



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO DPVAT

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do/a beneficiário/a 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.

Nº DO SINISTRO:

Eu, FRANCIVALDO DE SOUSA GARCIA
Portador(a) do RG: Nº 38.892.656-9 Expedido por SSP/SP em (data) 30/04/2010
CPF: 165.382.768-90 Profissão CONFITEIRO e renda mensal de R\$ 810,00, na
qualidade de beneficiário(a) do valor referente a indenização/reembolso do seguro obrigatório DPVAT da vítima:
FRANCIVALDO DE SOUSA GARCIA, autorizo a Seguradora **Centauro Vida e**
Previdência S/A a efetuar o respectivo Pagamento/Crédito, de acordo com a forma indicada:

Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento. Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos e evite rasuras.

1 - ☐ CRÉDITO EM CONTA CORRENTENº BANCO: Nº AGÊNCIA: Nº C/C: 2 - ☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCONº BANCO: 237 Nº AGÊNCIA: Nº C/P: 3 - ☒ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASILNº BANCO: 001 Nº AGÊNCIA: 0898-2 Nº C/P: 26.948-44 - ☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚNº BANCO: 341 Nº AGÊNCIA: Nº C/P: 5 - ☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONOMICA FEDERALNº BANCO: 104 Nº AGÊNCIA: Nº C/P:

- Declaro que a conta acima mencionada é de minha titularidade.

- Uma vez efetuado o Pagamento/Crédito do valor da indenização do sinistro, de acordo com as informações acima descritas, reconheço o recebimento e dou como quitado o valor da referida indenização.

Boa Viagem 12/10/10
Local e Data

Francivaldo de Sousa Garcia
Assinatura do Beneficiário

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

1004039



Atenção

- o Seguro DPVAT garante indenização de R\$ 13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, obedecendo a 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 6194/740 e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares (valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Susep).

- A Circular Susep nº 380/08, que trata da prevenção a 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.

Apagar

Imprimir

Dica para Impressão



289331

POLICIA CIVIL
DPI/DELEGACIA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM/CE
BOLETIM DE OCORRÊNCIA - B.O.

Nº. Ocorrência:	1743/2010	Data Registro:	13/10/2010	Hora:	08:20h
Nome:	FRANCIVALDO DE SOUSA GARCIA				
Filiação:	Vicente Rodrigues Garcia e Maria Rosélia Garcia				
Endereço:	Rua José dos Santos Filho, s/n, bairro Ceac, nesta cidade.				
RG:	38892656-9	CPF:	265.382.768-90		
Natureza da Ocorrência:	Acidente de trânsito				
Local da Ocorrência:	Localidade Jacaúna, nesta cidade.				

HISTÓRICO:

Depois de advertido (a) que omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante, constitui crime.

Compareceu a esta Delegacia a pessoa acima qualificada para informar que no dia 02/08/2009, por volta das 04:15h, o declarante trafegava em sua motocicleta, uma Honda/CG 125 Titan, de cor vermelha, ano/modelo 1997, de placa HVQ-2261, chassi: 9C2JC250VVR075799, em nome de Vicente Rodrigues Garcia, retornando de uma festa na localidade Santos Cosmos, nesta cidade, quando passava pela localidade Jacaúna, quando em uma curva perdeu o controle de sua moto e caiu; que na ocasião foi socorrido ao hospital local, onde foi constatado ferimentos cortantes na região frontal, além de escoriações em várias partes do corpo e perda total da visão do olho direito. Nada mais disse.

BOLETIM DE OCORRENCIA

1004026



Noticiante:

Francivaldo de Sousa Garcia

Escrivão:

Carlos Ademir Veras Pinheiro
Escrivão de Polícia Civil ad hoc
Mat: 100139

RELATÓRIO DE LOCAL DE INFRAÇÃO E OU DE OCORRÊNCIA

A - Dados da Infração e ou Ocorrência

Tipo de Ocorrência ACCIDENTE DE MOTO Data 02/08/09 Hora 04:30h
Local TACUNA
Arma Utilizada _____ Apresentou-se SIM NÃO
Preso em flagrante / Foragido / Apresentou-se / Ignorado /
Perícia Compareceu ao local SIM NÃO Qual Perito _____

B - Envolvidos na Infração e ou Ocorrência

Nome FRANCIVALDO DE SOUZA GARCIA Natural BOA VIAGEM
DN 23/08/1972 Estado Civil UNIDO Estável Profissão PASTELEIRO (COZINHEIRO)
Pai VICENTE RODRIGUES GARCIA Mãe MARIA ROSELI DE SOUZA GARCIA
Residência RUA JOSE DOS SANTOS FILHO, SIM FONE
CONJUNTO CEAK

Nome _____ Natural _____
DN _____ Estado Civil _____ Profissão _____
Pai _____ Mãe _____
Residência _____ Fone _____

C - VITIMA (s)

Nome FRANCIVALDO DE SOUZA GARCIA Natural BOA VIAGEM
DN 23/08/1972 Estado Civil UNIDO Estável Profissão PASTELEIRO (COZINHEIRO)
Pai VICENTE RODRIGUES GARCIA Mãe MARIA ROSELI DE SOUZA GARCIA
Residência RUA JOSE DOS SANTOS FILHO, SIM FONE
Faleceu no Local NÃO Hospitalizada Sim X Não _____

Nome _____ Natural _____
DN _____ Estado Civil _____ Profissão _____
Pai _____ Mãe _____
Residência _____ Fone _____
Faleceu no Local _____ Hospitalizada Sim Não _____

D - TESTEMUNHAS

1- Nome _____
Endereço _____
2- Nome _____
Endereço _____



2º NOTARIAL E DE REGISTROS PÚBLICOS
Rua Antônio Gonçalves, 353 - Centro
Boa Viagem - Ceará - Brasil
Fone (88) 3427.1480 - CEP. 63.870-000
A presente cópia fotostática confere com o original extinto nestas Notas. Dou fé.
Em testemunha da verdade
Boa Viagem/CE, 13/08/2010
Bel. Manuel Vieira da Costa - Titular
Maria Lopes Rodrigues Martins - Substituto
Lucilene Lopes Rodrigues Martins - Substituto

F - NARRAÇÃO DOS FATOS

SEGUNDO A VITIMA VINHA EM SUA MOTO QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MOTO, CAIU PERDENDO O SENTIDO NO LOCAL. DEU ENTRADA NO SIA DESACORDADO NA COMPANHIA DE AMIGOS, APRESENTANDO FERIMENTO CONTINENTE NA REGIÃO FRONTAL E ESCORIAÇÕES EM VÁRIAS PARTES DO CORPO REALIZANDO SUTURA E ENCAMINHADO P/ OBS. NA CLÍNICA MÉDICA.

G.M.B.V.-Resp.p/ informação Atu Matrícula 0057
Assinatura Marcos Camargo



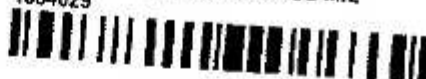
GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE BOA VIAGEM

Eu, Carlos Ademir Veras Pinheiro, Escrivão de Polícia Civil ad hoc, no uso de minhas atribuições legais etc.

Certifico, para os devido fins e efeitos legais que nesta cidade de Boa Viagem/CE, não existe Instituto Médico Legal. O referido é verdade. Dou fé. Cartório da Delegacia Municipal de Polícia Civil de Boa Viagem/CE, aos 19 de outubro de 2010.

Carlos Ademir Veras Pinheiro
Escrivão de Polícia Civil ad hoc
Mat: 100139

CERTIDAO DE INEXISTENCIA DE IML
1004029





SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO
Rua Alfredo Torres, 523 Centro Boa Viagem - CE.
CEP: 63870-000 - E-mail: saae@boaaviagem.com.br
Fone: (85) 3427-1151 / 3428-4511 - CNPJ: 07.639.503/0001-50

Fatura Mensal

ARIA ROSELIA DE SOUSA GARCIA
R. JOSE SANTOS FILHO BAIRRO DE FATIMA
63870000 BOA VIAGEM CE
RDTA: -8-8780 **CEP: 63.870-000**
PROCESSO: 07417-9

MES ANO: 05/2010
Nº FATURA: 417
Nº CONTADOR: 10057417
CATEGORIA: 000000
PERÍODO: 01/05/2010 a 31/05/2010

DESCRIÇÃO	VALOR
Tarifa de Água	34,48
MULTA REF. JAN/10	0,85

DATA LEITURA ANTERIOR	DATA LEITURA ATUAL	VENCIMENTO	VALOR A PAGAR
09/04/2010	07/05/2010	04/06/2010	R\$ 35,31
LEITURA ANTERIOR: 1118 m³	LEITURA ATUAL: 1142 m³	CONSUMO REAL: 24 m³	CONSUMO MÉDIO: 24 m³
Nº DO HIDRÔMETRO: 4008632812		DATA INSTALAÇÃO:	

OCCORRÊNCIA:

MENSAGEM:

DADOS DOS 12 ÚLTIMOS MESES
MÊS CONSUMO M³S CONSUMO M³S
Abr/2010 30 Out/2009 29
Mai/2010 26 Set/2009 23
Fev/2010 26 Ago/2009 24
Jan/2010 20 Jul/2009 21
Dez/2009 23 Jun/2009 20
Nov/2009 36 Mai/2009 21

AGUA É UM RECURSO FUNDAMENTAL E IMPORTANCIA PARA A VIDA DE TODAS AS ESPÉCIES. POR ISSO DEVEMOS EVITAR O DESPERDÍCIO DESSE RECURSO NATURAL.

AGRADECIMENTO: FÉRIAS - MARÇO-ABRIL-2010

Detalhes sobre a legislação vide verso Período da análise: 01/03/2010 a 31/03/2010

Parâmetro	Unidade	VMP	Total de análises realizadas	Valor médio detectado
torção	U	0,00	187	2,10
pH	Un	0,00	187	7,20
Cor	Un	0,00	187	56,16
Fluor	mg/l	0,00	187	3,60
Cl	mg/l	0,00	38	0,00
Cloro livre	mg/l	0,00	40	0,00

FAVOR AUTENTICAR NO VERSO - DEVOLVER AO USUÁRIO

TELEFONE P/ CONTATO
(88) 88060068
96535728



COMPROVANTE DE RESIDENCIA
1084040



(88) 88060068
96535728



RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

ATENÇÃO: A finalidade deste relatório é agilizar a avaliação da invalidez permanente, não sendo obrigatória a sua apresentação.

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

FRANCISCO DE SOUSA GARCIA

NÚMERO DO SINISTRO:

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:	02/02/09	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:	08/10/09
NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO:	FELIX DA SILVA OLIVEIRA JUNIOR 6134		
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:	- TCE of Nervopolo Optica Iguara OD		
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):	- Tto Hospitalar of 42h.		
EXISTE ALGUM DEFEITO FÍSICO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? CASO POSITIVO DESCREVER:	☐ SIM ☒ NÃO		
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:	☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. ☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.		

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

	SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1º	- Parte visiva olho direito
2º	
3º	- Perda parcial de visão esquerda
4º	
5º	
6º	

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE _____ A _____
QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

LOCAL: B. Viçosa DATA: 12.10.10

Dr. Fº Uliato D. Silva
CRM: 6134
CPE: 112.013.635-05

ASSINATURA E CARIMBO

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

LOCAL: B. Viçosa	DATA: 12.10.10	ASSINATURA DA VÍTIMA: Francisco de Sousa Garcia
------------------	----------------	---

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (PRÓPRIO PUNHO)

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

FRANCISCO DE SOUTO GARCIA

DATA DO ACIDENTE:

02/02/2009

DATA DA INTERNAÇÃO:

02/02

TRATAMENTOS CIRÚRGICOS OU CONSERVADORES REALIZADOS NO PACIENTE:

PERÍODO DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR:

- 48 hr

APÓS A ALTA HOSPITALAR, QUAIS OS OUTROS TRATAMENTOS REALIZADOS PELO PACIENTE. EX: TROCA DE GESSO; RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE, FISIOTERAPIA, ETC.

- Fisioterapia ombro D
- MTD

DATA DA ALTA DEFINITIVA:

(04/08) 04/11/2009

R. Ugras

LOCAL

12/10/10

DATA

Dr. Fº Uliatan O. Pádua
CRM: 6134
CPF: 112.013.632-49

ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO

CSAM - CASA DE SAÚDE ADILIA MARIA

Rua São Vicente de Paula Nº 100. Centro

Tel: (088) 3427-1699 - 3427-1136

CGC- 078066800091-84

Registro de Atendimento Medico Hospitalar

Declaro que: Francivaldo de Souza Garcia
profissão: Conzinheiro, RG: 38.892 656-9, residente à
rua: Jose dos Santos Filho nº ---, Bairro: Conjunto Leak
Deu entrada neste hospital no dia: 02/08/09, às 04:30 h com
registro e Prontuário de nº -----
Deu entrada no SPA desacomodado na companhia
de amigos, e sob efeito dego: apresentando
ferimento cortante na região frontal +
escoriações em varias partes do corpo, reali-
zado futura e encaminhado p/ obs: na
Clínica medica

Acompanhado (a) pelo Médico: Hermes
Submetido (a): Atendimento, recebendo alta
hospitalar em ---/---/--- ou transferido para o
--- a fim de dar continuidade a
tratamento especializado, de acordo com o Livro de Registro
Emergência Pág nº 196 Verso.

Boa Viagem - CE, 05 de maio de 2010.



Rozivalda Ferreira de Almeida
Responsável CSAM

Rozivalda Ferreira de Almeida
Assinatura do Responsável

Dr. Paulo Grangeiro de Araújo

OFTALMOLOGISTA - CRM 5445

CLÍNICA E CIRURGIA

ENC. NEUROLOGISTA.

Francivaldo de Sousa Garcia

Paciente o^o, 36a, vítima
de acidente de trânsito há + 3
meses. Sofreu T.C.E. Se encontra
no momento com neuropatia óptica
isquêmica no OD (papila branca).

Encaminho ao colega neuro-
logista para avaliar possibilidade
de outras patologias associadas e
comprovar nexo-causal.



Paulo Grangeiro de Araújo
Médico Oftalmologista
CRM-CE 5445

Data: 14/10/09 AUTENTICAÇÃO

OFÍCIO NOTARIAL E DE REGISTROS PÚBLICO

Rua Antonio Queiroz, 353 - Centro

Telefax (86) 3427-1480 - CEP 64.000-000

Boa Viagem - Ceará - Brasil

Esta presente cópia fotostática confere com o

original exibido nestas Notas.

Assinatura do Tabelião

30/07/2010

Manoel Vieira da Costa - Titular

Lopes Rodrigues Martins - Substituto

Lopes Rodrigues Martins - Escrevente



Dr. Paulo Grangeiro de Araújo

Médico Oftalmologista

CRM 5445

ALIDO SOMENTE
SELO DE

AUTENTICAÇÃO
2º OFÍCIO NOTARIAL E DE REGISTROS PÚBLICO
Rua Antônia Duarte, 353 (Centro)
Fone: (81) 3427.1450 - CEP: 83.870-000
Belo Viagem - Ceará - Brasil
O presente cópia fotostática confere com o original exibido nestas Notas. Dou fé.
Em testamento, a 2 de outubro de 1991, na verdade
Mandado de Maria da Costa - Titular
João Carlos Martins - Substituta
João Carlos Martins - Escrevente

**CENTAURO**
vida e previdência

Registro de Sinistro



DP.: 116

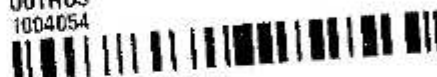
Processo:

Código: 289331

Unidade SALEK REGULADORA		Parceiro JOAO PEREIRA DE FREITAS		Sub-Parceiro JP FREITAS	
BO N° 17432010		Data BO 13/10/2010		DELEGACIA DM BOA VIAGEM CE	
Placa HVQ-2261/CE		Tipo de Veículo 09-Ciclomotor/Motoneta/Motocicleta/Triciclo			IML NC
Nome da Vítima FRANCIVALDO DE SOUSA GARCIA				Tipo Sinistrado 3 - Motorista	Natureza 2 - INVALIDEZ
Sexo Sinistrado MASCULINO	Data Nascimento 27/08/1972	Tipo de CPF 0 - Possui CPF		CPF da Vítima 265.382.768-90	Data Ocorrência / Hora 2/8/2009 / 04:15
Cidade BOA VIAGEM		UF CE	CEP 63870-000	Telefones Fone: (88)8806-0068 / Cel: (88)9653-5728	
Email					
Qtde.Benef. 1	Data Óbito	Médico FRANCISCO UIATAN O PAIVA			Valor(INVALIDEZ) 0,00

Beneficiários						
Nome	CEP	Endereço	Tipo Benef.	Vínculo	Dt.Nasc.	CPF/CNPJ
Profissão			Complemento	Bairro	Cidade	UF
FRANCIVALDO DE SOUSA GARCIA			Vítima	VITIMA	27/08/1972	265.382.768-90
63870-000 RUA JOSE SANTOS FILHO				FATIMA	BOA VIAGEM	CE
OUTROS				R\$ DE 1,00 A 1.000,00		
Banco: 001 Banco do Brasil S.A. Ag.: 0898-2 C/P 26948-4						

Histórico		
Data	Usuário	Situação
03/11/2010 13:44:03	RJ FERNANDA	Pré-Cadastro não analisado
03/11/2010 13:44:19	RJ FERNANDA	Pré-Cadastro analisado e aprovado (R)

OUTROS
1004054**Atenção:**

- O processo de avaliação sobre o pagamento da indenização ou reembolso, ocorrerá somente após a apresentação de todos os documentos em conformidade com a legislação vigente.
- O prazo determinado por Lei de 30 dias para o pagamento, somente será iniciado quando este processo completo for cadastrado na Seguradora Lider, gerado o número Megadata.

R SENADOR DANTAS, 80, 17º ANDAR CENTRO - Cep: 20031-204

Tel.: (21) 2297-1212 Fax: (21) 2297-1212

e-mail: alexandre.almeida@salek.com.br

RIO DE JANEIRO - RJ

Entre em nosso site <http://www.centauroseg.com.br> e acesse em DPVAT ON LINE, faça sua consulta individual, citando o código 289331 e a data de nascimento 27/08/1972 da vítima e acompanhe o seu processo em tempo REAL!!!

Aviso de Sinistro DPVAT

Código: 289331

Na forma do disposto, na resolução Nº 01/75 do Conselho de Seguros Privados e Capitalização - CNSP - levo ao conhecimento desta companhia a ocorrência do acidente em questão, com o veículo descrito abaixo:

Tipo de Veículo 09-Ciclomotor/Motoneta/Motocicleta/Triciclo		Placa HVQ-2261/CE	
Nome da Vítima FRANCIVALDO DE SOUSA GARCIA		Natureza 2 - INVALIDEZ	
Tipo Sinistrado 3 - Motorista	Data Nascimento 27/08/1972	Tipo de CPF 0 - Possui CPF	CPF da Vítima 265.382.768-90
			Data Ocorrência 02/08/2009

Em cumprimento ao item 10 da resolução Nº 01/75 do CNSP, junto ao presente aviso de sinistro os seguintes documentos:

(X) Certidão Nº 17432010 da autoridade policial sobre a ocorrência;

() DUT Nº _____ () _____ () _____

(X) RG e CPF do Sinistrado () _____ () _____

(X) RG e CPF do(s) Beneficiário(s) () _____ () _____

Beneficiários

Nome	Tipo Benef.	Vínculo	Dt.Nasc.	CEP	CPF/CNPJ
FRANCIVALDO DE SOUSA GARCIA	Vítima	VITIMA	27/08/1972	63870-000	265.382.768-90

Declaramos ter recebido a via original do presente Aviso do Sinistro, com todos os documentos assinalados com (X).
Observações: _____

Nota: Para cada vítima deverá ser emitido um aviso de sinistro, ainda que tenha havido diversas no mesmo acidente em 2(duas) vias, permanecendo uma em poder do beneficiário, a título de protocolo de recebimento dos documentos.

Local do Aviso CE

Data 03/11/10

Local da Entrega RJ

Data 03/11/10

Beneficiário

Centauro Vida e Previdência

Atenção:

- O processo de avaliação sobre o pagamento da indenização ou reembolso, ocorrerá somente após a apresentação de todos os documentos em conformidade com a legislação vigente.
- O prazo determinado por Lei de 30 dias para o pagamento, somente será iniciado quando este processo completo for cadastrado na Seguradora Lider, gerado o número Megadata.

R SENADOR DANTAS, 80, 17º ANDAR

CENTRO - Cep: 20031-204

Tel.: (21) 2297-1212 Fax: (21) 2297-1212

site: <http://www.centauroseg.com.br> e-mail: alexandre.almeida@salek.com.br

RIO DE JANEIRO - RJ

**Auto-Atendimento****Detalhamento de agendamento - Arquivo**

Agência débito: 1769-8
Conta débito: 611000-2
CPF/CNPJ: 09248608/0001-04 null

Banco: 001
Agência: 898-2
Conta: 10026948-6
Favorecido: FRANCIVALDO DE SOUSA GARCIA
Documento empresa:
Data pagamento: 11/02/2011
Valor pagamento: 6.750,00
Documento banco: 1764531572
Data real pagamento: 11/02/2011
Valor real pagamento: 6.750,00
Autenticação: D335EC068816F5CC
