

Rio de Janeiro, 24 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: PAULO SERGIO BARBOSA DA SILVA

Nº Sinistro: 3180392600

Vitima: PAULO SERGIO BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 06/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180392600**.

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 13284439



Rio de Janeiro, 27 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: PAULO SERGIO BARBOSA DA SILVA

Nº Sinistro: 3180392600

Vítima: PAULO SERGIO BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 06/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180392600**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **06/01/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

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: 885.150.794-53 CPF da vítima: 885.150.794-53 Nome completo da vítima: Paulo Sergio B. da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Paulo Sergio Barbosa da Silva CPF titular de conta: 885.150.794-53 Profissão: Motorista
Endereço: Rua Franca Beite Número: 355 Complemento: E 101
Bairro: Cruz das Armas Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58086-080
E-mail: (83) 98663-4900

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

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA: 1033 D.V.: 59244 CONTA: 1
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

BANCO: COMPREV Nome: COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
AGÊNCIA: 23 D.V.: 2018
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a assinatura no formulário, 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 23 de agosto de 2018
Local e Data

Paulo Sergio Barbosa da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



J033 - 000 59244 - 1





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01343.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01343.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:11 horas do dia 17 de julho de 2018, 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 **Paulo Sergio Barbosa da Silva**, CPF nº 885.150.794-53, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Motoboy, filho(a) de Francisca Henrique Barbosa e Não Declarado, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 06/03/1973 (45 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua França Leite, Nº 355, bairro Cruz das Armas, tendo como ponto de referência Cemitério, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98637-1921.

Dados do(s) Fatos:

Local: Br 230, Mangueiros, Próximo À Alpargatas, Sentido João Pessoa/santa Rita, Santa Rita/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 06/01/18 13:20h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia a MOTOCICLETA HONDA/NXR 150 BROS ESD, PRETA, 2012/2012, PLACA MOS5871/PB, CHASSI 9C2KD0540CR523179, registrada em nome do noticiante, quando colidiu frontalmente com um CARRO VW/GOL, NÃO IDENTIFICADO, o qual transitava no sentido oposto da via e repentinamente fez uma manobra para entrar numa rua lateral e interceptando a passagem do noticiante; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 0862/2018, EXPEDIDA PELA DRª ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM/PB 3883, DATADO DE 19.06.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabcira, para onde foi socorrido(a) 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, expede a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

João Pessoa/PB, 17 de julho de 2018.

FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação

PAULO SERGIO BARBOSA DA SILVA
Noticiante



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (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 <u>Paulo Sergio B. da Silva</u>	CPF da Vítima <u>885.150.794-53</u>	Data do Acidente <u>06/01/2018</u>
--	--	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

João Pessoa 23 de agosto de 2018

Local e Data

Paulo Sergio Barbosa da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



VISTO EM: 23/01/18

Comandante do BAPH
Katty Sabrina do N. Silva

TEN. CEL. QOBM- 521.280-4

**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO – OPERAÇÕES**

João Pessoa-PB, 26 de Janeiro de 2018.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 046/2018

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 06/01/2018, conforme requerimento nº 047/18, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido(a) por volta das 14h22min o/a Sr.(a) **PAULO SERGIO BARBOSA DA SILVA**, CPF Nº 885.150.794-53, vítima de acidente de (colisão(carro x moto)), ocorrido na BR-230 (prox. à Alpargatas), Mangunhos – Santa Rita/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-44, tendo como chefe o **SARGENTO BM LEONARDO DE OLIVEIRA DOS SANTOS**, Matrícula 524.110-3. A vítima conduzia a motocicleta usando capacete, consciente e orientada, com uma avulsão no membro inferior. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Complexo Hospitalar de Mangabeira Governador Tarcísio Bority.

Para constar, eu **André Vieira de Souza** - CB BM, Mat. 523.518-9, () auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo(a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

JYHARMEON BARBOSA A. DE SOUZA
1ª DEZ. MAT. 527.341-8
Chefe da 3ª Seção

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
23 AÇO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



**GOVERNO
DA PARAIBA**

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar,
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/nº, Conj. Pedro Gondim, 58.031-090, João Pessoa-PB
Fone: (83) 3243-9044 / (83) 3216-5751 / (83) 3218-7979 (FAX) - E-mail: caphbbs@bombeiros.pb.gov.br

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Bolão para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica. : Nº 010.267.815



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
B: 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 55071-680
CNPJ 09.095.163 / 0001-40 - Insc. Est. 18.015.033-0

DADOS DO CLIENTE FRANCISCA HENRIQUES BARBOSA RUA FRANCA LEITE 355 C 101 JOÃO PESSOA	CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR 5/525172-3
---	--

REFERÊNCIA JUL/2018	APRESENTAÇÃO 30/07/2018	CONSUMO 177	VENCIMENTO 06/08/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 149,79
--------------------------------------	--	------------------------------	--	---

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

FRANCISCA HENRIQUES BARBOSA
Rotatiro: 17-002-631-4780
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 10/08/2018

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
06/08/2018	R\$ 149,79	525172-2018-07-8



CERTIDÃO

Nº. 0862/2018

Atendendo solicitação de ALEXANDRA CESAR DUARTE de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº 92147 e Prontuário nº 2017.11.000699, pertencentes a **PAULO SERGIO BARBOSA DA SILVA** que foi atendido dia 06/01/2018 às 15H15min, vítima de colisão carro x moto, apresentando ferimento extenso de partes moles da perna esquerda.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que não evidenciou fratura. Realizado procedimento com enxerto na pele da perna direita dia 06/01/2018, 09/01/2018 com alta médica dia 19/01/2018.

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

João Pessoa, 19 de junho de 2018

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)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

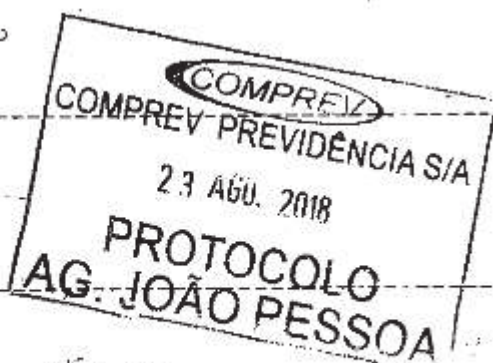
Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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



Alexandra R. B. Silva

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 08/01/18

Nome: Paulo Sérgio
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

QPD: Terminato em Perno (E)

HDA: paciente vítima de acidente de moto com
fractura extensa de fêmur direito em Perno
(E)

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso _____ Kg em _____ [] Prurido [] Sudorese
[] 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
[] Dispneia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____

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

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

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

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

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
23 ABL 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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: _____

COMPREV

COMPREV-PREVIDÊNCIA S/A

23 AGU. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOAHipóteses Diagnósticas: Ferimento extenso de ferida
mole em ferida (E)Conduta: Lmc extensiva com SF 2,9/1
- Desbridamento de ferida de vitalidade
- tratamento p/ antibiótico geral
- avaliação da ferida p/ exato

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

DDN sob regulamento
Assessoria de Planejamento
Alm. de controle

Incisão:

Achados:

Conduta:

Linc. exclusiva c/ st 997.
Dispositivos
curativos c/ gaze vaselina

Fechamento:

OBS:

Avaliação da Plástica
crânio

Data:

06/01/18

Dr. Aurélio S. P.
CRM: 97.488.000-0
MÉDICO CRM

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Decúbito Dorsal + antissepsia com PVPI

Incisão:

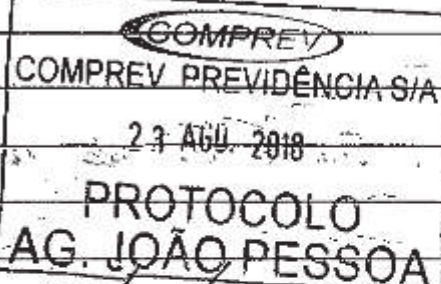
Realizada de enxerto parcial em foca anterior de coxa esquerda

Achados:

Ponto de substituição em foca lateral de perna esquerda

Conduta:

Realizada enxerto de pele parcial em foca lateral da perna esquerda com ~~foca~~ ^{fóvea} ~~doadora~~ em foca anterior da coxa esquerda.



Fechamento:

Curativo compressivo com gaze vaselina e Neomax

OBS:

Data: 08 / 02 / 18

MÉDICO/CRM

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 SUPLENTE DE DIRETOR DE ADMINISTRAÇÃO
 SECRETARIA NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO

PAULO BÉRGIO BARBOSA DA SILVA

DOCUMENTOS / CATEGORIA: 1021462 - SSP - PB

CPF: 885.150.794-53 DATA NASCIMENTO: 06/03/1973

FUNÇÃO: FRANCISCA BENGIOQUE BARBOSA

FORMAÇÃO: [] ACC: [] EXTERNA: []

02245709816

15/05/2022 16/02/1997

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1474557810

PROVIDÊNCIA PLASTIFICADA 1474557810

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: JOÃO PESSOA, PB DATA: 16/05/2017

23831594205 23034648956

PARAÍBA

COMPREV
 COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
 23 AGU. 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 012974197142

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 00450088871 EXERCÍCIO 2012

NOME PAULO SÉRGIO BARROSA DA SILVA

PLACA 88515079453

PLACA ANTIGA 88515079453

NOVO

COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA/MODELO HONDA/NR150-BROS-FSD

CAP/POT/CIL 2 P/149 /C1

CATEGORIA PARTIC

COT. PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA 00/00/0000

IPVA PAGO EM 00/00/0000

PREMIO TÁRIFA (R\$) 00,00

PREMIO TOTAL (R\$) 00,00

DATA DE PAGAMENTO 16/03/2012

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

DATA 21/03/2012

19399

19721

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS
COLISIONAIS DE TERCEIROS
TRANSPORTES DE

PB Nº 012974197142

ESTE É O SEU BILHETE
PARA MAIS INFORMAÇÕES
AS CONDIÇÕES GERAIS

www.seguro
SAC DPVAT

VIA 1 CPF / CNPJ 88515079453

RENAVAM 00450088871 HONDA

ANO FAB 2012 CILINDROS 9C2

PREMIO

FNS (R\$) 00,00

CUSTO DO BILHETE (R\$) 00,00

PAGAMENTO

SEGURADO

CNPJ 000000000000000000

19721-141