



Seguradora Líder · DPVAT

---

Rio de Janeiro, 17 de Fevereiro de 2016

Carta nº: 8687864

A/C: JAILE FRANCISCO RODRIGUES XAVIER DA COSTA

**Sinistro:** 3160117084  
**Vitima:** JAILE FRANCISCO RODRIGUES XAVIER DA COSTA  
**Data Acidente:** 07/06/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Recebemos em **17/02/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **07/06/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo

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 ARUANA SEGUROS 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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





---

Rio de Janeiro, 15 de Agosto de 2016

**Carta nº 9529683**

**a/c: JAILE FRANCISCO RODRIGUES XAVIER DA COSTA**

**Sinistro:** 3160117084 ASL-0047673/16  
**Vitima:** JAILE FRANCISCO RODRIGUES XAVIER DA COSTA  
**Data Acidente:** 07/06/2015  
**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](http://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, 29 de Maio de 2017

Carta nº: 11049004

A/C: JAILE FRANCISCO RODRIGUES XAVIER DA COSTA

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170283570 ASL-0192206/17

**Vitima:** JAILE FRANCISCO RODRIGUES XAVIER DA COSTA

**Data Acidente:** 07/06/2015

**Natureza:** INVALIDEZ

**Procurador:** MARIA ARIZETE SILVERIO FEITOZA MENEZES

**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.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.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.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

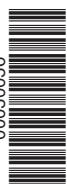
- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- 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 SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,



---

Rio de Janeiro, 29 de Maio de 2017

Carta nº: 11051092

A/C: JAILE FRANCISCO RODRIGUES XAVIER DA COSTA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170283570 ASL-0192206/17

Vitima: JAILE FRANCISCO RODRIGUES XAVIER DA COSTA

Data Acidente: 07/06/2015

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: MARIA ARIZETE SILVERIO FEITOZA MENEZES

**Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Recebemos em **18/05/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **07/06/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo

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 **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

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.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

---

Rio de Janeiro, 03 de Agosto de 2017

Carta nº: 11419234

A/C: JAILE FRANCISCO RODRIGUES XAVIER DA COSTA

**Sinistro:** 3170283570 ASL-0192206/17  
**Vítima:** JAILE FRANCISCO RODRIGUES XAVIER DA COSTA  
**Data Acidente:** 07/06/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** MARIA ARIZETE SILVERIO FEITOZA MENEZES

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.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.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, 11 de Agosto de 2017

Carta n°: 11471162

A/C: JAILE FRANCISCO RODRIGUES XAVIER DA COSTA

**Sinistro:** 3170283570 ASL-0192206/17  
**Vitima:** JAILE FRANCISCO RODRIGUES XAVIER DA COSTA  
**Data Acidente:** 07/06/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** MARIA ARIZETE SILVERIO FEITOZA MENEZES

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Prezado(a) Senhor(a),

Após avaliação dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que os danos pessoais decorrentes do seu acidente, após o tratamento médico, não resultaram em invalidez permanente.

Como o Seguro DPVAT somente paga indenização a pessoas que tenham invalidez permanente, o seu pedido foi negado.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170283570      **Cidade:** Apodi      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JAILE FRANCISCO RODRIGUES      **Data do acidente:** 07/06/2015      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A  
XAVIER DA COSTA

## PARECER

**Diagnóstico:** Trauma com ferimentos múltiplos em face, sem fratura.

**Descrição do exame médico pericial:** Apresentando cicatrizes leves em região da face, referindo cefaléia e tonturas.

**Resultados terapêuticos:** Realizado tratamento conservador com analgésicos, recebendo alta.  
Data da alta: Alta após avaliação médica.

### Sequelas permanentes:

**Sequelas:** Sem sequela

**Data da perícia:** 08/08/2017

### Conduta mantida:

**Observações:** NÃO HÁ EVIDÊNCIAS DE LESÕES INDENIZÁVEIS DE CARÁTER PERMANENTE.

**Médico examinador:** Dixon Fradik Medeiros Lima

**CRM do médico:** 5997

**UF do CRM do médico:** RN

## 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

## PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Médico revisor:** LAERTE FELIX DE MATTOS FILHO

**CRM do médico:** 52.99123-6

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Laerte Felix de Mattos Filho".

**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): Jaile Francisco Rodrigues Xavier da Costa  
Endereço do(a) Examinado(a): R N Sra da Conceicao, 19  
Centro Apodi RN CEP: 59700-000

Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / RN ] 002536308

Data local do exame: [ 08/08/2017 ] MOSSORÓ [ RN ]

**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)

**TRAUMA COM FERIMENTOS MÚLTIPLOS EM FACE, SEM FRATURA.  
SEM SEQUELAS, APRESENTANDO CICATRIZES LEVES EM REGIAO DA FACE, REFERINDO CEFALEIA E TONTURAS.**

- 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 o das 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.

**REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR COM ANALGÉSICOS, RECEBENDO ALTA.**

Data da alta: ALTA APOS AVALIAÇÃO MEDICA.

**TRATADO COM ANALGÉSICOS, NÃO REALIZOU EXAMES DE IMAGEM.**

**Complicações: NAO APRESENTOU.**

- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível 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.

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  
TERAPÉUTICA)*

"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):

% 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

*Dixon Fradik M. Lima*  
Dr Dixon Fradik Medeiros Lima  
Médico Perito  
CRM 5997

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170283570      **Cidade:** Apodi      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JAILE FRANCISCO RODRIGUES      **Data do acidente:** 07/06/2015      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A  
XAVIER DA COSTA

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

**Data da análise:** 03/08/2017

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMA DE FACE

**Resultados terapêuticos:** A ESCLARECER

**Sequelas permanentes:**

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

**Observações:** LAUDO INCONCLUSIVO

## 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

## PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** EDSON L D ANDRADE

**CRM do médico:** 52.44121-9

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Edson L D Andrade".

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170283570      **Cidade:** Apodi      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JAILE FRANCISCO RODRIGUES      **Data do acidente:** 07/06/2015      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A  
XAVIER DA COSTA

## PARECER

**Diagnóstico:** Trauma com ferimentos múltiplos em face, sem fratura.

**Descrição do exame médico pericial:** Apresentando cicatrizes leves em região da face, referindo cefaléia e tonturas.

**Resultados terapêuticos:** Realizado tratamento conservador com analgésicos, recebendo alta.  
Data da alta: Alta após avaliação médica.

### Sequelas permanentes:

**Sequelas:** Sem sequela

**Data da perícia:** 08/08/2017

### Conduta mantida:

**Observações:** NÃO HÁ EVIDÊNCIAS DE LESÕES INDENIZÁVEIS DE CARÁTER PERMANENTE.

**Médico examinador:** Dixon Fradik Medeiros Lima

**CRM do médico:** 5997

**UF do CRM do médico:** RN

## 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

## PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Médico revisor:** LAERTE FELIX DE MATTOS FILHO

**CRM do médico:** 52.99123-6

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Laerte Felix de Mattos Filho".



Seguradora Líder • DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDÍ

### Autorização de pagamento



47

**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.

~~Indenização ao banco  
EU, paulo francisco Rodrigues Xavier da Costa  
PORTADOR(A) DO RG N° 002.536.308 EXPEDIDO POR ITEP EM 21/10/10 E  
CPF 0652934514-42 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO AGRICULTOR  
E RENDA MENSAL DE R\$ 21.615,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA paulo francisco Xavier da Costa AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
DPVAT A EFETUAR O CREDITO, 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, de forma alguma, ser apresentados:**

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salaríodo Funcional;
  - Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou FEDA;
  - 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 Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de R\$ 2.000,00;
  - Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de 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](http://www.receita.fazenda.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.**

**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 da CONTA (com dígito, se existir)**

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

Nº do BANCO 104 / Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3483 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00008801-0  
Op. 013

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.

Apodi-RN de 22 d.  
LOCAL E DATA

*psile Francisca Rodrigues Xavier da Costa*

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 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.

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101  
DUVIDORIA 0800 725 7474

021-805999313-3

21/JAN/2016

HORA DE 19:45:44

LOT: 17.11808-8  
LOCALIDADE: APODI  
AG. VINCULADA: 3483

TERM: 023538

CONTROLE: 952900664

EM DINHEIRO

3483 013 00008801-0

JAIL FRANCISCO R XAVIER

VALOR

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO  
COMPROVANTE DE ~~RECIBO~~

021-805999313-3

VIA DO CLIENTE

**RECEBIDO**

18 MAI 2017

TERRA DO SOL ADM.  
CORRETORA DE SEGU.

