

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210217096 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE VALDEMIR PEREIRA **Data do acidente:** 20/10/2020 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/09/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NO PÉ DIREITO (PG 1)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: BAM PG 1

EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
			Total	0 %
				R\$ 0,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0167464/21

Número do Sinistro: 3210217096

Vítima: JOSE VALDEMIR PEREIRA

Data do acidente: 20/10/2020

CPF: 112.076.122-00

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE VALDEMIR PEREIRA

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

ERICA SILVA FRANCO : 019.877.842-27

Declaração Circular SUSEP 445/12

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.

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, 10 de Setembro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210217096

Vítima: JOSE VALDEMIR PEREIRA

Data do Acidente: 20/10/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ERICA SILVA FRANCO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE VALDEMIR PEREIRA

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.
Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data da alta médica e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
Declaração Circular SUSEP 445/12	Apresentar o formulário "Declaração de Prevenção a Lavagem de Dinheiro", pois não foi entregue. O formulário e maiores informações estão disponíveis em nosso site.

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

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

Rio de Janeiro, 22 de Setembro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210217096

Vítima: JOSE VALDEMIR PEREIRA

Data do Acidente: 20/10/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE VALDEMIR PEREIRA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 20/10/2020, emitido pelo Dr. ESIO BOTELHO CRM nº 1890 - RR, da Instituição SUS, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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:	4 - Nome completo da vítima:
	112.076.122-00	José Valdemir Pereira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

5 - Nome completo: <i>José Valdemir Pereira</i>	6 - CPF: <i>112.076.122-00</i>		
7 - Profissão: <i>MOTORISTA</i>	8 - Endereço: <i>RUA: ELIFAS Levi Veloso Filho</i>	9 - Número: <i>240</i>	10 - Complemento: <i>CASA</i>
11 - Bairro: <i>OPERARIO</i>	12 - Cidade: <i>BOA VISTA</i>	13 - Estado: <i>RR</i>	14 - CEP: <i>69.316-298</i>
15 - E-mail: <i>ericasilva2015.erica@gmail.com</i>	16 - Tel.(DDD): <i>(95) 99151-5858</i>		

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
--	----------------------------------	--

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
AGÊNCIA: <i>2617</i> CONTA: <i>25.694</i> (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.

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.

Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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

<input type="checkbox"/> 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:
<ul style="list-style-type: none"> • 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
------------------------------	---	-------------------------------

25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
---------------------------------------	------------------------------------	---	---

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (viver): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	--	---	--	--	---

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles 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 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	38 - 1ª Nome: _____ CPF: _____
	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	Assinatura da testemunha
	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2ª Nome: _____ CPF: _____
		Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: *José Valdemir Pereira*

41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
5º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00025150/2021

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 30/06/2021 10:08:01 Data/Hora Fim: 30/06/2021 10:34:32
 Origem: Órgão: Pessoa Física - Particular Tipo Documento: Relatório de Atendimento Policial
 Delegado de Polícia: Juseilton da Costa e Silva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato Início: 20/10/2020 11:30 (Data e Hora Aproximadas)
 Data/Hora do Fato Fim: 20/10/2020 11:40 (Data e Hora Aproximadas)

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Centenário

Logradouro: AV: CENTENARIO

Nº: S/N VIA PUBLICA

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1195: ACIDENTE DE TRÂNSITO AUTO LESÃO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Nome Civil: JOSE VALDEMIR PEREIRA (COMUNICANTE , VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 16/02/1958

Idade 63

Profissão: Motorista

Estado Civil: União Estável

Naturalidade: Boa Vista - RR

Nome da Mãe: Maria de Lourdes P Pipacido

Documento(s)

CPF: 112.076.122-00

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA ELIFAS LEVI VELOSO FILHO

Nº: 440

Bairro: Operário

CEP: 69.300-000

Telefone: (95) 99139-6602 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

Senhora Delegada: O Comunicante acima qualificado, veio relatar que transitava no local mencionado, conduzindo sua MOTOCICLETA HONDA BROS PLACA NAM 0386, Quando foi fechado por um desconhecido em carro siena cinza. Que não conseguiu identificar a placa. Que foi conduzido ao PS Cosme e Silva, Que fraturou seu tornozelo direito. Este é o Relato.



**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
PÓLICIA CIVIL
5º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00025150/2021

ASSINATURAS

Gileno Cley Gomes Passos
Agente Carcerário
Matrícula 42000886
Responsável pelo Atendimento

Jose Valdemir Pereira
Comunicante, Vítima

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

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:	4 - Nome completo da vítima:
	112.076.122-00	José Valdemir Pereira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

5 - Nome completo: JOSE VALDEMIR Pereira	6 - CPF: 112.076.122-00		
7 - Profissão: MOTORISTA	8 - Endereço: RUA: ELIFAS Levi Veloso Filho	9 - Número: 240	10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: OPERARIO	12 - Cidade: BOA VISTA	13 - Estado: RR	14 - CEP: 69.316-298
15 - E-mail: ericasilva2015.erica@gmail.com	16 - Tel.(DDD): (95) 99151-5858		

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
--	----------------------------------	--

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
AGÊNCIA: 2617 CONTA: 25.694 3 (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (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.

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.

Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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

<input type="checkbox"/> 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:
<ul style="list-style-type: none"> • 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
------------------------------	-----------------------------------	--	-------------------------------------	---	--------------------------------	-------------------------------

25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
---------------------------------------	------------------------------------	------------------------------	------------------------------	---

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vainascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	--	---	--	--	---

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles 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 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	38 - 1 ^a Nome: _____ CPF: _____
	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	Assinatura da testemunha
	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2 ^a Nome: _____ CPF: _____
		Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: *José Valdemir Pereira*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



LAUDO DE EXAME DE CORPO DE DELITO-LESÃO CORPORAL-Nº 2821/2021/IML/RR

Destino: 5º DISTRITO POLICIAL/RR.

AUTORIDADE REQUISITANTE:

- Delegado (a) de Polícia Civil: **FERNANDO BRUNO DE SOUZA**
- Requisição: **Nº 81/2021-5DP. Referência: BO. Nº 25150/2021.**

NOME: **JOSÉ VALDEMIR PEREIRA**

NOME SOCIAL: PREJUDICADO

NACIONALIDADE: BRASILEIRA

NATURALIDADE: BOA VISTA - RR

IDADE: 63 ANOS

SEXO: MASCULINO

ESTADO CIVIL: UNIÃO ESTÁVEL

COR: PARDA

PROFISSÃO: MOTORISTA

ESCOLARIDADE: MÉDIO COMPLETO

DOCUMENTAÇÃO: RG. Nº 29797 – SSP/RR

TELEFONE: 99139-6603

FILIAÇÃO: ANTONIO PEREIRA PLÁCIDO E MARIA DE LOURDES PEREIRA PLÁCIDO

ENDEREÇO: RUA ELIFAS LEVI VELOSO FILHO Nº 440, BAIRRO OPERÁRIO – BOA VISTA/RR

DATA/ HORA DO EXAME: 01/07/2021, às 8 horas e 20 minutos.

Obs: Os profissionais abaixo designados pelo (a) Diretor (a), prestam o solene compromisso de elaborar o laudo descrevendo com verdade todas as circunstâncias que encontrarem, descobrirem e observarem.

HISTÓRICO:

- Relata que foi vítima de acidente de trânsito em 20/10/2020.

DESCRIÇÃO:

- Teve fratura em tornozelo direito. Deambula com dificuldade. Edema em tornozelo referido.
- Relata que necessita cirurgia.

DISCUSSÃO:

- Trauma por ação contundente em membro inferior direito.

CONCLUSÃO:

- Necessita exame complementar após 120 (cento e vinte) dias. Nexo causal e temporal

QUESITOS OFICIAIS e suas RESPOSTAS:

- 1º Há ofensa à integridade física ou a saúde do paciente? **SIM.**
- 2º Qual o instrumento ou meio que a produziu? **INSTRUMENTO CONTUNDENTE.**
- 3º Foi produzido por meio de veneno, fogo, explosivo, tortura ou por meio insidioso ou cruel? **NAO.**
- 4º Houve perigo de vida? **NAO.**
- 5º Resultará incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias? **SIM.**
- 6º Resultará incapacidade permanente para o trabalho; ou enfermidade incurável; ou perda ou inutilização de membro, sentido ou função, ou deformidade permanente? **PREJUDICADO.**

**NECESSITA EXAME COMPLEMENTAR PARA VERIFICAÇÃO DE POSSÍVEIS
SEQUELAS DEFINITIVAS APÓS 120 (CENTO E VINTE) DIAS.**

E por ser verdade digite este documento que depois de revisado e achado conforme, será assinado pelos profissionais abaixo e por mim: Cláudete Silva Maranhão.

Cláudete Silva Maranhão
Delegada de Polícia Civil
Av. Venezuela nº 2.083, Bairro Liberdade, CEP 69.309-005 – Boa Vista/RR.
Tel. (95) 2121-3409 (Recepção), (95) 2121-3430 (Direção).
Cel. 98899-9999
Tel. 042000661

IML-RR

Av. Venezuela nº 2.083, Bairro Liberdade, CEP 69.309-005 – Boa Vista/RR.
Tel. (95) 2121-3409 (Recepção), (95) 2121-3430 (Direção).



	CAER	ATENDIMENTO CAER 0800 280 9520 www.caer.com.br			
CPF: 05.029.461/0001-15 INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.855.426.3 RUA MELVIN JONES, 210 - SÃO PEDRO - CEP: 63346-810		Matrícula: 1223666 Junho/2021			
Dados do Cliente: ANTONIA LUZINEIDE DUTRA		Endereço para entrega: RUA ELIAS LEVI V. FILHO, NÚM. 83449 - 08 EPARIO BOA VISTA RR 63316-296			
Inscrição 001.037.332.0315.000	Rota 19	Seq. Rota 5683	Quantidade de Economias RESIDENCIAL 1 UN.		
Hidrômetro NÃO MEDIDO	Data da Instalação	Situação Água LIGADO	Situação Esgoto FACTIVEL		
LEITURA FAT. LEITURA INF. DT. LEITURA	ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m³)		
			10		
			0		
ULTIMOS CONSUMOS	Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor				
2021/05	10-0	Informações dos Parâmetros Realizados no Relevo de Distribuição DECRETO FEDERAL N.º 5450 - 2005-G.M.			
2021/04	10-0	REGISTROS	CLORO	TURBIDEZ	COR
2021/03	10-0	EX101046	100	100	100
2021/02	10-0	ANUL154048	100	100	100
2021/01	10-0	CONFIRMES	100	100	100
2021/12	10-0				
MÉDIA	10				CONSUMO TOTAL(R\$)
DESCRICAÇÃO		10 m³ 23,83			
ÁGUA RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		4,77			
CONSUMO DE ÁGUA		0,00			
DOCUMENTO 16/2021 VALIDADE 20/07/2021					
VALORES PAGOS ENTRE CASO PAGO VALORES PAGOS ENTRE PAGAMENTO VALORES PAGOS ENTRE PAGAMENTO VALORES PAGOS ENTRE PAGAMENTO VALORES PAGOS ENTRE PAGAMENTO					



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 6978959

RAIMUNDO NONATO DOS SANTOS

R. LAURO ALEXANDRE DA SILVA, 1191 ,

PINTOLANDIA 69316745 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 493252	MÊS 02/2021	PERÍODO DE CONSUMO 13-JAN-21 a 09-FEB-21
CONSUMO (kWh) 692	VENCIMENTO 06-MAR-21	TOTAL A PAGAR R\$ 627,95

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 493252	MÊS 02/2021	TOTAL A PAGAR R\$ 627,95
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836000000064.279500750005.000000000497.325202210051





PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA FEDERAL

TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 1^a REGIÃO
CERTIDÃO JUDICIAL CRIMINAL

11320973/2021

CERTIFICAMOS, na forma da lei, que, consultando os sistemas processuais abaixo indicados, NÃO CONSTAM, até a presente data e hora, PROCESSOS de classes CRIMINAIS contra:

ERICA SILVA FRANCO

CPF/CNPJ: 019.877.842-27

Certidão emitida em: 02/03/2021 às 04:52:32 (data e hora de Brasília)

Observações:

- a) A autenticidade desta certidão poderá ser verificada, no prazo de 90 (noventa) dias, por qualquer interessado no site do TRF1, endereço <https://sistemas.trf1.jus.br/certidao>, por meio do código de validação abaixo;
- b) A pesquisa realizada com base no CPF informado abrange processos em que o titular ou seu eventual espólio figure como parte;
- c) Nos casos do § 1º do art. 4º da Resolução n. 680/2020 (CPF não informado), o nome indicado para a consulta será de responsabilidade do solicitante da certidão, devendo a titularidade ser conferida pelo interessado e destinatário;
- d) Certidão expedida gratuitamente e nos termos da Resolução CNJ n. 121/2010 e da Resolução CJF n. 680/2020;

Certidão: 11320973



Código de Validação: 89FB153D8809A0D56398A33BD0CDF81B

Data da Atualização: 02/03/2021 às 4:52 PM

Certidão válida para o(s) seguinte(s) órgão(s): SEÇÃO JUDICIÁRIA DO ESTADO DE RORAIMA

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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 das 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 de profissão e renda, 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 RESSEGURADO. 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Erica Silva Franco

inscrito (a) no CPF/CNPJ 019.877.842 / 27, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Jose Valdemir Perreira inscrito (a) no CPF sob o Nº 112.076.122 / 00,

do sinistro de DPVAT cobertura _____ da Vítima Jose Valdemir Perreira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 112.076.122 / 00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua: Lauro Alexandre</u>	Número:	<u>1191</u>	Complemento:	<u>esqsa</u>
Bairro:	<u>Pintolandia</u>	Cidade:	<u>Boa Vista</u>	Estado:	<u>RN</u>
E-mail:	<u>Erica.Silva.2015.Erica@gmail.com</u>		CEP:	<u>69.316-745</u>	

Local e Data: _____

Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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 das 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 de profissão e renda, 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 RESSEGURADO. 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Erica Silva Franco

inscrito (a) no CPF/CNPJ 019.877.842 / 27, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Jose Valdemir Perreira inscrito (a) no CPF sob o Nº 112.076.122 / 00,

do sinistro de DPVAT cobertura _____ da Vítima Jose Valdemir Perreira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 112.076.122 / 00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

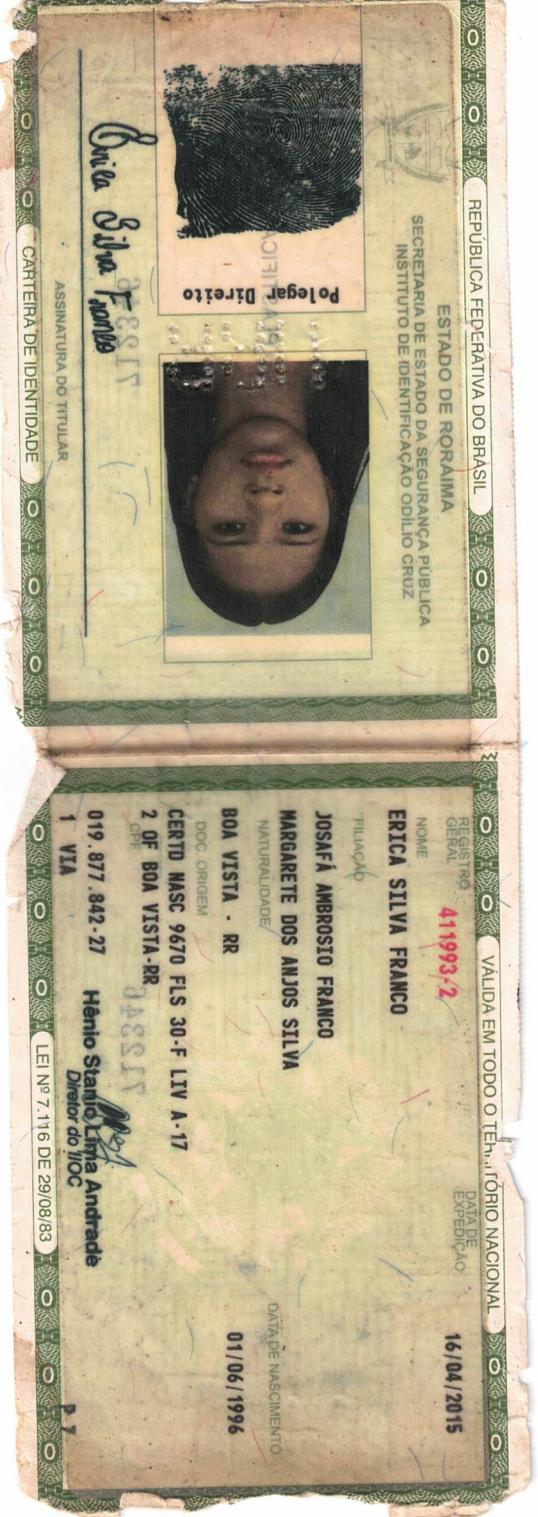
Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua: Lauro Alexandre</u>	Número:	<u>1191</u>	Complemento:	<u>esqsa</u>
Bairro:	<u>Pintolandia</u>	Cidade:	<u>Boa Vista</u>	Estado:	<u>RN</u>
E-mail:	<u>Erica.Silva.2015.Erica@gmail.com</u>		CEP:	<u>69.316-745</u>	
			Tel.(DDD):		

Local e Data: _____

Assinatura do Declarante



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL
29797

DATA DE
EXPEDIÇÃO
05/04/2019

JOSÉ VALDEMIR PEREIRA

FLAIXÃO

ANTONIO PEREIRA PLACIDO

MARIA DE LOURDES PEREIRA PLACIDO

NATURALIDADE:

BOA VISTA - RR

DOC. ORIGEM:

CERTD NASC 11890 FLS 31 LIV 44

BOA VISTA-RR

CTP

122.076.122-00

AMADEU ROCHA TRIANI

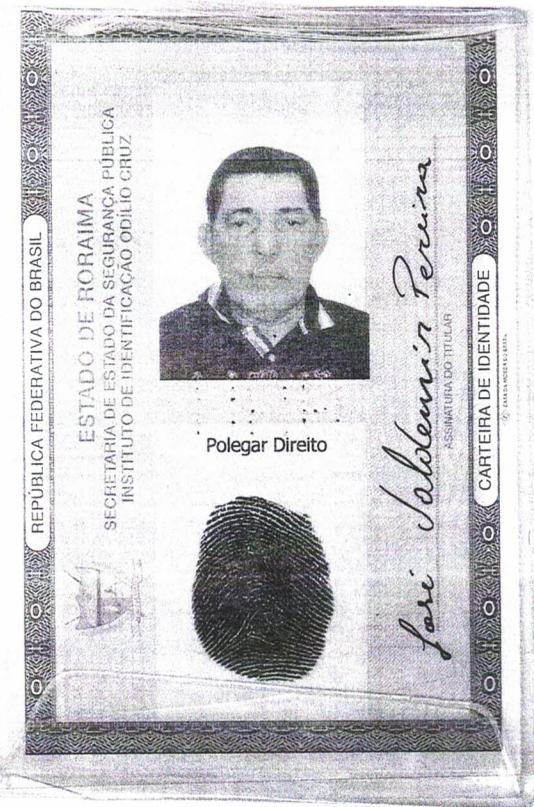
Partido Republicano da Policia Civil

2a VIA

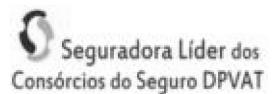
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

DATA DE NASCIMENTO:
16/02/1958

P1



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0167464/21

Vítima: JOSE VALDEMIR PEREIRA

CPF: 112.076.122-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/10/2020

Titular do CPF: JOSE VALDEMIR PEREIRA

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ERICA SILVA FRANCO : 019.877.842-27

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JOSE VALDEMIR PEREIRA : 112.076.122-00

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: 06/09/2021
Nome: ERICA SILVA FRANCO
CPF: 019.877.842-27

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/09/2021
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

ERICA SILVA FRANCO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210217096 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE VALDEMIR PEREIRA **Data do acidente:** 20/10/2020 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/09/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NO PÉ DIREITO (PG 1)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: BAM PG 1

EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
			Total	0 %
				R\$ 0,00

Procuração

Outorgante(s):

Nome: JOSÉ VALDEMIR PEREIRA

R.G.: 29797 C.P.F.: 112.076.322-00

Endereço: Rua: ELIFAS Levi VELOSO FILHO nº 440

CEP: 69.316-298 Cidade/UF: BOA VISTA - RR

Outorgado(s):

Nome: ERICA SILVA FRANCO

R.G.: 411993-2 C.P.F.: 019.877.842-27

Endereço: Rua: LAURO ALEXANDRE nº 1191

CEP: 69.316-745 Cidade/UF: BOA VISTA - RR.

Pela presente procuração o Outorgante confere ao Outorgado, poderes específicos para propor, solicitar, acompanhar, providenciar documentos junto a Polícia Civil, Polícia Rodoviária Federal e Estadual, Polícia Militar, interpor pedidos e recursos legais cabíveis, convir e reconhecer a procedência do pedido, preencher e assinar o formulário de Autorização de Pagamento de Sinistro DPVAT, transigir, desistir, confessar, receber, dar quitação junto à Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A e a qualquer Seguradora, podendo ainda, substabelecer esta, com ou sem reserva de iguais poderes, no todo ou em parte, tudo com o fim especial de requerer indenização de Seguro DPVAT Morte, Invalidez Permanente Total ou Parcial e/ou Despesas Médico-Hospitalares, referente ao acidente de trânsito envolvendo a vítima

José Valdemir Pereira

ocorrido na data em 20 / 10 / 20

Local: Boa Vista Data: 31/08/28

José Valdemir Pereira
Assinatura do Outorgante

A assinatura deverá ser reconhecida por autenticidade ou verdadeira.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0167464/21

Vítima: JOSE VALDEMIR PEREIRA

CPF: 112.076.122-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/10/2020

Titular do CPF: JOSE VALDEMIR PEREIRA

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ERICA SILVA FRANCO : 019.877.842-27

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JOSE VALDEMIR PEREIRA : 112.076.122-00

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: 06/09/2021
Nome: ERICA SILVA FRANCO
CPF: 019.877.842-27

ERICA SILVA FRANCO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/09/2021
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO