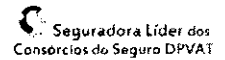


PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



SINISTRO

Número do Sinistro: 3150664931

QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Vítima: JOAO DE SOUSA ROLIM NETO

Data do
Acidente: 22/08/2013

CPF: 088.443.974-71

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOAO DE SOUSA ROLIM NETO

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS DO SINISTRO

Documento	Status	Motivo	Comentário
Boletim de ocorrência	Entregue		
Certidão de casamento	Dispensado		
Certidão de inexistência de IML	Entregue		
Certidão de nascimento	Dispensado		
Comprovação de ato declaratório	Pendente		
Declaração do Proprietário do Veículo	Pendente		
Documentação médico-hospitalar	Pendente		
Documentos de identificação	Entregue		
DUT	Entregue		
Laudo do IML - Lesões corporais	Dispensado		
Outros	Dispensado		

DOCUMENTOS DAS PESSOAS

Documento	Status	Motivo	Comentário
BENEFICIÁRIO - JOAO DE SOUSA ROLIM NETO			
Alvará judicial	Dispensado		
Autorização de pagamento	Entregue		
Comprovante de residência	Entregue		

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: 30/07/2015

Nome: JOAO DE SOUZA ROLIM NETO

CPF: 088.443.974-71

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 30/07/2015 09:43

Nome: Paulo Henrique da Silva

CPF: 066.057.169-22

JOAO DE SOUZA ROLIM NETO

Paulo Henrique da Silva

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
3ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO MUNICÍPIO DE PILÕES/PB

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

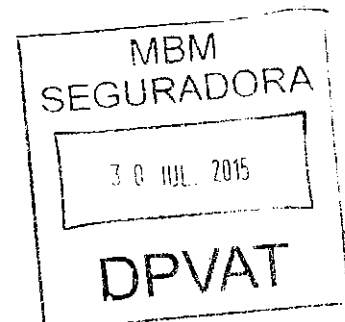


CERTIFICO para os devidos fins e efeitos legais, que fora Registrado o Boletim de Ocorrência de número 486/15, Folhas nº486, Registro nº486/2015, cujo teor passa a transcrever na íntegra: Aos (02) de janeiro de 2015, nesta cidade de Piloões/PB, e na Delegacia de Polícia Civil desta cidade de Piloões/PB, presente a Autoridade Policial, e na Delegacia de Polícia Civil desta cidade de Piloões/PB, presente a Autoridade Policial o Dr. **ERALDO VIEIRA BARBOSA**, Delegado de Polícia Civil, ao final assinado e declarado, aí, por volta das 10h, **COMPARECE JOÃO DE SOUZA ROLIM NETO brasileiro, natural IPAUMIRIM/CE, CASADO, AGRICULTOR, ALFABETIZADO, RG, 3146452-96 SSP/PB CPF 088.443.974-71 nascido em 16/06/1978, filho de SINVAL HOLANDA ROLIM e de MARIA JULIA DA CONCEIÇÃO ROLIM, residente e RUA ANTONIO FELIPE /N75 BARRO CENTRO EM SANTA HELENA/PB. E PRESTOU A SEGUINTE OCORRÊNCIA:** Afirma o declarante que no dia, 22/08/2013 O declarante estava com motocicleta MARCA/MODELO, HONDA/CG 125 NXR-BROS KS ANO 2003/2003, cor AZUL, Placa MMW6279/PB, chassi 9C2JD20103R014085, de Propriedade do Sr (a) ALMI ANTONIO DE LIMA, afirma o declarante que vinha com sua motocicleta quando saia da sua residência para centro quando se deu sua moto estava alta velocidade e caiu se machucando deixando gravemente corte no queixo e tornozelo onde foi socorrido por populares que passavam pelo local levando para o hospital DE EMERGÊNCIA Em CAJAZEIRAS aonde foi realizado O atendimento, afirma o declarante vê diagnostico em ficha ambulatorial deste citado hospital que segue em anexo. **O REFERIDO É VERDADE. DOU FÉ. CARTÓRIO DA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE PILÕES-PB, AO 02 DIA DO MÊS DE janeiro DE 2015.**

NOTICIANTE:

João de Souza Rolim Neto

[Assinatura]
VISTO DO ESCRIVÃO



LAUDO DO IML

Eu, João de Souza Pilem Neto, portador da
carteira de identidade nº 314.6452-86 inscrito no CPF/MF sob o nº
088.443.874-71, residente e domiciliado na
Rua Antônio Felipe. n-75 centro Cidade
Santa Helena, Estado PB, 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 impugnação, caso
discorde do seu conteúdo.

X João de Souza Pilem Neto

Assinatura do declarante

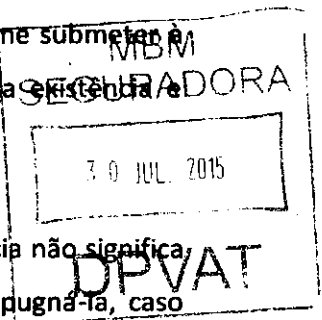
conforme documento de identificação

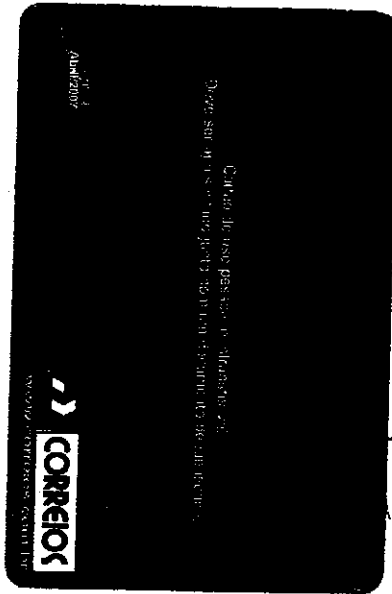
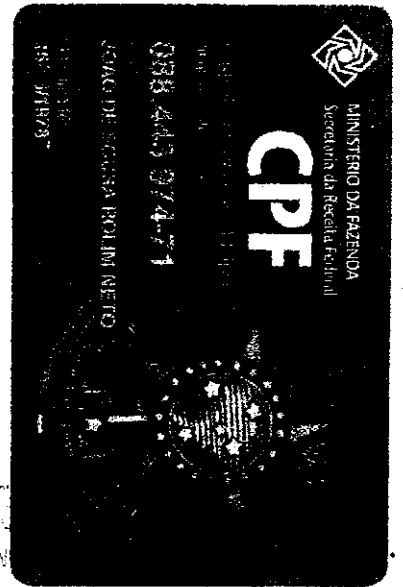
Santa Helena-PB.

CENTAURO
VIDA E PREVIDÊNCIA S/A.

09 FEV. 2015

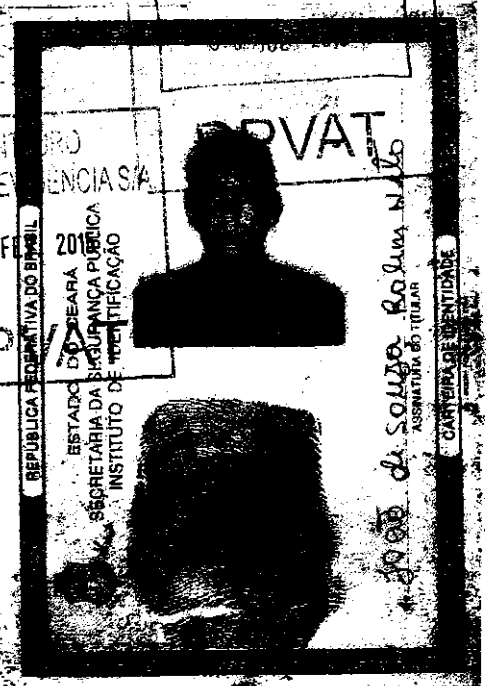
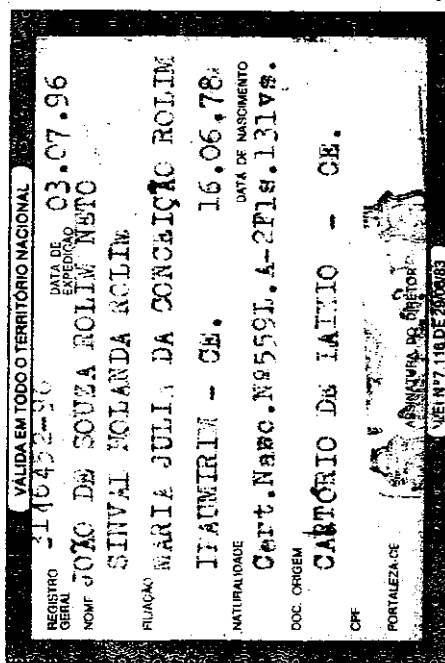
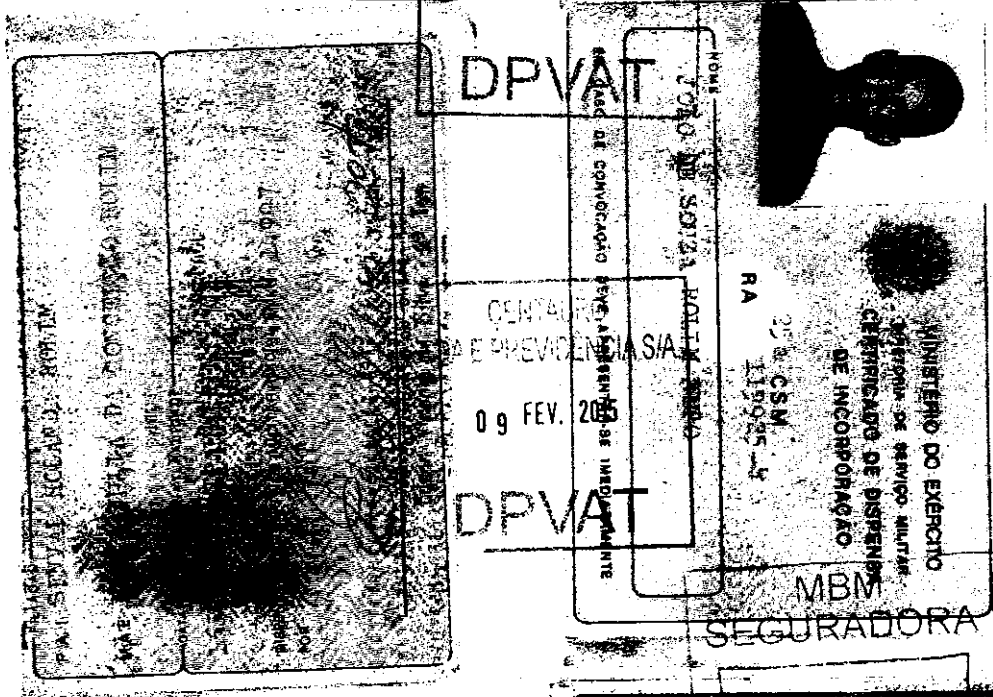
DPVAT





CENTAURO
E PREVIDEN

09 FEV. 2015



CPF: 088.443.974-71

DPVAT

DPVAT

[illegible]



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DE VIDA - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE - DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA João de Sousa Redim Neto

DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VITIMA _____

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM A VITIMA É _____

ENDEREÇO DO PORTADOR _____

Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____

CIDADE _____ UF _____ CEP _____

E-MAIL _____ TELEFONE (____) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL. (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL. (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM decorrência do acidente e o TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECETUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

IDENTIDADE _____

ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

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, Felipe de Souza Rolim Neto
PORTADOR(A) DO RG Nº 314.6455-96 EXPEDIDO POR SSO/CE EM 02/09/96 E
CPF 0881443954-71 /CNPJ 0000000000-000000-00, PROFISSÃO _____
E RENDA MENSAL DE R\$ _____ NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Felipe de Souza Rolim Neto, 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 a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o 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 Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

- ☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
BANCO _____ AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
BANCO 001 • AGÊNCIA 1440-4 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 24932-5
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
BANCO 104 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL _____ DATA ____/____/____

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) X Felipe de Souza Rolim Neto



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.

Banco Postal

*** Abertura de Conta PF ***

Agência : 00301645-AC SANTA HELENA
Número : 3-527437 Id. Tra. : 5317
Nº do Aut : Caixa : 8478975
Data : 01/12/2014 Hora : 17:19
(Horário de Brasília)

BANCO DO BRASIL

AV. FIDORIO BL. 90-LL 120-5078

COMPROVANTE

PROPOSTA DE ABERTURA DE CONTA PESSOA FISICA

TITULAR: JOAO DE SOUSA ROLIM NETO
AGÊNCIA: 1419-4 CONTA: 24.933-5
VARIACAO PODANCIA: 81

24.933-5



CENTRO
VIDA E PREVIDENCIA

09 FEV. 2015

DPVAT

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, João de Souza Rolim Neto,

RG nº 314.6452-8, data de expedição 23/07/96 Órgão SSP/CE,

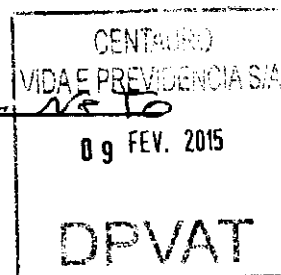
CPF nº 088.443.874-71, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua: Antônio Felipe</u>	MBM SEGURADORA 30 JUL 2015 DPVAT
Número	<u>75</u>	
Apto / Complemento	<u>Casa</u>	
Bairro	<u>Centro</u>	
Cidade	<u>Santa Helena</u>	
Estado	<u>PB</u>	
CEP	<u>58.825.000</u>	
Telefone de Contato	<u>(83)3342-2704</u>	
E-mail	<u>Balbinoscg@hotmail.com</u>	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Santa Helena-PB

Assinatura do Declarante: João de Souza Rolim Neto



**CAGEFA**Rua Feliciano Crme, s/n - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87PARA CONTATO COM A CAGEFA,
INFORME ESTE NÚMERO**MATRICULA**

5.880.6488

REFERENCIA

OUT/2014

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOSMARIA HELENA RIBEIRO
RUA ANTONIO FELIPE, 75
CENTRO
SANTA HELENA

50925 066

Inscrição

187 02 126 0079

SMI

000

Quantidade de EconomiasResidencial ☐ Comercial ☐ Industrial ☐ Público ☐**Responsável**

0

Hidômetro
Y054247523**Data de Instalação**
17/11/2006**Localização**
4**Situação Água**
LIGADO**Situação Esgoto**
POTENCIAL**ANTERIOR : ATUAL : CONSUMO (m³) : NUM. DE DIAS : PRÓXIMA LEITURA**

709 : 715 : 6 : 30 : 21/11/2014

HIST. DE CONS. / ANO. LEIT. : QUALID. DA ÁGUA - DECRETO 2.914/2012-MS

ABR : 4 : 0 : ALARMO DE BANCAS

MAI/2014 : 3 : 0 : PARÂMETROS VALORES

JUN/2014 : 0 : 0 : TURBID. 0.00

JUL/2014 : 0 : 0 : COR 1.5

AGO/2014 : 0 : 0 : CLORO 0.0

SET/2014 : 0 : 0 : CONTADORES TOTAIS 0.0

MEDICION : 0 : 0 : DADOS REFERENCIAIS A AGO/2014

DATA DA LEITURA 22/10/2014**HORA DA LEITURA** 09:39:49**DESCRIÇÃO** CONSUMO VAL. ÁGUA VAL. ESGOTO VAL. TOTAIS

RESIDENCIAL - CONSOMIDOR 10 10 24.49 24.49

BSU - HONERARIOS - HONERARIO 18 0 0 0

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS, R\$2,27 PIS E COFINS, LEI 12.741/12.

VENCIMENTO:

05/11/2014

Total a Pagar:

R\$ 24.98

144

CONDICAO DE LEITURA: REALIZADA CONDICAO DO FATURAMENTO: REAL TIPO
DEBITO: NORMAL
POSICAO DE DEB. ANTERIOR(ES): NAO EXISTE(M) CONTA(S) ANTER. EM DEBITO
INFORMACOES GERAIS: PARA SUA CONVIDADE, PAGUE SUA CONTA PELA INTERNET
OU DEBITO AUTOMATICO.MBM
SEGURADORA

30 MAR 2015

DPVAT

CENTAURO
VIDA E PREVIDENCIA S/A

09 FEV. 2015

DPVAT