
Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2017

Carta nº 10355808

a/c: DANIEL RODRIGUES SILVA

Sinistro: 3160430904 ASL-0977655/16
Vitima: DANIEL RODRIGUES SILVA
Data Acidente: 14/07/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 19 de Julho de 2016

Carta nº: 9393355

A/C: DANIEL RODRIGUES SILVA

Sinistro: 3160430904 ASL-0977655/16
Vitima: DANIEL RODRIGUES SILVA
Data Acidente: 14/07/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **09/03/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **14/07/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento
- Comprovação de ato declaratório

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na COMPREV SEGURADORA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 19 de Julho de 2016

Carta nº: 9393356

A/C: DANIEL RODRIGUES SILVA

Sinistro: 3160430904 ASL-0977655/16
Vitima: DANIEL RODRIGUES SILVA
Data Acidente: 14/07/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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, ou ligue para o 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, 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 início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

DOCUMENTO 1 - T196

Nº DO SINISTRO



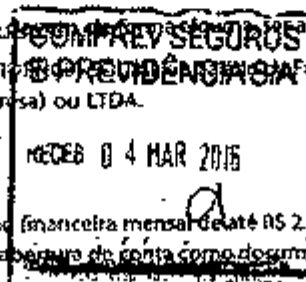
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, DANIEL RODRIGUES SILVA, PORTADOR(A) DO RG Nº 2005028090812 EXPEDIDO POR SSP-CE EM 26/10/05 E CPF 029632253-52 (CNPJ 000000000-00000-00), PROFISSÃO PEDEIRO E RENDA MENSAL DE R\$ 400,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA 0 MURILLO 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 faixa de renda mensal.

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

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA Social Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- 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 POLIPANCA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação do proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISO DPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



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 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 127-7 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 011590-8

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

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

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 DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

VIGOSA-CE, 25 de SEVEREIRO de 2016

LOCAL E DATA

Daniel Rodrigues Silva

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s 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 médicas-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurostransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

LEON F. DE SOUSA - JR
K SHELTON BLVD DE PINES, TX - DENTIST -
VICTORIA TX TX
409.622.2615 Home or 409.611.1144

Deborah A. B. is a Senior Lecturer in the

Fructuosa

Address: 08771 - WITSEN LA CRECHE
Cable : INTERACT-VISA-B
Phone : 00351 212421243 SILVA

Dr. J. B. Smith

Value en chiffres :	5.000
Value en lettres :	0.000
Value totale :	5.000

[illegible]

0-150 F. 250 PSI - 14.500 CUBIC
CATERPILLAR ENGINE IN BACK
BRIDGES 500.

Содержание

[illegible]

2. Rode: 450:1268
1. Kover: 09:49:46 1

**COMPREV SEGUROS
E PREVIDENCIA S/A**

RECEIVED 04 MAR 2016

NOTE: ~~_____~~



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 570 - 1773 / 2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 05/11/2015 14:35:37
Data / Hora da Ocorrência: 14/07/2015 10:26:00
Endereço da Ocorrência: SIT CARAPATEIRAS

ZONA RURAL, VICOSA DO CEARÁ /CE

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: DANIEL RODRIGUES DA SILVA
Nascimento: 19/12/1986
RG: Órgão Emissor: UF: - CPF:
Filiação: FRANCISCO DA SILVA TEXEIRA
MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS RODRIGUES
Endereço: R SÃO FRANCISCO
ESCOLA NORMAL. 62300000
VICOSA DO CEARÁ CE BRASIL

DOCUMENTO 1 *7196*



Telefone:

Histórico

O NOTICIANTE INFORMA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA/NXR, 150, BRONZES, COR PRETA, ANO E MODELO 2007/2007, PLACA IYR 1845, CHASSI 9C2K003307R033263, DE PROPRIEDADE DE ANTONIO FRANCISCO NERES, QUANDO SE ENVOLVEU EM ACIDENTE DE TRÂNSITO, APÓS COLIDIR EM UM ANIMAL CACHORRO, CHEGANDO ESTE A CAIR AO CHÃO E SOFRENDO LESÕES CORPORAIS CONFORME O LAUDO MÉDICO E ANEXO. ESTE B.O É PARA FINS DPVAT, QUE NADA MAIS DISSE E NEM LHE FOI INFORMADO. DANDO-SE ESTE TERMO POR ENCERRADO.

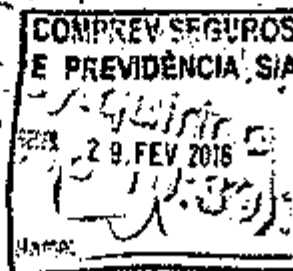
DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE VICOSA DO CEARÁ
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: ~~EDSON XAVIER LIRA DA SILVA~~

EDSON XAVIER LIRA DA SILVA - MAT.: 300270-1-9

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Daniel Rodrigues Silva

VISTO DO DELEGADO(A):

FRANCISCO MIGUEL DE SALES FILHO - MAT.: 126884-1-5



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, DANIEL RODRIGUES SILVA, portador da carteira de identidade nº 200502809812 e inscrito no CPF/MF sob o nº 029.532253-58, residente e domiciliado na AV. ESCOLA NORMAL, Cidade VIGOSA DO CEARÁ, 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.

DOCUMENTO 3 "T36"



Daniel Rodrigues Silva

Assinatura do declarante

conforme documento de identificação

COMPREV SEGUROS
PREVIDÊNCIA S/A

RECIBO 09 MAR 2016

2

VIGOSA DO CEARÁ, 25-02-2016

Local e data

15-07-1995 10:35:42
Stoney Quirino
15-07-1995 10:35:42

15-07-1995 10:35:42
Stoney Quirino
15-07-1995 10:35:42

15-07-1995 10:35:42
Stoney Quirino
15-07-1995 10:35:42

15-07-1995 10:35:42
Stoney Quirino
15-07-1995 10:35:42

15-07-1995 10:35:42
Stoney Quirino
15-07-1995 10:35:42

15-07-1995 10:35:42
Stoney Quirino
15-07-1995 10:35:42

ATO DECLARATIVO

ATENDIMENTO MÉDICO

AVALIAÇÃO CLÍNICA*

EXAME FÍSICO:

DOCUMENTO 2 'T204'



HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA(S)

PROCEDIMENTO E CONDOTTA:

APRAZAMENTO:

- 1- Plastic 2:18 no €1
- 2- Voltaire 1.50
- 3- ~~Voltaire 1.50~~
- 4- Voltaire 1.50
- 5- ~~Voltaire 1.50~~
- 6- ~~Voltaire 1.50~~

MEDICO
Assicuratura e Carimbo

OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM:

COMPREV-SEGUROS
E PREVIDENCIA S/A

RECEIVED 14 MAR 2016

DESTINO:

() Alta () Observação () TRANSFERÊNCIA PARA:

Anna Maria da Silva

Assinatura do Usuário ou Responsável



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, DANIEL RODRIGUES SILVARG nº 2005028090812, data de expedição 20/10/05, Órgão SSP-CE

CPF nº 029532253-58, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Prça)	<u>RUA ESCOLA NORMAL</u>
Número	<u>514</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>ESCOLA NORMAL</u>
Cidade	<u>VIGOSA DO CEARÁ</u>
Estado	<u>CEARÁ</u>
CEP	<u>62300-000</u>
Telefone de Contato	<u>(98) 994178006</u>
E-mail	

COMPREV SEGUR.
E PREVIDÊNCIA S/A

RECEB O 4 MAR-2016

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: VIGOSA DO CEARÁ, 25-02-2016

Assinatura do Declarante: Daniel Rodrigues Silva

1330 24/12/1950
1331 24/12/1950
1332 24/12/1950

[illegible]

[Handwritten signature]

SECRET
 100-442881-100
 100-442881-100
 100-442881-100
 100-442881-100

100-27793
100-27793

[Handwritten notes and stamps are visible at the bottom of the page, including "Credito", "Rendito", "Capitale", and "Tassa".]

ਅਮ-ਰਾਜਿਤ, ੨੭-੬/੧੨/੧੯੮੭

1. The first step is to identify the problem or question that needs to be answered. This involves understanding the context and the specific requirements of the task.

[Faint handwritten signature]

2019年9月

Environ Biol Fish (2016) 98:171–182

100-443887-251

1507/1015 1745:73

coelceCOMPANHIA ENERGÉTICA DO CEARÁ
CNPJ 07.047.251/0001-70 - C.G.F. 06105.846-3
Rua Padre Valdevino, 150, CEP 60135-040, Fortaleza/CE.**Boleto para Pagamento**Nº DO CLIENTE 4328815
MUNICÍPIO VICOSA CEARÁ
NOME ANA MARCIA DA SILVA
ENDEREÇO RU ESCOLA NORMAL 00000 - LESTECEP 62.300-000
CPF/CNPJ: 038.471.083-28

	GRANDEZA		CÁLCULOS
Mês/Ano	Vencimento	Cons. kWh	Valor em R\$
01/2016	10/02/2016	67	32,83
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA			TOTAL A PAGAR 32,83

coelce**COMPROVANTE COELCE**Nº DO CLIENTE
4328815

MUNICÍPIO VICOSA CEARÁ

ROTA 016.031140.01.00102345

83870000000-1 32830031000-4 00043288150-6 00031457294-5

**Boleto para Pagamento**

TOTAL A PAGAR 32,83

DOCUMENTO 4 "T496"



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu ANTONIO FRANCISCO NERES

RG nº 54685204-X, data de expedição 16/03/2010

Órgão SSP - CE, portador do CPF nº 150989168-44, com

domicílio na cidade de VIGOSA DO CEARÁ, no Estado de

CEARÁ, onde reside na (Rua/Avenida/Estrada)

SITIO UBARI, nº SIN, complemento

declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha

propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

DANIEL RODRIGUES SILVA.

Veículo: Moto

Ano: 2007 / 2007

Modelo: MONDA INXR 150 BROS ES

Placa: HYR-1845

Chassi: 9C2K003307R033263

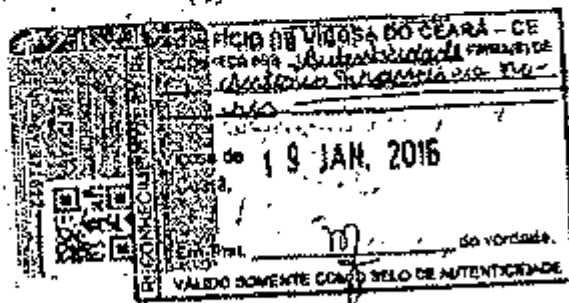
Data do Acidente: 14-07-2015

Local e Data: VIGOSA DO CEARÁ 19-07-2016

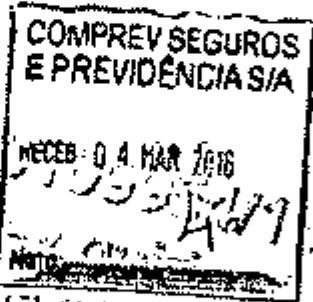


Antonio Francisco Neres

Assinatura do Declarante



Maria Mary de Oliveira Carneiro
Escritorinha



REGISTRO DE ATENDIMENTO

Nome: Daniel Rodrigues Silva / Prof. Aguilator
Sexo: M (☒) F () DN: 29/12/86 Idade: 28a. Raça/Cor: Parda / LTR
Município de Origem: (☒) Viçosa do Ceará () Outro Município: _____
Endereço: B. Escola Normal Telefone () _____
Cartão do SUS: 403 00 28 80 85 59 76 RG: 200 50 28 0 90 8 12
Data do Atendimento: 14 / 07 / 2015 Hora: 12 : 26 Recepção: PS
Filiação: M^{te} do Socorro dos S. Rodrigues e F^{co} da Silva Tezari

SINAIS VITAIS

Peso: _____ g Temperatura: _____ °C Pressão Arterial: 130 x 80 mm
FR: _____ irpm FC: _____ bpm DX: _____ mg/dL
Classificação da dor: () Sem Dor () Leve () Moderada () Intensa () Insuportável

ACOLHIMENTO

Deseja Atendimento Ambulatorial: () Sim () Não
Queixa Principal: _____
Há quanto tempo: _____
Procurou Atendimento na Atenção Básica: () Sim () Não Qual o PSF: _____
Justificativa: _____

TIPO DE ACIDENTE:

() Acidente de Trânsito Data: ____/____/____ Hora: ____ Alcoolizado: () Sim () Não () Ignorado
() Moto - Usando Capacete? () Automóvel - Usando cinto de Segurança? ()
() Atropelamento Local: _____
() Acidente por arma branca () acidente por arma de fogo () acidente de trabalho () Afogamento
() Choque elétrico () Queda De onde? _____
() Ingestão Acidental: () Corpo Estranho () Produtos químicos farmacêuticos
() Queimaduras: () 1º grau () 2º grau () 3º grau Por: () Água () Óleo () Alcool () Elétrico
() Mordedura de Animais: () Domésticos () Selvagem
() Outros: _____

Medicações e tempo de uso: _____

Anamnese e Exames Físicos Inicial: _____

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

RECIBO 04 MAR 2016

Classificação de Risco: ☒ 1

Data: _____

Assinatura do Profissional: _____

ATENDIMENTO MÉDICO

AVALIAÇÃO CLÍNICA:

EXAMF F1S1CO:

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S)

PROCEDIMENTO E CONDOTTA:

- 1- Plas, 2:18:00 G.
2- Voltaire 1789-1793
3- Vietnam 1945-1975
4- Vietnam 1945-1975
5- Vietnam 1945-1975
6- Vietnam 1945-1975
7- Vietnam 1945-1975
8- Vietnam 1945-1975

APRAZAMENTO

Dr. Edson Aguiar
Médico
CREMEC
Médico
Assinatura e Carimbo

~~OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM:~~

DESTINO:

() Alta () Observação () TRANSFERÊNCIA PARA:

Anna Marcia da Silva

Assinatura do Usuário ou Responsável

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO



DANIEL RODRIGUES SILVA

ASSINATURA DO TITULAR

CARTÃO DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2005028070812 DATA DE EMISSÃO 10/10/2005

NOME **DANIEL RODRIGUES SILVA**

FILIAÇÃO **FRANLISEO DA SILVA FILHO**

ÁREA DO SOCORRO DOS SANTOS - EM

NATURALIDADE **UIÇOSA DO CEARÁ**

DATA DE NASCIMENTO **10/10/1976**

CPF **029.532.253-58**

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 11.616 DE 2003

MINISTÉRIO DA FAZENDA

CPF

Carteira de Pessoas Físicas

Número de Inscrição **029.532.253-58**

Nome **DANIEL RODRIGUES SILVA**

Nascimento **10/10/1976**

Cartão de uso exclusivo do usuário

Para ser apresentado junto com o documento de identificação

Entrega gratuita

CORREIOS

DOCUMENTO 6 16%

DOCUMENTO 6 16%

COMPANHIA SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A

29 FEV 2016

[illegible][illegible][illegible]