



Número: **0852046-69.2019.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **25ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **06/11/2019**

Valor da causa: **R\$ 18.500,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **SIM**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
WALLYSON BARBOSA DE MELO (AUTOR)		HUGO GODEIRO DE ARAUJO TEIXEIRA (ADVOGADO) ETTORE RANIERI SPANO (ADVOGADO)	
Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (RÉU)			
MICHEL FREIRE DE ARAUJO (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
65267827	09/02/2021 14:29	Contestação	Contestação
65268985	09/02/2021 14:29	2782222_CONTESTACAO_Anexo_03	Outros documentos
65268986	09/02/2021 14:29	2782222_CONTESTACAO_Anexo_04	Outros documentos

Juntada de contestação e documentos.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190338532 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WALLYSON BARBOSA DE MELO **Data do acidente:** 30/06/2017 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA EM JOELHO DIREITO COM LESÃO LIGAMENTAR. P1, 10

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR Nº 2014765576 EM NÍVEL LEVE PARA O MEMBRO INFERIOR DIREITO. SINISTRO ATUAL LESIONADO NO MESMO SEGMENTO CORPORAL. SEQUELA JÁ INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

@ABA REGISTRO DE ACIDENTE

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 membros inferiores	70 %	Em grau leve - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00



ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 23/09/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WALLYSON BARBOSA DE MELO

BANCO: 341

AGÊNCIA: 00382

CONTA: 000000090971-1

Autenticação:

E07A08C4F55E3E1FC525D5400CBAEBEAF39F146D70E680CF1B333FE45810ACC8



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 2014765576 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WALLYSON BARBOSA DE MELO **Data do acidente:** 23/06/2014 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/09/2014

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: LESÃO EM PERNA DIREITA

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes:
LIMITAÇÃO FUNCIONAL MI DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL/ MI DIREITO: 25% DE 70% = 17,5%

Documentos complementares:

Observações:

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 membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25%	17,5 %	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

Visão Médica Ltda

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Rio de Janeiro, 25 de Setembro de 2014

Carta nº: 5195119

A/C: WALLYSON BARBOSA DE MELO

Sinistro: 2014765576
Vitima: WALLYSON BARBOSA DE MELO
Data Acidente: 23/06/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: WALLYSON BARBOSA DE MELO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 341

Agência: 000000382

Conta: 0000090971-1

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00205/00206 - carta_15R





Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social
Polícia Civil
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS
Endereço: RUA: ESPLANADA SILVA JARDIM, 2, RIBEIRA, NATAL

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: F27961020140625052811
1.3 Tipo: LESÃO CORPORAL ACIDENTE RODOVIÁRIO - C/HOMEM

1.2 Data/Hora de Expedição: 25/06/2014 17:28:45

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 23/06/2014 às 13:40
2.3 Logradouro: AV. CEL. ESTEVAM
2.4 Número: SN
2.6 Complemento:
2.8 Bairro: NAZARE
2.10 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Data/Hora Incerta:
2.5 CEP:
2.7 Ponto de Referência:
2.9 Cidade: NATAL

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE

3.1 Nome Completo: WALLYSON BARBOSA DE MELO
3.3 Mãe: MARIA ROSILDA BARBOSA DA COSTA
3.5 Sexo: MASCULINO
3.7 CPF: 07190054421
3.9 Nacionalidade:
3.11 Profissão: FOTOGRAFO
3.13 Telefone(s): / 84 88930229
3.14 Logradouro: RUA MONTE CALMO
3.15 Número: 218
3.17 Bairro: CIDADE NOVA
3.19 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.2 Pai: ADAILTON TINOCO DE MELO
3.4 Data de Nascimento: 22/06/1989
3.6 RG: 002394183 - ITEP/RN
3.8 Passaporte:
3.10 Naturalidade: NATAL - RN
3.12 E-Mail:
3.16 CEP:
3.18 Cidade: NATAL

4. DADOS PESSOAIS DA VÍTIMA (O COMUNICANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA)

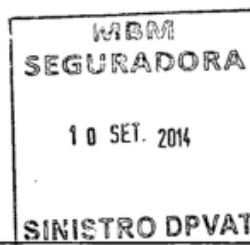
5. DADOS PESSOAIS DO INVESTIGADO (NÃO FORAM INCLUÍDOS INVESTIGADOS)

6. VEÍCULOS

6.1.1 Chassi: 9C2HBO2107R03811
6.1.3 Placa: MYK2803
6.1.5 Marca: HONDA
6.1.7 Ano do Modelo: 0
6.1.9 Cor do veículo: VERMELHA
6.1.11 Nome do proprietário: O COMUNICANTE
6.1.12 Nome do condutor: O COMUNICANTE
6.1.13 Observações:
6.2.1 Chassi:
6.2.3 Placa: MYD9398
6.2.5 Marca: FIAT
6.2.7 Ano do Modelo: 0
6.2.9 Cor do veículo: AZUL
6.2.11 Nome do proprietário: RICARDO TEL.88758021/99835612
6.2.12 Nome do condutor: RICARDO
6.2.13 Observações:

6.1.2 Renavam: 009154664
6.1.4 Estado: RN
6.1.6 Modelo: POP 100
6.1.8 Ano de Fabricação: 0
6.1.10 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

6.2.2 Renavam:
6.2.4 Estado: RN
6.2.6 Modelo: PALIO
6.2.8 Ano de Fabricação: 0
6.2.10 Tipo do veículo: AUTOMÓVEL



7. TESTEMUNHAS (NÃO FORAM INCLUÍDAS TESTEMUNHAS)

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.2 Histórico

O COMUNICANTE INFORMA QUE TRAFEGAVA PELA VIA ACIMA CITADA NO SENTIDO CIDADE ESPERANÇA/ALECRIM PELA FAIXA DA DIREITA, QUANDO O CONDUTOR DO VEÍCULO FIAT/PALIO SAIU DE SUA FAIXA PARA ENTRAR À ESQUERDA E COLIDIU CONTRA O COMUNICANTE CAUSANDO A COLISÃO CAUSANDO DANOS MATERIAIS NA MOTOCICLETA E LESÕES CORPORAIS NO COMUNICANTE TENDO O CAUSADOR DO ACIONADO PRESTADO SOCORRO À VÍTIMA PARA O HOSPITAL CLOVIS SARINHO.

10. COMPLEMENTOS (ESTE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

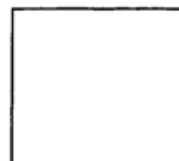
11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Data: 25/06/2014 17:28:45

Policial

Interessado



Polegar direito

Atendimento: 755036 - MARIA DE LOURDES FREITAS ALVES

Impresso por: 755036 - MARIA DE LOURDES FREITAS ALVES em 25/06/2014 17:28:16

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA



F27961020140625052811

F27961020140625052811 - 8a7c7a223e3c50a3255a61aa0a3e

Página 1 de 1





SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
CIRURGIA GERAL

PACIENTE	WALLISON BARBOSA DE MELO		
DATA	23/06/2014	HORA	14:03
IDADE	25	SEXO	M
CPF	071.900.544-21	RG	2394183
NOME DA MÃE	MARIA ROSILDA BARBOSA DA COSTA		
NOME DO PAI	-		
NASCIMENTO	22/06/1989	NATURALIDADE	-
TELEFONE	(84) 8893-0229	PROFISSÃO	-
RUA/AV.	R. MONTE CALMO Nº 218	BAIRRO	CIDADE NOVA
COMPLEMENTO	SOCORRIDO POR RICARDO BRUNO 93696574449	CIDADE	Natal-RN
CEP	-	MOTIVO	Acidente de Trânsito / Moto - Carro
ORIGEM	Outra	USUÁRIO	Glauber
ACID. DE TRABALHO	Sim		

2782

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Paciente vítima de colisão moto-carro apresentando lesões contusas em perna (D). Realiza uso de capote, que foi alterado pelo mesmo. Nega perda de consciência, náuseas e vômitos.

24/06/14
ACIDENTE/VIOLENCIA
NOTIFICADORA
Marta Rita

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

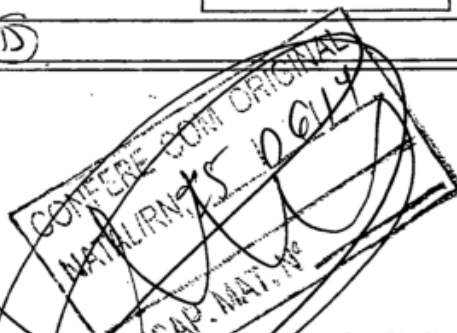
- A Vias aéreas livres
- B Exame em an. amb. amb.
- C Estado hemodinâmico estável
- D 6 lesões em perna (D)
- E Lesões contusas em perna (D)

SEGURADORA

10 SET. 2014

SINISTRO DPVAT

OUTRAS OBSERVAÇÕES

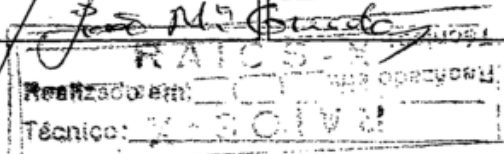


HORA	PRESSÃO ARTERIAL	DOR	TEMP.	FREQ. RESPIRATÓRIA	FREQ. CARDÍACA	GLASGOW	RTS-SCORE FINAL

DIAGNÓSTICO INICIAL

Lesões contusas

CID



PARECERES

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE		
ESPECIALISTA 1: <i>ORTOPEDIA</i>	HORA: <i>14:30</i>	DATA: <i>23/06/11</i>
ESPECIALISTA 2:	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3:	HORA:	DATA:

~~Alysson Gomes Lustosa~~
~~Médico~~
~~CRM 6882~~
MÉDICO (Caímbó)

do corpo do feticem de atendimento produz uma ação em saúde mais qualificada, um serviço hospitalar com registros mais fidedignos e protege o profissional de saúde. Contribui para a memória da assistência no HMWG



ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

ANAMNESE ORTOPEDIA:
DA ORTOPEDIA

Ausência de Trauma. Acta

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM) ****

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável
10 SET. 2014

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / /

SINISTRO DPVAT
HORA:

SAÍDA:

DATA: 23/06/14 HORA: 15:30

Decisão Médica ☒

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

ITEP ☐

Isabel Almeida
CRM: 3411

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / /

HORA:

SAÍDA:

DATA: / /

HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

ITEP ☐



Widina Rody Gomes Paiva Arcanjo de Moraes
FISIOTERAPEUTA
CREFITO: 168532-F

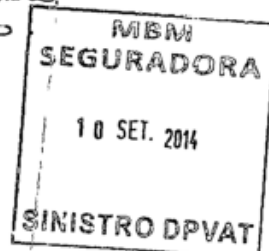


Relato para os devidos fins que avaliei o Sr. Wallyson Barbosa de Melo, vítima de acidente motociclístico no dia 23.06.2014 em Natal/RN. Foi socorrido por condutor de um veículo e levado ao H.M. Walfredo Pinheiro onde teve o diagnóstico inicial de lesão contusa, fêmur exauriente fratura, foi medicado e liberado.

Atualmente pede segue com edema em tornozelo (D). Pede dor ao passar da sustentação para bipedestação em joelho (D); apresenta mancha embalgica; com náusea após a sensibilidade o pede tem alterações em região proximal/posterior/lateral de tibia/fíbula (há necrose nessa parte). Pede refere ainda dor em (HIO) quando realiza atividades de grandes esforços musculares este membro. Pede encontra-se parcialmente limitado

Natal/RN 18 de Agosto 2014

Widina Rody Gomes Paiva
Arcanjo de Moraes
Fisioterapeuta
CREFITO-168532-F



Av Lima e Silva, Nº 1611, Ed. Blue Tower Center, 5º andar, Sala 511
Lagoa Nova, Natal/RN, Fones: 9134-1872(Oi) 9951-2592(Tim)

VÁLIDO SOMENTE COM ASSINATURA E CARIMBO DO FISIOTERAPEUTA





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 002.394.163 DATA DE EXPEDIÇÃO: 16/09/2014

NOME: WALLEYSON BARBOSA DE MELO

FILIAÇÃO: ADAILTON TINOCO DE MELO
MARIA ROSILDA BARBOSA DA COSTA

NATURALIDADE: NATAL - RN DATA DE NASCIMENTO: 22/05/1989

DOC. ORDEM: CERT. DE NASCIMENTO L-A304 F-175 RG-160980

CPF: 071.800.544-21 NATAL - RN - CARTÓRIO

2a. VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 11.196/2005

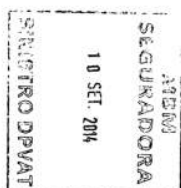
Diretora-Geral

MBM
SEGURADORA

10 SET. 2014

SINISTRO DPVAT





Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 09/02/2021 14:29:50
<https://pje1g.trjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020914295029400000062505748>
 Número do documento: 21020914295029400000062505748

Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO



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 estes sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Wallyson Barbosa de Melo

PORTADOR DO RG Nº 002.394.183

EXPEDIDO POR SSP/ERN

EM 16/03/2010 E

CPF 073.900.544-21 /CNFJ

PROFISSÃO Fotógrafo

E RENDA MENSAL DE R\$ Nenhum NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO RECEBIDA DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Wallyson B. de Melo 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 até 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.

X CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)

BANCO 341 AGÊNCIA 0382 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE 90971-1

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

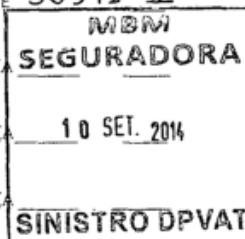
BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITALU

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 Natal DATA 18/08/2014

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A)

Wallyson Barbosa de Melo

! 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.dpvatsegurotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800 11 77 77.



RECIBO DE DEPOSITO CTA 0382.90971-1
FAVORECIDO: WALLYSON BARBOSA DE MELO

0181 931451492 180814
OPERACAO 028 113 602

ACX

WALLYS

TR 241-FINALIZACAO DE CRC DE RECEBIMENTOS
VALOR INFORMADO
VALOR DOS RECEBIMENTOS

