

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: Mania Bezema dos Santos Oliveira
DATA DE NASCIMENTO: 29 / 10 / 1980 ESTADO CIVIL: _____
CPF: 042.221.864-22 RG: 98029097224 PROFISSÃO: _____
ENDEREÇO: SITIO MACAUBO, ZONA RURAL DE BARBALHA
BAIRRO: ZONA RURAL CIDADE/ESTADO: BARBALHA - CE

OUTORGADO: Dr. **MILTON CORREIA DE ALMEIDA**, brasileiro, solteiro, Advogado, inscrito na OAB-CE sob o número 22660, com escritório profissional localizado na Rua São Francisco, n°. 47A, CEP.: 63.031-010, Centro, Juazeiro do Norte-CE.

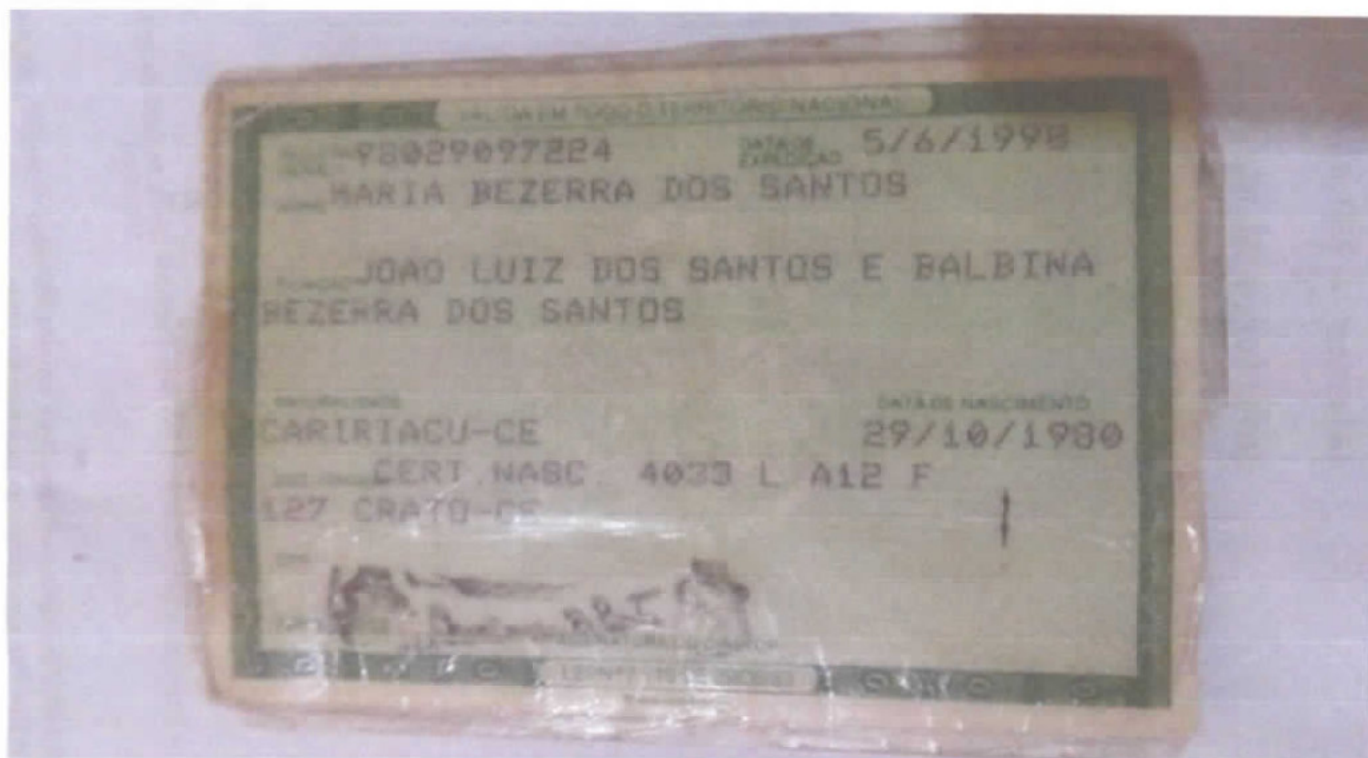
PODERES: O(a) outorgante confere ao outorgado amplos poderes para o foro em geral, com cláusula "ad judicia et extra", para representá-lo(s)(a) em repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, autarquias, para tratar de assuntos do seu interesse, assinando requerimentos e outros papéis, requerer benefícios previdenciários e suas revisões, transformações, desistências, obter vistas em procedimento administrativo, conferindo-lhe ainda poderes para em qualquer juízo, Instância ou Tribunal, propor ações revisional e/ou concessão de benefício, seguindo-a até o final, utilizando-se dos recursos legais e acompanhando-os sendo expressamente autorizados a confessar, prestar depoimento pessoal, desistir, renunciar valores excedentes ao teto em razão do procedimento especial, transigir, firmar compromissos e acordos, receber e dar quitação, receber alvarás, levantar valores existentes em contas judiciais, precatórios, RPV, deduzindo e compensando os seus créditos pessoais por despesas de verba honorária contratual, e as decorrentes da sucumbência, nas respectivas prestações de contas, receber intimações, citações administrativas ou judiciais, agindo tudo em conjunto ou separadamente, requerer e assinar para o completo desempenho, deste mandato, inclusive substabelecer com ou sem reserva de poderes.

DECLARAÇÃO DE POBREZA:

O(a) outorgante declara, que não tem condições de arcar com as custas processuais sem prejuízo do sustento próprio e da família, necessitando, portanto, dos benefícios da justiça gratuita, nos termos da Lei 1.060/50.

Juazeiro do Norte - CE, 12 de ABRIL de 20 14.

Mania Bezema dos Santos Oliveira



RECEBIDO EM:

10 / 11 / 18

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

MARIA BEZERRA DOS SANTOS

CPF da Vítima

042221864-22

Data do Acidente

12/06/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

João do Norte 13 de NOVEMBRO de 2018

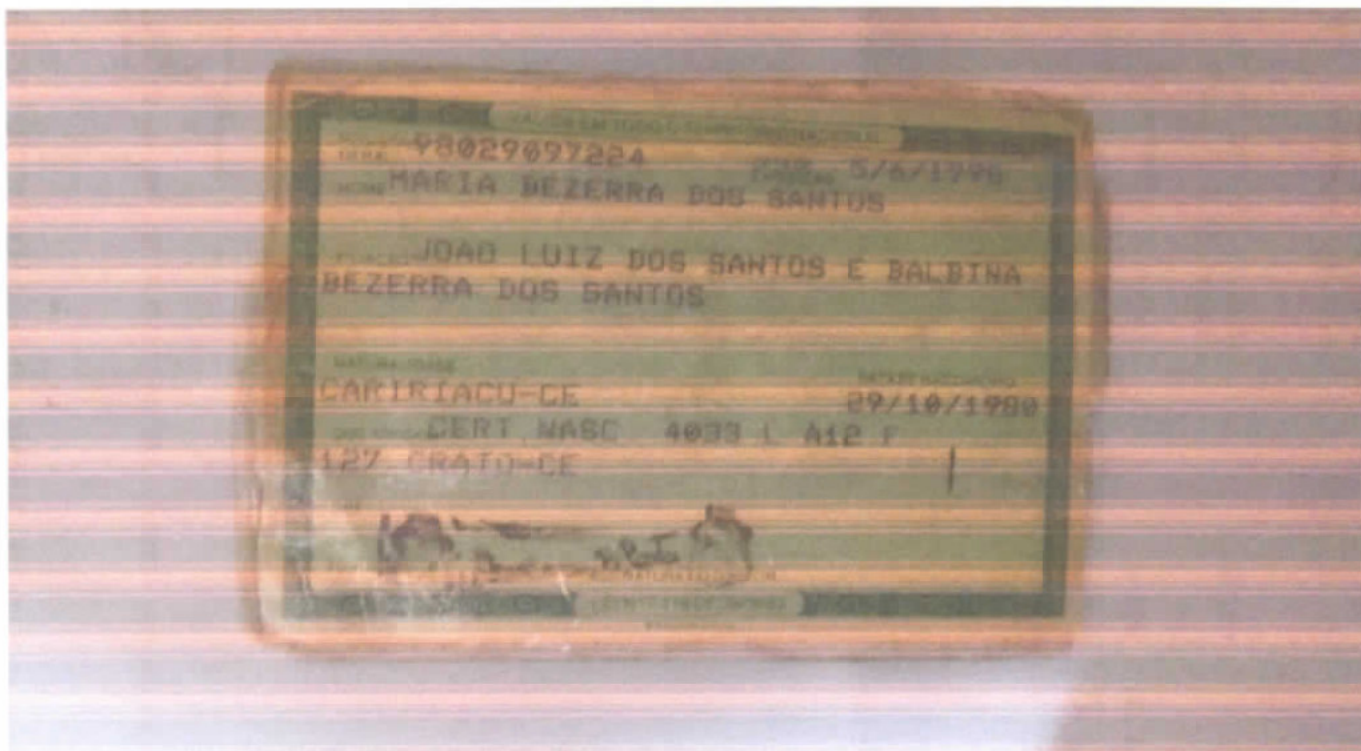
Local e Data

maria Bezerra dos Santos Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

16 / 11 / 18



[illegible]


MINISTÉRIO DA FAZENDA
 Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
MARIA BEZERRA DOS SANTOS OLIVEIRA

Nº de Inscrição Data de Nascimento
042221864-22 **29/10/50**



Emitido em: 06/05/01

VÁLIDO EM TODOS O TERRITÓRIO NACIONAL

MARIA BEZERRA DOS SANTOS OLIVEIRA

Nº de Inscrição: 042221864-22

Data de Nascimento: 29/10/50

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, emitido e registrado nos termos, regras e procedimentos da legislação vigente.



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

Impresso nº 201812546

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 421 - 2238 / 2018



Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **19/09/2018 14:34:51**
Data / Hora da Ocorrência: **12/06/2018 16:30:00**
Endereço da Ocorrência: **SITIO TABULEIRO**
Complemento:
Bairro: Município: **BARBALHA/CE**
Ponto de Referência: **PRÓXIMO DA VILA ARAJARA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MARIA BEZERRA DOS SANTOS**
Nascimento: **29/10/1980** CPF: **042.221.864-22**
RG: **98029097224** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **BALBINA BEZERRA DOS SANTOS**
JOAO LUIZ DOS SANTOS

Endereço: **SITIO MACAUBA**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **BARBALHA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 98126-9546**

Nome: **ANGELA MARIA BEZERRA OLIVEIRA**
Nascimento: **24/11/1998** CPF: **074.670.723-17**
RG: **2008723235-3** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA BEZERRA DOS SANTOS OLIVEIRA**
JOAQUIM ANTONIO DE OLIVEIRA PESSOA
Endereço: **SITIO MACAUBA DE CIMA, 3269**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **BARBALHA/CE** CEP: **63.180-000**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 98133-3308**

Noticiante(s)

Nome: **MARIA BEZERRA DOS SANTOS**
Nascimento: **29/10/1980** CPF: **042.221.864-22**
RG: **98029097224** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **BALBINA BEZERRA DOS SANTOS**
JOAO LUIZ DOS SANTOS
Endereço: **SITIO MACAUBA**
Bairro: **ZONA RURAL** CEP:
Município: **BARBALHA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 98126-9546**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PNF1619** Uf: **CE** Município: **BARBALHA** Chassi:
9C2KD0810GR474793 Renavam: **1101916009** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/NXR160 BROS ESDD** Ano
Fabricação: **2016** Ano Modelo: **2016** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **PRETA** Proprietário: **JOAQUIM ANTONIO DE OLIVEIRA PESSOA**
Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **NORMAL**

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCONDES YURI DE SOUSA DAMASCENO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 12/04/2019 às 16:38, sob o número 00055451620198060043. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0005545-16.2019.8.06.0043 e código 46EA06D.

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA

Impresso nº 201812546

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 421 - 2238 / 2018

**Histórico**

AFIRMA A NOTICIANTE ADVERTIDA NAS PENALIDADES DOS ARTS 340 E 342 DO CP QUE SOFREU ACIDENTE DE TRÂNSITO NO LOCAL E HORÁRIO MENCIONADOS; QUE NO DIA DO FATO ERA CONDUTORA DO VEÍCULO PN 1619; QUE O VEÍCULO ENCONTRA-SE EM NOM E DE SEU ESPOSO JOAQUIM ANTÔNIO DE OLIVEIRA PESSOA; QUE NÃO INGERIU BEBIDA ALCOÓLICA; QUE BOSSUI CNH; QUE ESTAVA NA CONDIÇÃO DE PASSAGEIRA SUA FILHA ANGELA MARIA BEZERRA OLIVEIRA, RESIDENTE COM A NOTICIANTE; QUE ESTAVA TRAFEGANDO NA VELOCIDADE PERMITIDA QUANDO A CÂMARA DE AR DO PNEU DIANTEIRO DE SEU VEÍCULO ESTOUROU E NO MEIO DE UMA CURVA PERDEU O CONTROLE DA MOTO; QUE POR ISSO ACABARAM ENTRANDO NUM MATAGAL VINDO A CAIR EM UM BURCAO; QUE NO MOMENTO QUEBROU O PÉ, MAS CONSEGUIU LEVANTAR E GRITAR POR SOCORR; QUE POPULARES QUE PASSARAM NO LOCAL AS SOCORRERAM PARA O HOSPITAL; QUE A NOTICIANTE FOI ATENDIDA NO HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO EM BARBALHA-CE, COM UM FRATURA NO PÉ DIREITO; QUE SUA FILHA FOI SOCORRIDA E LAVADA PARA O HOSPITAL SANTO ANTÔNIO DE BARBALHA-CE, COM FRATURA NO NARIZ E ESCORIAÇÕES PELOS CORPO; QUE FORAM APRESENTADAS NA DELEGACIA FICHA DE ATENDIMENTOS HOSPITALARES, BEM COMO DEMAIS DOCUMENTOS AUTENTICADOS; QUE TESTEMUNHAM O FATO MARIA DO SOCORRO DE OLIVEIRA PESSOA, RESIDENTE NO SÍTIO MACAÚBA DE CIMA, Nº 3265, ZONA RURAL DE BARBALHA-CE E LARISSA PESSOA ALENCAR, RESIDENTE NO SÍTIO MACAÚBA, 3269, ZONA RURAL DE BARBALHA-CE; QUE REGISTRA A OCORRÊNCIA PRA FINS DE DPVAT; E NADA MAIS DISSE.//////////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

ANA PAULA GONÇALVES AVELINO - MAT.: 301119-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Maria Bezerra das Santos Oliveira

VISTO DO DELEGADO(A) :

FRANCISCO MARCELO MOURA DE ALMEIDA - MAT.: 133829-1-3

x Angela Maria Bezerra Oliveira

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCONDES YURI DE SOUSA DAMASCENO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 12/04/2019 às 16:38, sob o número 00055451620198060043. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0005545-16.2019.8.06.0043 e código 46EA06D.



**HOSPITAL MATERNIDADE
SÃO VICENTE DE PAULO**
Av. Cel. João Coelho, 299- Barbalha - Ceará

Nome: _____
Nº doc. _____

A paciente Auxilia
Azeite Bezerra Oliveira.
Foi admitida neste
mês no dia
26 de junho no
correlativo com a
transa no parto
em consequência de
obstáculo obstétrico.
A paciente foi
suscetível a uma
cerveja e paratuberculose
e foi constatado
febre nos ossos
porque no met.

Dr. (a) _____
Voltando à consulta traga esta receita

50.474



**HOSPITAL MATERNIDADE
SÃO VICENTE DE PAULO**
Av. Cel. João Coelho, 299- Barbalha - Ceará

Nome: _____
Nº doc. _____

A paciente foi
suscetível a
transa com
para a saúde dos
seus filhos e
menor no dia
19 de junho no
correlativo com.

Devido a
transa que
relevo a
cerveja por tuberculose
resistente a
CS 4.987.60

Dr. (a) _____
24/07/2018

Dr. Jorge L. G. Alencar
CRO: 1548

Voltando à consulta traga esta receita

50.474



12/06/2018
Data de Emissão

Ficha de Anamnese de Urgência/Emergência

Unidade Prestadora: HOSPITAL MATERNIDADE SAO VICENTE DE PAULO

SENHA:

Dados do Paciente

Nome: **MÁRIA BEZERRA DOS SANTOS OLIVEIRA**

Paciente: 46038

Nome da Mãe: BALBINA BEZERRA DOS SANTOS

Sexo: FEMININO

Data Nascimento: 29/10/1980

Idade: 37 Anos / 7 Meses / 14 Dias

Endereço: SÍTIO MACAUBA

Bairro: ZONA RURAL

CEP: 63180000

Cidade: BARBALHA

Telefone: 88(88) (88)88150009

Profissão Declarada: DO LAR

Atendimento



Número:

Dados do Atendimento

Data: 12/06/2018

Hora: 18:19:21

CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO

Especialidade: CLINICO GERAL

Serviço

CLINICA GERAL

Queixas:

T:

PA:

P:

FARMACOVIGILÂNCIA Alérgico: () Sim () Não A que?

Hora médica: _____

*Há do trauma a mãe foi ferida
e machucada em tórax, limitação de
movimento de m.s. e p.s.*

Hipótese Diagnóstica:

torção

Cód. COD 10:

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Procedimento

☒ Imagem: *Bx 1*

☐ Laboratório:

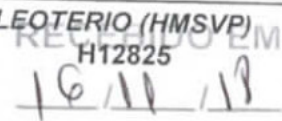
☐ Outros:

Conduta

*Ultrassom Abdominal / 8:35
Exame físico + 40. EV: 8:35
Ar. Ortopédica*

Wagner Viana

Assinatura do Paciente ou Responsável





Hospital Maternidade São Vicente de Paulo

Radiologia - HMSVP

Atendimento: 3322440
Paciente.....: 46038 - MARIA BEZERRA DOS SANTOS OLIVEIRA
Solicitante.....: PAULO CESAR DAMASCENO SOLON (HMSVP)
Convênio.....: SUS - AMBULATORIO
Bloco.....: PRONTO SOCORRO ADULTO

Pedido.....: 834010
Idade.....: 37a 7m 28d
Atendido.....: 12/06/2018
Laudo.....: 12/06/2018

PÉ DIREITO

- Fratura no terço distal no 3º metatarso do pé direito.



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

042221864-22

MARIA BEZERRA DOS SANTOS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo MARIA BEZERRA DOS SANTOS		CPF titular da conta 04222186422	Profissão AUTONOMO
Endereço RUA-ST MACAUBA DE CIMA		Número 3269	Complemento
Bairro DISTRITO ARAJARA	Cidade BARBALHA	Estado CEARA	CEP 63180-000
Email luizcajuina@gmail.com			Telefone (DDD) (88)988570463

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		☐ SEM RENDA ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00		☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00	
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)				☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)							
AGÊNCIA NRO. 1957 (Informar dígito se existir)	D/V	CONTA NRO. 8745 (Informar dígito se existir)	D/V	AGÊNCIA NRO. (Informar dígito se existir)	D/V	CONTA NRO. (Informar dígito se existir)	D/V

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

7.º de NOBRE 13 de NOVEMBRO de 2018

Local e Data

Maria Bezerra dos Santos Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

RECEBIDO EM:

16 / 11 / 18

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Juáquin Antonio de Oliveira Pessoa,
 RG nº 2008895111, data de expedição 22/08/2014
 Órgão SSP/CE, portador do CPF nº 249125548-04, com
 domicílio na cidade de Barbalha, no Estado de
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Macauba, nº —,

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 MARIA BEZERRA dos Santos Oliveira o condutor era
MARIA BEZERRA dos Santos Oliveira

Veículo: HONDA/NXR160 BROS

Modelo: BROS 160 ESDD

Ano: 2016

Placa: PNF1619 CE

Chassi: 9C2K D0810GR121793

Data do Acidente: 12-06-2018

Local e Data: BARBALHA-CE 18/09/2018

Juáquin Antonio de Oliveira Pessoa
 Assinatura do Declarante

(Com reconhecimento de firma por autenticidade da assinatura)

MARIA BEZERRA dos Santos Oliveira
 Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

(Sem reconhecimento de firma)



RECEBIDO EM:
16/11/18

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 013867574358
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VA 01 01101916009 00000000000 2017
ODR. RENAVAM. R. A. TRC. EXERCÍCIO

JOAQUIM ANTONIO DE OLIVEIRA PESS
BARBOSA
/CE

24912554804
PLACA ANT./UF /CE

902KDOB10R474793
CHASSI

24912554804
PLACA

902KDOB10R474793
CHASSI

24912554804
PLACA

902KDOB10R474793
CHASSI

24912554804
PLACA

902KDOB10R474793
CHASSI

24912554804
PLACA

902KDOB10R474793
CHASSI

24912554804
PLACA

902KDOB10R474793
CHASSI

24912554804
PLACA

902KDOB10R474793
CHASSI

24912554804
PLACA

902KDOB10R474793
CHASSI

CE Nº 013867574358 BILHETE DE SEGURO DPVAT

SEGURO CERTIFICATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - 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 021 1204

VA 01 24912554804
ODR. RENAVAM. R. A. TRC. EXERCÍCIO

24912554804
PLACA

902KDOB10R474793
CHASSI

24912554804
PLACA

902KDOB10R474793
CHASSI

24912554804
PLACA

902KDOB10R474793
CHASSI

24912554804
PLACA

902KDOB10R474793
CHASSI

24912554804
PLACA

902KDOB10R474793
CHASSI

24912554804
PLACA

902KDOB10R474793
CHASSI

24912554804
PLACA

902KDOB10R474793
CHASSI

SEGURO DPVAT

SEGURO DPVAT

SEGURO DPVAT

SEGURO DPVAT

SEGURO DPVAT

SEGURO DPVAT

SEGURO DPVAT

RECEBIDO EM
16/11/18

