
Rio de Janeiro, 15 de Agosto de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210200317

Vítima: TAMIRIS SOUZA DOS SANTOS

Data do Acidente: 14/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), TAMIRIS SOUZA DOS SANTOS

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **TAMIRIS SOUZA DOS SANTOS**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **237**

Agência: **000006033-0**

Conta: **0000010757-3**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210200317

Cidade: Orobó

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: TAMIRIS SOUZA DOS SANTOS

Data do acidente: 14/04/2020

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/08/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. PÁG 2/3

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: **108.128.484-62** 4 - Nome completo da vítima: **TAMIRES SOUZA DOS SANTOS**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: **TAMIRES SOUZA DOS SANTOS** 6 - CPF: **108.128.484-62**
7 - Profissão: **AGRICULTORA** 8 - Endereço: **RUA PROJETO BRÍGIDA** 9 - Número: **5.201** 10 - Complemento: **CASA**
11 - Bairro: **ZONA RURAL** 12 - Cidade: **OROCÓ** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **56.170-000**
15 - E-mail: **Duartecladvocacia@hotmail.com** 16 - Tel. (DDD): **(87)9.9680-2367**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: **TAMIRES SOUZA DOS SANTOS**
18 - CPF do Representante Legal: **108.128.484-62** 19 - Profissão do Representante Legal: **AGRICULTORA**

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **BRADESCO**

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: **6033** CONTA: **10.757** **3**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- 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 IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição; estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **OROCÓ-PE, 25 DE FEVEREIRO DE 2021**

Tamires Souza dos Santos
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 212ª CIRCUNSCRIÇÃO - OROCO - DP212/CIRC
DINTER/25ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 21E0302000219

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 25/05/2021 às 10:11

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 14/4/2020 às 07:00

Fato ocorrido na endereço: ESTRADA DE ACESSO AO PROJETO BRIGIDA, 1 - Bairro: -

OROCO/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: 561700000

Local do Fato: RODOVIA ESTADUAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDA (AUTOR \ AGENTE)
PAULO MACIEL PAES BARBOSA (OUTRO)
TAMIRES SOUZA DOS SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): TAMIRES SOUZA DOS SANTOS
Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

TAMIRES SOUZA DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: ELIANE DE SOUZA SANTOS Pai:
MANOEL COSME PEREIRA DOS SANTOS Data de Nascimento: 29/6/1995 Naturalidade:
CABROBO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9158189/SDS/PE (RG) Estado Civil:
SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones
Celulares:
- 087999908052

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE OROCO, 1, AGROVILA 4, PROJETO BRIGIDA,
ZONA RURAL DE OROCO, PE. - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO -
OROCO/PERNAMBUCO/BRASIL, NA SAIDA DA VILA

DESCONHECIDA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO /
PERNAMBUCO / BRASIL

PAULO MACIEL PAES BARBOSA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA HONDA 125 TITAN (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): PAULO MACIEL PAES BARBOSA, que estava em posse do(a) Sr(a): TAMIRES SOUZA DOS SANTOS
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 Objeto apreendido: Não
Cor: VERMELHA - Quantidade: (UNIDADE)
Placa: KIP0536 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

INFORMA A SENHORA TAMIRES SOUZA QUE VINHA PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA CG 125 DE PLACA KIP0536 NA ESTRADA DE ACESSO AO PROJETO BRIGIDA, SENTIDO ZONA RURAL/ CIDADE DE OROCO, QUANDO, NA ALTURA DA CURVA DA PONTE, UMA OUTRA MOTOCICLETA, QUE VINHA NO SENTIDO CONTRÁRIO (NÃO SOUBE INFORMAR CONDUCTOR NEM CARACTERISTICAS DO VEÍCULO), INVADIU A CONTRA-MÃO E COLIDIU COM A SUA MOTOCICLETA, VINDO AS DUAS A CAIREM E SE ACIDENTAR, SENDO QUE A NOTICIANTE FICOU PRESA NAS FERRAGENS DA MOTOCICLETA E A OUTRA VEIO A SE LANÇAR DA MOTO, CAINDO UNS 20 METROS A FRENTE, SOFRENDO FERIMENTOS TAMBÉM. NO MOMENTO DO ACIDENTE VINHA PASSANDO UM POPULAR (NÃO SOUBE INFORMAR OS DADOS) E ESTE PRESTOU SOCORRO AS DUAS FERIDAS, LEVANDO-AS AO HOSPITAL DE OROCO, ONDE A NOTICIANTE PASSOU POR ATENDIMENTO MEDICO, PASSANDO POSTERIORMENTE POR CIRURGIA NO HOSPITAL REGIONAL DE JUAZEIRO.

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

TAMIRES SOUZA DOS SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: MAURICIO MIGUEL DOS SANTOS - Matrícula: 273574-1
(Liberado em 25/05/2021 às 11:03)



Declaração de Inexistência de IML

[X] 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 IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- * O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- * O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

ASL-0152082/21
tania.pinto
04/08/2021 16:57:49

ASL-0152082/21
tania.pinto
04/08/2021 16:57:49

ASL-0152082/21
tania.pinto
04/08/2021 16:57:49

ASL-0152082/21
tania.pinto
04/08/2021 16:57:49

ASL-0152082/21
tania.pinto
04/08/2021 16:57:49

A
Seguradora Líder-DPVAT

DECLARAÇÃO DE ENDEREÇO

Eu, TAMIRES SOUZA DOS SANTOS, portador do
CPF nº 108.128.484-62 e RG nº 23.401.686-86, declaro para
os devido fins que resido no endereço a seguir:

Logradouro: (Rua/Avenida/Praça)	RUA PROJETO BRÍGIDA
Número:	5.201
Complemento:	CASA
Bairro:	ZONA RURAL
Cidade:	OROCÓ
Estado:	PERNAMBUCO
CEP:	56.170-000

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades.

OROCÓ/PE, 25 de FEVEREIRO de 2021
(LOCAL/DATA)

Tamires Souza dos Santos

Assinatura



PREFEITURA MUNICIPAL DE OROCO - PE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL EULINA DE NOVAIS BIONE

DATA 11/04/2021 HORA: 07:39

SETOR: URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

ATENDIMENTO CLÍNICO PEDIÁTRICO CIRÚRGICO OBSTÉTRICO

Nº DO CARTÃO DO SUS _____ DATA DE NASC: 29/06/95 IDADE 21 ANOS
NOME DO PACIENTE Jamiles Souza dos Santos
ENDEREÇO Rua Teófilo Brígida Ag-04 Nº _____ BAIRRO: _____
ACOMPANHANTE / RESPONSÁVEL A mãe PARENTESCO _____
PROFISSÃO Agricultora FONE: _____
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO (A) CASADO VIÚVO DIVOCIADO ESTÁVEL

PA 140 X 90 mmHg HGT: _____ mg/dl PESO: _____ Kg TAX: _____ °C

HISTÓRIA DO PACIENTE

Referente a quem se queixa de
Doença - Febre + Erupção de 10 dias de duração
HA p/ febre e erupção

CONDUTA REALIZADA / MEDICAÇÃO

Desambrosar 1 comprimido EV
Difenidramina 2 comprimidos EV
Uso de analgésico 1 comprimido / 4 horas conforme
Lado direito de Joelhos e dor
Soluções p/ o uso de

07:40

Assinatura do Médico

Assinatura do Tec. de Enfermagem

RECEITA MÉDICA

Data/Hora.: 29/05/2020 12:10:34
Página.: 1

Prontuário.: 5.449.99
Nome.: TAMIREZ SOUZA DO SANTOS
Sexo.: F
Data Nasc.: 29/05/1995
Idade.: 24 ANOS 11 MESES 0 DIAS
Nº Inter.:
Data Prescrição.: 29/05/2020

LAUDO MEDICO

PACIENTE EM POS OPERATORIO DE TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO EM 29/05/2020 NESTA UNIDADE

LESÃO SECUNDARIA A ACIDENTE DE MOTO(SIC)

ORIENTO MANTER CARGA ZERO EM MEMBRO OPERADO ATE SEGUNDA ORIENTAÇÃO

SUGIRO AFASTAMENTO DAS ATIVIDADES LABORAIS POR PELO MENOS 120 DIAS

MANTENHO ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

CID: S821

CID: S821

~~Dr. Georgina J. Guacira
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgião do Joelho~~

TRAVESSA DO HOSPITAL, S/N - Juazeiro/BA

RECEITA MÉDICA

Data/Hora.: 29/05/2020 12:10:34
Página.: 1

Prontuário.: 5.449.99
Nome.: TAMIREZ SOUZA DO SANTOS
Sexo.: F
Data Nasc.: 29/05/1995
Idade.: 24 ANOS 11 MESES 0 DIAS
Nº Inter.:
Data Prescrição.: 29/05/2020

LAUDO MEDICO

PACIENTE EM POS OPERATORIO DE TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO EM 29/05/2020 NESTA UNIDADE

LESÃO SECUNDARIA A ACIDENTE DE MOTO(SIC)

ORIENTO MANTER CARGA ZERO EM MEMBRO OPERADO ATE SEGUNDA ORIENTAÇÃO

SUGIRO AFASTAMENTO DAS ATIVIDADES LABORAIS POR PELO MENOS 120 DIAS

MANTENHO ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

CID: S821

~~Dr. Georgina J. Guacira
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgião do Joelho~~

TRAVESSA DO HOSPITAL, S/N - Juazeiro/BA



ASL-0152082/21
 tania.pinto
 04/08/2021 16:57:59

ASL-0152082/21
 tania.pinto
 04/08/2021 16:57:59

ASL-0152082/21
 tania.pinto
 04/08/2021 16:57:59

Dr. Giorgio Nogueira
 Ortopedia e Traumatologia
 Cirurgia do Joelho
 CRM - BA 24701 CRM - PE 26083

ASL-0152082/21
 tania.pinto
 04/08/2021 16:57:59

ASL-0152082/21
 tania.pinto
 04/08/2021 16:57:59

ASL-0152082/21
 tania.pinto
 04/08/2021 16:57:59

ASL-0152082/21
 tania.pinto
 04/08/2021 16:57:59

BRASIL
(HTTPS://GOV.BR)



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **108.128.484-62**

Nome: **TAMIRIS SOUZA DOS SANTOS**

Data de Nascimento: **29/06/1995**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **27/08/2010**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **16:41:09** do dia **04/08/2021** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **2C68.A827.E89A.B4B6**



Este documento não substitui o “Comprovante de Inscrição no CPF”
(/Servicos/CPF/ImpressaoComprovante/ConsultaImpressao.asp).

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

ASL-0152082/21
tania.pinto
04/08/2021 16:58:09

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA BAHIA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO PEDRO NELLO

NÃO PLASTIFICAR



Tamires Souza dos Santos
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CÓDIGO DE CONTROLE
7DF6.9FEF.C6C7.74F7



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do
às 10:24:00 do dia 19/06/2020 (hora e data de Brasília)
dígito verificador:00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR
TAMIRES SOUZA DOS SANTOS

DATA DE NASCIMENTO 29/06/1995 Nº INSCRIÇÃO 0871 5597 0841 ZONA 077 SEÇÃO 0090

MUNICÍPIO / UF OROCO/PE DATA DE EMISSÃO 31/07/2019

JUIZ ELEITORAL

ASSINATURA DO IMPRESSOR DIGITAL DO ELEITOR

Tamires Souza dos Santos



POLEGAR DIREITO

Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número 108.128.484-62

Nome TAMIRES SOUZA DOS SANTOS

Nascimento 29/06/1995

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

LEI Nº 7.116 DE 29/09/83

23.401.686-86 Nº DE INSCRIÇÃO 30-09-2019

TAMIRES SOUZA DOS SANTOS

MANOEL COSME PEREIRA DOS SANTOS

ELIANE DE SOUZA SANTOS

CABROBÓ PE 29-06-1995

C. NAS. CM CABROBÓ PE DS
SEDE LV 16 FL 51 RT 17661
108.128.484-62

Formosa do Monte de A. P. Reis

COMPROVANTE DE VOTAÇÃO
ELEIÇÕES GERAIS 2018 - 2º TURNO
DATA: 28/10/2018
TAMIRES SOUZA DOS SANTOS

Inscrição: 0871 5597 0841
UF: PE Zona: 0077 Seção: 0090

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0154873/21

Vítima: TAMIRIS SOUZA DOS SANTOS

CPF: 108.128.484-62

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 14/04/2020

Titular do CPF: TAMIRIS SOUZA DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

TAMIRIS SOUZA DOS SANTOS : 108.128.484-62

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: 04/08/2021
Nome: TAMIRIS SOUZA DOS SANTOS
CPF: 108.128.484-62

TAMIRIS SOUZA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/08/2021
Nome: TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO
CPF: 760.547.217-04

TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO