

Seguro DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito



02.09



Correios		SEDEX	
PESO (kg)	1165	AR	MP
Recebedor		Documento	
Assinatura		OD 81648151 4 BR	

SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO
POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT

DESTINATÁRIO / Recipient		PHONE / Phone Number	
ENDEREÇO / Address			
SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A			
RUA DA ASSEMBLEIA, 100 24º ANDAR CENTRO			
RIO DE JANEIRO CEP:20011-904			
ate		PAÍS / Country	

ATENDIMENTO





Seguro
DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito

PEDIDO DE SEGURO DPVAT

site: www.seguradoralider.com.br

Central de Atendimento:

4020-1596 (Regiões Metropolitanas) de segunda a sexta das 8h às 20h.

0800 022 12 04 (Outras Regiões) de segunda a sexta das 8h às 20h.

SAC: 0800 022 8189 24 horas por dia



dpvat_oficial



DPVAToficial



DPVAToficial



seguradoralider-dpvat

BLOG: www.viverseguronotransito.com.br

**SERVIÇO GRATUITO
AO BENEFICIÁRIO**
**POSTAGEM CUSTEADA PELA
SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

ATENDIMENTO



Correios

REMETENTE / Sender		TELEFONE / Phone Number	
PEDRO HENRIQUE PINTO DE AZEVEDO		(81) 9 8793-8059	
ENDEREÇO / Address			
RUA: DAS FLORES Nº-17 ESPINHEIRO.			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF/State	PAÍS / Country
52021-210	RECIFE - PE		

DEVOLUÇÃO (Return)		(Cn15)
☐ MUDOU-SE (Moved)	☐ FALECIDO (Deceased)	
☐ RECUSADO (Refused)	☐ ENDEREÇO INSUFICIENTE (Insufficient Address)	
☐ DESCONHECIDO (Unknown)	☐ NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO (Non-existing Number)	
☐ NÃO PROCURADO (Undelivered)	☐ OUTROS (Other)	
☐ AUSENTE (Absent)		
TENTATIVAS DE ENTREGA (Delivery Attempts)		
1º / / às 2º / / às 3º / / às		
☐ Informação prestada pelo porteiro ou síndico (Information provided for doorman or condo manager)		
☐ Reintegrado ao serviço postal em / / (Reinstated to service post)		
Data / /	Responsável	

"RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE"



Materiais recicláveis

PROBAG
www.probag.com.br
Tel: (52) 3204-2900

COBERTURA SOLICITADA

☐ MORTE ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA PEDRO HENRIQUE PINTO DE AZEVEDO

DATA DO ACIDENTE 28/09/19 POSSUI CPF ☒ SIM ☐ NÃO N° CPF 095.941.854-73

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Laudo de Invalidez do IML – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva – Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receituários médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima – cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de Residência (original).
- ☐ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
 - ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
 - ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
 - ☐ Outros Documentos apresentados: _____

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) PEDRO HENRIQUE PINTO DE AZEVEDO
 Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal - CPF do portador _____
 E-mail PEDROHENRIQUEP1400@GMAIL.COM Tel: 81 93793-7059
 Data 01/09/20 Assinatura Pedro Henrique P. Azevedo

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) Boqueirão
 Atendente Renata L.S. de Lima Matrícula 9750097044
 Data 01/09/20 Assinatura: [Assinatura]

ECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS
Ag: 423941 - AGF BAIRRO DO ARRUDA
RECIFE - PE
CNPJ,...: 03284947000150 Ins Est.: 051011985
COMPROVANTE DO CLIENTE

Cliente.....: SEGURADORA LIDER CONSOR SEGU
CNPJ/CPF.....: 09248000000104
Doc. Post.....: 62267655
Contrato...: 9912280636 Cod. Adm.: 11205709
Cartao...: 62267655

Movimento..: 01/09/2020 Hora.....: 16:30:58
Caixa.....: 97758833 Matrícula...: 9750****
Lancamento.: 077 Atendimento: 00069
Modalidade.: A Faturar ID Tiquete.: 1875819172

DESCRIÇÃO	QTD.	PREÇO(R\$)
SEGURO DPVAT ATE 30	1	24,78+
Valor do Porte(R\$)...	24,78	
Peso real (G).....	116	
Peso Tarifado:.....	0,116	
Nome Remetente.: PEDRO HENRIQUE PINTO DE AZ		
Cont. Nome.....: EVEDO		
CNPJ/CPF Remet.: 09594185473		
Endereço Remet.: RUA Rua das Flores,17 CASA		
Cont Endereço...: - Espinheiro		
Cep Remetente...: 52021-210		
Cidade Remet...: RECIFE		
UF Remet.....: PE		

POSTAL RESPOSTA DPV	1	31,16+
Valor do Porte(R\$)...	31,16	
Cep Destino: 20011-904 (RJ)		
Peso real (G).....	116	
Peso Tarifado:.....	0,116	
OBJETO=====> QD816481514BR		

Postagem ocorrida apos o horario limite de pos
t
agem (DH), sera acrescido 1 (um) dia util ao p
r
azo padrao de entrega

TOTAL DO ATENDIMENTO(R\$) 55,94

Valor Declarado não solicitado(R\$)
No caso do objeto com valor,
utilize o serviço adicional de valor declarado

A FATURAR

Reconheço a prestação do(s) serviço(s) acima
prestado(s), o(s) qual(is) pagarei mediante
apresentação de fatura. Os valores constantes
deste comprovante poderao sofrer variações de
acordo com as cláusulas contratuais

Nome: RG:

Ass. Responsável *Pedro Henrique Pinto de Azavedo*

Postagem ocorrida apos o horario limite de pos
t
agem (DH), sera acrescido 1 (um) dia util ao p
r
azo padrao de entrega

SERV. POSTAIS: DIREITOS E DEVERES-LEI 6538/78

Ganhe tempo!
Baixe o APP de Pré-Atendimento dos Correios
Tenha sempre em mãos o número do ID Tiquete
deste comprovante, para eventual contato com
os Correios.

VIA-CLIENTE

SARA 8.0.07

PARA USO EM ECF 40m OS PRODUTOS DE PAPEL LTDA
CNPJ: 32.538.148/0001-31 - FIBRIA E PAPEL TERMOSCRIPT KPH 48G



Correios

Fale com os Correios: correios.com.br/telcomoscorreios
CAC: 3003 0100 ou 0800 725 7282 (informações) e
0800 725 0100 (sugestões e reclamações)
Ouvidoria: correios.com.br/ouvidoria
Denúncia: correios.com.br/denuncia

Os dados impressos tem vida útil de 5 anos, desde que não estejam em contato direto com
plásticos, solventes ou produtos químicos. Bem como, a exposição ao calor e
umidade excessiva, faz com que a reprodução de imagens seja comprometida.

PARA USO EM ECF 40m OS PRODUTOS DE PAPEL LTDA
CNPJ: 32.538.148/0001-31 - FIBRIA E PAPEL TERMOSCRIPT KPH 48G



Correios

Fale com os Correios: correios.com.br/telcomoscorreios
CAC: 3003 0100 ou 0800 725 7282 (informações) e
0800 725 0100 (sugestões e reclamações)
Ouvidoria: correios.com.br/ouvidoria
Denúncia: correios.com.br/denuncia

Os dados impressos tem vida útil de 5 anos, desde que não estejam em contato direto com
plásticos, solventes ou produtos químicos. Bem como, a exposição ao calor e
umidade excessiva, faz com que a reprodução de imagens seja comprometida.

PARA USO EM ECF 40m OS PRODUTOS DE PAPEL LTDA
CNPJ: 32.538.148/0001-31 - FIBRIA E PAPEL TERMOSCRIPT KPH 48G



Correios

Os dados impressos tem vida útil de 5 anos, desde que não estejam em contato direto com
plásticos, solventes ou produtos químicos. Bem como, a exposição ao calor e
umidade excessiva, faz com que a reprodução de imagens seja comprometida.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0254837/20

Vítima: PEDRO HENRIQUE PINTO DE AZEVEDO

CPF: 095.941.854-73

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/09/2019

Titular do CPF: PEDRO HENRIQUE PINTO DE AZEVEDO

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

PEDRO HENRIQUE PINTO DE AZEVEDO : 095.941.854-73

Autorização de pagamento
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.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/09/2020
Nome: PEDRO HENRIQUE PINTO DE AZEVEDO
CPF: 095.941.854-73

PEDRO HENRIQUE PINTO DE AZEVEDO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/09/2020
Nome: Diogo Vieira da Silva
CPF: 140.841.367-19

Diogo Vieira da Silva

Rio de Janeiro, 11 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200323921

Vítima: PEDRO HENRIQUE PINTO DE AZEVEDO

Data do Acidente: 28/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PEDRO HENRIQUE PINTO DE AZEVEDO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados 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.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 16 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200323921 Vítima: PEDRO HENRIQUE PINTO DE AZEVEDO

Data do Acidente: 28/09/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), PEDRO HENRIQUE PINTO DE AZEVEDO

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

Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário "Pedido do Seguro DPVAT", devidamente preenchido, inclusive informando uma das opções que impossibilitou a apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML.
-----------------------------------	---

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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, 15 de Março de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200323921

Vítima: PEDRO HENRIQUE PINTO DE AZEVEDO

Data do Acidente: 28/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PEDRO HENRIQUE PINTO 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

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, PEDRO HENRIQUE PINTO DE AZEVEDO
PORTADOR(A) DO RG Nº 8457870 EXPEDIDO POR SDS EM / / E
CPF 095941854-73 / CNPJ 0000000000-00000-00, PROFISSÃO ELETRICISTA
E RENDA MENSAL DE R\$ 2.200 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA PEDRO HENRIQUE P. AZEVEDO AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 1583 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 013 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00040540-5

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

RECIFE, 03 de SETEMBRO de 2020 Pedro Henrique P. Azevedo
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 013ª CIRCUNSCRIÇÃO - MUSTARDINHA - DP13ªCIRC
DIM/4ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0103000903

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **11/08/2020** às **10:47**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **28/9/2019** às **11:24**

Fato ocorrido no endereço: **ILHA DO RETIRO, 001, RUA GONCALVES DE MEDEIROS** - Bairro: **ILHA DO RETIRO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** - CEP: **50750-510** - Ponto de Referência: **SPORT CLUB**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
ANA MARIA MARQUES DA SILVA AZEVEDO (OUTRO)
PEDRO HENRIQUE PINTO DE AZEVEDO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **PEDRO HENRIQUE PINTO DE AZEVEDO**



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

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

PEDRO HENRIQUE PINTO DE AZEVEDO (presente ao plantão) - Nome Social: **PEDRO** Sexo: **Masculino** Mãe: **RAQUEL PINTO DE AZEVEDO** Data de Nascimento: **23/2/1991** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8457870/SDS/PE (RG), 09594185473 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES** Telefones Celulares: **- 987938059**

Endereço Residencial: **RUA DAS FLORES, 017 - CEP: 55000-000 - Bairro: ESPINHEIRO - RECIFE/PERNAMBUCO /BRASIL**

ANA MARIA MARQUES DA SILVA AZEVEDO (não presente ao plantão) - Sexo: Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ANA MARIA MARQUES DA SILVA AZEVEDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **PEDRO HENRIQUE PINTO DE AZEVEDO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XRE300** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFH2756** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011**

Complemento / Observação

RELATA A VÍTIMA DE ACIDENTE, SR. PEDRO HENRIQUE PINTO DE AZEVEDO QUE, ESTAVA TRAFEGANDO NA REFERIDA VIA A CAMINHO DO TRABALHO. REALIZOU UM SERVIÇO NO MEIO DO CAMINHO E SEGUIU EM FRENTE, FOI QUANDO AO DESVIAR DE UM OBSTÁCULO (BURACO) PERDEU O CONTROLE DA MOTO E CAIU A MOTO POR CIMA DE SUA PERNA AFETANDO GRAVEMENTE O TORNOZELO. NO LOCAL RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS POR UMA EQUIPE DE PRÉ-ATENDIMENTO HOSPITALAR SENDO POSTERIORMENTE REMOVIDO PARA O HOSPITAL GETULIO VARGAS ONDE PASSOU POR CIRURGIAS. MÉDICO DR. GUSTAVO SOUZA LEÃO. PRONTUÁRIO Nº1132405 (HGV). CASO AFETO AQPETO A DPPOL MUSTARDINHA.

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

PEDRO HENRIQUE PINTO DE AZEVEDO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JORGE PEREIRA DAMASCENO** - Matrícula: **148721-3**
(Liberado em **11/08/2020** às **11:37**)

TIM S.A.
Av. Marechal Mascarenhas Moraes 4270
FREG. O AFOGADO - Imbiribeira - Recife - PE
CNPJ: 02.421.421/0001-55 - I.E.: 0265614-09
CNPJ da Matriz: 02.421.421/0001-11



Página 1 de 2

R\$ 54,99

VENCIMENTO

01/08/2020

EMIÇÃO: 07/07/2020

POSTAGEM: 16/07/2020

FATURA: 4290041573

PEDRO HENRIQUE PINTO DE AZEVEDO
DAS FLORES, 17
ESPINHEIRO
52021-210 - RECIFE - PE

CLIENTE: 178525507

CPF/CNPJ: 09594185473

ACESSO: 81 98793-8059

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000009135150492012

IMPORTANTE PARA PEDRO

RESUMO DA SUA CONTA DE 07/JUN A 06/JUL

Serviços TIM S.A.

VALOR



TIM Controle Smart 2 0

R\$ 54,99

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA MENSALIDADES

Vantagens que seu plano oferece

TIM Controle Smart 2 0: 81987938059 (101/PÓS-SMP)

Ebook by Skeelo

TIM Banca Jornais II

Desconto Franquia TIM Controle

Desconto Serviços VAS TIM Controle

FRANQUIA

CONSUMO

QUANTIDADE

Nº DIAS

PERÍODO

VALOR

-

-

1

-

-

64,99

-

-

1

-

-

Incluído

-

-

1

-

-

Incluído

-

-

2/12

-

-

-7,00

-

-

2/12

-

-

-3,00

Total de Mensalidades

54,99

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

CONTA DIGITAL TIM

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a comodidade e segurança, no App Meu TIM. Para acessá-la, visite www.appmeutim.com.br do seu celular TIM. Central de Atendimento: 1056

Mude para Conta Digital! Você receberá sua fatura por e-mail, SMS e ainda poderá visualizá-la, a qualquer momento, pelo App ou Site Meu TIM. Acesse a App ou visite meutim.com.br para mudar para Conta Digital!

IMPOSTO TIM S.A.

ICMS

PIS/COFINS - Serviços Telecom

PIS/COFINS - Serviços Não Telecom

ALÍQUOTA

30%

5,65%

3,25%

BASE DE CÁLCULO

R\$ 35,49

VALOR

R\$ 10,65

FUST: R\$ 0,24

FUNTEL: R\$ 0,12

Informações Complementares - Plano(s) e Serviços de Valor Adicionado (SVA)

Incluído no(a) Plano(s)

Franquia(s)

R\$ 42,49

SVA

R\$ 22,50

Desconto(s) Franquia(s)

R\$ -7,00

Desconto(s) SVA

R\$ -3,00

Em atendimento à Lei 12.741/2012

As contribuições do FUST (1%) e FUNTEL (0,5%) não são repassadas às tarifas



Para sua comodidade e praticidade, cadastre sua conta agora mesmo em débito automático. Acesse o site ou app Meu TIM para ativação e mais informações: meutim.com.br

NOME DO CLIENTE

PEDRO HENRIQUE PINTO DE AZEVEDO

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO

00000009135150492012

MÊS DE REFERÊNCIA

JUL/2020

DATA DE EMISSÃO

07/07/2020

DATA DE VENCIMENTO

01/08/2020

VALOR

R\$ 54,99

VIA BANCO

84610000000 - 5

54990109011 - 4

00429004157 - 5

30135150492 - 5

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



50

HOSPITAL GETULIO VARGAS
SERVICO DE DOCUMENTACAO CIENTIFICA

GOVERNO DO
Pernambuco

BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: PEDRO HENRIQUE PINTO DE AZEVEDO

1. Ocorrência da Emergência: 775845

1.1 - atendimentos em: 28/09/19

1.2 - As 12 horas e 04 minutos

1.3 - Internado:

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo - Reg. Geral No: 1132405

2.1 - Internado em:

2.2 - Alta em: 23/10/19

3. Hipótese Diagnóstica: FRATURA EXPOSTA DO TORNOZELO DIREITO

4. Tratamento: 1. CIRURGIA EM 28/09/19 - REDUÇÃO INCRUENTA + APOSIÇÃO DE FIXADOR
EXTERNO - LIMPEZA MECÂNICA CIRÚRGICA - DESBRIDAMENTO
2. CIRURGIA EM 03/10/19 - OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS

5. Observação: ACIDENTE MOTOCICLISTICO

DATA: 7.1.2020

HORA: 13:40:41

PASTA: 01.01.2020

GSL

RS

Gustavo Souza Leão
CRM 11075

Dr. Gustavo Souza Leão



4-附註(續) 999999

Prontuário: 1132405

CNS:

Estado: PE

Profissão:

Clinica: CIRURGIA GERAL

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

6-ATLANTA 1007Z JAN 68

Queixa Principal / HDA:

Queixas de motor há 1 hora. Paciente trazida pelo nome com coloração rosada e pronta, respiração
de motor, sem perda de consciência ou vômitos, murcha do abdome em sua extensão, com fígado sensível e amarelado na
NUP, recusando-se a ingerir mais nada. Realizou aspiração orotraqueal há mais de 4 horas.

História do Trabalho

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☒

Acidente de Trânsito: Sim ☒ Não ☐

Colisão: Sim ☐ Não ☒

Atropelamento: Sim ☐ Não ☒

Última de Ferimento: Sim ☐ Não ☒

Queimadura: ☒ Sim ☐ Não

Condições de imobilização adequadas:

Observações:

Exame Físico:

Geral

Via aérea esta pérvia: Sim ☒ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp.: C°

E6B, fundido, leade, cerrojo, vidrios, sumales, cuernillos.

B: Respiratório

WJF: gmo 0307, n: 1 RA

5. $\frac{1}{2} = 0.5$

C: Circulatório

PA: X

Pulso: bpm: 72

RCR 2T, 6NF, 12/13

D: Exames Neurológico

Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐Pupilas: isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular

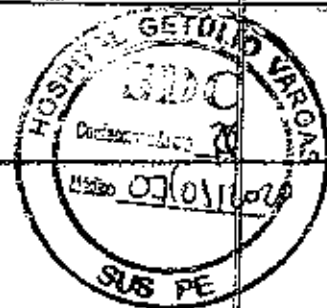
Glasgow: Resposta Verbal

Glasgow Response Motor

Escóre: 5 Hora:

Score: 5 Hora

Escor: Nota:





HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



Abdomen	
Paciente: <i>Adriana, R.M. história de trauma abdominal, fratura ilíaca, RHA</i>	
Diagnóstico Inicial: <i>Suspeita de lesão + fratura isolada em HTO.</i>	
Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica <i>Solicitados Rx da cervical, torax, pelve e fêmur direito. Suspeita de lesão de fêmur.</i>	
Exames Solicitados: 1 - Especializados <i>Solicitados 28/09/19</i>	
Resultados de Exames:	Unidade Procedimento:
<i>Fratura de fêmur direito com história de trauma</i>	<i>Ortopedia + Cirurgia</i>
<i>Fratura de fêmur direito com história de trauma</i>	<i>Ortopedia + Cirurgia</i>
Tratamento / Procedimentos:	Ass. Médico + Carimbo
<i>Fratura de fêmur direito com história de trauma</i>	<i>Ortopedia + Cirurgia</i>
Indicação Cirúrgica: Sim ☒ Não ☐ Motivo:	Ass. Médico + Carimbo
Evolução da Enfermagem:	Ass. Enfermeira + Carimbo
<i>Fratura de fêmur direito com história de trauma</i>	<i>Ortopedia + Cirurgia</i>
Diag. Definitivo:	<i>Fratura de fêmur direito com história de trauma</i>
☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo do Atto e Pedido	☐ Outros ☐ Melhorado ☐ Piorado
<i>Fratura de fêmur direito com história de trauma</i>	<i>Ortopedia + Cirurgia</i>
Confirmação do Nome:	Assist. Social:
Confirmação do Endereço:	Assist. Social:
Providências: Alta ☐ Transferência ☐ Estudo de Caso ☐ Exame Externo: ☐	Assist. Social:
Observações:	
Médico:	CRM/CRO: Data: Hora:
- Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais integramente o autorizo a realização de tratamentos, clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e bem os exames complementares e transportes se forem necessários.	
Data:	Nome completo legível:
Nº da Identidade:	Assinatura:
Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desta emergência, bem como tenho o devido conhecimento sobre as consequências que desta ato possam advir.	
Data:	Nome completo legível:
Nº da Identidade:	Assinatura:
Cadastro: 20/08/2019 12:04 h MARIACSA	Impressão: 20/08/2019 12:04 h MARIACSA

ORTOPEDIA - 28/09/19 - 14:20h

Radiografias evidenciam fratura bimalar da direita.

Exame: Enclavamento unilateral em maléolo medial ①

CC: Ao bloco após alta da Cirurgia Geral

Dr. Roberto
CRM: 12345

+ Dra. Silveira Cavalcanti

HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER V2

Data e hora retirada da senha: 28/09/2019 11:51

Nome Paciente: PEDRO HENRIQUE PINTO DE AZEVEDO
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 23/02/1991
Sexo: Masculino
Idade: 28
Senha: E0008
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 28/09/2019 11:51 - 28/09/2019 11:52

ALESSANDRO AGOSTINHO PEREIRA DE LUCENA - COREN: 66261 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:

AMARELO - URGENTE

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

RELATO DE DOR E DEFORMIDADE EM MID APOS QUEDA DE MOTO HOJE.
NEGA SÍNCOPE E EMESE
HAS-
DM-
ALERGIA NEGA

Observação:

SAMU

Fluxograma sintoma:

TRAUMA MAIOR

Discriminador(es):

- DOR MODERADA?

Especialidade:

CIRURGIA GERAL

Sinais Vitais Lidos:

- ESCALA DE GLASGOW ADULTO: 15
- REGUA DE DOR: 6

Cirurgia Geral - Resposta

*Peso x Torção - Normal
Pele - Sem alterações*

Hidra - inchadas

RS = MV @ Sinto, ... Sinto = 100% normal

Col = Alta da cirurgia geral

Acolhido(a) por: ALESSANDRO AGOSTINHO PEREIRA DE LUCENA - COREN: 66261 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 28/09/2019 11:52



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



**FICHA PARA AVALIAÇÃO DE
RISCO DE QUEDA**

NOME:

Nº DO REGISTRO:

SETOR:

DATA DE ADMISSÃO:

28.09.19

**ASSINALAR COM X TODOS OS ITENS DE RISCO IDENTIFICADOS.
CONSIDERAR A EXISTÊNCIA DO RISCO QUANDO ASSINALAR UM OU MAIS ITENS.**

☐ IDADE > OU IGUAL 65 ANOS

☐ CRIANÇAS < OU IGUAL 5 ANOS

☐ COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO

☐ DEPRESSÃO E/OU ANSIEDADE

☒ PREJUÍZO DO EQUILÍBRIO DA MARCHA

☐ DÉFICIT SENSITIVO, ACUIDADE AUDITIVA, TATO E VISUAL DIMINUÍDA

☐ HISTÓRIA PRÉVIA DE QUEDA

☐ ALTERAÇÃO METABÓLICA (EX: HIPOGLICEMIA)

☐ OBESIDADE MÓRBIDA OU BAIXO ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA

☐ SEDAÇÃO/ANESTESIA

☐ MEDICAMENTO QUE ALTERAM O SISTEMA NERVOSO CENTRAL

☐ URGÊNCIA URINÁRIA/INTESTINAL

☐ HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA

☐ PACIENTE CIRÚRGICO

CASO O PACIENTE APRESENTE UM OU MAIS FATORES DE RISCO, COLOCAR PULSEIRA ROXA NO MSD.

☒ COLOCADO PULSEIRA ROXA

☐ NÃO SE APLICA

ENTREGA DO FOLDER DE ORIENTAÇÃO AO PACIENTE/ACOMPANHANTE:

☐ SIM

☐ NÃO

ASSINATURA (ORIENTADO):

RECOMENDAÇÕES:

1. Orientar paciente e acompanhante quanto ao risco de queda e necessidade de solicitação da enfermagem para sua locomoção e mobilização;
2. Manter a cama na posição baixa, com rodas travadas e grades de proteção elevadas;
3. Orientar a não trancar portas;
4. Orientar a não andar nem circular na enfermaria ou corredor no momento da limpeza;
5. Manter a área de circulação livre de móveis e utensílios;
6. Auxiliar na deambulação dos pacientes que apresentarem dificuldade de marcha ou déficit sensitivo ou motor;
7. Estimular o uso de acessórios de apoio;
8. Conscientizar a família sobre a importância da presença de um acompanhante e comunicar a enfermagem quando houver necessidade de ausentar-se;
9. Manter iluminação adequada durante a noite;
10. Orientar a evitar apoiar-se na cama, móveis e parapeitos de janelas;
11. Manter o acompanhamento da enfermagem no momento do transporte;
12. Orientar o acompanhante para ficar atento às brincadeiras das crianças e a utilização de brinquedos;
13. Não deixar o paciente sozinho no banheiro ou durante o banho;
14. Intensificar a atenção a pacientes que estão em uso de sedativo e hipnótico, tranquilizante, diurético, anti-hipertensivo, anti-parkinsonianos.

ENFERMEIRA/COREN:

Alexandro Lobena
COREN-PE 355975 ENF



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS



Secretaria Estadual de Saúde

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Nome: PEDRO HENRIQUE PINTO DE AZEVEDO REG: 132637

Data da operação: 28/09/2019

Operador: DR. THIAGO HENRIQUE

1º auxiliar: DRA. HANNA (MR2)

2º auxiliar: DR. MAURICIO (MR1)

Anestesista: O PLANTONISTA

Diagnóstico pré-operatório: FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO

Tipo de operação: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO

Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia;
- 2) Antissepsia + assepsia;
- 3) Aposição de campos cirúrgicos;
- 4) Observado ferimento puntiforme em região medial (topografia de maléolo medial) + deformidade em tornozelo direito;
- 5) Realizado ampliação do ferimento + Limpeza copiosa do ferimento com SF 0,9%;
- 6) Sutura da pele com Nylon 3-0;
- 7) Realizado redução incruenta + Fixação com fixador externo tubo-a-tubo transarticular em tornozelo direito;
- 8) Observado adequada redução sob fluoroscopia;
- 9) Curativo estéril;
- 10) Observada boa perfusão distal ao final do procedimento.

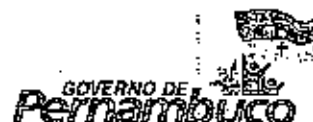
OBS: AVALIAÇÃO DO GRUPO DO PÉ/TORNOZELO

Dr. Maurício César
Médico
CRM-PB 26.530





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS



Secretaria Estadual de Saúde

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Nome : PEDRO HENRIQUE PINTO DE AZEVEDO
1132405

REG

Data da operação: 18/10/2019

Operador: DR MANOEL

1º auxiliar: DR. LUIS MR2

2º auxiliar: DR. ABÍLIO MR1

Anestesista: DR JANILSON

Diagnóstico pré-operatório: FRATURA DE MALÉOLO LATERAL E MEDIAL
DIREITO

Procedimento cirúrgico: OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS

Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia;
- 2) Antissepsia + assépsia;
- 3) Aposição de campos cirúrgicos;
- 4) Garroteamento de MID
- 5) Observado deformidade de tornozelo direito;
- 6) Realizado incisão em face lateral de perna direita;
- 7) Redução aberta em fratura de fibula direita;
- 8) Fixação de placa 1/3 de cano 3,5 de pequenos fragmentos + 6 parafusos corticais
- 9) Realizado incisão em face medial de perna direita
- 10) Redução aberta
- 11) Fixação com dois parafusos corticais
- 12) Sutura com vicryl e nylon por planos
- 13) Observado adequada redução sob fluoroscopia;
- 14) Retirado garrote de MID em tempo hábil
- 15) Curativo estéril de Jhones
- 16) Tala bota esquerda
- 17) Observada boa perfusão distal ao final do procedimento;

Dr. Abílio Cruz
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 27150





PEDRO HENRIQUE PINTO DE AZEVEDO		01132405	
776294	MASCULINO	28a 7m 29d	CLINICA TRAUMATOLOGICA, CLTRAU



Relatório de Alta Hospitalar
ORTOPEDIA/TRAUMATO

Diagnóstico:

HD: FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO

Tratamento:

28/09/2019: REDUÇÃO INCRUENTA + APOSIÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DE TORNOZELO DIREITO
18/10/19: OSTEOSINTESE COM PLACA E PARAFUSO

OBS:

RETORNO PARA GRUPO DO PÉ COM 15 DIAS
CIPROFLOXACINO POR 7 DIAS
FISIOTERAPIA COM CARGA ZERO

Condições Clínicas (no momento da Alta)

MELHORADO

DATA DA INTERNAÇÃO	DATA DA ALTA
28/09/2019	23/10/2019

Dra. Juliana Pivanti
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 27.800

Recife, 23 DE OUTUBRO DE 2019

JULIANA PIVANTI - CRM: Nº.27900



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL
Getúlio Vargas



ATESTADO MÉDICO

ATESTO, QUE O(A) PACIENTE SR(A). PEDRO HENRIQUE PINTO DE AZEVEDO
, NECESSITA SE AFASTAR DE SUAS ATIVIDADES, A PARTIR DE 23/10/2019 NO PERÍODO DE 60 DIAS.
; E QUE DECLARA AUTORIZAR AS INFORMAÇÕES PARA FINS TRABALHISTAS.
(VALIDADE ATÉ 15 DIAS) LEI Nº 605/49, ART. 12-CLT-LEI Nº 8.213, ART. 60, § 3º-RGPS)
CID: S998 OUTROS TRAUMATISMOS ESPECIFICADOS DO TORNOZELO E DO PE

Recife, 23 DE OUTUBRO DE 2019

JULIANA PIVANTI - CRM: Nº 27900

Dra. Juliana Pivanti
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 27.900



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas



Recetário Controle Especial

Identificação do emitente

NOME COMPLETO:

JULIANA PIVANTI

CRM:

27900

UF

PE

NÚMERO:

S/N

Endereço:

AV. GAL SAN MARTIN

BAIRRO:

CORDEIRO

FONE:

3184-5600

CIDADE:

RECIFE

UF:

PE

Paciente:

PEDRO HENRIQUE PINTO DE AZEVEDO

Endereço paciente:

RUA ANTONIO SIMOES

Prescrição:

USO ORAL

1-CIPROFLOXACINO 500MG-----14CP

TOMAR 01CP, VO DE 12/12H POR 7 DIAS

2-CODPAR-----01CX

TOMAR 01CP, VO DE 8/8H SE DOR

3-DIPIRONA 500MG-----01CX

TOMAR 01CP, VO DE 6/6H POR 7 DIAS

Dr. Juliana Pivanti
Otorrinolaringologista
CRM-PE 27.900

Data: 23/10/2019

Assinatura do médico/carimbo

Identificação do Comprador

Nome:

Identidade:

Órgão Emissor:

Endereço:

Cidade:

UF:

Telefone:

Identificação do Fornecedor

Assinatura do Farmacêutico

Data:



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas



Paciente: PEDRO HENRIQUE PINTO DE AZEVEDO

Prontuário: 01132405

Data de Nascimento: 23/02/1991

Idade: 28a 7m 29d

Sexo: MASCULINO

RECEITUÁRIO

SOLICITO 20 SESSOES DE FISIOTERAPIA MOTORA PARA TORNOZELO SEM CARGA

Dr. Juliana Pivanti
CRM-PE 27.840

Recife, 23 DE OUTUBRO DE 2019

JULIANA PIVANTI - CRM: Nº.27900

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV
Av. Gal. San Martin, S/N - Cordeiro - Recife - PE - 50630-060
CNPJ - 10.572.048/0005-51
Fone - (011) 3184-5600



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



RECEITUÁRIO

NOME COMPLETO:

Rebeca Henrique

IDADE:

SEXO:

F

M

Reform 17/12/19

Dr. João

12/12/19

Avenida General San Martin s/n - Cordeliro
Recife/PE - CEP 50.630-060
Fone: 0XX81.31845530

HGV.1002.V.1 2013.

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Nº DA	035.02.2020
DATA	27.02.2020

SAMU

Atendendo ao requerimento da Sra. **ANA MARIA MARQUES DA SILVA AZEVEDO**, portadora do Documento de Identidade nº **8452702** SDS/PE, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-687286** que no dia 28 de setembro de 2019, o paciente Sr. **PEDRO HENRIQUE PINTO DE AZEVEDO**, portador do Documento de Identidade nº **8457870** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **095.941.854-73**, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de acidente de trânsito envolvendo moto, por volta das 11h24, na Rua Gonçalves de Medeiros, em frente ao Sport Club do Recife, no bairro Ilha do Retiro, Recife/PE e, sendo direcionado para o Hospital Getúlio Vargas, Recife, 27 de fevereiro de 2020.

Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano - Recife



Dr. Sérgio Parente Costa

**Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife**

SAMU METROPOLITANO DO RECIFE

Avenida Manoel Borba, 951 Boa Vista Recife - PE

CEP- 50.060.140 Fone: 3355-7450

[illegible]