



Número: **0000026-71.2019.8.17.2430**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Camocim de São Félix**

Última distribuição : **13/02/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MANOEL VIRGINIO DOS SANTOS (AUTOR)		DANILO RIBEIRO VIANA (ADVOGADO) EDILSON LOURENCO DE ARAUJO FILHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
62917 049	03/06/2020 10:05	2582869_MANIFESTACAO_SOBRE_DOCS_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMOCIM DE SAO FELIX/PE

Processo: 00000267120198172430

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **MANOEL VIRGINIO DOS SANTOS**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem, mui respeitosamente, à presença de V. Exa., informar para ao final requerer o que segue:

Conforme requerido pelo Douto Magistrado, a fim de comprovar a prejudicial de mérito, requer a juntada do processo administrativo em anexo.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

CAMOCIM DE SAO FELIX, 2 de junho de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br





Número: **0000026-71.2019.8.17.2430**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Camocim de São Félix**

Última distribuição : **13/02/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MANOEL VIRGINIO DOS SANTOS (AUTOR)		DANILO RIBEIRO VIANA (ADVOGADO) EDILSON LOURENCO DE ARAUJO FILHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
62917057	03/06/2020 10:05	ANEXO 1	Outros (Documento)

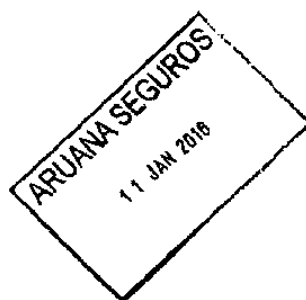
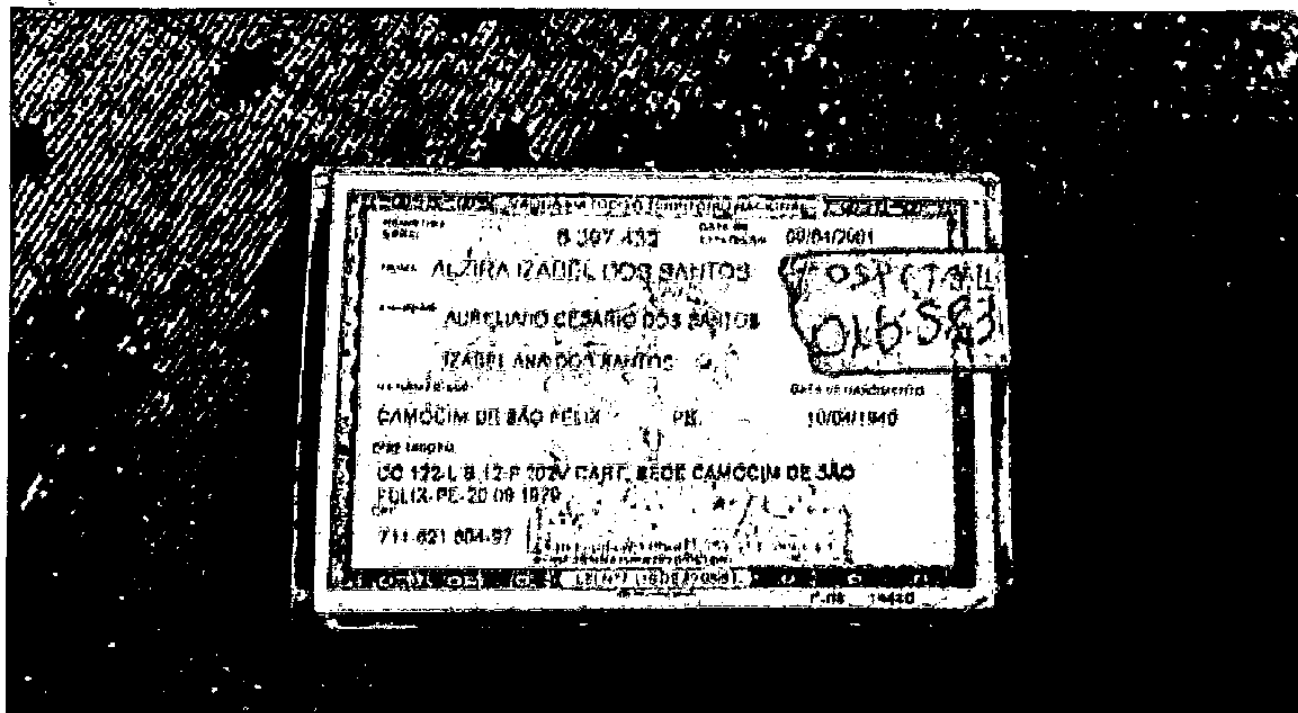
DOCUMENTO 3 -T3%

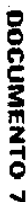

ARUANA SERVICES
11 JAN 2016



ARUANA SEGUROS
11 JAN 2018

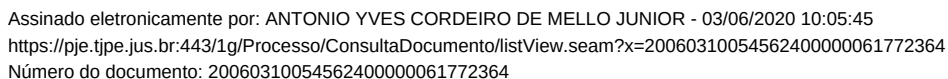






170%

ARJANA SEGUROS
13 OUT 2015



DOCUMENTO 4 T4%

Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante Mameleir Virgínia dos Santos
portador(a) do documento de identidade nº 3757.068, expedido por SBS PE, em
28/07/2006 inscrito no CPF sob o nº 085.159.114-00, residente na
Rua João Pessoa, nº 139,
complemento CSA, Bairro CENTRO, cidade
CAMPINA DE SÃO FELIX, Estado PE.

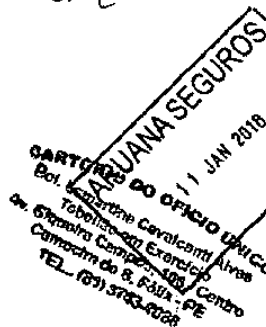
2. Outorgado Alzira Izabel dos Santos
portador(a) do documento de identidade nº 6.397.432, expedido por SDSP em
09.04.2006 inscrito no CPF sob o nº 711.621.604-97, residente na
Rua João Pessoa, nº 139,
complemento CASA, Bairro CENTRO, cidade
CAMOCIM DE SÃO FELIX, Estado PE.

Amplas poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO:

CAMBÉIM DE SÃO FELIX 04 de Dezembro de 2013

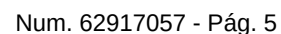
Outorgante MONTE VIGILIA DOS SANTOS



OFÍCIO ÚNICO DA COMARCA DE CAMOCIM DE SÃO FÉLIX - PE
 ASSessoria GERAL/SECRETARIA - TRANSMISSÃO EM RAS FOLHA | MARIA LUCIANA FONTES DA SILVA | 01/09/2015 14:00:00
 Avenida Espanha, 106 - 50170 - CEP: 55920-000 - Camocim de São Félix/PE - Fone: (82) 3741-1300 - e-mail: ouj@camocim-pe.com.br

Atestado, por autenticidade da(s) firma(s) de: **MANDE VIRGÍNIO DOS SANTOS**, elo: 0075028-RJUI0201501-03598
 do(a) fe. Camocim de São Félix; 04/12/2015 08:57:57

Em testemunho da verdade
 Maria Luciana Fontes da Silva
 Enrolamentos R\$3,29 - TSNR R\$0,68 - Total a Pagar R\$3,95 - Oper. MLPS
 Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selojudicial





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com o 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, Manoel Virginio dos Santos
 PORTADOR(A) DO RG Nº 3.757.068 EXPEDIDO POR SDS/PE EM 1 / 1 / 1 E
 CPF 088089000-00 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO
 E RENDA MENSAL DE R\$ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA O MESMO 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 Lotéticas 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.

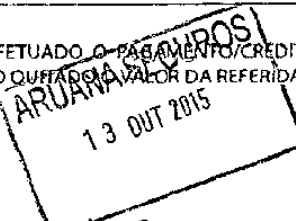
PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 242 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 69-214-2

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 24 de 09 de 2015 MANOEL VIRGINIO DOS SANTOS
 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\$ 1.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



CAIXA ECONOMICA FEDERAL | A435 #20 | AUTO ATENDIMENTO | 30/10/2015

>> CONTA SEM MOVIMENTACAO NESTA DATA | MOVTO. E SALDO DO DIA

PAG: 001 / 001

AG: 2192 - BEZERROS

OPER: 013

CONTA:

69.214-2

NOME: MANCEL VIRGINIO DOS SANTO

LIMITE FLUTUANTE GIM:

DISPONIVEL.: 3,05

LIMITE CHEQUE AZUL:

SALDO TOTAL: 3,05

BLOQUEADO:

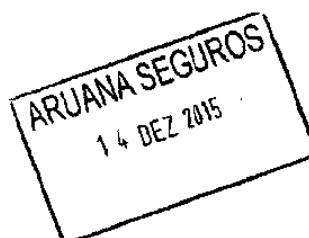
0,00

NR.DOC

HISTORICO

V A L O R

F1 AJUDA F4 SALDO DE POUPANCA F7 VOLTA PAG. F8 AVANCA PAG. ROP30528
F3 RETORNAR F5 POSICAO INVESTIMENTOS F6 RESUMO LIMITES F12 FINALIZAR



Date: 30/10/2015 Time: 10:56:03





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 097ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOAQUIM DO MONTE -
DP97ºCIRC DINTER1/14ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **15E0187000437**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **06/08/2015** às **15:06**

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **24/5/2015** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CAMOCIM DE SAO FELIX, 01, SITIO MONDER** - Bairro:
CENTRO - CAMOCIM DE SAO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

SEM AUTORIA (AUTOR/AGENTE)
MANOEL VIRGINIO DOS SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **MANOEL VIRGINIO DOS SANTOS**

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

MANOEL VIRGINIO DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ALZIRA IZABEL DOS SANTOS** Pai: **LUIZ VIRGINIO DOS SANTOS** Data de Nascimento: **15/9/1969** Naturalidade: **SAO JOAQUIM DO MONTE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **3757068/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Endereço Residencial: **RUA JOAO PESSOA, 139 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - CAMOCIM DE SAO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL**

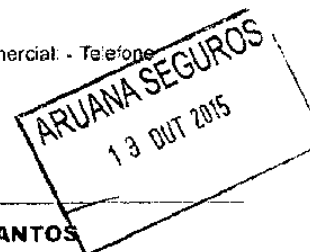
SEM AUTORIA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

AUTOMOVEL (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **MANOEL VIRGINIO DOS SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/FIAT/UNO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KKG8494** (PERNAMBUCO/SAO JOAQUIM DO MONTE) Renavam: **894495240** Chassi: **9BD15802764863346**
Combustível: **ALCO/GASOL**
Descrição: **PROPRIETARIO: MANOEL SEVERINO DOS SANTOS**



06/08/2015 15:06



Complemento / Observação.

NOTICIA A VITIMA NESTA DELEGACIA QUE CONDUZIA O REFERIDO VEICULO VINDO DA ZONA RURAL COM DESTINO A CIDADE DE CAMOCIM, QUANDO NO TRAJETO EM UMA CURVA, AO TENTAR DESVIAR DE UM OUTRO AUTOMVEL, A VITIMA PERDEU O CONTROLE DO AUTOMVEL BATENDO NO BARRANCO, SENDO QUE NO ACIDENTE A VITIMA FOI ARREMESSADO CONTRA O VOLANTE E PARA BRISA DO AUTOMVEL, CAUSANDO LESÃO NA REGIÃO DO TARAX, SENDO A VITIMA SOCORRIDA PELO SAMU E LEVADA PARA O HOSPITAL MUNICIPAL, LOCAL ESTE ONDE FOI ATENDIDO E NO DIA SEGUINTE A VITIMA FOI TRANSFERIDO PARA UPA, ONDE FOI SUBMETIDO AOS PROCEDIMENTOS MEDICOS CONFORME CONSTA NAS DECLARAÇÕES APRESENTADAS PELO MESMO, NADA MAIS A DECLARAR.

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

MANOEL VIRGINIO DOS SANTOS
(VITIMA)

MANOEL VIRGINIO DOS SANTOS

B.O. registrado por: CICERO ABILIO DE ALMEIDA - Matrícula 1581678



06/08/2015 15:06



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Manoel Virgínio dos Santos, portador da carteira de identidade nº 3787.068 e inscrito no CPF/MF sob o nº 083.189.124-00, residente e domiciliado na Rua João Pessoa - 139, Cidade Camocim Estado PE, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

DOCUMENTO 2 "T2%"



MANOEL VIRGINIO DOS SANTOS

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Recife, 24.09.13

Local e data



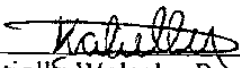


DECLARAÇÃO

Nº 19/2015 SAMU

Declaro para os devidos fins que o Srº. **Manoel Virgínio dos Santos**, foi socorrido pelo Samu Camocim de São Félix – PE no dia 25 de Maio de 2015. Verificado os Sinais Vitais, PA: 130x80 mmHG; PULSO: 110 bpm; SatO2: 97%. Vítima encontrava-se consciente, deambulando, foi imobilizado e realizados os procedimentos padrões. Foi encaminhado para o Hospital Local da cidade de Camocim de São Félix.

Camocim de São Félix, 09 de Julho de 2015.


Katielly Waleska Rodrigues da Silva
Coordenadora de Urgência e Emergência

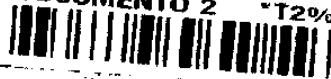
ARUANA SEGUROS
14 DEZ 2015

Prefeitura Municipal C. S. Felix
CNPJ: 10.766.129/0001-69

Praça São Felix, nº-20 - Centro - Camocim S. Felix - Fone: (81) 3743-1156



DOCUMENTO 2 "T2%"



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

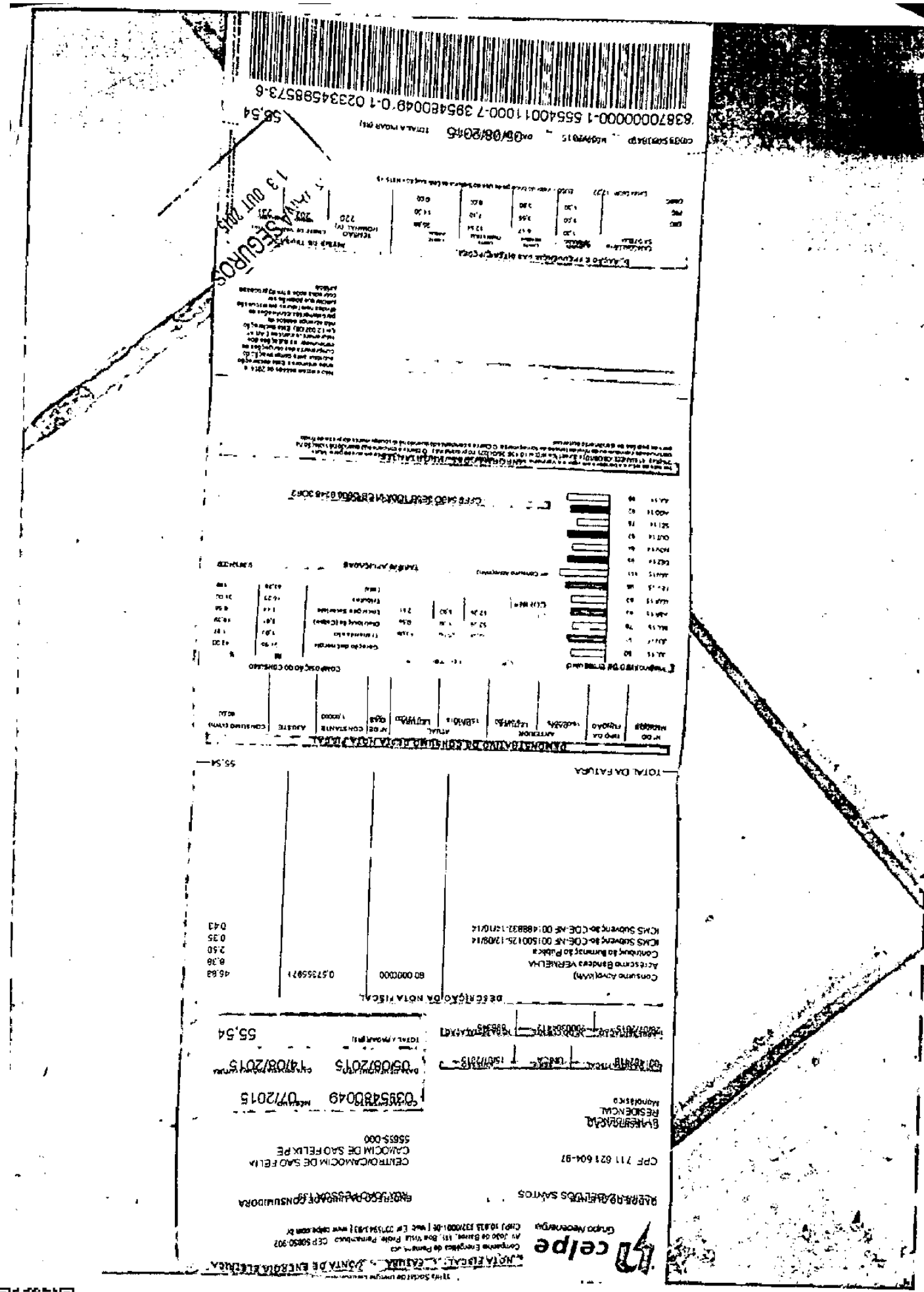
Eu, Manoel Virgínia dos SantosRG nº 3757.068, data de expedição / / , Órgão SDS/PE

CPF nº 085.109.124-00, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua João Remea</u>
Número	<u>139</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Comarcim de São Felix</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55660-000</u>
Telefone de Contato	<u>(081) 3728-3982 / 9533-1323 / 9926-8133</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Recife, 24.09.15Assinatura do Declarante: MANOEL VIRGINIA DOS SANTOSARJANA SEGURO
13 OUT 2015





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Alzira Spabal dos SantosRG nº 6.397.439, data de expedição 09/04/01, Órgão SDS/PE.

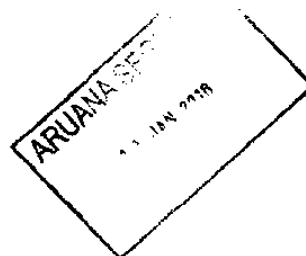
CPF nº 311.621.604-91, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

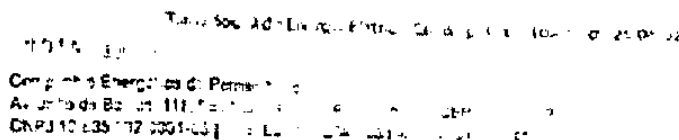
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua João Pessoa</u>
Número	<u>139</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Comércio de São Felix</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	
Telefone de Contato	<u>(81) 33283982 / 99268193 / 95331393</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Recife, 23.12.2015

Assinatura do Declarante:

Alzira Spabal dos Santos



ENDERÇO DA UNIDADE COMITADORA
RUA JOÃO PESSOA 139

CENTRO AMOIM DE SAO FELIX
CAMOCIM DE SAO FELIX PE
55885-000

CONFIDENTIAL 0395480049 11/2015

23/11/2015 16/12/2015

51.93

	VF PADE	NUM DO LANC	VALOR (R\$)
Consumo Alim.	75.0000000	0.50942803	42,70
Aluguel do Bônus			4,86
Contrib. do Imposto			2,50
ICMS Subveng. do CDE NF 001624114 - 12/02/15			0,42
ICMS Subveng. do CDE NF 001475003-14/03/15			0,33
Multa por atraso NF 001784775 - 16/10/15			0,02
Juros por atraso NF 001764775 - 16/10/15			0,21

Nº DO MILITAR	Tipo da FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ATUAL DATA	LITURA	Nº DE LIVRO	CONSTATAS	Ass. Tr.	Ass. Tr.
180.225	CA	18/12/15	18/12/15	8.422.52	31			

ARQUIVADA SEGUE
 11 JAN 2016 15:00

ARJANA SEGUN

Item	Quantity	Unit Price	Total Price	Remarks
Gas, Bode Triangle	1	25.00	25.00	
Transmision	1	10.00	10.00	
Distribucion de Cables	1	10.00	10.00	
Ensamblaje Surtido	1	10.00	10.00	
Tubo de	1	10.00	10.00	
Total			65.00	





DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, 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 de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

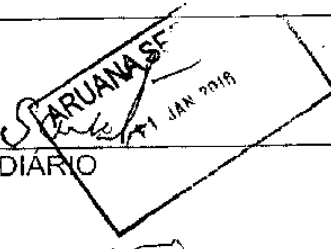
¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.
² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Alzira Izabel dos Santos, portador(a) do RG nº 6.397.432, expedido por SDS PE, em 09/04/2004 CPF/CNPJ nº 711.621.604-94, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) Manoel Virgínia dos Santos do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDAÇÃO da vítima Manoel Virgínia dos Santos, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: APÓSTATA Renda Mensal: R\$ _____

Documentos comprobatórios: _____

Manoel Virgínia dos Santos
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



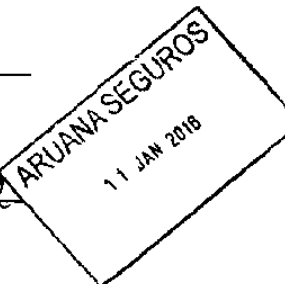


Declaração do Proprietário do Veículo

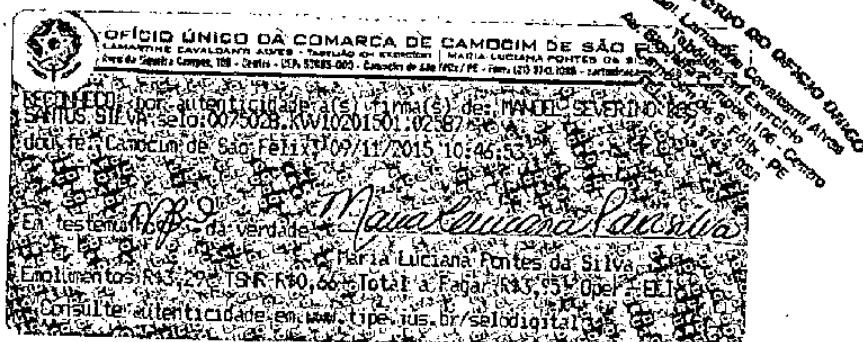
Eu, Manoel Severino dos Santos,
RG nº 3.593.616, data de expedição 06 Dez 2014,
Órgão SDS PE, portador do CPF nº 800.817.114.68, com
domicílio na cidade de São Joaquim do Monte, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
AV. Luiz Alves Pereira, nº 30,
complemento LASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Manoel Virgílio dos Santos cujo o condutor era
Manoel Virgílio dos Santos.

Veículo: CARRO
Modelo: FIAT
Ano: 2006
Placa: 8
Chassi: 24-05-20LS
Data do Acidente: 24-05-2015
Local e Data: Camocim 29-11-2015

Manoel Severino dos Santos Silva
Assinatura do Declarante



Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)





FICHA DE EMERGÊNCIA

Data/hora do atendimento: 24/05/2015 - 22:27
Nome: Manoel Virgínia dos Santos Prontuário: 35534
Sexo: M Profissão: Agricultor Data de Nascimento: 15/09/67
Estado civil: Solteiro Cor: _____
Filiação: Alzira Gabriel dos Santos

Endereço: R. João Pessoa, 139

Médico: _____

História da doença atual:

Paciente vítima de acidente de
trabalho, Transportador para S.A. M.V., no
apêndice de Abacaxi, Informando que

Exame Físico: ECR, pleurotorax, membros, membros, membros
funções, Afecção: Glaucoma (IS)
ECR: Baudouin 75 3/5

ECR: 100 5/10 S.A.B. FE(6) HEC 240

Pressão Arterial: 12/70 Pulso: _____ Temperatura: _____

Diagnóstico provisório: Acidente de trabalho com lesão

1 - 38,7 - em S.A. 10/11/11 (EU)

2 - Disfunção de LCR ED 2 10.05.15

Conduta: 3 - Lesão Luciano Borba
4 - 0,5 para 4 horas Téc. em Enfermagem
5 - R. de Córnea + Trans. e Hiperemia + Lesão Corneal + Conselho 332.342

6 - Transmissão de 12/11/11 (EU)

7 - Voltar 75mg

Transtorno em nível de sono -> 23h: 55 8186. 51m

Assinatura do Enfermeiro

Assinatura do Médico - CRM

Assinatura do Médico - CRM

Assinatura do Médico - CRM

Assinatura do Médico - CRM

Assinatura do Médico - CRM

Assinatura do Médico - CRM

Assinatura do Médico - CRM

Assinatura do Médico - CRM

Assinatura do Médico - CRM

Assinatura do Médico - CRM

Assinatura do Médico - CRM

Assinatura do Médico - CRM

Assinatura do Médico - CRM

Assinatura do Médico - CRM

Assinatura do Médico - CRM

Assinatura do Médico - CRM

Assinatura do Médico - CRM

Assinatura do Médico - CRM

Assinatura do Médico - CRM

Assinatura do Médico - CRM

Assinatura do Médico - CRM

Assinatura do Médico - CRM

Assinatura do Médico - CRM

Assinatura do Médico - CRM

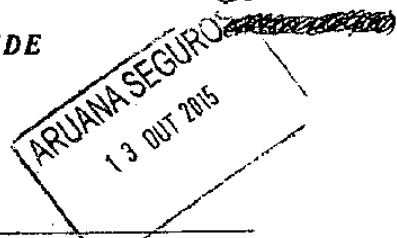
Assinatura do Médico - CRM

RUA MANOEL SERAFIM, 118 - CENTRO - 55665-000
CAMOCIM DE SÃO FÉLIX - BRASIL





FICHA DE EMERGÊNCIA



Data/hora do atendimento: 24/05/2015 - 22:07

Nome: Manoel Virgínia dos Santos Prontuário: 35538

Sexo: M Profissão: Agricultor Data de Nascimento: 15/09/67

Estado civil: Solteiro Cor:

Filiação: Alzira Sigabê dos Santos

Endereço: R. João Pessoa, 139

Médico:

História da doença atual:

- Paciente vítima de acidente de
trabalho, Traumatismo pelo SA MUI no 6
apêndice da ulna Inferior Dext.

Exame Físico: ECR, Alargado, Externos, Normais, Mucosas
Amarelas, Afobul. Glândulas (S).

RC: Bóton de 5/5

AD: m. 5/5 F8(4)

Pressão Arterial: 130/80 Pulso: Temperatura: 36,0

Diagnóstico provisório: Acidente de Trabalho - Lesão

1- S.O. 4. - S.O. 12/11/11 (EU)

Conduta: 3- Dispositivo de 6.662 EV 2 23:00
4- OBS. para 14 dias
5- Rx de Crânio + Trauma + Abdomen + Lesão Crânio +

6- Traumatismo de 12/11/11 (EU)
Traumatismo em osso de mão - 23/55 8186. 5111

7- Voltar 73 - Im. 14 dias
Assinatura do Enfermeiro

Hora da Liberação do paciente

Dr. Fábio G. Pinheiro
Médico CRM 20798
Clínico Geral

Assinatura do Médico - CRM

RUA MANOEL SERAFIM, 118 - CENTRO - 55665-000
CAMOCIM DE SÃO FÉLIX - BRASIL





Governo do Estado de Pernambuco
Secretaria de Saúde

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

IMIP
HOSPITAL

ANAMNESE

Paciente: **MANOEL VIRGINIO DOS SANTOS**

Data Nascimento: 15/09/1969 Idade: 45 Anos, 8 Meses e 10 Dias

Sexo: Masculino

Atendimento: 00724566

Prontuário: 00327962

Serha N.º: 0131

Data e Hora: 25/05/2015 14:01h

CLASSIFICAÇÃO:

Queixa Principal: REFERE TRAUMA DEVIDO A ACIDENTE AUTOMOBILISTICO OCORRIDO HA 1 DIA SENDO SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DO MUNICIPIO DE ORIGEM POREM APRESENTA DOR TORACICA E A UNIDADE DE ATENDIMENTO INICIAL NÃO DISPOES DE SERVIÇO DE RADIOLOGIA NO MOENTO ENCONTRA-SE PROSTRADO COM FACE DE DOR E DOR TORACICA AO ESFORÇO.

Alergia:

Observação: DESCONHECE ALERGIAS

NEGA HAS

REFERE DM

DOC: RG

AFERIÇÃO:

Peso:

Altura:

Temperatura:

P.A Sistólica: PAS: 130 MMHG

P.A Diastólica: PAD: 90 MMHG

Freq. Cardíaca:

Freq. Respiratória: FR: 16 BPM

HGT: HG: 276 MG/DL

QPD / HDA:

PTE ACUDE COM QUADRO DE DOR EM TORAX, AFEBRIL, EGB, HIDRATADO, RELATA ACIDENTE AUTOMOBILISTICO
ALERGIA NEGA

Exame Físico:

AR MV+, SRA, EUPNEICO

Exames complementares:

RX DE TORAX

HD:

TRAUMA DE TORAX

Conduta:

SINTOMATICOS

Evolução:

Ass. do Médico

Av. José Marques Fontes, S/N

Bairro: Indianópolis - Cidade: Caruaru/PE - CEP: 55026-530





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **085.159.114-00**

Nome da Pessoa Física: **MANOEL VIRGINIO DOS SANTOS**

Data de Nascimento: **15/09/1969**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **07/10/2006**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **12:50:45** do dia **13/10/2015** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **ED22.46EE.A0B5.7E37**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



Situação das Declarações IRPF 2015

Prezado Contribuinte (CPF 085.159.114-00),

MANOEL VIRGINIO DOS SANTOS

Sua declaração não consta na base de dados da Receita Federal.

Em Brasília - DF

21/07/2015

11:57

versão 06.20140109

Voltar

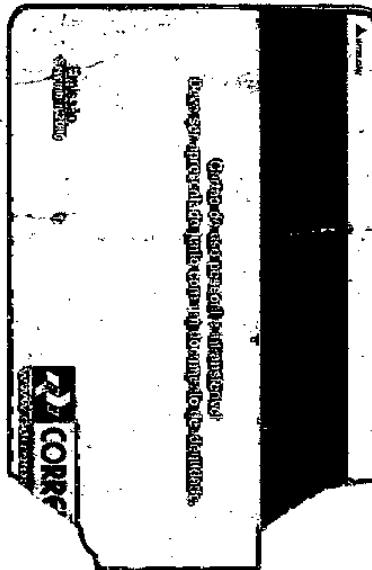
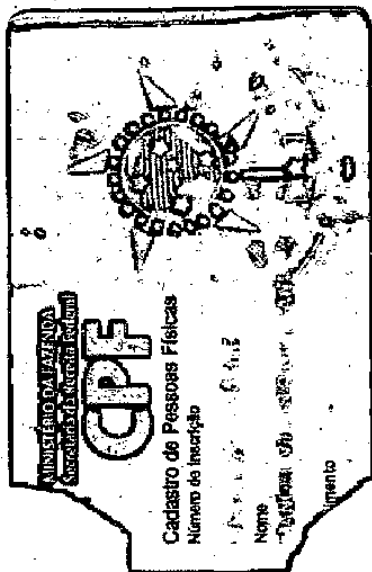


(javascript:window.print())

A Receita Federal agradece a sua visita. Para informações sobre política de privacidade e uso, clique aqui (</Politica/Privacidade.htm>).

Atualize sua página (</Principal/AtualizaBrowser.htm>) Versão: v.01R

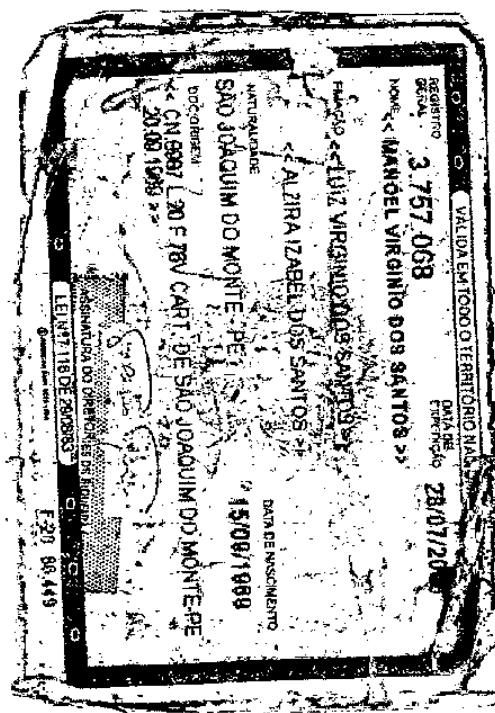
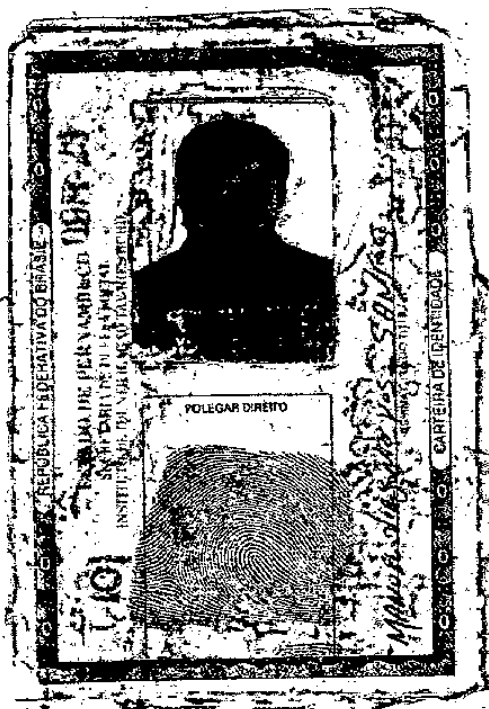




Handwritten signature or initials, possibly reading 'ARUANA'.

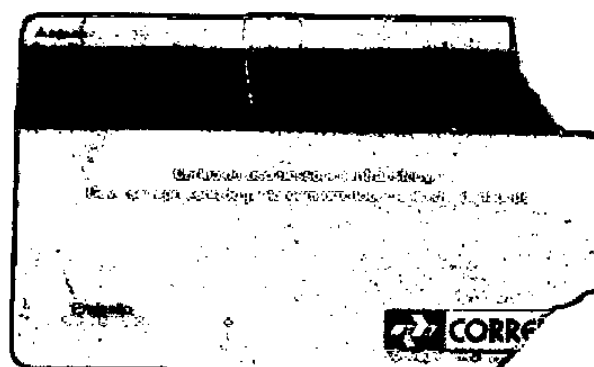
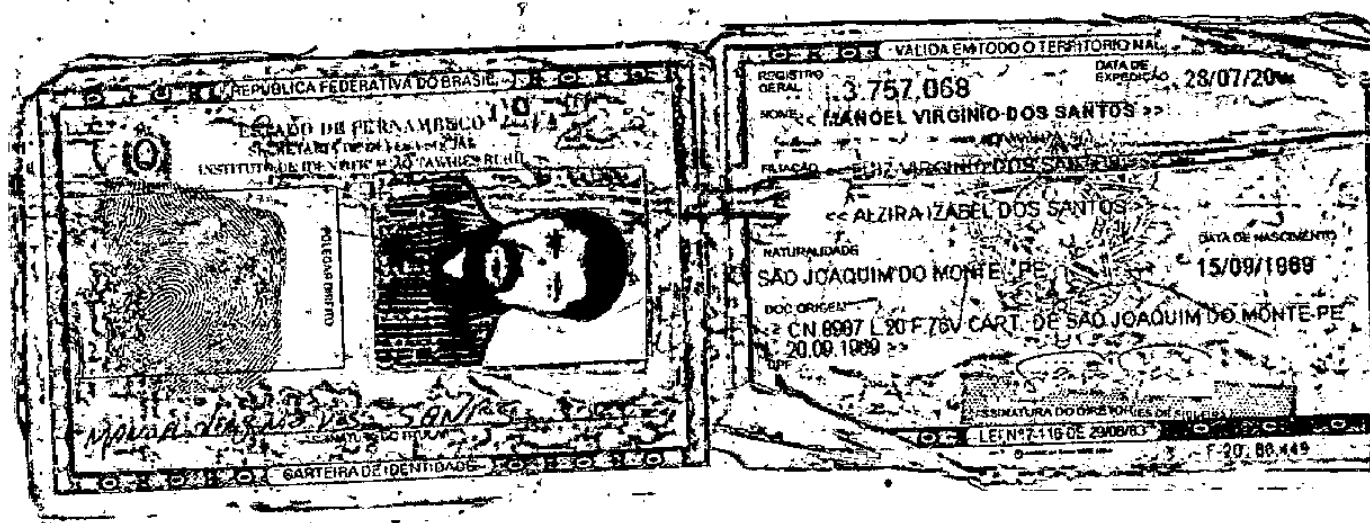
ARUANA SEGURO
13 OUT 2015





ARUANA SEGUROS
13 OUT 2015





085.159.114-00

ARUANA SEGUROS
13 OUT 2015

