

Rio de Janeiro, 14 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190354161

Vítima: LUCAS ALVES

Data do Acidente: 29/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUCAS ALVES

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: LUCAS ALVES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000036

Conta: 000000080041-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DÁMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **70018055486** Nome completo da vítima: **Lucas Alves**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: **Lucas Alves** CPF: **70018055486**

Profissão: **Recuso** Endereço: **Rua Jornal e Liberal** Número: **30** Complemento: _____

Bairro: **Marcos Moura** Cidade: **Santa Rita** Estado: **PB** CEP: **58300-000**

E-mail: _____ Tel. (DDD): _____

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

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

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0036** ☐ CONTA: **00080041** **2** ☐

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) nos fins do requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência, ou
- ☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Por motivo assinado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder e a apresentação e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei nº 194/74, art. 3º, § 1º, declarando que esta ação não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu laudo.

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
3º MAIO 2019
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem a provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: **João Pessoa PB 30/05/19**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**





**SAMU
192**

REGIONAL JOÃO PESSOA

**PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME**



**SAMU
192**

REGIONAL JOÃO PESSOA

CNPJ 03.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 905/031, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2305171, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **LUCAS ALVES** idade 28 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Queda de Moto)** no dia 29/12/2018, na Rua do Rio, Bairro: Cruz das Armas - João Pessoa - aproximadamente às 10:30 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tarcísio Burity (Ortotrauma - Mangabeira).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 20 de Maio de 2019.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CREFIS nº 1011

SAMU 192 JP

Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 07/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUCAS ALVES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00036

CONTA: 000000080041-2

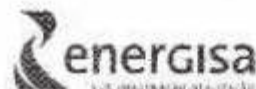
Nr. da Autenticação 3335310DE20AA680

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

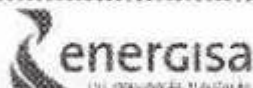
Reverso para pesquisa pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica. N° 023.711.731



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cidade Redentor - João Pessoa - PB - CEP 55071-680
CNPJ 02.095.182/0001-40 - Ins. Est. 14.015.523-0

DADOS DO CLIENTE		CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR		
JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE, 157 - SALA 05 JOÃO PESSOA		5/1698358-7		
REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
ABR/2019	18/04/2019	208	26/04/2019	R\$ 182,90

Acesse: www.energisa.com.br



SEMPRE NO

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA

Telefone: 32-005-202-0450

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 07/05/2019

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
26/04/2019	R\$ 182,90	1698358-2019-04-7



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Cleciانو Soares Dias,
RG nº 2936385, data de expedição 22/09/14
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 052.273.554-83,
com domicílio na cidade de Santa Rita, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R. Maria Tereza de Jesus, nº 46,
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
Lucas Alves, cujo o condutor era
Lucas Alves.
Veículo: moto Modelo: Honda / CG 150 Fan Ano: 2011
Placa: QFB 6490 Chassi: 9C2KC168DER586510
Data do Acidente: 29/12/18

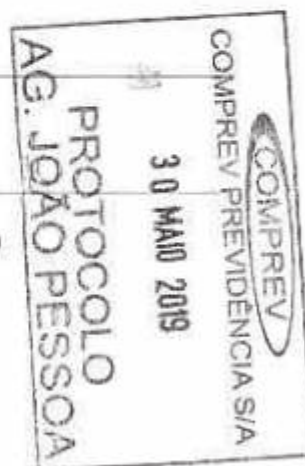
Local e Data:

Santa Rita, 21-05-19



Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



3º OFÍCIO DE NOTAS DE SANTA RITA - PB
Rua Siqueira Campos, 19, Centro, Santa Rita - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
CLECIANO SOARES DIAS
Doa R. Santa Rita/PB - 21/05/2019
Tabelião Bel: Renan Gonçalves Moniz
Selo Digital: AIQ33743-PQ81
Consulte a autenticidade em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Emol RS 9,91 ISS RS 0,50 Forpou RS 0,29 MP RS 0,16 Forp RS 1,98



CERTIDÃO

Nº. 0584/2019

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA 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 Ambulatorial nº193874 e Prontuário nº 2018.12.003431 pertencente a **LUCAS ALVES** que foi atendido dia 29/12/2018 às 11H38min, vítima de colisão moto x bicicleta, apresentando trauma em pé direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de lisfranc direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 29/12/2018 com alta médica dia 30/12/2018.

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

João Pessoa, 17 de abril de 2019

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

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

Ortopedia
Acidente de moto. Fratura - luxacao
Les Frank no pe (D.V.) Luxacao
metatarsos + fratura do 2º, 3º e 4º
e base do 4º metatarso.
Solucao TC do pe (P).

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Dr. Rodrigo Castro do Amaral
Ortopedista/Traumatologista
CRM-PB 4847-SBOT 8331

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residencia ☐ Transferido ☐ Desistencia ☐ UTI
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐

[Assinatura]

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Me

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1. Paciente em P.D.M. sem coxeteira
2. Aprimor do campo estéril
3. Anestesia + Anti-êmbrio

Incisão:

4. Incisão dorsal transectodermis do 2º para 3º MTT
e do 3º para 4º MTT.

Achados:

5. fr. lux do núcleo pº duro

Conduta:

6. Redução anômica fechada do 1º P.P.P. @ fixação com fio de K.
7. Redução anômica aberta do 2º/3º/4º MTT devido.
8. Limpeza com S.A.O. 97% esterilizada
9. Fechamento de pele
10. Lavativo estéril
11. Rx de controle
12. Imobilização Tala Bab com janela

Fechamento:

OBS:

- ① IM para ATB + abordagem farmacológica definitiva.

Data: ____/____/____

Dr. Felipe Bezerra
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 152.100

① H. Teracc.



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ []HTF

[]HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banho de Rio []Casa de Taipa

[]Trauma []Neo []Tabagismo

[]Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA= _____ mmHg

FC= _____ FR= _____ TEMP(°C)= _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas:

D. Fx. frax de transição deuto

Conduta:

D. Ao Blaco Cirurgico para Alexiclagem Cirurgica

C.O.: Rodrigo Amaral

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 25

Nome: Lucas Alves
 Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
 Nome da Mãe: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____
 Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
 Sexo: F () M (x) Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
 Escolaridade: _____ Data de Nascimento: _____

QPD: _____

HDA: FAIXA ou vestimenta deixado

Medicações em uso: NUNCA

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso _____ Kg em _____ [] Prurido
 [] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe
 [] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise
 [] Dispnéia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____

ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese
 [] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento

AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematuria
 [] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____

SME: [] Dor _____ [] Rigidez pós-reposou []
 [] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia []

SN e PSQ: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade _____
 [] Amnésia [] Libido [] Humor _____

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

NOME
 LUCAS ALVES

DOC. IDENTIDADE / CDS EMISSOR UF
 3906937 SSDS PB

CPF
 700.180.554-86 DATA NASCIMENTO
 27/07/1990

RACÃO
 JOSE NICOLAU NETO

ANA LUCIA SERAFIM
 ALVES

PERMISSÃO
 ACC CATIA

1º REGISTRO
 06237266651 VALORDE
 15/04/2019 1ª HABILITAÇÃO
 20/11/2014

CONDIÇÕES

Lucas Alves
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 JOAO PESSOA, PB DATA EMISSÃO
 22/07/2016

João Pessoa
 ASSINATURA DO EMISSOR

88174156318
 PB032951167

DETRAN - PB (PARAIBA)

VÁLIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 1290146139

PERMISSÃO PLASTIFICAR
 1290146139

COMPREV
 COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
 30 MAIO 2019
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190354161 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCAS ALVES **Data do acidente:** 29/12/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO DO PÉ DIREITO (LISFRANC).
FRATURA DO 2º, 3º E 4º METATARSO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA.
P 4/5/6

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PÉ DIREITO.

Documentos

complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0183665/19

Vítima: LUCAS ALVES

CPF: 700.180.554-86

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 29/12/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUCAS ALVES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

LUCAS ALVES : 700.180.554-86

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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 30/05/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/05/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO