

Rio de Janeiro, 21 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **GUSTAVO ESDRAS DE SA CAVALCANTE**

Nº Sinistro: **3180280360**

Vitima: **GUSTAVO ESDRAS DE SA CAVALCANTE**

Data do Acidente: **20/07/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180280360**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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

Carta nº 12991230



Rio de Janeiro, 22 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: GUSTAVO ESDRAS DE SA CAVALCANTE

Nº Sinistro: 3180280360

Vitima: GUSTAVO ESDRAS DE SA CAVALCANTE

Data do Acidente: 20/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180280360**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, 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



Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180280360

Vítima: GUSTAVO ESDRAS DE SA CAVALCANTE

Data do Acidente: 20/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), GUSTAVO ESDRAS DE SA CAVALCANTE

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

702 403 404-18

Nome completo da vítima

Gustavo B. de Sá Pauleante

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Gustavo Eodras de Sá Pauleante	CPF titular da conta	702 403 404-18	Profissão	autônomo
Endereço	Rua Maria Pacheco	Número	1.004	Complemento	
Bairro	Quitzeiro	Cidade	João Pessoa - PB	Estado	Pernambuco
Email		CEP	58088520	Telefone (DDD)	996476765

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à 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

CONFERIDO COM O ORIGINAL

☐ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☒ ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 2.000,00

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAU (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº

0036

(Informar dígito se existir)

D/V

CONTA

Nº

87976

D/V

0

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

BANCO

Nome

SINCOR/PB

AGÊNCIA

Nº

19 JUN. 2018

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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.

João Pessoa, 30 de maio de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SINCOR/PB

19 JUN. 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL

CAIXA
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

AUTO-ATENDIMENTO - AG. CABO BRANCO

DATA: 30/05/2018

HORA: 15:41:51

TERMINAL: 00361081

CONTROLE: 003610810205

AGÊNCIA: 0036 - CABO BRANCO

CONTA: 013.00087978-0

CLIENTE: GUSTAVO E DE SA CAVALCANT

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

MOVIMENTAÇÃO

DATA	NR.DOC	HISTÓRICO	VALOR
		SALDO ANTERIOR	0,00
		RESUMO EM 29/05	
		SALDO	0,00
		RESUMO DO DIA	
		SALDO BLOQUEADO	0,00
		SALDO DISPONÍVEL	0,00
		SALDO TOTAL	0,00

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

CONHEÇA A NOVA TABELA DE TARIFAS NO SITE
CAIXA.GOV.BR/VOCE



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02039.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02039.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:21 horas do dia 08 de novembro de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Gustavo Esdras de Sá Cavalcante**, CPF nº 702.403.404-18, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Maria Lúcia de Sá e João de Sá Cavalcante, natural de Catolê do Rocha/PB, nascido(a) em 10/03/1996 (21 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Marta Pacheco, Nº 1004, bairro Oitizeiro, tendo como ponto de referência Oficina do Mazinho, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99647-6765.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av. Cruz das Armas, Em Frente Ao Posto Frei Damião, João Pessoa/PB, bairro Cruz das Armas; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 20/07/17 21:20h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia a MOTOCICLETA HONDA/XRE 300, PRETA, 2013/2013, PLACA OGG5296/PB, CHASSI 9C2ND1110DR019111, registrada em nome de VINICIUS RODOLFO SILVA SOUZA, pela faixa esquerda da Av. Cruz das Armas, sentido Jaguaribe/Oitizeiro, quando estava passando pelo retorno da mesma via foi surpreendido pelo VEÍCULO PEUGEOT 206, PLACA MNN2581/PB, conduzido por MAISA LARISSA VILAR MENDES, que interceptou sua passagem, sendo assim não foi possível evitar o acidente e o noticiante veio a colidir na lateral traseira do PEUGEOT; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 1504/2017, EXPEDIDA PELA DRª ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM/PB 3883, DATADO DE 13.10.2017, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

João Pessoa/PB, 08 de novembro de 2017.


FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação


GUSTAVO ESDRAS DE SÁ CAVALCANTE
Noticiante



CONFERIDO COM O ORIGINAL

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 04 21204 (segunda a sexta - 9h às 18h) (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

Gustavo Esdras de Sá Cavalcante

CNPJ da Vítima

70240340418

Data da Ausência

21-07-2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CNPJ do Representante Legal

Email

Telefone - Celular

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;
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícia para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícia 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, solicito diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento do meu pedido de indenização sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, com a realização da perícia por esta 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.



CONFERIDO COM O ORIGINAL

IPA 19 de junho de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Gustavo Eodias de Sá Cavaleante,

RG nº 4050997, data de expedição 07/05/12, Órgão SSP/PB

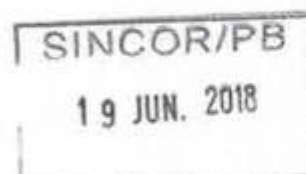
CPF nº 702 403 042-18 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Marta Pacheco</u>
Número	<u>Nº 1004</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Citizinho</u>
Cidade	<u>João Pessoa - PB</u>
Estado	<u>Paraíba - PB</u>
CEP	<u>58088520</u>
Telefone de Contato	<u>926 476765</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa 30/05/2018

Assinatura do Declarante: Gustavo Eodias de Sá Cavaleante



CONFERIDO COM O ORIGINAL



CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Lima, 229 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 08.123.854/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO

MATRICULA

498831

N.º OSP

17301310

NOTIFICAÇÃO DE DÉBITOS

IBRAIM NATA CAVALCANTE
AV MARTA PACHECO, 1004 - OTIZKEIRO JOAO PESSOA PB
58088- 520

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industria	Público	
001.017.010.0010.000.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
A96401085	06/05/1996	JARDIM	1107/110	1107/110		

Consta(m) em nossos registros pendência(s) de pagamento de conta anterior(es). Conforme previsto na Lei Federal 11.445, essa(s) pendência(s) sujeita(m) o imóvel a suspensão no fornecimento de água. Caso o débito já tenha sido quitado, há mais de 5 dias, desconsidere este aviso.

Para demais informações, entre em contato com a CAGEPA pelas Lojas de atendimento ou pela central telefônica de atendimento (115), gratuitamente.

SINCOR/PB

19 JUN. 2018

REF.	VENCIMENTO	VALOR(R\$)	REF.	VENCIMENTO	VALOR(R\$)
NOV/2017	23/11/2017	235,18			
DEZ/2017	23/12/2017	226,77			

CONFERIDO COM O ORIGINAL

EMISSÃO:

11/01/2018

Total a Pagar:

R\$ 461,95



MATRICULA N.º DO OSP EMISSÃO TOTAL A PAGAR
498831 17301310 11/01/2018 R\$ 461,95

82690000004 1 61950010001 8 00049883101 5 73013101215 7



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, VINICIUS RODOLFO SILVA SOUZA,
RG nº _____, data de expedição ____/____/____, Órgão _____,
portador do CPF nº 701.507.74-42, com Domicílio na cidade
de _____, no Estado de _____, onde
resido na (Rua/Avenida/Estrada) _____
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 Gustavo Eschas de Sá Cavalcante,
cujo o condutor era Gustavo Eschas de Sá Cavalcante

Veículo.....: HONDA XRE-300
Ano.....: 2013
Modelo.....: 2013
Placa.....: 0 GG 5296/PB
Chassi.....: 9C2ND1110DRO19111
Data do acidente.: 20.07.2017
Local e data.....: João Pessoa, 30.05.2018

X Vinicius Rodolfo Silva Souza
Assinatura do Declarante Proprietário
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

X Gustavo Eschas de Sá Cavalcante
Assinatura do CONDUTOR (quando a vítima for carona)
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)



CONFERIDO COM O ORIGINAL

SINCOR/PB

19 JUN. 2018

CERTIDÃO

Nº. 1504/2017

Atendendo solicitação de **GUSTAVO ESDRAS DE SÁ CAVALCANTE** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº46214 e Prontuário Nº 2017.07.0272 pertencente ao mesmo que foi atendido dia 21/07/2017 às 09H06min, vítima de colisão moto x carro, apresentando trauma em antebraço direito.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura dos ossos da mão direita. Realizado procedimento cirúrgico dia 21/07/2017 com alta médica dia 30/07/2017.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde de dados e assino a presente certidão.

João Pessoa, 13 de outubro de 2017

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883



Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



CONFERIDO COM O ORIGINAL



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	GUSTAVO ESDRAS DE SÁ CAVALCANTE
DATA DE NASCIMENTO	10/03/96
NOME DA MÃE	MARIA LUCIA DE SÁ

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.015.048
DATA DO ATENDIMENTO	20/07/17
HORA DO ATENDIMENTO	22:27
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO + FRATURA DO 5º METACARPO DIREITO + FRATURA DE FALANGE PROXIMAL DO 5º DEDO MÃO DIREITA
CID 10	S52.9 + S62.3 + S62.6

AVALIAÇÃO INICIAL:

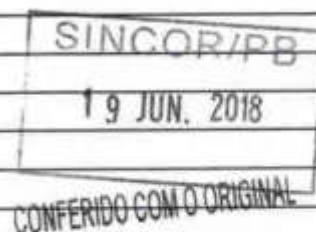
Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, consciente e orientado, apresentando ferimento corto-contuso em 1/3 proximal de perna direita e com deformidade anatômica em antebraço direito. Presença de ferimento corto-contuso no mento, sem sinais de fraturas dos ossos da face. Sutura do ferimento. Presença de fratura fechada de membro superior direito.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de perna direita
RX de joelho direito
RX de antebraço direito.

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura dos ossos do antebraço direito.
Fratura de 5º metacarpo direito.
Fratura de falange proximal do 5º dedo da mão direita.



TRATAMENTO:

Sutura do ferimento. Devido as fraturas o paciente foi transferido para o Ortotrauma de Mangabeira para tratamento cirurgico das fraturas, conforme pactuação. Tala axilo-palmar direita.

ALTA HOSPITALAR: 21/07/17
DATA DA EMISSÃO: 16/11/17

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

19 JUN. 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
702.403.404-18

Norme

Nome
GUSTAVO ESDRAS DE SA CAVALCANTE

Nascimento
10/03/1996

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012650813875

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 0059855510-2 00/00000000 2016

1 0059855510-2 00/00000000 2016

VINICIUS RODOLFO SILVA SOUZA

70150777442 06G5296/PB

NOVO PB 9C2ND1110DR019111

2016 19/07/2016

1 70150777442 06G5296/PB

00598555102 HONDA/XRE 300

2013 9 9C2ND1110DR019111

11VA PAGO EM 18/07/2016

0

SEGURO PAGO 12/07/2016

SEN RESERVA DE DOMÍNIO

0

JOGO PESSOA PB 14301 19/07/2016

34584

PB Nº 012650813875 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradora.com.br
SAC DPVAT 0800 082 1204

1 70150777442 06G5296/PB

00598555102 HONDA/XRE 300

2013 9 9C2ND1110DR019111

PRÊMIO TARIFÁRIO

***** ***** *****

***** SEGURO PAGO

***** 12/07/2016

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CEP: 01.040.000-00
www.seguradora.com.br

34584-1001446-20160719

SINCOR/PB

19 JUN. 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL