



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS – ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 998-A, Centro – Crateús-Ce
Cep. 63.702-885 – Celular/WhatsApp: (88) 99619 – 6396 – E-mail: deranysantos@hotmail.com

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome: <i>João Paulo Santos dos Prazeres</i>	Nacionalidade: BRASILEIRA		
Estado Civil: <i>Solteiro</i>	Profissão: <i>Vigilante</i>	Carteira de Identidade: <i>2004021048235</i>	
CPF nº: <i>032.298.243-00</i>	Residência: <i>Rua Manoel Rattis Fonteles, es</i>		
Bairro: <i>Mangueiras</i>	Cidade: <i>Acarau</i>	Estado/UF: <i>Ceará</i>	CEP: <i>62.580.000</i>

OUTORGADO: ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/CE sob o nº 34.613; com endereço profissional na Rua Dr. João Tomé, nº. 998-A, Centro, município de Crateús/CE, CEP nº 63.702-885; Celular/WhatsApp: (88) 99619-6396.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o(a) outorgante nomeia e constitui, o outorgado, seu bastante procurador, conferindo-lhe os poderes da cláusula "ad judicium et extra", podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como conferindo os poderes especiais para promover a Ação Judicial competente para o **recebimento da indenização que lhe cabe, como beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo seguro DPVAT**, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT, participante do Convenio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, podendo representar em qualquer juízo com poderes para promover; acordos judiciais e extrajudiciais e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro **receber intimações para audiência e perícias médicas**, em nome do(a) outorgante, substabelecer com ou sem reservas, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

Crateús – CE., 10 de junho de 2019.

João Paulo Santos dos Prazeres
(outorgante)



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS – ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 998-A, Centro – Crateús-Ce
Cep. 63.702-885 – Celular/WhatsApp: (88) 99619 – 6396 – E-mail: deranysantos@hotmail.com

DECLARAÇÃO DE POBREZA

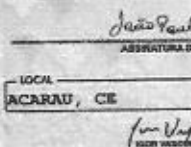
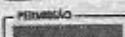
Declarante: <i>João Paulo Santos dos Prazeres</i>		Nacionalidade: Brasileira
Residência: <i>Rua Manoel Rattes Fonteles, 15</i>		Profissão: <i>Vigilante</i>
CPF nº: <i>032.298.243-00</i>	RG nº: <i>2004021048235</i>	Estado Civil: <i>Solteiro</i>
Bairro: <i>Monquitos</i>	Cidade: <i>Acoran</i>	Estado/UF: <i>Ceará</i>
CEP: <i>62.580.000</i>	Telefone:	

DECLARO para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com custas processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Crateús - Ce., 10 de *fevereiro* de 2019.

João Paulo Santos dos Prazeres
Declarante

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA SEGURANÇA DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO E CONTRABANDO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO		CE
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1496871375		NOME JOAO PAULO SANTOS DOS PRAZERES
		DOC. IDENTIDADE / ORDEMADOR DE 2004021048235 SSPDS CE
		CPF 032.298.243-00 DATA NASCIMENTO 06/11/1986
		PRIMAÇÃO JOSE ANTONIO DOS PRAZERES RITA MARIA DOS SANTOS PRAZERES
PROIBIDO PLASTIFICAR 1496871375		PERMISSÃO  ACC  CANCELAR 
		Nº REGISTRO 06362185760 VALIDADE 30/07/2023 1ª EMISSÃO 30/04/2015
		OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÃO;
		LOCAL ACARAÚ, CE DATA EMISSÃO 24/08/2017
ASSINATURA DO EMISSOR 05364506666 CEL160502128		CEARÁ



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS - ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 998-A, Centro - Crateús-Ce
Cep. 63.702-885 - Celular/WhatsApp: (88) 99619 - 6396 - E-mail: deranysantos@hotmail.com

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Declarante: <i>João Paulo Santos dos Prazeres</i>		Nacionalidade: Brasileira
Residência: <i>Rua Manoel Rattes Fontelles, es</i>		Profissão: <i>Vigilante</i>
CPF nº: <i>032.298.243-00</i>	RG nº: <i>2004021048235</i>	Estado Civil: <i>Solteiro</i>
Bairro: <i>Mangibós</i>	Cidade: <i>Crateús</i>	Estado/UF: <i>Ceará</i>
CEP: <i>62.580-000</i>	Telefone:	

DECLARO que resido no endereço acima citado e forneço os dados pessoais, documentos e demais declarações para a propositura de Ação Judicial em desfavor de qualquer seguradora conveniada DPVAT- FENASEG, E QUE FUI VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO. Sendo de minha total responsabilidade a declaração de invalidez ou óbito fornecida.

Crateús - Ce., 10 de *junho* de 2019.

João Paulo Santos dos Prazeres
(declarante)



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B 4 | N° 522351568

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE

CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica

forçada pela Lei nº 10.438 de

26 de abril de 2002

Esta é a segunda via de
ABR/2018Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conoscoN° DO CLIENTE
4543881 PV **1**VENCIMENTO
25/05/2018TOTAL A PAGAR (R\$)
58,12

DESCRIÇÃO DA CONTA

Rota 15 035020 07 048000

Medidor

Poste

Nome FRANCISCA VALERIA DO NASCIMENTO

1392438

0000 A365

Endereço Postal

End. da Unidade RU MANOEL RATTES FONTELES 00000 CS SN MONGUBAS ACARAU
Consumidora 62580000

RG / CPF / CNPJ 056.109.913-82

CGF

Classe 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA

Fator de Potência

0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual Leitura Anterior Constante Consumo (kWh) Consumo Incl. Consumo Faturado

FP 6780

6693

1

87

0

87

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/
ApresentaçãoPrev. Próxima
Leitura

20/04/2018

22/05/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

BE6F.63BD.6F8A.9DB1.C36F.D70C.3AA5.CB5A

ICMS

Base de Cálculo (R\$)

Aliquota

Valor do Imposto

ISENTO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

JUROS DO MES

0,08

PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA S. BAIXA RENDA

1,26

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT

6,48

COB. SALDO FATURA ANTERIOR

28,30

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂)Compensado kg (CO₂)Consciência Ecológica(%CO₂)

0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

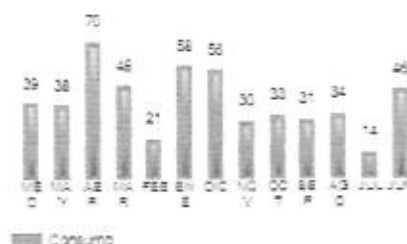
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 9,44

Conjunto ACARAU

Mês: FEV/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	5,19	10,38	20,77	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	3,30	6,60	13,20	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	2,94			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

N° do Cliente:

4543881-1

N° da Nota Fiscal: 522351568

Total a Pagar (R\$): 58,12

Data de Emissão:

16/05/2018

Referência: ABR/2018

N° de Controle: 0004543881 00079 4384 2 30

83860000000-0 58120031000-1 00045438810-1 00794384243-0





BOLETIM DE Ocorrência Nº 403 - 1671 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **05/05/2016 16:28:59**
Data / Hora da Ocorrência: **23/04/2016 08:00:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA CE 085 1ª PONTE SAINDO ACARAU P/ CRUZ/CE**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **ACARAU/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOAO PAULO SANTOS DOS PRAZERES**
Nascimento: **06/11/1986** CPF: **032.298.243-00**
RG: **2004021048235** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **RITA MARIA DOS SANTOS PRAZERES**

Endereço: **RUA MANOEL RATTES FONTELES, SN**
Bairro: **TRAVESSA MONGUBAS** CEP:
Município: **ACARAU/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 9699-6271**

Histórico

informa a vítima que no dia 23 de abril de 2016, por volta das 08:00h conduzia a motocicleta HONDA CG 125 FAN ES, placa OCI3140, cor PRETA de propriedade da vítima quando o mesmo foi surpreendido por um buraco na pista, tombou e foi arremessado ao solo; QUE é pessoa habilitada CNH nº 06362185760 e encontrava-se fazendo uso de capacete no momento do acidente; QUE foi socorrido por populares que não sabe identificar pelo nome que ajudaram a vítima a levantar a moto; QUE conseguiu retornar a conduzir a moto e dirigiu-se até o Hospital Moura Ferreira, onde recebeu atendimento médico; QUE ficou diagnosticado com fratura na clavícula esquerda; QUE ficou imobilizado com tipoia desde o dia do acidente até o dia de hoje e tomou conhecimento por meio do Médico que deverá ficar fazendo uso da tipoia durante 30 (trinta) dias, pelo que se não conseguir cicatrizar a clavícula, precisará fazer procedimento cirurgico; QUE não sabe informar quanto custará o possível procedimento cirurgico; QUE até o presente momento gastou cerca de R\$500,00 (quinhentos reais) com tipoia, medicação e transporte; QUE precisará fazer o retorno ao médico e não sabe informar quanto irá gastar com o tratamento de sua clavícula; QUE foi ao Hospital Santa de Misericórdia de Sobral na companhia de sua esposa FRANCISCA VALERIA DO NASCIMENTO e de sua mãe RITA MARIA DOS SANTOS PRAZERES; nada mais informou. ///

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE ACARAU

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

JOSBERTO FRANCISCO BARBOSA VIEIRA - MAT.: 300111-1-2

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

João Paulo Santos dos Prazeres

VISTO DO DELEGADO(A) :

JOSE EDILSON DE OLIVEIRA SOBRINHO - MAT.: 1290614



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 403 - 1397 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **NAO DELITUOSA**
Data / Hora da Comunicação: **25/06/2018 14:40:57**
Data / Hora da Ocorrência: **23/04/2016 08:00:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA CE 085 1ª PONTE SAINDO ACARAU**
Complemento:
Bairro: Município: **ACARAU/CE**
Ponto de Referência:

Noticiante(s)

Nome: **JOAO PAULO SANTOS DOS PRAZERES**
Nascimento: **06/11/1986** CPF: **032.298.243-00**
RG: **2004021048235** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **RITA MARIA DOS SANTOS PRAZERES**
JOSE ANTONIO DOS PRAZERES
Endereço: **RUA MANOEL RATTES FONTELES, SN**
Bairro: **TRAVESSA MONGUBAS** CEP:
Município: **ACARAU/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 9699-6271**

Histórico

Complementa ao B.o Nº.403-1671/2016.

Informa que a motocicleta em que estava no dia de seu acidente era uma Honda CG/125 FAN ES, placa OCI 3140; chassi 9C2JC4120CR518032, ano/mod. 2011/2012, cor preta, renavan 416353436, registrada em seu nome; Nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE ACARAU

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

CONCEIÇÃO SOUZA SANTOS - MAT.: 30117514

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

João Paulo Santos dos Prazeres

VISTO DO DELEGADO(A) :

EVERTON JOSÉ PESSE - MAT.: 300854-1-8

Guia de atendimento - RECEPCAO

Prontuário: 024560

Atendimento: 0005

Guia Aut:

Paciente: JOÃO PAULO SANTOS DOS PRAZERES

Sexo: M

RG : 2004021048235

CNS: 898002997141828

Data Nascimento: 06/11/1986

Idade: 29 Ano(s)

Pai: JOSE ANTONIO DOS PRAZERES

Mãe: RITA MARIA DOS SANTOS

Endereço: RUA EULINA MAGALHAES, SN

Telefone:

Bairro: TRAV.MONGUBAS

Município: ACARAU

UF: CE

Profissão: VIGILANTE

Empresa:

Convênio: SUS

Matrícula: 898002997141828

Cônjuge:

Responsável: RITA MARIA DOS SANTOS

Endereço: RUA EULINA MAGALHAES, SN

Município: ACARAU

UF: CE

Data Atendimento: 23/04/2016

Hora: 08:48

CID:

Sala:

Médico: ANTÔNIO JOSÉ CASTILLO BONILLA

Tipo Atendimento:

Peso: kg Sinais Vitais: T (°C):

P (bpm):

CRM/UF: 128795/SP
Funcionário: SUZANE MAYARA ALVES

R (mpm): PA (mmHg): X

Altura (cm):

Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta

() Consulta Simples () Consulta com Medicação () Observação () Encaminhado p/ Internação () Curativo

() Procedimento Enfermagem () Sutura () Procedimento Cirúrgico () Não Aguardou Atendimento

Q.P.

HDA

Exame Físico

Exames Solicitados

Diagnóstico

Prescrição Médica

Horário

diclofenac 50mg	
em o - 60	
neobiotização	

Evolução Médica

Alta em 1/1 Tipo de Alta: () Alta () Internação () Referência () Retorno () Retorno com SADT () Óbito

ANTÔNIO JOSÉ CASTILLO BONILLA

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: RITA MARIA DOS SANTOS

PAD - jar 2to da praxe
meu - Rifa Maria dos Santos



Hospital Maternidade Dr. Moura Ferreira

FICHA DE REFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM: _____

DISTRITO SANITÁRIO: _____

MUNICÍPIO: _____

Nome: _____

Sexo: M ☒ F ☐

Data de Nascimento: _____

Ocupação: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Telefone: _____

Motivo do Encaminhamento: _____

Resultado de Exames: _____

Conduta Realizada: _____

Impressão Diagnóstica: _____

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro _____

Função _____

Data _____

Hora _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: _____

Profissional: _____

Unidade de Referência: _____

Data: _____

Hora: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA

Unidade de Referência: _____

Município: _____

Prontuário Nº: _____

Alta: _____

Resumo Clínico / Cirúrgico: _____

Resultado de Exames: _____

Diagnóstico Principal: _____

Secundário 1 _____

Secundário 2 _____

CID: _____

CID: _____

CID: _____

Proposta de conduta para segmento _____

O problema justificou a referência? ☐ Sim ☐ Não

O motivo da referência coincide com o diagnóstico? ☐ Sim ☐ Não

Assinatura do Consultante - Nº Registro _____

Função _____

Data _____

Santa Casa de M. de Sobral
CONFERE COM O ORIGINAL
Andreia M. Montenegro Portela
COORDENADORA



96996271

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - EMERGÊNCIA ADULTA

Informações do Paciente:

Nº ACOLHIMENTO: 1434

cliqueta atendimento:

Aten: 4481159 Dt. Atende: 25/04/2016 - 12:45

Reg.: 975550 Dt. Nasci: 06/11/1986

Nome: JOAO PAULO DOS PAZES

End.: RUA MANOEL RATTES-FONTELES

TRAVESSA MUGUAG: ACARAU-CE; CEP: 62500000

Descrição da História Prévia do Atendimento:

PACIENTE 29a, VITIMA DE QUEDA DE MOTO A 3 DIAS COM TRAUMA EM CLAVÍCULA ESQUERDA.

Sinais Vitais do Paciente:

Pressão Arterial: /, Nº Pulso: , Nº Freq. Resp: , DX: , Temperatura: ,

Eu, João Paulo Souto dos Prazeres, () Paciente ()
Responsável (Grau de Parentesco) _____, RG Nº _____,
declaro que:

1º) Recebi informações enquanto a classificação de risco, segundo Protocolo HumanizaSUS, e sobre o tempo máximo de espera para o atendimento; considerando que a classificação vermelha (Emergência) merece atendimento imediato, classificação amarela (urgência) com orientação de tempo de espera até 50 minutos, classificação verde (não - urgente) com orientação de tempo de espera até 120 minutos, e classificação azul (atendimento ambulatorial) com orientação de tempo de espera de até 240 minutos.

2º) Estou ciente que caso venha a ter alguma complicação durante o tempo de espera que venha a agravar o meu quadro de saúde, deverá ser feita uma reclassificação pelo Enfermeiro plantonista do Acolhimento com Classificação de Risco.

3º) Li, concordo com as informações registradas na ficha de primeiro atendimento, as quais informei ao profissional de saúde o qual realizou meu acolhimento onde afirmo a veracidade das mesmas.

Sobral/CE, _____ de _____ de _____ às _____

João Paulo Souto dos Prazeres
Assinatura do Paciente ou Responsável

Santa Casa de M. de Sobral
CONFERE COM O ORIGINAL
Andreia M. M. Portela
COORDENADORA

TIPO DE TRAUMA

- ☐ TCE ☐ ABDOMINAL ☐ TORÁCICO ☐ ORTOPÉDICO ☐ POLITRAUMA
☐ ESPANCAMENTO ☐ VIOLÊNCIA SEXUAL
☐ PAI ☐ MÃE: ☐ OUTROS ☐ PAI ☐ PADASTRO ☐ DESCONHECIDO

HORA DO ATENDIMENTO MÉDICO: _____

HDA DO MÉDICO: _____

fratura do crânio
fb conservada

CONDUTA: _____

DIAGNÓSTICO: _____

osteomielite
fratura do crânio

Ass. Médico - CRM

Dr. Thales Arcanjo
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-CE: 11811 - TEOT: 13542
 CFF: 977.595.703-68

MOTIVO DO ATENDIMENTO

- ☐ CLÍNICO ☐ CARDIOLÓGICO ☐ NEUROLÓGICO ☐ OFTALMOLOGICO
☐ CIRÚRGICO ☐ TRAUMAT. ORTOPÉDICO ☐ OTORRINO ☐ ODONTOLÓGICO
☐ TENTATIVA DE SUICÍDIO ☐ OUTROS

DESTINO DO ATENDIMENTO: ☐ CONSULTA

- ☐ COM MEDICAÇÃO
☐ SEM MEDICAÇÃO

- ☐ ALTA COMPLEXIDADE
☐ INTERNAÇÃO

☐ CLÍNICO☐ CIRÚRGICO

OBSERVAÇÃO: DESTINO

- ☐ INTERNADO: ☐ CLÍNICO ☐ CIRÚRGICO
☐ ALTA
☐ TRANSFERÊNCIA ☐ HOSPITAL DE ORIGEM ☐ OUTROS

ALTA DO PACIENTE

Data: ____/____/____

Hora: ____:____

Santa Casa de M. de Sobral
 SAME
 CONFERE COM O ORIGINAL
Andréia R. Montenegro Portela
 COORDENADORA



Rio de Janeiro, 13 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: JOAO PAULO SANTOS DOS PRAZERES
Nº Sinistro: 3180304469
Vitima: JOAO PAULO SANTOS DOS PRAZERES
Data do Acidente: 23/04/2016
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: FRANCISCA VALERIA DO NASCIMENTO

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180304469**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **Sabemi Seguradora S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

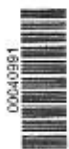
Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01681/01682 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13092795