



Número: **0000668-79.2021.8.17.3010**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Orocó**

Última distribuição : **05/09/2021**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Indenização por Dano Material, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
TAMIRIS SOUZA DOS SANTOS (AUTOR)		EDSON CARLOS LOPES FERNANDES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
96477 252	10/01/2022 16:50	ANEXO 1	Outros (Documento)



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, 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.

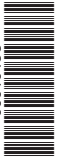
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00909/00910 - carta_15R - INVALIDEZ

00010465



BANCO BRADESCO S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 12/08/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: TAMIRIS SOUZA DOS SANTOS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 06033-0

CONTA: 000000010757-3

Nr. Autenticação

BRADESCO1208202105000000000023706033000000010757168750 PAGO



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





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 6033 CONTA: 10.757 3

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) Divorçado 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 nasoturo (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 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo):
35 - CPF 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: Tamires Souza dos Santos
CPF: 108.128.484-62
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

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

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 112ª CIRCUNSCRIÇÃO - OROCO - DP112/CIRC
 DINTER1/25ª 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 SAÍDA 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



ASL-0152082/21
tania.pinto
04/08/2021 16:58:28

ASL-0152082/21
tania.pinto
04/08/2021 16:58:28

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 11/04/2020 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 Jamires Souza dos Santos
 ENDEREÇO Prof.º Augusto 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

REFER: QUIM. NO SUDO CULP
 Adm. Fil: Dor + Eruct. no abd. ESQU
 HA pbcilowtudo

CONDUTA REALIZADA / MEDICAÇÃO

DEAMBULANS 1 cpn EV
 Dife 400 2 cpn EV
 Uartewts 1 cpn / y Nstia Culp
 LMOVIA cto no JOELHO ESQU
 Soluamta pt no joelho @

07:40

Assinatura de Carimbo do Médico

Assinatura do Tec. de Enfermagem



 ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO A MATERNIDADE E A INFANCIA HOSPITAL REGIONAL DE JUAZEIRO	 ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO A MATERNIDADE E A INFANCIA HOSPITAL REGIONAL DE JUAZEIRO
--	---

RECEITA MÉDICA

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

Prontuário.: 5.449.99
 Nome.: TAMIRES SOUZA DO SANTOS
 Sexo.: F
 Data Nasc.: 29/06/1995
 Idade.: 24 ANOS 11 MESES 0 DIAS
 Nº Inter.:
 Data Prescrição.: 29/05/2020

LAUDO MÉDICO

PACIENTE EM POS OPERATORIO DE TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLATO 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. Giorgia Pinheiro
 Cirtepedia e Traumatologia
 Rua do João, 100
 Juazeiro do Norte - CE

 ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO A MATERNIDADE E A INFANCIA HOSPITAL REGIONAL DE JUAZEIRO	 ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO A MATERNIDADE E A INFANCIA HOSPITAL REGIONAL DE JUAZEIRO
--	--

RECEITA MÉDICA

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

Prontuário.: 5.449.99
 Nome.: TAMIRES SOUZA DO SANTOS
 Sexo.: F
 Data Nasc.: 29/06/1995
 Idade.: 24 ANOS 11 MESES 0 DIAS
 Nº Inter.:
 Data Prescrição.: 29/05/2020

LAUDO MÉDICO

PACIENTE EM POS OPERATORIO DE TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLATO 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. Cláudio Estrela
 Cirtepedia e Traumatologia
 Rua do João, 100
 Juazeiro do Norte - CE

TRAVESSA DO HOSPITAL, S/N - Juazeiro/BA

R_RecelliaMedica-201905131500





Imagem: 04/08/2021 16:57:59 - medico

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 28083

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).



04/08/2021

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

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





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

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

Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil às 10:24:00 do dia 19/06/2020 (hora e data de Brasília) digito 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	D.V.	ZONA 077	SEÇÃO 0096
MUNICÍPIO / UF OROCOPE	DATA DE EMISSÃO 31/07/2019			

JUIZ ELEITORAL

ASSINATURA DO IMPRESSÃO 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

23.401.686-86

DATA DE EMISSÃO 30-09-2019

TAMIRES SOUZA DOS SANTOS

MANOEL COSME PEREIRA DOS SANTOS

ELIANE DE SOUZA SANTOS

CABROBÓ PE

C.NAS. CH CABROBÓ PE DS

SEDE LV 16 FL 51 RT 17661

108.128.484-62

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

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: 0096



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0154873/21
Vítima: TAMIRIS SOUZA DOS SANTOS
CPF: 108.128.484-62
CPF de: Próprio
Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A
Data do acidente: 14/04/2020
Titular do CPF: TAMIRIS SOUZA DOS SANTOS

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

TAMIRIS SOUZA DOS SANTOS

TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO

