

Rio de Janeiro, 14 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200342718

Vítima: RAQUEL DOS SANTOS GOMES

Data do Acidente: 02/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RAQUEL DOS SANTOS GOMES

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\$ 675,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: RAQUEL DOS SANTOS GOMES

Valor: R\$ 675,00

Banco: 033

Agência: 000004510

Conta: 000001070141-8

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



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: 030.090.982-50 4 - Nome completo da vítima: Roquel dos Santos Gomes

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

5 - Nome completo: Roquel dos Santos Gomes 6 - CPF: 030.090.982-50
7 - Profissão: Atendente 8 - Endereço: Av. São José 9 - Número: 959 10 - Complemento:
11 - Bairro: Equatorial 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.387-300
15 - E-mail: flaurrr@hotmail.com 16 - Tel (DDD): (95) 99154-4282

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: 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:

☐ 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)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Santander

AGÊNCIA: 4510 CONTA: 01070141 8
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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 Lider 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

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: Boa Vista, RR, 23 de Junho de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA

DELEGACIA ONLINE DE RR

ENDEREÇO: Av. Getúlio Vargas, 3859, Canarinho, Boa Vista/RR - CEP 69.306-045, Fone: (95) 9 9168-7200

Ocorrência Nº: 6056/2020 - Registrado em: 06/07/2020 às 13h 14min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 02/06/2020 às 11h 45min

LOCAL DO FATO

Município: BOA VISTA

Logradouro: ATAIDE TEIVE

Bairro: BURITIS

Referência:

Complemento:

UF: RR

Nº: S/N

CEP: 69000-000

Tipo de local: VIA RURAL

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

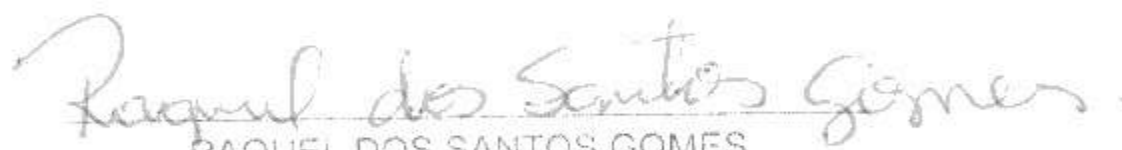
RAQUEL DOS SANTOS GOMES(28), nascido(a) em 06/03/1992, sexo FEMININO, solteiro(a), exercendo a profissão de ATENDENTE, CPF Nº 010.090.982-50, País: BRASIL, natural de ALTAMIRA-PA, filho(a) de MARIA ELIENE SANTOS COSTA e ROBERTO DOS SANTOS GOMES, endereço: SAO JOSE, cep: 69300-000, Nº: 919, bairro JARDIM EQUATORIAL, BOA VISTA-RR, Telefone: (95) 99143-2054.

RELATO DA OCORRÊNCIA

A COMUNICANTE INFORMA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA/CG 160 FAN ANO: 2019/2020 COR: PRETA CHASSI: 9C2C2200LR024205 PLACA: NAQ2D62, DE PROPRIEDADE DE WIRLLEM BENTES DINIZ CPF: 008.532.682-82, NO ENDEREÇO ACIMA SENTIDO CENTRO NA FAIXA DA DIREITA, QUANDO UM CARRO QUE VINHA NO MESMO SENTIDO AO LADO DIREITO DA SUA FAIXA VIROU A ESQUERDA DA VIA ATRAVESSANDO NA SUA FRENTE NÃO DANDO TEMPO DA MESMA DESVIAR COLIDINDO ASSIM NA LATERAL DO CARRO, QUE COM A COLISÃO A MESMA CAIU AO SOLO SOFRENDO FRATURA NO PÉ ESQUERDO. A MESMA INFORMA AINDA QUE FOI SOCORRIDA PELO EQUIPE CORPO DE BOMBEIROS. É O RELATO.

ADRIANO S. S. SANTOS
DELEGADO DE POLÍCIA
MATRÍCULA: 42000916
ASSINADO ELETRONICAMENTE

JOSE R. C. ARAUJO
POLICIAL CIVIL
MATRÍCULA: 42000432
ASSINADO ELETRONICAMENTE


RAQUEL DOS SANTOS GOMES
COMUNICANTE

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 07/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAQUEL DOS SANTOS GOMES

BANCO: 033

AGÊNCIA: 04510

CONTA: 000001070141-8

Nr. da Autenticação E1CE64C51906630E

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 SUSEP 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, ANUÍTA, 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 ILCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Flair Inacio de Souza

inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.058.512-04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Raquel dos Santos Gomes inscrito (a) no CPF sob o Nº 030.090.982-50

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Raquel dos Santos Gomes

inscrito (a) no CPF sob o Nº 030.090.982-50, 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 à Seguradora Líder DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a documentação comprobatória 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: Rua: Antônio Pinheiro Galvão

Bairro: Barcelos Cidade: Boa Vista

E-mail: flairw@hotmail.com

Número: 3832

Complemento: _____

Estado: RR

CEP:

69 309-29

Tel. (DDD):

(95) 99154-4282

Local e Data: Boa Vista - RR, 07 de julho de 2020

Assinatura do Declarante



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

RECEITUÁRIO

NOME:

Raguel S. Laurent

Paciente refere trauma
contuso no joelho (D), dia
02/06/20, sendo possível
perceber um ruído de
lavar do 5º metacarpo (D)
ao RX.

Surgiu 45 dias de
enfartamento à cápsula
02/06/20

DATA

26.6.20

Assinatura e Carimbo

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA

Rua Coronel Pinto, 636 - Centro-Boa Vista RR
CEP: 69.301-150 - CNPJ 84.013.408/0001-98
Telefone 2121 7474



DIREITO



RAQUEL DOS SANTOS GOMES

0 ano(s) 06-03-1992

7528

12-06-2020 11:47:03

POLICLINICA COSME E SILVA

Recibo paciente vítima de acidente
com queixa de dor im Pt. Tórax do
direito.

Rx: Sem evidência de fratura
ou luxação

CD: - talo girado
- acompanhamento ambulatorial

Ass: Rogério

Loana Viana
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2124

**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: 5263295

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832, 4

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 1089170	MÊS 05/2020	PERÍODO DE CONSUMO 25-APR-20 a 25-MAY-20
CONSUMO (kWh) 653	VENCIMENTO 11-JUN-20	TOTAL A PAGAR R\$ 554,71

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 1089170	MÊS 05/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 554,71
-------------------------	----------------	-----------------------------

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ILOIR INACIO DE SOUZA

FOTO

DOC. IDENTIDADE / RG. EMISSOR/UF
114807 SSP RR

CPF
383.051.512-04

DATA NASCIMENTO
07/04/1978

FILIAÇÃO
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO

ACC

CAT/HAB
AB

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
980151096

Nº REGISTRO
01101912304

VALIDADE
28/01/2026

1ª HABILITAÇÃO
15/12/1999

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
30/01/2015

STIFICAR
1096

92485240616
00207069020

750009.000000001081.917005200055



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO OPILIO CRUZ



Polegar Direito



Raquel dos Santos Gomes

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

040.090.982-55

Nome

RAQUEL DOS SANTOS GOMES

Nascimento

06/03/1992

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

345989-6

DATA DE EXPEDIÇÃO

28/04/2006

NOME

RAQUEL DOS SANTOS GOMES

FILIAÇÃO

ROBERTO DOS SANTOS GOMES

MARIA ELIENE SANTOS COSTA

NATURALIDADE

ALTAMIRA - PA

DOC. ORIGEM

CERTD NASC 4752 FLS 052 LIV A012

MEDICILÂNDIA - PA

DATA DE NASCIMENTO

06/03/1992

1 VIA

Rita de Cássia Coelho de Araújo

Directora do ITOC

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P 1

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: Raquel dos Santos Gomes

NACIONALIDADE: Brasileira

PROFISSÃO: atendente

IDENTIDADE: 345989-6

ENDEREÇO: Av. São José, 919, Equadorial

OUTORGADO

NOME: Ilson Inacio de Souza

NACIONALIDADE: Brasileiro

PROFISSÃO: Autônomo

IDENTIDADE: 114807

ENDEREÇO: Rua: Antonio P. Galvão - 1832, Burity

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 02/06/2020 cobertura Integral vítima:

Raquel dos Santos Gomes

Raquel dos Santos Gomes

OUTORGANTE

BOA VISTA-RR, 23 DE junho /2020.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200342718 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAQUEL DOS SANTOS GOMES **Data do acidente:** 02/06/2020 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 5º METATARSO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P1 P3)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ DIREITO.

**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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0270372/20

Vítima: RAQUEL DOS SANTOS GOMES

CPF: 010.090.982-50

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

Data do acidente: 02/06/2020

Titular do CPF: RAQUEL DOS SANTOS GOMES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

RAQUEL DOS SANTOS GOMES : 010.090.982-50

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: 24/09/2020
Nome: RAQUEL DOS SANTOS GOMES
CPF: 010.090.982-50

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/09/2020
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

RAQUEL DOS SANTOS GOMES

MANOEL COELHO NETO