

---

Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2017

Carta nº: 10354903

A/C: ELISVANDO DE PAIVA LIMA

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170026807 ASL-0006712/17

**Vitima:** ELISVANDO DE PAIVA LIMA

**Data Acidente:** 10/03/2016

**Natureza:** INVALIDEZ

**Procurador:** JOSE MAURICIO FERREIRA DA SILVA

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à GENTE SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,



---

Rio de Janeiro, 19 de Janeiro de 2017

Carta nº: 10375036

A/C: ELISVANDO DE PAIVA LIMA

**Sinistro:** 3170026807 ASL-0006712/17  
**Vítima:** ELISVANDO DE PAIVA LIMA  
**Data Acidente:** 10/03/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** JOSE MAURICIO FERREIRA DA SILVA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Rio de Janeiro, 03 de Fevereiro de 2017

Carta n°: 10457511

A/C: ELISVANDO DE PAIVA LIMA

Sinistro: 3170026807 ASL-0006712/17  
Vitima: ELISVANDO DE PAIVA LIMA  
Data Acidente: 10/03/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: JOSE MAURICIO FERREIRA DA SILVA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ELISVANDO DE PAIVA LIMA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000001958

Conta: 000001754-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

|                  |     |          |
|------------------|-----|----------|
| Multa:           | R\$ | 0,00     |
| Juros:           | R\$ | 0,00     |
| Total creditado: | R\$ | 4.725,00 |

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

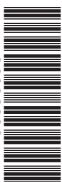
|   |     |          |
|---|-----|----------|
| Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = | R\$ | 4.725,00 |
|---|-----|----------|

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



# AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO



Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

 EU, ELISUANNO DE PAIVA LIMA

POR TADOR(A) DO RG N° 200 303 509 5407 EXPEDIDO POR SSPI G EM 17 /09 /03 E  
 CPF 017855223-21 /CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO AVICULTOR  
 E RENDA MENSAL DE R\$ RECURSO (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA ELISUANNO DE PAIVA LIMA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da fálua de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário/Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTD;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotáticas com limite de movimentação financeira Gente Seguro R\$ 999,99
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta bancária);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receitafazenda.gov.br](http://www.receitafazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

05 JAN 2017

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Gente Seguro R\$ 999,99

Conta aberta 08/09/20147

Aldeota - Fortaleza / CE

**IMPORTANTE:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

 Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3958 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 1754 - 3

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCritAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E SOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Conselho, 04 de Setembro de 2016 Elisuando de Paiva Lima  
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

## ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.  
 - Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



AUTO-ATENDIMENTO - AG CASCABEL

DATA: 04/01/2017 HORA: 09:42:50

TERMINAL: 19581011 CONTROLE: 195810110077

AGÊNCIA: 1958 - CASCABEL

CONTA: 013.00001754-3

CLIENTE: ELISVÂNDIO DE PAIVA LIMA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

SALDOS POR DATA LIMITE

DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

| DATA  | VALOR      |
|-------|------------|
| 22/12 | [REDACTED] |

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTÉUDO NAO VERIFICADO

05 JAN 2017

Gente Seguradora S/A  
Av. Dom Luis, 300 - Loja 147  
Aldeota - Fortaleza / CE

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Nome do(a) Examinado(a): Elisvando de Paiva Lima  
Endereço do(a) Examinado(a): Jd Primavera, 261  
Jardim Primavera Cascavel CE CEP: 62850-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / CE ] 2003015095407  
Data local do exame: [ 23/01/2017 ] Fortaleza [ CE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

**FX DO PUNHO ESQUERDO.**

**AUMENTO DE VOLUME, CICATRIZ CIRÚRGICA, DEFORMIDADE ÓSSEA, LIMITAÇÃO GRAVE DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO E DIMINUIÇÃO DE FORÇA DA MÃO ESQUERDA.**

- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

Sim       Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto as observações (item V(\*)), se necessário

- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

Sim       Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*))

- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

**ATENDIDO NA EMERGÊNCIA E INTERNADO, PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO. O PACIENTE FEZ FISIOTERAPIA.**

Data da alta: AGOSTO DE 2016.

**QUADRO TRATADO DE FORMA CIRÚRGICA, COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO METÁLICA. AUMENTO DE VOLUME, CICATRIZ CIRÚRGICA,**

**DEFORMIDADE OSSEIA, LIMITAÇÃO GRAVE DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO E DIMINUIÇÃO DE FORÇA DA MÃO ESQUERDA.**

**Complicações: SEM.**

- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível à qualquer medida terapêutica)?

Sim       Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

**DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO MSE, PELA DIMINUIÇÃO DE FORÇA DA MÃO E MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.**

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

"Vítima em tratamento"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

"Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

**Membro superior - Esquerdo**

% do dano:  10% residual  25% leve

% do dano:  10% residual  25% leve

50% médio  75% intensa  100% completo

50% médio  75% intensa  100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano:  10% residual  25% leve

% do dano:  10% residual  25% leve

50% médio  75% intensa  100% completo

50% médio  75% intensa  100% completo

- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (\*).

Total = "100% da IS"

- V. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

Andre de Oliveira Lai  
CRM 16566



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL.  
POLÍCIA CIVIL.  
DELEGACIA MUNICIPAL DE CASCAVEL

Boletim de Ocorrência



329000

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 439 - 1418 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Data / Hora da Comunicação: 20/04/2016 10:37:30

Data / Hora da Ocorrência : 10/03/2016 07:30:00

Endereço da Ocorrência: CHORO ESTRADA NOVA



ZONA RURAL, CASCAVEL / CE

Ponto de Referência: ANTIGO BAR DA MARLI

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

[CONTEÚDO NÃO VERIFICADO]

05 JAN 2017

Gente Seguradora S/A  
Av. Dom Luis, 300 - Loja 147  
Aldeota - Fortaleza / CE

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: ELISVANDO DE PAIVA LIMA

Nascimento : 08/11/1984

RG: Órgão Emissor: UF: - CPF:

Filiação: EDSON MARCOS LIMA  
MARIA SOCORRO FREITAS DE PAIVA

Endereço: SIT CHORO ZABUMBA :

ZONA RURAL,

CASCAVEL CE BRASIL.

Telefone: 85987364396

Histórico

Afirma a vítima que sob as penalidades dos artigos 340 e 342 do CPP; QUE no dia e hora acima especificados trafegava pilotando a motocicleta HONDA/CG 150 DE PLACAS: OSF-2074, EM NOME DO REGISTRANTE; Que, no dia supra estava indo para seu trabalho na estrada carroval, onde a pessoa conhecida apenas como sibit da eletrônica, constituiu sem autorização da Prefeitura Municipal um quebra-mola, feito de piçarra, sem sinalização; Que, o registrante ao passar pelo local na Madrugada, sofreu um acidente, pois não sabia que ali existia um quebra-mola que foi encontraido no dia 09/03/16; Que, o registrante afirmou que quando saiu para trabalhar o referido quebra-mola não estava no local; Que, o registrante afirma que ao cair no solo quebrou o braço esquerdo em três pontos; Que, foi socorrido por populares e levado para o hospital local, onde foi medicado e liberado; Que, está com o braço enfraquecido; QUE esteve em anexo as cópias: RG DA VITIMA, COMPROVANTE DE RESIDENCIA, CRLV DA MOTOCICLETA E GUIA HOSPITALAR; QUE COMPARECEU NESTA DP AS TESTEMUNHAS DE NOME MARIA ALBERTI SILVA CARVALHO E ELIEDIA LIMA PEREIRA, QUE VALE RESSALTAR QUE AS INFORMAÇÕES PRESTADAS POR OCASIÃO DESTE PROCEDIMENTO, SÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO NOTICIANTE, E QUE A NÃO VERAVIDADE DESTAS O SUJEITA ÀS PENAS DA LEI (artigos 340 e 342 do CPP).

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE CASCAVEL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: P/D Flávia Lima Ula  
ROGERLANT GOMES SAMPAIO - MAT.: 169807-1-#

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Flávia Lima

VISTO DO DELEGADO(A):

MARCIA JANINE ESPINDOLA - MAT.: 198859-1-7  
\* Gládia Lima Pereira

\* Maria Albeni Silva Carvalho

# DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, ELISUANOO OG PAIVA LIMA, portador da carteira de identidade nº 3015095902 e inscrita no CPF/MF sob o nº 017.855.223-09, residente e domiciliado na 30 RUA ALVAREZ, Cidade FORA DO BRASIL, Estado CEARÁ, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

Elisuanoo Og Paiva Lima

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 JAN 2017

FORA DO BRASIL 04-01-17

Local e data

Gente Seguradora S/A  
Av. Dom Luis, 300 - Loja 147  
Aldenka Fortaleza / CE

ATO  
DECLARATÓRIO

## FICHA AMBULATORIAL Convênio: SUS AMBULATORIO CONSULTA

Prof:000326-RODRIGO OTAVIO DUARTE MEDICO CLINICO URGÊNCIA  
ATENDIMENTO Nº:119656 EM: 10/03/2016 ÁS 07:36 CNS:

-----Dados para Atendimento-----

Paciente: ELISVANDO DE PAIVA LIMA Cod. Cliente:57875  
Data Nascimento: 08/11/1984 Idade: 31e 4m 2d Sexo:M Fone:08592330672  
Endereço: TRAV.WILSON BESSA PROX.ADALTO  
Município:CASCAS Naturalidade:  
Mãe:MARIA DO SOCORRO FREITAS DE PA  
Pai:EDSON MARCOS LIMA Bairro:

-----Último Atendimento-----  
Cod. Proced.: 0000000000 Descrição: PROCEDIMENTO NAO DEFINIDO  
-----Anotações Médicas-----

CONDUTA: trauma por acidente de moto (a) possivel fratura em pulso (C) e antebraço (D)

## DIAGNÓSTICO:

-----ANOTAÇÕES DE OUTROS PROFISSIONAIS-----  
PESO: TEMPERATURA: PRESSÃO ARTERIAL:

---PACIENTE---

Atesto a realização do atendimento de acordo com os dados acima.

Elisvando Lima Lima  
Ass. Paciente ou Responsável

Guia 119656 registrada por SILVIO

CARIMBO ASSINATURA



|                              |                           |
|------------------------------|---------------------------|
| Gente Seguradora S/A         | DEPARTAMENTO DE SINISTROS |
| Av. Dom Luís, 300 - Loja 147 | DINAT                     |
| Alphaville - Barueri - SP    | CONTEÚDO NÃO VERIFICADO   |

05 JAN 2017

Cópia conforme original

  
Mr. Francisco Edvaldo L. de Lima  
CRA: 9039  
Administrador

15/04/2016



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ELIS VIANO DE PAIVA LIMA

RG nº 200030150 95407, data de expedição 17 / 09 / 03, Órgão SSP/CE,

CPF nº 013.835.223-29, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

|                                   |                          |
|-----------------------------------|--------------------------|
| Logradouro<br>(Rua/Avenida/Praça) | <u>JD PRIMAVERA</u>      |
| Número                            | <u>061</u>               |
| Apto / Complemento                |                          |
| Bairro                            | <u>JORDAIS PRIMAVERA</u> |
| Cidade                            | <u>ROSAS</u>             |
| Estado                            | <u>CEARÁ</u>             |
| CEP                               | <u>62850 - 000</u>       |
| Telefone de Contato               | <u>(85) 3334-3805</u>    |
| E-mail                            |                          |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Fortaleza / CE 04-01-17

Assinatura do Declarante: Elis Viana de Paiva Lima

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 JAN 2017

Gente Seguradora S/A  
Av. Dom Luis, 300 - Loja 147  
Aldeota - Fortaleza / CE

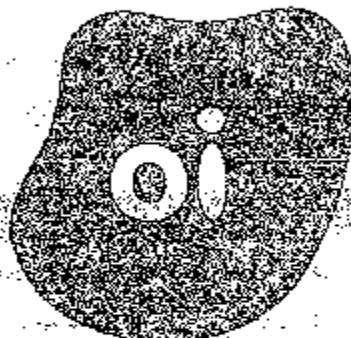


# NA MINHA OI, É TUDO MAIS FÁCIL.

ACESSE OI.COM.BR/MINHAOI  
E USE A INTERNET PARA:

- Fazer seu adesão à Unesco Culture
  - Enviar 2º via de Crédito
  - Consultar o polígono de bairros para pagamento
  - Arquivar o comprovante
  - Retornar o extrato
  - Conferir seu saldo no CRUZADOS

FONTE EM [WWW.MINHAOISCA.GA](http://WWW.MINHAOISCA.GA)



#### Geographical Distribution

CTCE FORTALEZA CE PLS  
JOSE MAURICIO FERREIRA DA SILVA  
ROD CE ZERO QUARENTA 2285 CA 2285  
REF: PRÓXIMO AO PÓSTO SP  
ZONA RURAL  
62850-000 - CASCALHEIRO - CE

177



32135133300128630 003004081771 30 121216

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
OPVAT**

05 JAN 2017

**Gente Seguradora S/A**  
Av. Dom Luis, 300 - Loja 147  
Aldeota - Fortaleza / CE

| PARA USO DOS CORREIOS                 |                                   | RESPONSÁVEL                            | REINTEGRADO AO SERVIÇO POSTAL EM:                                     |
|---------------------------------------|-----------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> MUDOU-SE     | <input type="checkbox"/> RECUSADO | <input type="checkbox"/> AUSENTE       | <input type="checkbox"/> ENDEREÇO INSUFICIENTE                        |
| <input type="checkbox"/> DESCONHECIDO | <input type="checkbox"/> FALCIDO  | <input type="checkbox"/> NÃO PROCURADA | <input type="checkbox"/> INFORMAÇÃO ESCRITA PELA PORTERIA OU SINDICIO |

## ANEXO II



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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu José Maurício Ferreira da Silveira, portador(a) do RG nº 2008747508-6, expedido por SSEI CE, em 18 / 02 / 14, CPF/CNPJ nº 422.133.040-34, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) ELISUEN DO DE PAIVA LIMA do sinistro de DPVAT da natureza TRAVELE DEZ da vítima ELISUEN DO DE PAIVA LIMA, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: AUTONOMO Renda Mensal: R\$ RECUSOU INFORMAR

Documentos comprobatórios: RG / CPF / GND

José Maurício Ferreira da Silva  
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIARIO

|  |
|--|
| DEPARTAMENTO DE SINISTROS<br>DPVAT   |
| CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  |
| 05 JAN 2017  |
| Gente Seguradora S/A<br>Av. Dom Luís, 300 - Loja 147<br>Aldeota - Fortaleza / CE |

SISTEMA DE:



4 MARGARIDA SEAU

## FICHA AMBULATORIAL Convênio: SUS AMBULATORIO CONSULTA

Prof:009326-RODRIGO OTAVIO DUARTE MEDICO CLINICO  
ATENDIMENTO Nº:119656 EM: 10/03/2016 ÁS 07:36 CNS: URGENCIA

Dados para Atendimento

Paciente: ELISVANDO DE PAIVA LIMA Cod. Cliente: 57875  
Data Nascimento: 08/11/1984 Idade: 31a 4m 2d Sexo:M Fone: 08592330672  
Endereço: TRAV. WILSON BESSA PROX. ADALTO  
Município: CASCAVEL Naturalidade:  
Mãe: MARIA DO SOCORRO FREITAS DE PA  
Pai: EDSON MARCOS LIMA

Último Atendimento

Cod. Proced.: 0000000000 Descrição: PROCEDIMENTO NAO DEFINIDO

Anotações Médicas

CONDUTA: trauma por acidente de moto (sin  
possível fratura em pulso (L) e antebraço (D))

## DIAGNÓSTICO:

## ANOTAÇÕES DE OUTROS PROFISSIONAIS

PESO: TEMPERATURA: PRESSÃO ARTERIAL:

---PACIENTE---

Atesto a realização do  
atendimento de acordo  
com os dados acima.

CONTROLE FATURAMENTO

Hora do Atendimento



*Elisvando Lima Ferreira*  
Ass. Paciente ou Responsável

Guia 119656 registrada por SILVIO

|                                   |                           |
|-----------------------------------|---------------------------|
| Gente Seguradora S/A              | DEPARTAMENTO DE SINISTROS |
| Av. Dom Luís, 300 - Lote 147      | DEPAT                     |
| Aracaju - Sergipe - CEP 49000-000 | CONTEUDO NAO VERIFICADO   |

05 JAN 2017

*Cópia conforme original*

*(Signature)*  
Adm. Francisco Fernando L. da Lima  
CRA: 9039  
Administrador

*15/04/2016*



FILIADA A FEDERAÇÃO DAS MISERICÓDIAS E ENTIDADES FILANTRÓPICAS DO CEARÁ

**Identificação do Paciente**

Paciente: Elisvando de Paiva Lima

Prontuário: 444461651 Doc. Identificação N°2003015095407 - SSP/CE

Filiação: Maria do Socorro Freitas de Palva

Data Nascimento: 17/09/2003

Origem: Cirurgia de Traumatologia

Período de Atendimento: 21/03/2016 à 23/03/2016

Convênio: SUS

Médico Assistente: Dr. Frederico Thales- CRM 11332

Conforme solicitação por escrito do paciente, procedemos ao seguinte  
**RELATÓRIO MÉDICO:**

**RESUMO DE INTERNAÇÃO**

**MOTIVO DE ATENDIMENTO:** Paciente informa ser vítima de acidente de trânsito, apresentando trauma no membro superior esquerdo.

**RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO:** Paciente apresentando quadro de dor, edema e deformidade no punho esquerdo;

**DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:** Fratura da diáfise do punho esquerdo - CID S52.3

**TRATAMENTO REALIZADO:** restabelecimento da continuidade óssea por meio de osteossíntese com placa mais parafusos metálicos;

**EXAMES SOLICITADOS E RESULTADOS:** Radiografia do punho;

**CONDIÇÕES DE ALTA:** Melhorado;

**OBSERVAÇÕES:** Paciente orientada a retornar com 15 (quinze) dias para revisão operatória no Ambulatório.

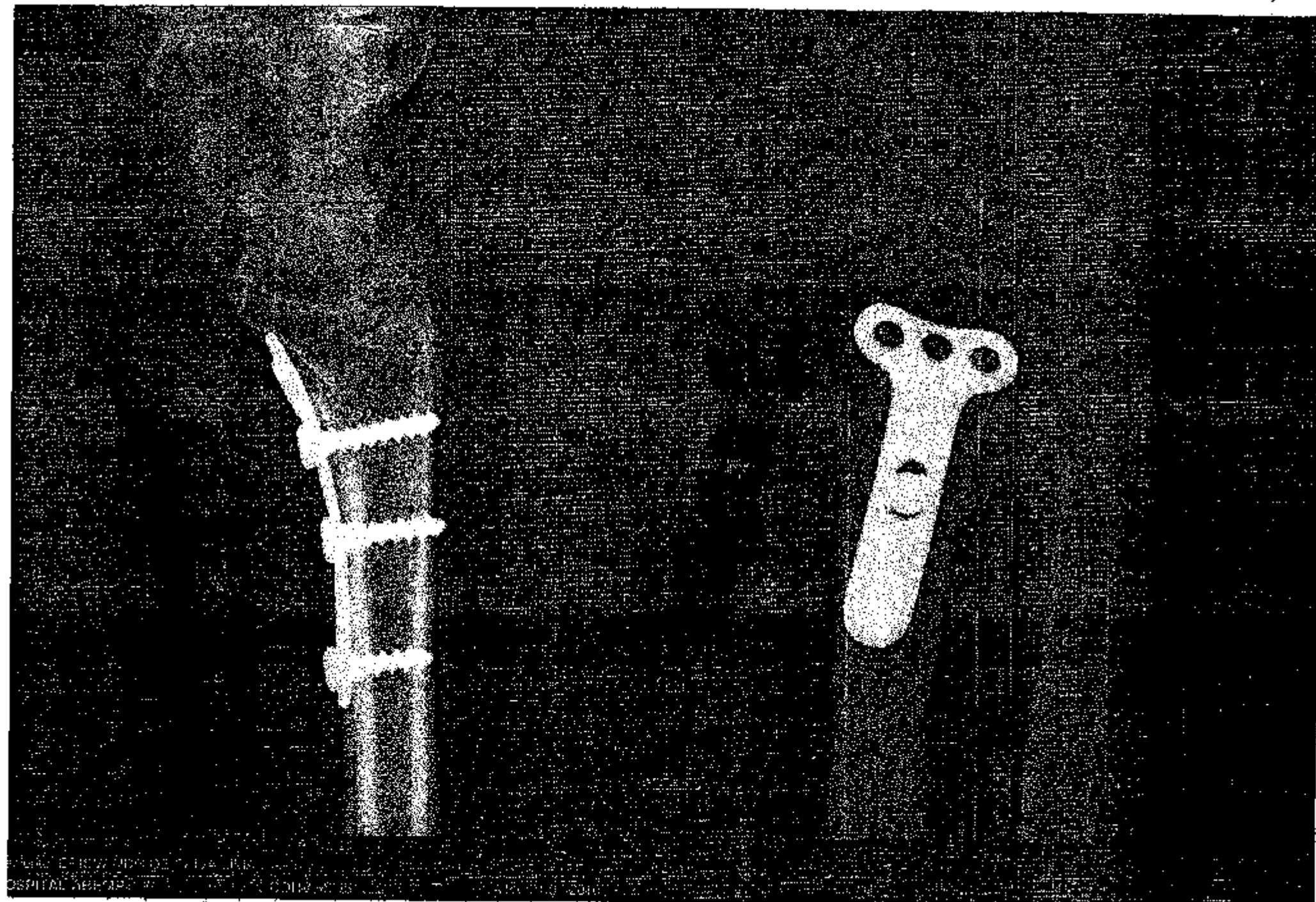
Maracanaú-Ce, 21 de Julho de 2016.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
dias para OPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 JAN 2017

Gente Seguradora S/A  
Av. Dom Luis, 300 - Loja 147  
Ardeota - Fortaleza / CE

Dr. Dionisio Broxado Lapa Filho *Dionisio Broxado Lapa Filho*  
Diretor Clínico Diretor Clínico  
CRM 2257 CPF 132.852.464-72 CRM 2257 - CPF 132.852.464-72



Clínica de Cirurgia Plástica e Dermatologia

Hospital Via-Médica

Rua Beatriz Calixto - 300 - PAJUÇARA - FONE: 3215-2112

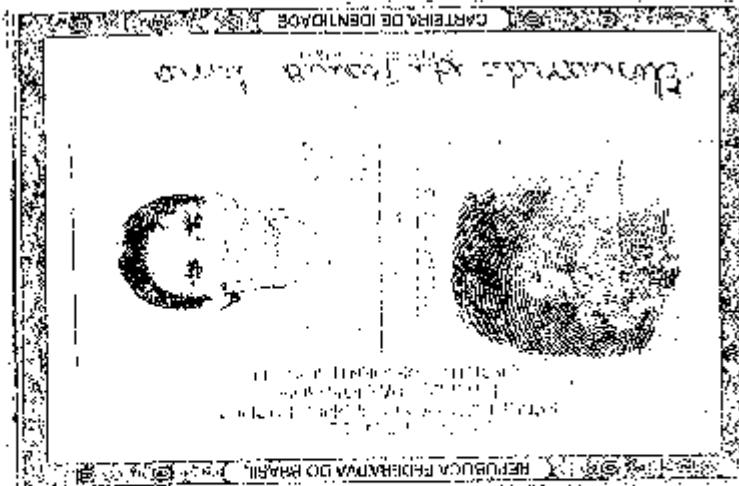
VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2003015095407 17/9/2003  
ELISVANDO DE PAIVA LIMA

EDSON MARCOS LIMA E MARIA DO SOC  
CORRO FREITAS DE PAIVA

CASCABEL-CE 8/11/1984  
CERT.NASC. 2970 L A/03 F  
191V GUANACES/CASCABEL/CE

LEI N° 7.116 DE 29/06/90



DEPARTAMENTO DE SINISTRO  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 JAN 2017

Gente Seguradora S/A  
Av. Dom Lins, 300 - Lote 147  
Alcântara - Fortaleza/CE



ANEXO SEGURO DA POLÍMIA

Receita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas  
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

017.655.223-29

Nome:

ELISVANDO DE PAIVA LIMA

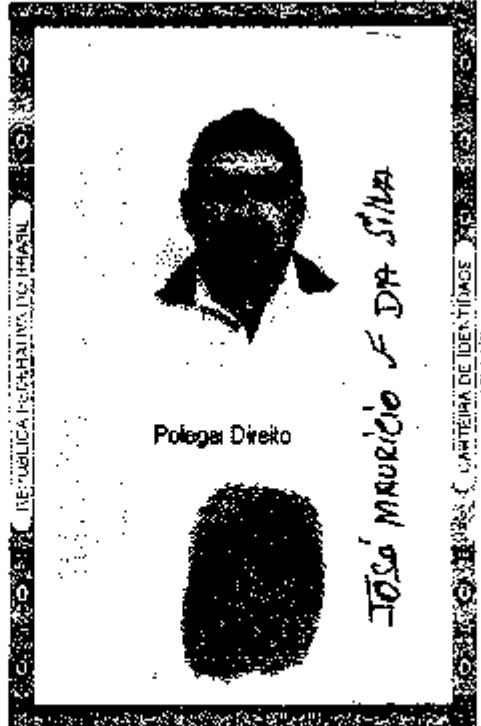
Reservatório

08/11/1984

VÁLIDO SOBRENTÉ COM CERTIFICADO DE IDENTIFICAÇÃO

CONTATOS

(85) 3334.3305 / 9919.9797  
9402.3898 / 8758.4991



|  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL   |                                      |
| REGISTRO<br>DEZIAL   | 2806747506 - 6                       |
| DATAS DE<br>EXPEDIÇÃO  | 18/02/2014                           |
| NOME<br><b>JOSÉ MAURICIO FERREIRA DA SILVA</b>   |                                      |
| FILIAÇÃO   | <b>JOSÉ CALIXTO DA SILVA</b>         |
|  | <b>MARIA NEUSA FERREIRA DA SILVA</b> |
| NATURALIDADE<br>FORTALEZA - CE   | DATA DE NASCIMENTO<br>02/02/1972     |
| DSC: ORIGEM<br>CERT. CASAM. C/ AVERB. DEY - CARTÓRIO: GUANACÉS TERMO: 673<br>FOLHA: 187 LIVRO: 8-02 EASCABEL - CE<br>CPF: 420.988.842-34 RG: ANT: 425601 P.: 1 |                                      |
| Assinatura do Registrador<br>ADMIRAL DA SILVA  |                                      |

|  |
|--|
| DEPARTAMENTO DE SINISTROS<br>DRSAT   |
| CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  |
| 05 JAN 2017  |
| Gente Seguradora S/A<br>Av. Dom Luís, 390 - Loja 147<br>Aldeota - Fortaleza - CE |

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

|  |                |                      |           |
|--|----------------|----------------------|-----------|
| DETAN - CE   |                | Nº 012851372205      |           |
| CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO |                |                      |           |
| VIA  | CÓD. RENAVAM   | E.N.T.R.C.           | EXERCÍCIO |
| PPT  | 01 00557684938 | 0000000000           | 2016      |
| PESO   |                |                      |           |
| ELISVANDO DE PAIVA-LIMA                            |                |                      |           |
| CASCABEL   |                |                      |           |
| /CE  |                |                      |           |
| ÓPF / DNPJ   |                | PLACA                |           |
| 01785522329  |                | 05F2074/CE           |           |
| PLACA ANT./ UF                                     |                | CHASSI               |           |
| /CE  |                | 9C2KC1670DR507609    |           |
| ESPECIE TPO:                                       |                | COMBUSTÍVEL          |           |
| PAS/MOTOCICLO/NAO APPLIC                           |                | GASOL/ALEX           |           |
| MARCA / MÓDELO                                     |                | ANO FAB. / ANO MOD.  |           |
| HONDA/CB 150 FAN ES                                |                | 2013 / 2013          |           |
| CAP / POT / OIL                                    |                | CATEGORIA            |           |
| 2P/OCV/149CC                                       |                | FARTIC               |           |
| COTA UNICA   |                | VEN. COTA UNICA      |           |
| FAIXA I.PVA  |                | PARCELAMENTO / COTAS |           |
| PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) : 10F (R\$)                 |                | PRÉMIO TOTAL (R\$)   |           |
|  |                | DATA DE PAGAMENTO    |           |
| * * * * *  |                |                      |           |
| OBSERVAÇÕES  |                |                      |           |
| * * * * *  |                |                      |           |

LOCAL DATA  
CASCABEL 27/06/2014

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS A AUTOMOTORES DE VIA-TERRESTRE TRANSPORTADAS OU

CE N° 012851372205 BILHETE DE SEGURO D'PVAT

**ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br)**

SAC DPVAT 0800 022 T204

**EXERCÍCIO** - DATA EMISSÃO  
**2016 27/06/2016**

|                                |  |   |
|--------------------------------|--|---|
| VIA<br>01                      | OFF / CNPJ<br>01785522329              | PLACA<br>OSF2074                          |
| RENAVAM<br>00537664934         | MARCA / MODELO<br>HONDA CG 150 FAN ESI |   |
| ANO FAB.<br>2013               | DATA FAB.<br>09                        | Nº CHASSIS<br>9C2KC1470DR507609           |
| <b>PRÉMIO TARIFÁRIO</b>        |  |   |
| FRE (R\$)<br>129,04            | DENATRAN (R\$)<br>14,34                | CUSTO DO SEGURO (R\$)<br>143,38           |
| CUSTO DO BILHETE (R\$)<br>4,15 | TDF (R\$)<br>1,11                      | TOTAL PREÇO P/ O SEU MOTO (R\$)<br>292,01 |
| PAGAMENTO                      |  | DATA DE QUITADA<br>24/06/2016             |
| X COTA ÚNICA                   |  | PARCELADO                                 |

**SEGURADORA LÍDER - PRIVAT**

CNPJ 01.248.809/0001-04

MOTOR #: KC16E7D507699 00761

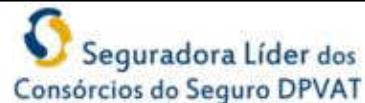
Digitized by srujanika@gmail.com

DEPARTAMENTO DE SINISTRO  
DPVAT  
TODOS OS DADOS SÃO CONFIDENCIAIS

05 JAN 2017

Gente Seguradora S/A  
Av. Dom Lacerda, 300 - Centro  
- Aldoete - Fortaleza - CE

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170026807      **Cidade:** Cascavel      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ELISVANDO DE PAIVA LIMA      **Data do acidente:** 10/03/2016      **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO PUNHO ESQUERDO.

**Descrição do exame** AUMENTO DE VOLUME, CICATRIZ CIRÚRGICA, DEFORMIDADE ÓSSEA, LIMITAÇÃO GRAVE DOS MOVIMENTOS DO  
**médico pericial:** PUNHO ESQUERDO E DIMINUIÇÃO DE FORÇA DA MÃO ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATADO DE FORMA CIRÚRGICA, COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO METÁLICA.  
SEM COMPLICAÇÕES.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 23/01/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Andre de Oliveira Leal

**CRM do médico:** 16566

**UF do CRM do médico:** CE

## 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 membros superiores | 70 %   | Em grau médio - 50 %                                 | 35%         | R\$ 4.725,00          |
|   |  | <b>Total</b>   | <b>35 %</b> | <b>R\$ 4.725,00</b>   |

## PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

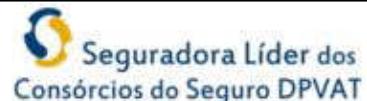
**Médico revisor:** GALDINO LEONARDO

**CRM do médico:** 17727

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170026807      **Cidade:** Cascavel      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ELISVANDO DE PAIVA LIMA      **Data do acidente:** 10/03/2016      **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 19/01/2017

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** TRAUMA NO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** FRATURA DO PUNHO

**Sequelas permanentes:** COMPROMETIMENTO MOTOR

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** PUNHO 75%

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

| <b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>            | <b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b> | <b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b> | <b>% Apurado</b> | <b>Indenização pelo dano</b> |
|---|---|---|------------------|------------------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos punhos | 25 %  | Em grau intenso - 75 %                                      | 18,75%           | R\$ 2.531,25                 |
| <b>Total</b>                                  |   |   | <b>18,75 %</b>   | <b>R\$ 2.531,25</b>          |

## PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

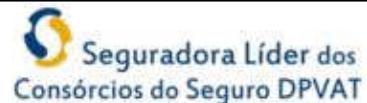
**Nome do médico:** DORIAN BRAGA SARAIVA

**CRM do médico:** 52.32571-1

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170026807      **Cidade:** Cascavel      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ELISVANDO DE PAIVA LIMA      **Data do acidente:** 10/03/2016      **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO PUNHO ESQUERDO.

**Descrição do exame** AUMENTO DE VOLUME, CICATRIZ CIRÚRGICA, DEFORMIDADE ÓSSEA, LIMITAÇÃO GRAVE DOS MOVIMENTOS DO  
**médico pericial:** PUNHO ESQUERDO E DIMINUIÇÃO DE FORÇA DA MÃO ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATADO DE FORMA CIRÚRGICA, COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO METÁLICA.  
SEM COMPLICAÇÕES.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 23/01/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Andre de Oliveira Leal

**CRM do médico:** 16566

**UF do CRM do médico:** CE

## 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 membros superiores | 70 %   | Em grau médio - 50 %                                 | 35%         | R\$ 4.725,00          |
|   |  | <b>Total</b>   | <b>35 %</b> | <b>R\$ 4.725,00</b>   |

## PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** GALDINO LEONARDO

**CRM do médico:** 17727

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

**OUTORGANTE:**

|               |                         |             |                           |                |            |
|---------------|-------------------------|-------------|---------------------------|----------------|------------|
| Nome:         | ELISVANDO DE PAIVA LIMA |             |                           | Nacionalidade: | BRASILEIRO |
| Estado Civil: | SOLTEIRO                | Profissão:  | TRABALHADOR NA AVICULTURA |                |            |
| CPF nº:       | 017-855-22329           | Residência: | 2003015095407             |                |            |
| Bairro:       | JARDIM PRIMAVERA        | Cidade:     | CASCABEL                  | Estado:        | CE         |
|               |                         |             |                           | CEP:           | 62850-000  |

**OUTORGADO:**

|               |                                       |             |              |                |            |
|---------------|---------------------------------------|-------------|--------------|----------------|------------|
| Nome:         | José Francisco Ferreira do Nascimento |             |              | Nacionalidade: | Brasileiro |
| Estado Civil: | SOLTEIRO                              | Profissão:  | BUTINHO      |                |            |
| CPF nº:       | 420-780-842-34                        | Residência: | 2008747503-6 |                |            |
| Bairro:       | DITÓ LUMIAROSO                        | Cidade:     | PROSPECTOR   | Estado:        | CE         |
|               |                                       |             |              | CEP:           | 62850-000  |

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à Seguradora Líder ou qualquer Seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) ELISVANDO DE PAIVA LIMA, ocorrido em 10/03/16, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os formulários e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Elisvando de Paiva Lima /CL 18 de DEZEMBRO de 2016.

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE OU VERDADEIRA)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 JAN 2017

Gente Seguradora S/A  
Av. Dom Luis, 300 - Loja 147  
Aldeota - Fortaleza / CE

