



PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE

NOME:	Jenival Soares da Silva
ESTADO CIVIL:	Solteiro
PROFISSÃO:	Autônomo
DOMICÍLIO:	Rua: Raimundo Ribeiro nº 187, Autnan Nunes
RG/CPF/PIS PASEP:	CPF: 034.037.793-35

OUTORGADOS

JORGE ULISSES E SILVA FERREIRA LIMA, inscrito na OAB/CE sob o nº. 29.690, com escritório profissional situado na Rua Hercílio Pinheiro, nº 329, CEP 62960-000, Centro - Tabuleiro do Norte-CE.

Por meio do presente instrumento são outorgados amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 105 da Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015 (Código de Processo Civil), e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, receber e dar quitação, praticar todos atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso.

Local: Fortaleza - CE
Data: 22/02/19

Jenival Soares da Silva
OUTORGANTE

OAB/CE nº 29.690

advocaciaulissesferreira@gmail.com

Rua Hercílio Pinheiro, nº 329, CEP 62.960-000, Centro - Tabuleiro do Norte-CE

Nº DO CLIENTE
455587
Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima
sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei Nº 10.438
de 26 de abril de 2002
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3



fls. 9

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | N° 543506217
Rota 20 01240 20 138600 - 0 Data de Emissão 28/09/2018
Nome OZINELIA SOARES DO CARMO
End. Postal RU RAIMUNDO RIBEIRO 00187
AUTRAN NUNES - FORTALEZA - 60526500
Medidor 9302111 Poste 1773 E28W
Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 02-BX. RENDA MONOFASICO
RG / CPF / CNPJ 818682783-87 CGF
Nome do Responsável

DATAS			INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO		
Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura	Veja a legenda no verso desta conta.		
Set/2018	28/09/2018	29/10/2018	Conjunto	Jul/2018	EUSD 22,27
			Mês	DICRI= 0,00 P	

ICMS			Padrão Individual			Apuração Individual		
Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
106,87	27,00%	29,33	4,95	9,91	19,82	0,00	0,00	0,00

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
5E3A.D858.AECB.ID087.2127.5698.2848.B147

DÍGITO		
DIC	FIC	DMIC
3,11	6,22	12,45
2,77		0,00

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO									
Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)		
FP 14078	13931	1,00	147	0,00	78	0,28920	22,77		
					47	0,44436	21,10		
						0,66654	31,33		
28/09/18	29/08/18		30 DIAS		147		70,20		

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VR. CONSUMO DO MES RESIDENCIAL NORMAL	106,87
DESCONTO TARIFA SOCIAL BAIXA RENDA	-38,67
ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079	10,44
MULTA MORATORIA REF 08/2018	1,70
JUROS DO MES	1,33
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	11,69
- PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	0,89
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 6,70)	

VENCIMENTO 05/10/2018	TOTAL A PAGAR (R\$) 96,25
------------------------------	----------------------------------

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO		HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)	
Transmissão	2,89	131	147
Distribuição	13,46	168	154
Encargos Setoriais	4,14	146	169
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	31,91	128	165
TOTAL	81,53	125	118
		110	107
		45	

MED Set Ago Jul Jun Mai Abr Mar Fev Jan Dez Nov Out

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido 57,99 Compensado 0,00 Consciência Ecológica (%CO₂) 0

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO
CONTAS EM ATRASO

AVISO DE DÉBITO VENCIDO:
Informamos existir débitos vencidos sem acréscimos legais até esta data, no valor de R\$ 110,86. Seu fornecimento de energia poderá ser suspenso em até 90 dias contados a partir da fatura vencida e não paga.

DÉBITOS ANTERIORES
Mes/Ano 08/2018 Valor R\$ 110,86

Consta desta fatura R\$ 2,52 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:0,42% e COFINS:1,91%
(Art. 9 Res. 109-2005 - ANEEL e Lei n. 10.637/02 e 10.803/03)

Estamos em Bandeira vermelha patamar 2 em set-18 com custo de 5,00 reais a cada 100kwh (quilowatt-hora). Informações: www.aneel.gov.br

455587 Set/2018
Nº do Cliente: 28/09/2018 Referência: 96,25
Data de Emissão: 543506217 Total a Pagar (R\$): 0000455587 00529 39642 45
Nº do Documento: 000000000-1 96250031000-6 00004555870-1 05293964277-0



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Nome: Juvenal Soares da Silva

Nacionalidade: Brasileira Estado CE Estado Civil: solteira

Profissão: autônomo

Rg: 2006009051031SSPI -CPF: 034.037.793-35

Logradouro: Rua Raimundo Ribeiro nº 187 Autaon, nuns

Desejamos obter os benefícios da "Justiça Gratuita", declara, sob as penas da lei que não possui recursos suficientes para custear qualquer demanda, sem prejuízo do sustento próprio e da família, pelo que, nos termos da lei nº 1.060 de 05 de Fevereiro de 1950, faz jus aos benefícios da gratuidade da justiça.

Fortaleza/Ce: 22 de Fevereiro de 2019

Juvenal Soares da Silva

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

NOME: Juneral Soares da Silva

RG: 2006009051031 **SSP/** **CPF:** 034.037.793-95

DECLARA de sã consciência e bem da verdade que VIVE E RESIDE em:

Logradouro: Rua Raimundo Ribeiro, 187
Bairro: Autron Nunes

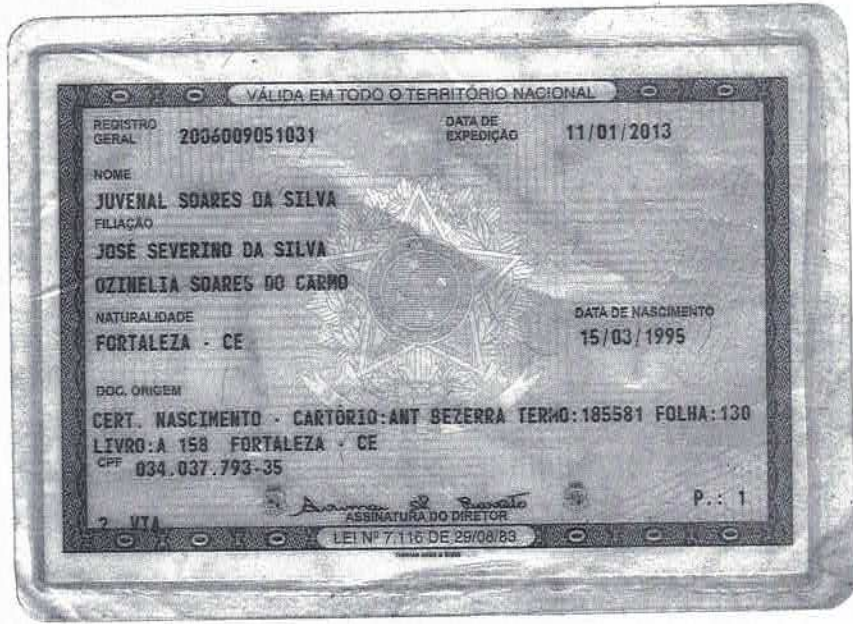
Complemento: _____

Bairro Autron Nunes **CEP:** 60.526.500

Que a presente declaração é a expressão da verdade, a qual é feita nos termos e sob as penas da lei, pelo que me responsabilizo pela presente

Fortaleza/Ce, 22 DE Fevereiro 2019

Juneral Soares da Silva



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 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

CPF da Vítima

03903779335

Nome completo da vítima

Juvenal Soares da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Juvenal Soares da Silva		CPF titular da conta 03903779335	Profissão soterano
Endereço Rua Raimundo Ribeiro		Número 187	Complemento casa
Bairro Sítio Nunes	Cidade Fortaleza	Estado Ceará	CEP 60526500
Email		Telefone (DDD) 85 988701298	

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 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ 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

NRO.

1469

D/V

CONTA

NRO.

00063127

D/V

8

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

(Informar dígito se existir)

D/V

CONTA

NRO.

(Informar dígito se existir)

D/V

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo 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.

Fortaleza, 26 de outubro de 2018

Local e Data

Juvenal Soares da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Impresso nº 2018180430

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4623 / 2018

Dados da OcorrênciaNatureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **25/10/2018 13:59:03**Data / Hora da Ocorrência: **28/09/2018 07:30:00**Endereço da Ocorrência: **AVENIDA JORNALISTA TOMAZ COELHO**

Complemento:

Bairro: **MESSEJANA**Município: **FORTALEZA/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)Nome: **JUVENAL SOARES DA SILVA**Nascimento: **15/03/1995** CPF: **034.037.793-35**RG: **2006009051031** Orgão Emissor: **SSP**

UF:

Filiação: **OZINELIA SOARES DO CARMO****JOSE SEVERINO DA SILVA**Endereço: **RUA RAIMUNDO RIBEIRO, 187**Bairro: **AUTRAN NUNES**Município: **FORTALEZA/CE**

CEP:

País: **BRASIL**Telefone: **(85) 98400-8015****Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **HYG8001** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2KD03307R027580** Renavam: **910848335** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ES** Ano: **2007** Ano Modelo: **2007** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário: **JOSE ROBERIO SILVA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

QUE, COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, QUE A VITIMA MESMO SEM HABILITAÇÃO PARA CONDUZIR MOTO TRANSITAVA PILOTANDO A MOTO DE PLACA HYG-8001 NA AV. JORNALISTA TOMAZ COELHO QUANDO UMA MOTO DE PLACA NÃO ANOTADA AVANÇOU A PREFERENCIAL COLIDINDO COM A VITIMA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA SENDO SOCORRIDA PARA O HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA - ANTONIO BEZERRA POR MEIOS PRÓPRIOS. E NADA MAIS DISSE.////////

OBS: COMUNICAÇÃO FALSA É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:****X Juvenal Soares da Silva****VISTO DO DELEGADO(A) :****JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-9**



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

Juvenal Soares da Silva

CPF da Vítima

03403779335

Data do Acidente

28/09/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

85 988701298

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.

Fortaleza, 26 de outubro de 2018

Local e Data

Juvenal Soares da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo

14/12/2018

SINISTRO 3180516639 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JUNENAL SOARES DA SILVA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO INVESTPREV
 Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE
BENEFICIÁRIO JUNENAL SOARES DA SILVA
CPF/CNPJ: 03403779335

Posição em 14-12-2018 11:06:30

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Por gentileza, clique aqui e nos envie um e-mail para que possamos checar melhor o seu caso. Por gentileza, aguarde, em até 72 horas, entraremos em contato com você para informar a situação do seu pedido de indenização.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
17/12/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS RESSEDAIS CAUSADOS POR VEICULO
 AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, E PESSOAS
 TRANSPORTADAS, OU NAQ SEGURO DPVAT

CE Nº 013126459454 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2017

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
 SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
 2017 07/02/2017

CPF/CNPJ

PLACA

MARCA/MODELO

RENAVAM
 910948335

HONDA/NXR150 BROS ES

NR CHASSI

ANO FAB
 2007

OR FINE
 09

9C2KD03307R027580

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$)

DEMOTRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

81.29

9.03

90.32

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

185.50

9.15

0.70

185.50

PAGAMENTO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

07/02/2017

LOTE/DOC: 153566760
 MOTOR: KD03E37027580

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES

Nº 013126459454

BETRAN - CE

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA

COD RENAVAM

RNTRC

REKEX

01 910948335

0000000000

2017

JOSE ROBERTO SILVA

FORTALEZA/CE

05555894392

PLACA HYG8001

*****/CE

9C2KD03307R027580

ESPED. TPO

NOTA VENCIMENTO APPLIC. CASOLINA

HONDA/NXR150 BROS ES

2E/OCV/149CC

CATEGORIA
 PARTIC

PRETA

COTA UNICA

VENO COTA UNICA

//**

PARCELAMENTO/COTAS

1:****

2:****

3:****

4:****

5:****

6:****

7:****

8:****

9:****

0:****

1:****

2:****

3:****

4:****

5:****

6:****

7:****

8:****

9:****

0:****

1:****

2:****

3:****

4:****

5:****

6:****

7:****

8:****

9:****

0:****



REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS PESSOAIS		Nº DO PRONTUÁRIO	Nº DO BE
NOME DO PACIENTE JUVENAL SOARES DA SILVA		81356	244855
CADÚSUS		NASCIMENTO 15/03/1995(23 ANOS)	SEXO M
NOME MÃE OZINELIA SOARES DO CARMO		NOME RESPONSÁVEL NI	RACIA/COR NAO INFORMADA
ENDEREÇO RUA RAIMUNDO RIBEIRO 710 AUTRAN NUNES		MUNICÍPIO FORTALEZA	UF CE
CONTATO (85)98400-8015		CEP 60.526-500	
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE			
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO			
QUEIXA RELATA QUE SOFREU QUEDA DE MOTO E APRESENTA DOR E LESÃO EXTENSA EM PÉ DIR.		MOTIVO ACIDENTE DE MOTO	
SINTOMAS NI		ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)	
SINAIS VITAIS			
PESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SAT O2 NI%	PULSO NI
TEMPERATURA NI °C	ALERGIAS NI	GLICEMIA NI	
CLASSIFICAÇÃO AMARELO		RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO LANNA NHAYARA TEIXEIRA BRAZ	
ÁREA DE ATENDIMENTO ATENDIMENTO TRAUMA		DATA E HORA DO ATENDIMENTO 28/09/2018	
ANAMNESE			
• CAÍDA DE MOTO • CAÍDA DE MOTO • DO LUT. NX • DO LUT. GRS			
DIAGNÓSTICO			
SOLICITADO: ☐ HC ☐ SU ☐ US ABDOMINAL ☐ TC CRÂNIO ☒ RAIO-X ☒ CAPT		COD. PROCEDIMENTO () OUTROS	
MÉDICAMENTO		APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES
① Do crânio e face geral ② Do traqueostomia			Dr. Leandro Rêgo Ortopedia e Traumatologia CREMEC 12124 Marcos Ramos Mat. 45632 Coordenador do SAMU - HDEAM
TIPO DE ALTA/SAÍDA			
() DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL			
DATA E HORA DO ATENDIMENTO			

Impresso por LANNA NHAYARA TEIXEIRA BRAZ em 28/09/2018 às 08:01:06

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

Laceração extensa 76h em
 pé direito
 feito de bandagem, limpeza
 sutura de aproximação
 menisco anterior
 fratura ungueal, a repm e infm

JUVENAL SOARES DA SILVA

João Vanilson S. Ribeiro
 Cirurgia Geral e Bariátrica
 CREMEC: 9051