950-965-4 Cando Abril. Condutor e vítima do veículo foi conduzido para UPA de Olinda para ser usado o 3 Lamarão 120 for Vanilat 1844 e avistado o ferimento foi conduzido para a Tropia do Hospital para ser usado o 3 Lamarão 120 for Ec. Olinda Mat 1194.

- Perícia solicitada local do crime.
- Veículo rebocado do local pela guarnição da PM.
- Ic não foi acionado devido a desmobilização do local de trabalho.

O veículo envolvido na ocorrência foi entregue ao Sr. Pedro de Souza Barbosa CPF: 036 372.744-20, residente na rua Gt. Nº 80 2º andar - Nova Descoberta - Olinda.

Assinatura do Responsável pela Guarnição
Sgt Graduação/Nome Mat 921581-0

[redacted]

VILA TORRES GALVÃO - PAULISTA - PE

MAXI POSTO VIII

AV. MASCARENHAS DE [illegible] AES, 2349

REC[illegible]

MAXI POSTO IX

ROD. BR 101 NORTE, S/N, KM 01

MARES - JOÃO PESSOA - PB

GÁS NATURAL

Rede maxi

Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica

Consulte pela Chave de Acesso em
http://www.sefaz.ce.gov.br/nfce/consulta

CONSUMIDOR CPF 025.551.194-18

NFC-e nº 000003780 Série 001 18/09/2019 18:58:57
Protocolo de Autorização:
Data de Autorização 18/09/2019 18:59:59

Valor Total de Itens
Valor a Pagar R$ 105,09
Cartão de Crédito

Sistema MultiPDV - www.multipdv.com.br

DROGARIA PHARMA VITAL

Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica

Consulte pela Chave de Acesso em

NFC-e nº 000012981 Série 001 16/09/2019 11:48:28
Protocolo de Autorização:
Data de Autorização 16/09/2019 11:48:38

Tributos Totais Incidentes (Lei Federal 12.741/12) R$ 1,23

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
RECEITUÁRIO MÉDICO PERNAMBUCO

Paciente:	Registro:
Clínica:	Box/Leito/Enfermaria:

P/ Gilson Calabria de Azevedo

Uso tópico

1) Colagenase — 01 tubo
Aplicar em feridas
01x ao dia por 05 dias.

Data: 01/04/19

Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE

COD. 0340

01.412.[illegible]10/0660-5[illegible] DROGARIA SÃO PAULO S.A.
AV.BR.CLAUDIO JOSÉ GUEDES LEITE, 0101 JANGA PAULISTA-PE

I.E.: 0538120-44
Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica
EMITIDA EM CONTINGÊNCIA
Pendente de autorização

#	Código	Descrição	Qtde	Un	Valor unit.	Valor total
001	52922	KOLLAGENASE S/ELOR.30G	1	PC	53,64	53,64
		desconto -9,15				9,15

Qtde. total de Itens	001
Valor Total R$	53,64
Descontos	-9,15
Valor a Pagar R$	**44,49**
FORMA DE PAGAMENTO	VL.DE PAGAR R$
Dinheiro	50,15
Troco R$	5,66

Consulte pela Chave de Acesso em
http://nfce.sefaz.pe.gov.br/nfce/consulta
2019 0451 4121 1006 6051 8800 1001 0057 0000 0058 1665
CONSUMIDOR - CPF 025.511.154-18

NFC-e nº 000036192 Série 011 01/04/2019 15:57:19
0100 CONSUMIDOR
EMITIDA EM CONTINGÊNCIA
Pendente de autorização

Valor dos Tributos R$5,58 (13,45%) Fonte:IBPT
0100 SAVIDE: 025.511.154-18
Você Economizou R$ 9,15
Obrigado pela sua preferência

Sistema MultiPDV - www.multipdv.com.br

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

RECEITUÁRIO MÉDICO PERNAMBUCO

Paciente: Registro:

Clínica: Leito/Enfermaria:

Data: / /

Ass. Carimbo/Medico/CREMEPE

COD 0340

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESSURREIÇÃO
RECEITUÁRIO MÉDICO PERNAMBUCO

Paciente:	Registro:
Clínica:	Box/Leito/Enfermaria:

P/ Gilson Calabria de Azevedo

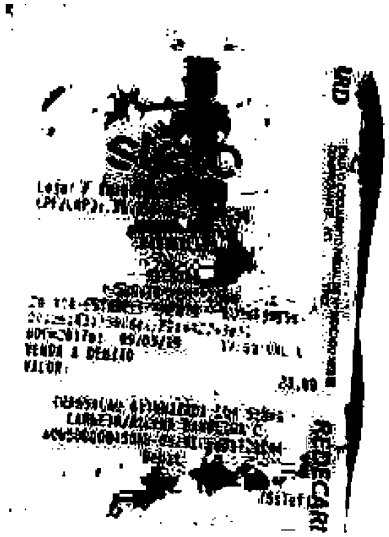
Cateter tipo Bete com 05 manilhas de Velho e 02 bomba baterias injetor

Dr. [illegible]
Neurologia - Neurocirurgia
CRM 27073

Data: 13/03/15

Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE

COD. 0940



CNPJ: 30.155.632/0001-50 ADRIANA LIMA DOS SANTOS FARMACIA
RUA DR LUIZ IGNACIO DE ATAIDE, 157, AP 01, BANCA, PAULISTA, PE, IE 097/1001 Fone (011) 987-524-689

Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica

ESCRIÇÃO	CÓDIGO	QTDE	UNID	VL UNIT	TOTAL
ORO SORTIMAX 500 ML					
od : 7896902212190		2,00	UN	5,00	10,00
AZES COMPRESSA GASES 8 UNI					
od.: 000030		10,00	UN	1,00	10,00
RIPIN 6 CP					
od.: 000034		1,00	UN	3,00	3,00

ÚTO TOTAL DE ITENS 3
VALOR TOTAL R$ 23,00

FORMA PAGAMENTO — VALOR PAGO R$
Cartão de Credito — 23,00
TROCO R$ — 0,00

Consulte pela Chave de Acesso em
http://nfce.sefaz.pe.gov.br/nfce-web/consultarNFCe

2619 0330 1556 2200 0150 6500 0000 0026 0711 8132 9774

CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO

NFC-e nº 000002607 Serie: 000 09/03/2019 17:05:36 [redacted]

Protocolo de autorização: 326190166982941
Data de autorização: 09/03/2019 17:05:48

Tributos Incidentes Lei Federal 12.741/12 - Total R$ 0,00

Posto Nossa Senhora do Ó

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 — PLATINA

Paulista: 08 de SETEMBRO de 17

O Sr.: GILSON

Rua: 99269 7000

Veículo Placa Nº KHW 2972

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

61.412.110/0800-31 DROGARIA SAO PAULO S.A.
AV.DR CLAUDIO JOSE GUEIROS LEITE, 310 LANGA [illegible]

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 96,6	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 0635 [illegible]
CONSUMIDOR - CPF 025.511.154-18

NFC-e nº 000035258 Série 011 27/03/2019 13:29:39
Protocolo de Autorização: 326190210176201
Data de Autorização 27/03/2019 13:29:34

Val.Aprox.Tributos R$10,33(13,45%) Fonte:IBPT
CPF NA SAUDE: 025.511.154-18
Unce Economizou R$ 19,36
Obrigado pela sua preferencia

Sistema MultiPDV - www.multipdv.com.br

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE RESTAURAÇÃO

Receituário Controle Especial

Identificação do emitente

Nome completo: THIAGO AUGUSTO FERRAZ LOPES

CRM: 24824

UF: PE

Número: S/N

Endereço: AV. AGAMENON MAGALHÃES

Bairro: DERBY

Fone: 3181-5400

Cidade: RECIFE

UF: PE

Medicamento: PALEXIA 100 MG

Endereço paciente: AVENIDA DOUTOR CRAVEIRO SUERDUS LEITE DE 1 A 2101

Posologia: USO ORAL

1) CITONEURO – 60CP
TOMAR 01 CP 12/12 HS POR 30 DIAS
2) PALEXIA – 60CP
TOMAR 01 CP DE 12/12 POR 30 DIAS SE DOR PERSISTENTE

Dr. Thiago Augusto Ferraz Lopes
Ortopedista Traumatologista
CRM-PE 24824

Data: 08/01/2019

Assinatura do médico/carimbo

Identificação do Comprador

Nome:

Identidade: Órgão Emissor:

Endereço:

Cidade: UF:

Telefone:

Identificação do Fornecedor

Assinatura do Farmacêutico

Baixa

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DR RESTAURADOR

Receituário Controle Especial

Endereço:
AV. AGAMENON MAGALHÃES

Endereço paciente:
AVENIDA DEUTER CLAUDIO SOEIROS MENDES
L A 2101

Data: 06/03/2018

Assinatura do médico/carimbo

Identificação do comprador

Nome:

Identidade: Órgão Emissor:

Endereço:

Bairro:

Telefone:

Identificação do fornecedor

Assinatura do farmacêutico

Farm.

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Pernambuco

Receituário Controle Especial

Identificação do emitente

NOME COMPLETO:
TIAGO AUGUSTO FERRAZ LUPES

CRM:
34819

UF:
PE

NÚMERO:
S/N

Endereço:
AV. AGAMENON MAGALHÃES

BAIRRO:
DERBY

FONE:
3181-5400

CIDADE:
RECIFE

UF:
PE

Paciente
LUISON OLIVEIRA DE AZEVEDO

Endereço paciente:
AVENIDA DOUTOR CLAUDIO GUEIROS LEITE DE LA [illegible]

Prescrição.
USO ORAL

1) REVASCXABANA 10MG — 30 CP
TOMAR 01 CP AO DIA

2) CLODEIN 10MG
TOMAR 01 CP DE 8/8H SE DOR INTENSA

Dr. [illegible]
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE [illegible]

Data: 08/05/2019

Assinatura do médico/carimbo

Identificação do comprador

Nome:

Identidade: Órgão Emissor:

Endereço:

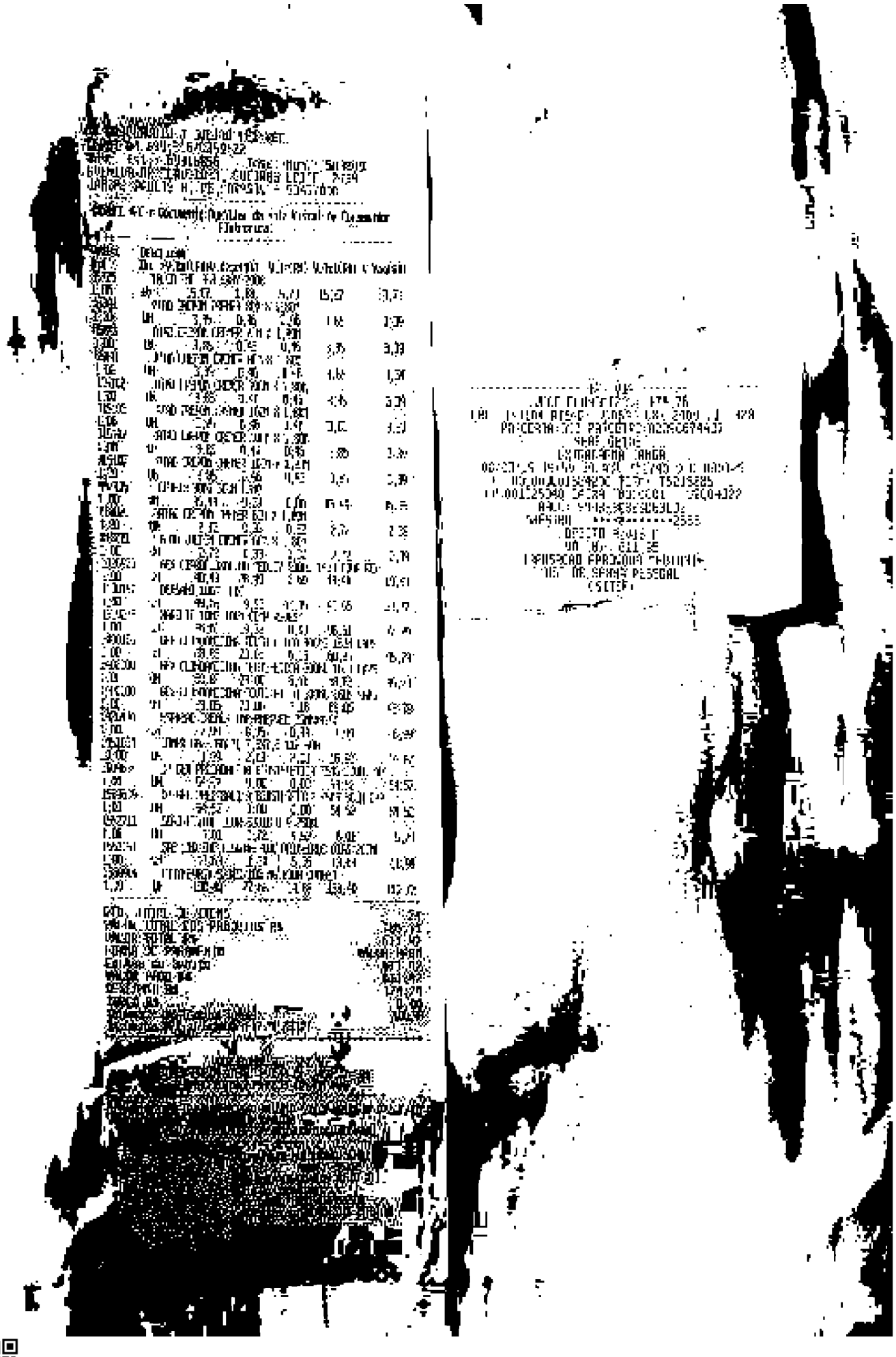
Cidade: UF:

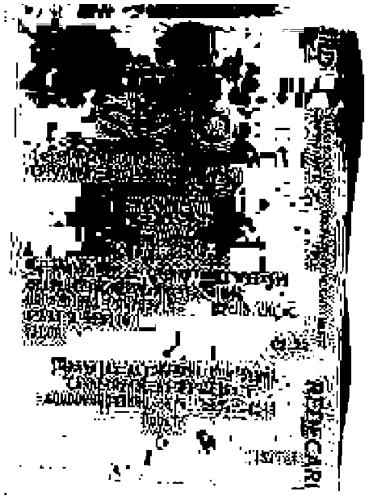
Telefone:

Identificação do Fornecedor

Assinatura do Farmacêutico

Data:





NFC-e

CNPJ: 40.155.622/0001-08 ADRIANA LIMA DOS SANTOS FARMACIA
RUA DR [illegible] - Fone: (81) [illegible]

Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica

DESCRIÇÃO:	CÓDIGO	QTDE	UNID	VL UNIT	TOTAL
DIPIRONA SOLUP AX 500 ML					
Cod.: 7896002212290		2,00	UN	5,00	10,00
GAZES COMPRESSA GASES BLUNF					
Cod.: 000030		10,00	UN	1,00	10,00
ADEPIM 6 CP					
Cod.: 000034		1,00	UN	3,00	3,00

QTDE TOTAL DE ITENS 4
VALOR TOTAL R$ 23,00

FORMA PAGAMENTO — VALOR PAGO R$
Cartão de Crédito — 23,00
TROCO R$ — 0,00

Consulta pela Chave de Acesso em
http://nfce.sefaz.pe.gov.br/nfce-web/consultaNFCe
9619 0538 1855 2700 0150 6500 0000 0226 0711 8932 9774

CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO

NFC-e nº 000002604 Série: 000 Dt/Hr: [illegible] 17:05:46

Protocolo de autorização: 326190106902941
Data de autorização: 09/03/2019 17:05:48

Itens 4 Qtde Itens Total 12/04/12 Total R$ 23,00

50 00

04/03/2019 10 14 19

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
RECEITUÁRIO MÉDICO PERNAMBUCO

Paciente: [illegible] Registro:
Clínica: Box/Leito/Enfermaria:

IVA

1) Primase — ACC
1 fa min

Data: __/__/__
Ass. Carimbo Médico CRM/PE

COD. 0340

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
RECEITUÁRIO MÉDICO PERNAMBUCO

Paciente: [illegible] Registro:
Clínica: Box/Leito/Enfermaria:

IVA

Penicilina Benzatina
1200000 IM
profundo
+ lidocaína

Data: [illegible]
Ass. Carimbo Médico CRM/PE

COD. 0340

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

EXAMES COMPLEMENTARES

PERNAMBUCO

Nome: [illegible]		Idade:
Registro	Box/Leito/Enfermaria:	Clínica/Setor: [illegible]

Exames Solicitados:

[illegible] (E)
(AP e [illegible])

Dados Clínicos:

E

Data: 19/08/2019	Hora:	Ass. Carimbo/Requisitante

Dr. Avner Alencar
Médico
CRC [illegible]

Produzido na Gráfica Hospitalar Alto Nível

COD. 0127

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
RECEITUÁRIO MÉDICO PERNAMBUCO

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

USO EXTERNO

Andados -

Dr. Stanley Napoleão
MEDICO
CRM-PE 7477

Data: 15/03/14
Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE

COD: 0340

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
RECEITUÁRIO MÉDICO PERNAMBUCO

Paciente:
Registro:
Clínica:
Box/Leito/Enfermaria:

P/ Gilson Calabria

Solicito

Fisioterapia Motora

20 sessões.

JUSTIFICATIVA:

Fratura de osso de tíbia (E)

Data: 23/07/14
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

Número do Documento: 07.11.19248.2000179-0
Data limite para acolhimento: 30/09/2019

Observações:
RIP: 2789 0100812-46 - DEBITO: 15224377
ESTE DARF SOMENTE PODERÁ SER PAGO COM A
DEVIDA LEITURA DO CÓDIGO DE BARRAS

SENSA (Versão 4.9.1) | Data e hora 05/09/2019 21:32:43

85840000001-9 | 56050385102-3 | 73071119248-7 | 20001789457-5

02 PERÍODO DE APURAÇÃO	
03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	
04 CÓDIGO DA RECEITA	
05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	00001524243
06 DATA DE VENCIMENTO	30/09/20
07 VALOR DO PRINCIPAL	156,05
08 VALOR DA MULTA	0,00
09 VALOR DOS JUROS E/OU ENCARGOS DL-1.025/69	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

Número do Documento: 07.11.19248.2000179-0
Data limite para acolhimento: 30/09/2019

Observações:
RIP: 2789 0100812-46 - DEBITO: 15224377
ESTE DARF SOMENTE PODERÁ SER PAGO COM A
DEVIDA LEITURA DO CÓDIGO DE BARRAS

SENSA (Versão 4.9.1) | Data e hora 05/09/2019 21:32:43

85840000001-9 | 56050385102-3 | 73071119248-7 | 20001789457-5

02 PERÍODO DE APURAÇÃO	22/05/2019
03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	028.906.744-87
04 CÓDIGO DA RECEITA	2090
05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	00001524243770469
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-1.025/69	0,00
10 VALOR TOTAL	156,05

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

Dados Complementares

TAXA DE FISCALIZAÇÃO DO ZOOLÓGICO 2019

DADOS DO RESPONSÁVEL:
CPF: 028.906.744-87 NOME: GILSON CALABRIA DE AZEVEDO

DADOS DO IMÓVEL:
LOCALIZAÇÃO:
A PRINCIPAL 1 S/N LOTE 30 QUADRA C LOC PRAIA DE MANACOCI
17.000-000 OURINHOS , SP

DADOS CADASTRAIS:
RIP (REGISTRO IMOBILIÁRIO PATRIMONIAL): 2789 0100812-46

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

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome / Endereço

CRM _____ UF _____ 1ª VIA FARMÁCIA

End. _____ 2ª VIA PACIENTE

Cidade _____ UF _____

Telefone _____

Paciente _____

Endereço _____

Prescrição _____

DATA _____ ASSINATURA / CARIMBO

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR | **IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR**

Nome _____

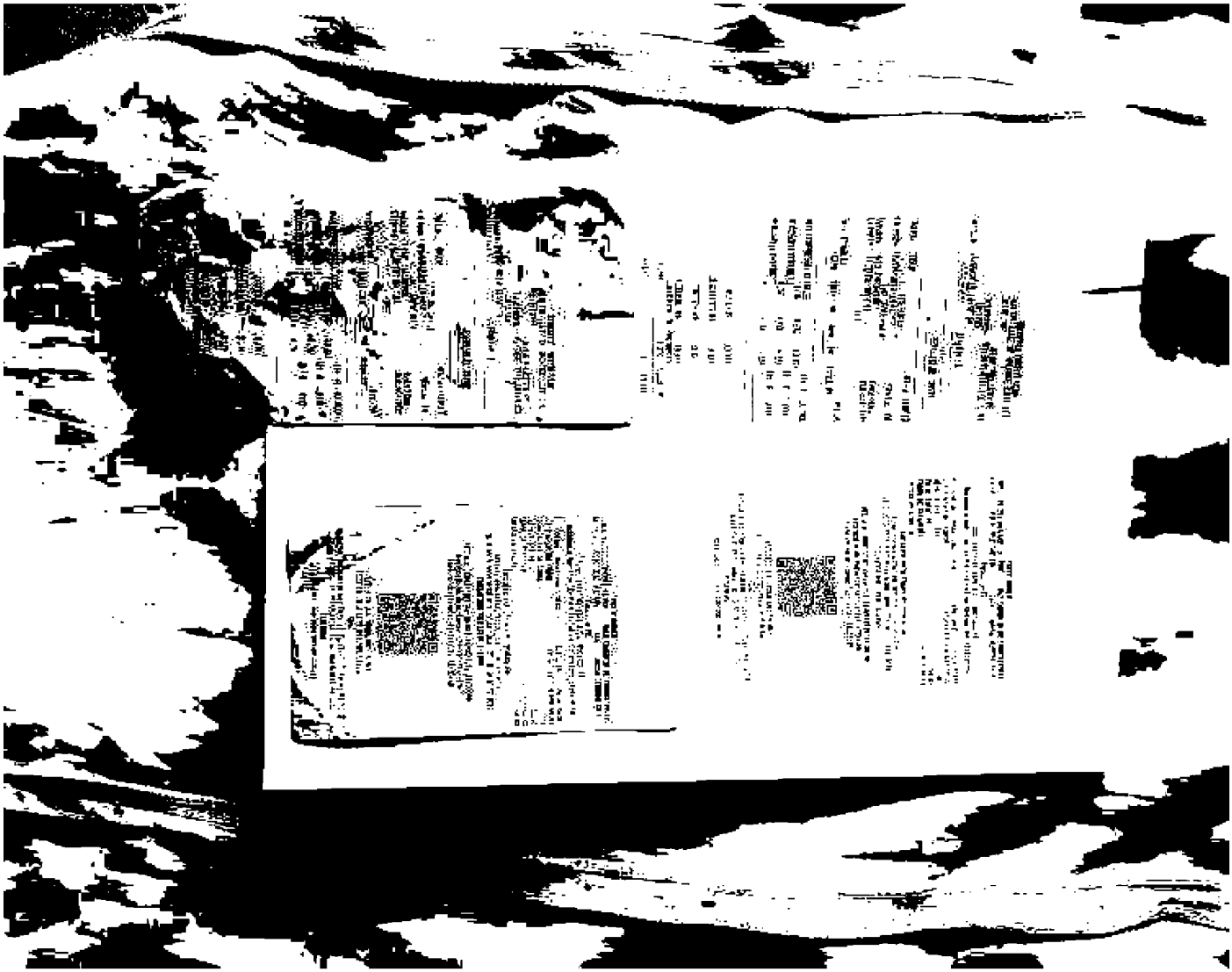
Identif. _____ Org. Emissor _____

End. _____

Cidade _____ UF _____ ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

Telefone _____ DATA _____

Cod. 03.59



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

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: _____

CRM: _____ UF: _____ Nº _____

End.: _____

Cidade: _____ UF _____

Telefone: _____

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: Celso Ribeiro de Araújo

Endereço: _____

Prescrição: R. Vo ral

Infalgina 500 mg 40 cpr

tomar 01 cpr de 6/6h, por 10 dias

Data: 12.05.19

Dra. Simone Cristina
CRM-PE 32321
ASSINATURA DO MÉDICO / CARIMBO

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____ Org. Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

Data: ___/___/___

Cod. 0339

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
RECEITUÁRIO MÉDICO PERNAMBUCO

Paciente: Elisa Cristina
Registro:
Clínica:
Box/Leito/Enfermaria:

1) ACADEMIA COM EDUCADOR FÍSICO
2) HIDROGINASTICA
3) NATAÇÃO

Eduardo Toscano
Ortopedia
CREMEPE 5692
Data: 11/09/19
CÓD.:

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
RECEITUÁRIO MÉDICO PERNAMBUCO

Paciente: Elisa Cristina
Registro
Clínica:
Box/Leito/Enfermaria:

Adolian
CÁLCIO +
VIT. D

Eduardo Toscano
Ortopedia
CREMEPE
Data: 11/09/19
CÓD.:

Posto Nossa Senhora do Ó

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.....

PRESSGAS EMPREENDIMENTOS LTDA ME CNPJ:05 421 827/0001-92
RODOLFO AURELIANO 1123 VL T GALVAO Paulista PE
Fone (081) 3371-9275
Documento Aux da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica

Código	Descrição	Qtde	UM	Vl Unit	Vl Item
[illegible]	ETANOL COMUM Bico 10	16,182	L	3,090	50,00

Qtde Total de Itens 1
50,00
Valor a Pagar (R$) 50,00
Forma de Pagamento VALOR PAGO (R$) 50,00
Troco (R$) 0,00

Consulte pela Chave de Acesso em
http://nfce.sefaz.pe.gov.br/nfce/consulta
[illegible]27080019265001000079104155961314 2
CONSUMIDOR NAO IDENTIFICADO
1 [illegible]0079104 Série 001 04/03/2019 08:14:19
Protocolo de autorização: 326190154003095
Data de autorização: 04/03/2019 08:19:47

[illegible] Federal [illegible] Municipal - Fonte 641 [illegible] 1139297

[illegible] 5,64 www.[illegible]

PRESSGAS EMPREENDIMENTOS LTDA ME CNPJ:05 421 827/0001-92
RODOLFO AURELIANO 1123 VL T GALVAO Paulista PE
Fone (081) 3371-9275
Documento Aux da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica

Código	Descrição	Qtde	UM	Vl Unit	Vl Item
[illegible]	ETANOL COMUM Bico 10	16,182	L	3,090	50,00

Qtde Total de Itens 1
50,00
Valor a Pagar (R$) 50,00
Forma de Pagamento VALOR PAGO (R$) 50,00
Troco (R$) 0,00

Consulte pela Chave de Acesso em
http://nfce.sefaz.pe.gov.br/nfce/consulta
[illegible]27080019265001000079104155961314 2
CONSUMIDOR NAO IDENTIFICADO
1 [illegible]0079104 Série 001 04/03/2019 08:14:19
Protocolo de autorização: 326190154003095
Data de autorização: 04/03/2019 08:19:47

[illegible] Federal [illegible] Municipal - Fonte 641 [illegible] 1139297

[illegible] 5,64 www.[illegible]

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Central de Agendamento Ambulatorial

COMPROVANTE DE AGENDAMENTO

Consulta: 9/08/2019 9:00 Hr

Serviço: ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Médico: 670 - EDUARDO TOSCANO SIEDRA DE BRITO

Agenda: 49371

Paciente: 578057

Nome: GILSON CALARRIA DE AZEVEDO

Same: 849769

Sexo: MASCULIN

Fone: Residencial: (81) - 9808 1682 / Celular: () -

Nasc: 24/07/1944

Endereço: AVENIDA DOUTOR CLAUDIO GUERRA FEITEIRA DE LA 2101 1 JANGA - PAULISTA - P

Cidade: PAULISTA

Agendado por: ELIZABETH/3

HR

Secretaria de Assistência à Saúde da Prefeitura

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

RECEITUÁRIO MÉDICO PERNAMBUCO

Paciente:

Registro:

Clínica:

Data de Nascimento:

Data: / /

Ass. Carimbo/Matrícula CRE/NEPE

COD. 0340

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: EDILSON DALMARIA DE AZEVEDO	PRONTUÁRIO: 1570657	ATENDIMENTO: 01303251
DATA DE NASCIMENTO: 24/07/1944	FOI ATENDIDO EM: 28/03/2019 ÀS 23:36	
	DATA DA ALTA: 08/07/2019 ÀS 15:40	

Diagnóstico Provável:

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

Tratamento Realizado

LIMPEZA CIRÚRGICA + FIXAÇÃO COM TUBO A TUBO BIFLANAR + LIGADURA DA ARTERIA TIBIAL ANTERIOR (01/03/2019)

Observação:

ALTA HOSPITALAR DA ORTOPEDIA
RETORNO PROGRAMADO
RETORNO NA EMERGÊNCIA EM CASO DE INTERCORRÊNCIA
ORIENTAÇÕES GERAIS
ORIENTAÇÕES ORTOPÉDICAS
ANTIBIOTICOTERAPIA
ANALGESIA
PROFILAXIA TROMBOEMBOLICA
NÃO FUMAR, NÃO INGERIR BEBIDAS ALCOÓLICAS
AFASTAMENTO DAS ATIVIDADES POR 90 DIAS.
SOLICITAÇÃO PARA SER FEITO EM 01/04/2019 PARA SER LEVADO NA CONSULTA MARCADA PARA O MESMO DIA

Encaminhado para:

AMBULATORIO DE DR. EDUARDO TOSCANO DIA 01/04/2019

Dr. Sérgio Rojas [illegible]
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE [illegible]

TIAGO AUGUSTO FERREIRA LOPES - CRM: 33.24815

Recife, 08 MARÇO 2019

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade de Tratamento Ambulatorial, Lei que dá a regulamentação Nº 04/2000-B, Ministério Público do Estado de Pernambuco.

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Central de Agendamento Ambulatorial

COMPROVANTE DE AGENDAMENTO

[redacted]

Consulta.....: 01/04/2019 9:00 H

Serviço.....: ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Médico..... ....: 970 - EDUARDO TOSTANO SIEBRA DE BRITO

Agenda.....: 47991

OK

[redacted]

Paciente.....: 1578857 Senha.....: 848789

Nome.....: GILSON CALABRIA DE AZEVEDO

Sexo.....: MASCULIN

Fone.....: Residencial (81) 98881682 / Celular: ()

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

Endereço.....: AVENIDA DOUTOR CLAUDIO SUERDS LEITE DE LA 2101 1 JANGA PAULISTA PE

Cidade.....: PAULISTA

Agendado por THARCYZOLAS

15/05/19

Eduardo Tostano

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Central de Agendamento Ambulatorial

COMPROVANTE DE AGENDAMENTO

[redacted]

Consulta.....: 13/05/2019 8:00 Hr

Serviço.....: ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Médico.....: 870 - EDUARDO TOSCANO SIERRA DE DIRTO

Agenda.....: 47892

[redacted]

Prontuário.....: 157365/ Same.....: 849769

Nome.....: GILSON CALABRIA DE AZEVEDO

Sexo.....: MASCULIN

Fone..... Residencial (81) - 98881697 / Celular: 0 - Nasc.....: 24/07/1944

Endereço.....: AVENIDA DOUTOR CLAUDIO SUFRIOS LEITE DE 1 A 210/ - JARDIM PAULISTA - PI

Cidade.....: PAULISTA

Agendado por DIESCNR

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
Sistema de Central de Marcações
Comprovante de Agendamento

Pág 1 de 1
Emitido por VANDERSONASN
Em 13/05/2019 10:27

Paciente :
Cód. 1578697 Nome:GILSON DA ARRIA DE AZEVEDO Data Nasc.:24/07/1944 Sexo: MASC
Fone: 55 81 99881682 email:

Agenda:
Código: 48054 Nº da marcação: 315966
Médico: Agendado para: 10/06/2019
Recurso: EDUARDO TOSCANO BEZERRA DE BRITO
Setor: AMBULATORIO
Convênio: SUS - AMBULATORIO
Plano: PLANO UNICO
Unidade de Agendamento: AMBULATORIO GERAL
Endereço da Unidade:
Itens Agendados:
08:48 CONSULTA EM AMBULATORIO
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA CONSULTA DE RETORNO

Agendado Por VANDERSONASN em 13/05/2019

HR - HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
RECEITUÁRIO MÉDICO PERNAMBUCO

Paciente: Gilton Cabelpuc de Azevedo
Registro: 157865
Clínica:
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 Tíbia esquerda; no momento fratura consolidada e de alta médica e ambulatorial.

Data: 17/04/19
Ass Carimbo Médico CREM:
Eduardo Araújo Cavalcanti
Traumato-Ortopedia
CRM 16692

CID = S.82

COD.:

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
RECEITUÁRIO MÉDICO PERNAMBUCO

Paciente: Gilson Calheiros | Registro:
Clínica: | Box/Leito/Enfermaria:

Ambulatorio

DENSITOMETRIA ÓSSEA

Data: 19/04/19 | Assinatura/Carimbo Médico/CREMEPE

Eduardo Toscano
Traumato-Ortopedia
CRM-PE 6892

COD. I

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
RECEITUÁRIO MÉDICO PERNAMBUCO

Paciente: Gilson Calheiros | Registro:
Clínica: | Box/Leito/Enfermaria:

CLÍNICO GERAL

ou

GERIATRIA

Data: 19/04/19 | Assinatura/Carimbo Médico/CREMEPE

Eduardo Toscano
Traumato-Ortopedia
CRM-PE 6892

COD. II

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 + ligadura de artéria tibial anterior em 01.03.2019
Exames complementares
Analgesia. Antibioticoterapia
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 12.02.2021, Dito, 12.02.2020

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

Av. Agamenon Magalhães, S/N – Derby – Recife – PE CEP 52.010-040
Fones: 31815451/31815572

GOVERNO DO ESTADO

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 + ligadura de artéria tibial anterior em 01.03.2019
Exames complementares
Analgesia. Antibioticoterapia
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 12.02.2021, Dito, 12.02.2020

ASL-0...

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

Av. Agamenon Magalhães, S/N – Derby – Recife – PE CEP 52.010-040
Fones: 31815451/31815572

2020 09:51:21

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
NAZARÉ DA MATA - PE

DATA DE NASCIMENTO
24/07/1944

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

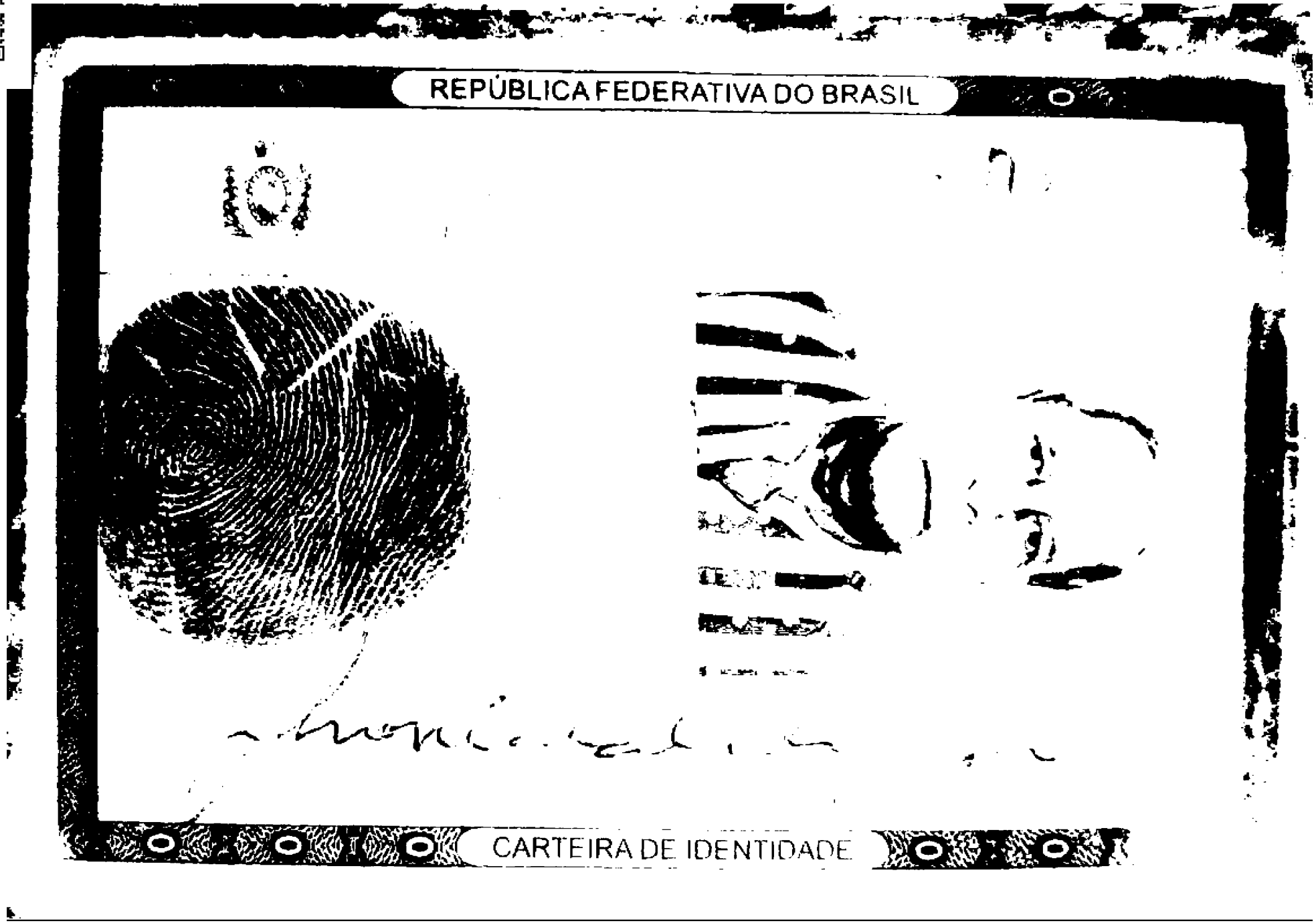
CPF
028.906.744-87

PIS/PASEP: 1001530634-8

Ana Paula C. S. Albuquerque
Delegada de Polícia-Gerente UTB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



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 - 373 DATA: 3/10/12

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

Seguradora Líder dos Consórios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0391498/19

Número do Sinistro: 3190627622

Vítima: GILSON CALABRIA DE AZEVEDO

Data do acidente: 28/02/2019

CPF: 028.906.744-87

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GILSON CALABRIA DE AZEVEDO

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

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