

Rio de Janeiro, 26 de Julho de 2017

Carta nº: 11368094

A/C: MARIA VALERIA DE ANDRADE CRUZ

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170398091 ASL-0275982/17
Vitima: MARIA VALERIA DE ANDRADE CRUZ
Data Acidente: 07/03/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARFRA HERBEN SILVA BANDEIRA

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, 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, 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 SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 28 de Julho de 2017

Carta nº: 11386798

A/C: MARIA VALERIA DE ANDRADE CRUZ

Sinistro: 3170398091 ASL-0275982/17
Vítima: MARIA VALERIA DE ANDRADE CRUZ
Data Acidente: 07/03/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARFRA HERBEN SILVA BANDEIRA

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.

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!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 09 de Agosto de 2017

Carta nº: 11447561

A/C: MARIA VALERIA DE ANDRADE CRUZ

Sinistro: 3170398091 ASL-0275982/17
Vítima: MARIA VALERIA DE ANDRADE CRUZ
Data Acidente: 07/03/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARFRA HERBEN SILVA BANDEIRA

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.

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!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3170398091 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **MARIA VALERIA DE ANDRADE CRUZ**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA JACA PARAIBA nº 399 - CENTRO - PENTECOSTE/CE**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 2008010201994 - SSP**
Data local do exame: **10/08/2017 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)

FRATURAS DE COSTELAS, FRATURA DE ACETABULO DIREITO E FRATURA DE PUNHO ESQUERDO.

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

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

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

TRATAMENTO CONSERVADOR DAS LESOES COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA NO ANTEBRAÇO ESQUERDO. EVOLUIU SEM DEFICIT DA FUNCAO RESPIRATORIA COM BLOQUEIO LEVE DA FLEXO / EXTENSÃO DO PUNHO A ESQUERDA E COM BLOQUEIO LEVE DA ABDUÇÃO E ADUÇÃO DO QUADRIL DIREITO. ESTA DE ALTA MEDICA.

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.

DEFICIT FUNCIONAL LEVE NO PUNHO ESQUERDO E DEFICIT FUNCIONAL LEVE NO QUADRIL DIREITO.

IV. Segundo o previsto no inciso II, π^1 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(*).

☐ Vitima 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)

PUNHO ESQUERDO.

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

QUADRIL DIREITO.

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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 valorização do dano corporal.

NOTA DO REVISOR – APÓS AVALIAÇÃO DOS DOCUMENTOS OPTADO POR MANTER A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO EXAMINADOR. -

Local e data de realização do exame médico legal:

CE - FORTALEZA, 10/08/2017

Médico Perito: FLAVIO EDUARDO PARO HADDAD CRM:52.57595-7/RJ


Dr. Flávio Eduardo Paro Haddad
Médico
CRM 10570

Assinatura do perito Examinador - CRM



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, Maria Valéria de Andrade Cruz
PORTADOR(A) DO RG Nº 2008010261994 EXPEDIDO POR SENH EM 12/06/04 E
CPF 560104193-97 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO Recurso
E RENDA MENSAL DE R\$ Recurso NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Maria Valéria de A Cruz 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, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou 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 POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até 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 www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para o crédito.
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

RECEBEMOS

18/06/2017

Maria Cecineide F. Nobre
Correlora de Seguros
IVP 1.887.738/0001-08

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 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0962-8 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 5-751-7

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, 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.

penkask 30 de 06 de 2017 Maria Valéria de A. Cruz
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 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 ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
22/06/2017 - Autoatendimento - 13:49:59
0962/1222 0704

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE
DEPOSITO EM CONTA CORRENTE - DINHEIRO

FAVORECIDO	MARIA VALERIA A CRUZ
AGENCIA:	0962-8
CONTA:	5.751-7
VALOR *	
NR. ENVELOPE	

RECEBEMOS

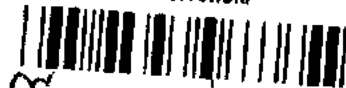
18 JUL 2017

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-08



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

Bolatin de ocorrência



RUBRICA
AUTORIDADE POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 525 - 904 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **22/06/2017 15:08:55**
Data / Hora da Ocorrência: **07/03/2017 13:00:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA PE. SINVAL FACUNDO**
Complemento:
Bairro:
Município: **PENTECOSTE/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MARIA VALÉRIA DE ANDRADE CRUZ**
Nascimento: **05/02/1972** CPF:
RG: **2008010201994** Órgão Emissor: **SSP**
Filiação: **TEREZINHA DE ANDRADE CRUZ**
ANISIO BEZERRA CRUZ
Endereço: **AVENIDA TABELIÃO FRANCISCO ALVES, 435**
Bairro: **CENTRO**
Município: **PENTECOSTE/CE**
País: **BRASIL**
Telefone:

RECEBEMOS

7 JUL 2017

Maria Geconilde F. Nobre
Corretora de Seguros
CNPJ: 21.487.628/0001-00
CEP: 62.844-000

est
mt

Histórico

A vítima compareceu a esta Delegacia para informar que no dia 07 de março do ano em curso, por volta das 13:00hs, sofreu um acidente de trânsito, tipo colisão, na Rua Pe. Sinval Facundo, Vila Nova, nesta cidade. Que na ocasião, a declarante dirigia a motocicleta HONDA/NRX 150 BROS ES, COR PRETA, ANO 2012, PLACA OIP6268, CHASSI 9C2KD0550CR600832, RENAVAL. 490820638, REGISTRADO EM SEU NOME, sentido Vila Nova/Centro, eis que foi surpreendida por um automóvel que iniciava uma manobra para adentrar na mão de direção para tomar a direção contrária. Que de imediato, buzinou e acionou os freios, na ocasião o condutor do automóvel parou sem concluir a manobra. Que a declarante tentou evitar a colisão, levando a moto para a mesma via que o condutor do automóvel saía. Que a declarante acabou colidindo na lateral traseira do automóvel, caindo no calçamento da Rua Francisco José da Silva. Que o condutor do automóvel se tratava do ELTON LUZ, Diretor da Escola Técnica, o qual prestou os primeiros socorros a declarante. Que a declarante foi socorrida por populares e levada para a UPA desta cidade, e no mesmo dia transferida para o Frotinha do Antonio Bezerra, na cidade de Fortaleza. Que em decorrência do sinistro, a declarante quebrou a bacia, a sétima costela e o rádio do braço esquerdo. Que o ELTON se comprometeu em ajudar financeiramente, no sentido de cobrir os gastos médicos da declarante, porém até o presente momento não cumpriu. E, nada mais disse, dando-se por encerrado o presente procedimento.

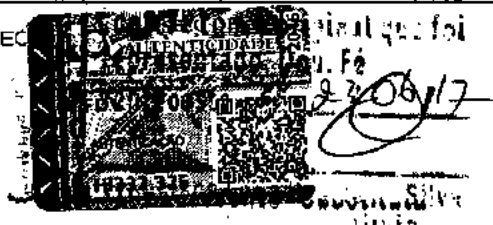
DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE PENTECOSTE

Lícia Nádia Pinho de Castro
Escrivã de Polícia
198308-1-0

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

LICIA NADIA PINHO DE CASTRO - MAT.: 198308-1-0

DELEGACIA MUNICIPAL DE PENTECOSTE



Pág. 1 de 2

Impresso em: 22/06/2017 15:58:03



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE PENTECOSTE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 525 - 904 / 2017

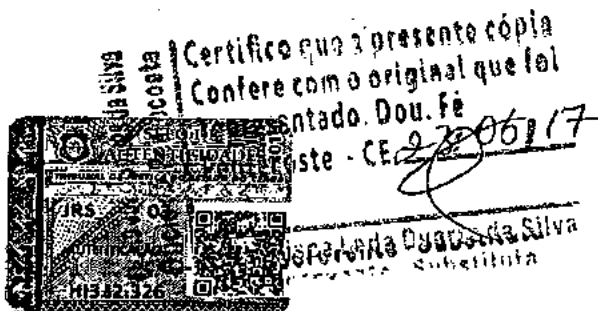
RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Luciana Patrícia de Azevedo Ruz

VISTO DO DELEGADO(A) :

JOÃO CARLOS ARAÚJO MACHADO - MAT.: 30079213

Licia Nádia Rêgo de Castro
Escrivã de Polícia
... 198308-1-0



RECEBEMOS

18 JUL 2017

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IML



Eu, Maria Valéria de Andrade Cruz, portador da carteira de identidade nº 2008010201994 e inscrito no CPF/MF sob o nº 560.104.19397, residente e domiciliado na Rua Paranaíba 399, Cidade Pentecoste, Estado Paraná, 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.

Maria Valéria de Andrade Cruz

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Pentecoste 30/06/2017

Local e data

RECEBEMOS

18 JUL 2017

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1234

CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:

04/09/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

317039809101

VALOR TOTAL:

1.687,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA VALERIA DE ANDRADE CRUZ

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00962

CONTA: 000000005751

Número da Autenticação

E09B0266E6406CB2



PREFEITURA MUNICIPAL DE PENTECOSTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24H

Rua Gonçalo Sales Pessoa, 496 - São Francisco
Pentecoste/CE | Fone/Fax: (85) 3352.2252

FICH

Recepcionis

Data: 27/03/17

Comprovação de ato declaratório



Horário: 13:43

Nome: Maria Edineide de Andrade Cruz Idade: 45

Estado Civil: ☒ S ☐ C ☐ V ☐ D Sexo: ☐ M ☐ F Telefone: _____

Identidade: _____ Mãe: _____

Endereço: ACIDENTADA - Rua Jaci Paracaba, 50

Bairro: Centro Município: Pentecoste

☐ Aparentemente bem

PRE-CONSULTA

☐ Regular

☐ Grave

Sinais Vitais: PA: 150/110 mmHg

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

T: _____ °C

P: _____ bpm

R: _____ mmrpr

Queixa Principal: _____

Paciente vítima de acidente automobilístico ocorrido em trânsito em via pública em 13/03/17, FC(100), FR(20), ST 02:38Y.

CONSULTA

Enfermeiro (a)

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Fratura pé direito / Fratura punho

EXAMES SOLICITADOS: RX

DESTINO

☐ Residência

☐ Internação

☐ Recusou Internação

☐ Transferência

☐ Óbito

☐ Observação

Maria Edineide de F. Almeida
Assinatura do Paciente

Assinatura do Médico (carimbo)

① SF 0,94. 1000 L EL

② Cetamen 1000 EL

Dr. Caio Simplicio
MEDICO
CREMEC 15.169

14:25

1.835.948/0001-83

Fundo Municipal de Saúde de Pentecoste

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24H

Confere com o original

Em: 22/06/2017

Rua Gonçalo Sales Pessoa, 496 - São Francisco Pentecoste/CE

Angela M^e Vieira Campêlo

RECEBEMOS

18 JUL 2017

Maria Geineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu Maria Valéria de Andrade CruzRG nº 2008010201994 data de expedição 12/06/04 Órgão PM de Pentecoste

CPF nº 560.104.19397, 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/Praça)	<u>rua Paranaíba</u>
Número	<u>399</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Pentecoste</u>
Estado	<u>Paraná</u>
CEP	<u>62640-000</u>
Telefone de Contato	<u>(85) 991330940 (85) 992712656</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Pentecoste 30/06/2017Assinatura do Declarante: Maria Valéria de A. Cruz

RECEBEMOS

18 JUL 2017

Maria Geomeide F. Nobre
Correlora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06

DADOS DO CLIENTE

Nome: ANA PATRICIA MOTA DE ARAUJO DOS SANTOS

End. Letra: RU JACA PARAIBA, 398, CENTRO

Cidade: PENTECOSTE

CEP: 62840-000

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: 014

Sector: 001

Quadra: 001-1

Lote: 0237

Comp: 0000

Subsector: 00

Subquadra: 00

ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen(m³)	Média Semestral(m³)
FIGUA	R16F205100	69	85	17	16

DATAS

Letra Atual: 20/05/2017

Emissão: 20/05/2017

Letra Anterior: 21/04/2017

Próxima Letra: 21/06/2017

Letra Água: 2823557

Letra Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 10/2015

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Edigides	0-10	0-10	010	0-36	0-36
Análises	0-10	0-10	027	0-40	0-40
Em conformidade	0-40	0-01	000	0-38	0-40

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Constatamos debito de R\$ 33,19. Caso pago, desconsiderar.
RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
ÁGUA	43,52	Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
DESCONTO ÁGUA	-8,70	MAR/16	21	0
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,43	JUN/16	17	0
MULTA DE 2%	0,61	JUL/16	18	0
		AGO/16	15	0
		SET/16	14	0
		OUT/16	18	0
		NOV/16	19	0
		DEZ/16	16	0
		JAN/17	14	0
		FEV/17	14	0
		MAR/17	18	0
		ABR/17	16	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO		SUBSIDIO	
Descrição	Valor (R\$)	Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,34	VALOR DO SERVIÇO	58,97
COFINS	1,72	VALOR DO SUBSIDIO	20,91
		VALOR TOTAL A PAGAR	36,06
MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)	
05/2017	06/06/2017	36,06	

ONDE PAGAR SUA FATURA

Bancos: Bradesco, Itaú, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo, Outros PagFácil. A Cagece dispõe ainda o serviço de Débito em conta de sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.



É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Maiores informações pelo telefone: 0800 275 0155, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na ouvidoria Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919 - Demais Localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838.

DADOS DO CLIENTE

357015057258334 - 7145

Inscrição: 033730-135

Código de Responsável:

Mês/A: 05/2017

Local: 014

Sector: 001

Quadra: 001-1

Lote: 0237

Comp: 0000

Subsector: 00

Subquadra: 00

Cidade: PENTECOSTE

Vencimento: 06/06/2017

Total (R\$): 36,06

82640000000 4 36060009400 5 03370043501 0 00068822015 1



RECEBEMOS

18 JUL 2017

Maria Geacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06

Nº DO CLIENTE

1212255-6

Para regularizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica é concedida pela Lei nº 10.891, de 29 de junho de 2004.

Companhia Energética de Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | N°

476610325

Rota 05 34060 06 065700 - 5

Data de Emissão 09/05/2017

Nome NAFRA HERBER BANDEIRA MARTINS NASCIMENTO

End. Postal RU JOSE SALU 00000

CENTRO - PENTECOSTE - 62640000

Medidor 6016904

Foste 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA

Fator de Potência 0,00

RG/CPF/CNPJ 985659743-91

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência Mai/2017
Data da Apresentação 09/05/2017
Previsão Próxima Leitura 08/06/2017

ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto SAO LUIS DO CARU

Mês Mar/2017 EISO 7,11

ICMS

Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto
ISENTO

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

COTA (R\$) 5,198 1,400 0,00 0,00 0,00 0,00

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual 22933
Leit. Anterior 22856
Const. 1,00
Consumo (kWh) 77
Const. Incl. 0,00
Const. Excl. 0,00
Tarifa (R\$/kWh) 0,16522
Valor (R\$) 12,77

09/05/17 - 07/06/17 - 32 DIAS - 77 - VALOR 18,32

VALOR CONSUMO DO MES 18,32

JUROS DO MES 0,14

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 3,05

PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA 1,18

COB. SALDO FATURA ANTERIOR 24,77

ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 1,24)

RECEBEMOS

18 JUL 2017

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.736/0001-06

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia 1,97
Transmissão 0,17
Distribuição 3,95
Encargos Setoriais 1,34
Tributos (ICMS PIS/COFINS) 2,37
TOTAL 11,80

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

115	77	76	70	79	131	115	148	169	135	131	138	109
115	77	76	70	79	131	115	148	169	135	131	138	109

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido kg (CO₂) 33,28
Compensado kg (CO₂) 0,00
Consciência Ecológica (%CO₂) 0%

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

A bandeira da maio é verde (Tarifa 1), com custo de R\$ 3,00 a cada 100 kWh consumidos. Como o sinal para consumo é verde (maior custo), é importante utilizar a energia elétrica com eficiência e combater o desperdício. Informações em www.enecei.gov.br

Desde desta fatura R\$ 3,37 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:1,17% e COFINS:9,36%

Como Cliente, constam quitadas as faturas de consumo de energia elétrica desta unidade consumidora vencidas até 31/12/2016, conforme a Lei N. 12.007/2009. Esta declaração substitui quitacoes anteriores.



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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro 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 COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, 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 ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu MAFRA HERBEN BM NASCIMENTO portador(a) do

RG nº 99097036560, expedido por SENH, em

29/07/15, CPF/CNPJ nº 985659743.91,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) maria

valéria de A Cruz do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ

da vítima maria valéria de A Cruz, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Reverso Renda Mensal: R\$ Reverso

Documentos comprobatórios: SENH / comprovante Residência

mafra herben Bm nascimento
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

RECEBEMOS

18 JUL 2017
Maria Cecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENTECOSTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL E MATERNIDADE REGIONAL VALE DO CURÚ
Rua Francisco Moreira, s/n - Pentecoste - Ceará

RECEITUÁRIO

Ato que MARIA VALÉRIA de
Andrade Cruz, 45 anos, foi vítima de
Acidente de trânsito, moto - auto-
móvel em 07/03/2017, sofreu de
fratura distal de rádio esquer-
do + fratura de ACETÁBULO di-
reito + contusão fêmur. RAU-
200 exames: Rx + imobilização fixa-
da no membro superior esquerdo +
tratamento fisioterapia. RAU-
200, AINE, e curativos
em fase de reabilitação (fio-
terapia mecânica no o pul-
so e polso direita feno

Rx.

Dr. Celso Cavalcante Aragão
Ortopedia - Traumatologia
CREMEC-4268 TERT-5113

1552.5
532.4
520.2

Data: 21/06/2017

Carimbo e Assinatura do Médico

FUMAR CAUSA: CÂNCER DE BOCA, ESÔFAGO E PULMÃO

RECEBEMOS

18 JUL 2017

Maria Geacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06



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

MARIA VALERIA DE ANDRADE CRUZ

DOCUMENTO / CND / RENOV. 2008010201994 SPPDS CE

CPF 560.104.193-87 DATA NASCIMENTO 05/02/1972

RENÇÃO ANÍSIO DESEBERRA CRUZ

VEREJINHA DE ANDRADE CRUZ

PLACADO ACC CATEG. AB

NP 03319868212 VALIDEZ 27/02/2020 1ª EMISSÃO 12/06/2004

SEM OBSERVAÇÃO:

Maria Valeria de Andrade Cruz

LOCAL FORTALEZA, CE DATA EMISSÃO 26/07/2016

Im. Val. Cruz 45664540672
45664540672
CE154595608

DETRAN-CE (CEARA)

1289771854



co que a presente cópia
re como o original que foi
presentado. Dou fé
recoste - CE 2206112

Ofício

Francisca Lena Duarte da Silva
Secretaria Substituta

RECEBEMOS

18 JUL 2017

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

Nome: **MAFRA HERBEN BANDEIRA MARTINS NASCIMENTO**

DOC. IDENTIDADE / DATA EMISSAO UF
99097036560 SSP CE

CPF: **985.659.743-91** DATA NASCIMENTO: **17/12/1983**

RELACAO
JOSE MILTON MARTINS
MARIA DO SOCORRO SILVA BANDEIRA

PERMISSAO: ☒ ACC: ☒ CALHA: ☒ A

Nº REGISTRO: **06423911675** VALIDADE: **08/04/2019** 1ª HABILITACAO: **29/07/2015**

OBSERVAÇÃO:
SEM OBSERVAÇÃO:

Martina Helen Bandeira m nascimento
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: **FORTALEZA, CE** DATA EMISSAO: **20/10/2015**

100 Votos
Nº DE VASCULOS DO PÔRTO: **17969069912**
ASSINATURA DO EMISSOR: **CE156060574**

PROIBIDO PLASTIFICAR
1403807781

RECEBEMOS

18 JUL 2017

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06

DUT



02270
01P6268
CÓD. RENAVAM
00490820638
103813 02539

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA

DE

ASSINATURA

013129812767
RECIBO CE Nº

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

CEN Nº 013129812767 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	2015	DATA EMISSÃO	12/10/2016
RENAVAM	00490820638	PLACA	DIP6268
MARCA/MODELO	HONDA/NXR150	PROBROS	ES
Nº CHASSI	9C2KD0550CR600B32		
ANO FAB.	2012	ANO USU.	09
PRÊMIO TARIFÁRIO			
FAS (R\$)	129,04	DESVANT (R\$)	14,34
CUSTO DO BILHETE (R\$)	4,15	DE R\$	1,11
CUSTO DO SEGURO (R\$)	143,38	TOTAL SEGURO (R\$)	292,01
COTA ÚNICA	<input checked="" type="checkbox"/>	PARCELADO	<input type="checkbox"/>
DATA DE QUITAÇÃO	11/10/2016		

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 08.348.608/0001-04

MOTOR: KD05E5C600B32
02270

RECEBEM

18 JUL 2017

Maria Geceide F.
Corretora de Seguros
CNPJ: 21.467.736/00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 013129812767
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VA	CÓD. RENAVAM	RNTRC	EXERCÍCIO
PPT 01	00490820638	0000000000	2016

NOME
MARIA VALERIA DE ANDRADE CRUZ

PENTECOSTE
***** / CE

CPF / CNPJ	PLACA
56010419387	QIP6268/CE

PLACA ANT / UF	CHASSI
/CE	9C2KD0550CR600B32

ESPÉCIE TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLO/NAD APLIC.	GASOL/ALCO

MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/NXR150 BROS ES	2012	2012

CAP / POT / CL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P/OCV/149CC	PARTIC	PRETA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTA
1	1	1
2	2	2
3	3	3

FAIXA LRV	PARCELAMENTO / COTAS
1	1
2	2
3	3

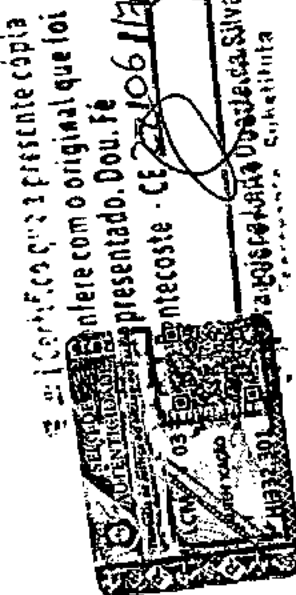
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
129,04	292,01	12/10/2016

LOCAL	DATA
PENTECOSTE	12/10/2016


Superintendente DE TRAFEGO

DETRAN

CONTRAN



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0275982/17
Vítima: MARIA VALERIA DE ANDRADE CRUZ
CPF: 560.104.193-87

Data do Acidente: 07/03/2017
CPF de: Próprio Titular do CPF: MARIA VALERIA DE ANDRADE CRUZ

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

MARFRA HERBEN SILVA BANDEIRA : 985.659.743-91

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

MARIA VALERIA DE ANDRADE CRUZ : 560.104.193-87

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data: 18/07/2017
Nome: MARFRA HERBEN SILVA BANDEIRA
CPF/CNPJ: 985.659.743-91

MARFRA HERBEN SILVA BANDEIRA

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 18/07/2017
Nome: MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE
CPF: 890.278.843-15

MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170398091 **Cidade:** Pentecoste **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA VALERIA DE ANDRADE CRUZ **Data do acidente:** 07/03/2017 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURAS DE COSTELAS, FRATURA DE ACETABULO DIREITO E FRATURA DE PUNHO ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: DEFICIT FUNCIONAL LEVE NO PUNHO ESQUERDO E DEFICIT FUNCIONAL LEVE NO QUADRIL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR DAS LESOES COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA NO ANTEBRAÇO ESQUERDO. EVOLUIU SEM DEFICIT DA FUNCAO RESPIRATORIA COM BLOQUEIO LEVE DA FLEXO / EXTENSÃO DO PUNHO A ESQUERDA E COM BLOQUEIO LEVE DA ABDUÇÃO E ADUCAO DO QUADRIL DIREITO. ESTA DE ALTA MEDICA.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.
APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 10/08/2017

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR - APÓS AVALIAÇÃO DOS DOCUMENTOS OPTADO POR MANTER A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO EXAMINADOR. -

Médico examinador: FLAVIO EDUARDO PARO HADDAD

CRM do médico: 10570

UF do CRM do médico: SC

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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

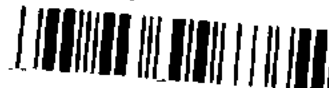
Médico revisor: MARCUS HERRERA R ALMEIDA

CRM do médico: 52.20028-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: MARIA VALÉRIA DE ANDRADE CRUZ

Nacionalidade: BRASILEIRA

Est.Civil: SOLTEIRA

Profissão: RECLAMANTE

Identidade: 2008010201994

CPF: 560.104.193.87

Endereço: rua pombal 399

RECEBEMOS

7 8 JUL 2017

Maria Geacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
Nº 21.487.736/0001-06

OUTORGADO:

Nome: MAIRA HERBEN B M NASCIMENTO

Nacionalidade: BRASILEIRA

Est.Civil: CASADA

Profissão: RECLAMANTE

Identidade: 99099036560

CPF: 98565974391

Endereço: rua salic

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meubastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, afim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou, requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, - enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima

Pentecoste, 26 de Junho 2017

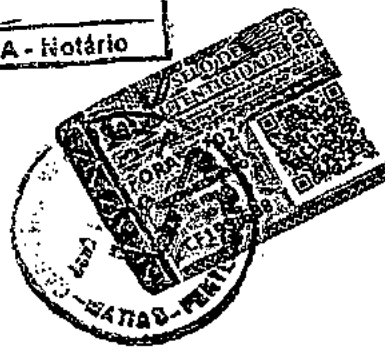
Local e data

Maria Valéria de Andrade Cruz

Assinatura do Outorgante

(reconhecer firma por autenticidade)

CARTÓRIO VERÇOSA
 Distrito de Matias - Pentecoste - Ceará
 Reconheço por assinatura a autenticidade
 atestando: Maria Cecineide F. Nobre
 Deu fé. Matias, 18 de Jul de 2017.
 Em testemunho da verdade
JOSE HERCULANO VERÇOSA
 JOSÉ HERCULANO VERÇOSA - Notário



NECEBEMOS

18 JUL 2017

Maria Cecineide F. Nobre
 Corretora de Seguros Etc.
 CNPJ 21.487.736/0001-00