

SECRETARIA DE V...
Fls. 09

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

POSELAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA POR 10 ANOS

2529699-92

28.09.92

FRANCISCO EVALDO BERNARDO DE LIMA

JUVENAL PEREIRA LIMA

RAIMUNDA BERNARDO DE LIMA

10.04.71

DATA DE NASCIMENTO

Cert. Naso. n° 3578, liv. 1.9, fls. 60v

Cartório de GULKERAMOBIM-CE

DOC. UNICO

PORT. 12.24.11

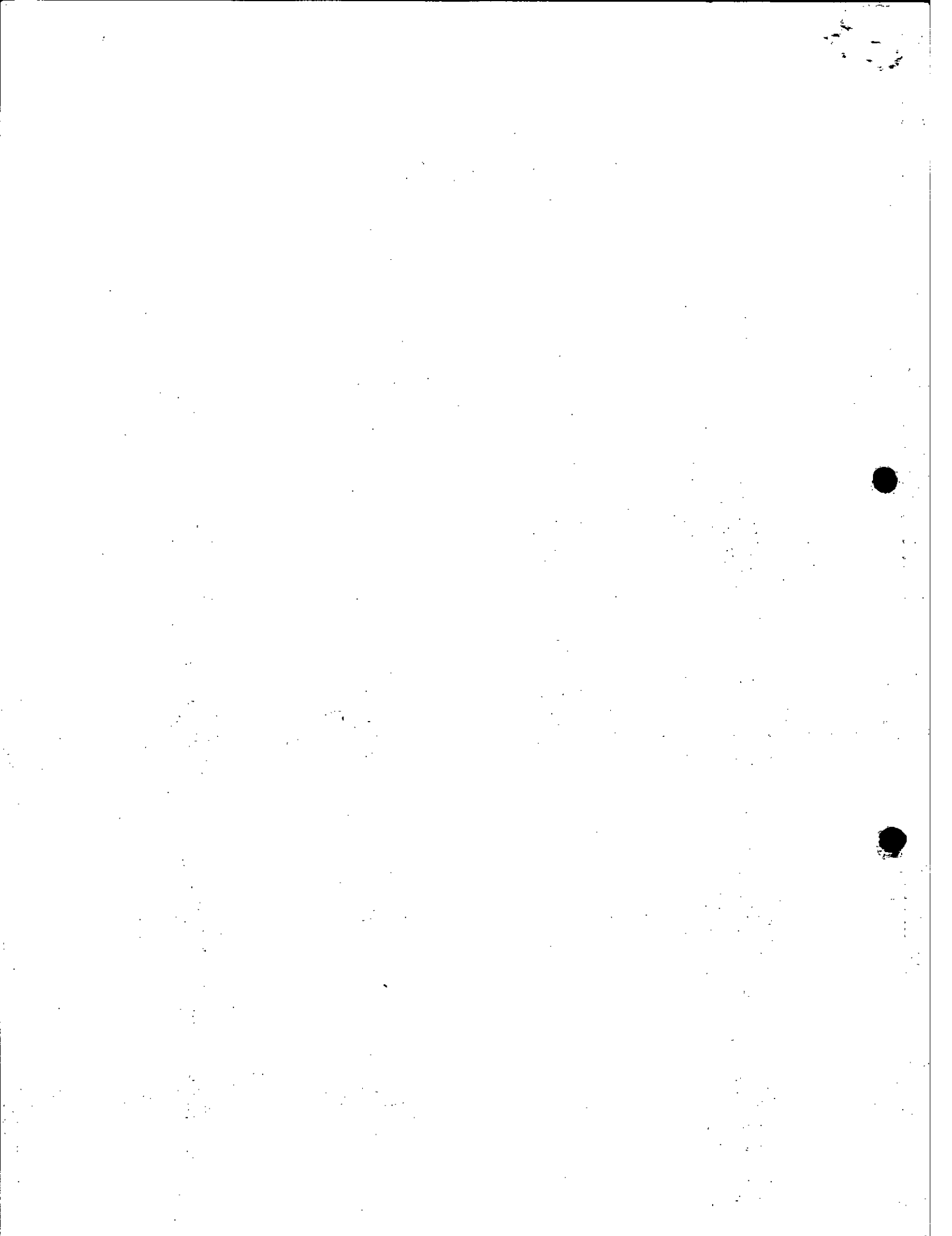


Fig. 10-3

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FISICAS

Nome: **FRANCISCO EVARDO MORAES**

Nº de Inscrição: **021740182-72** Data de Nascimento: **10/04/71**

Este documento é a comprovação de inscrição no cadastro de pessoas físicas - CPF. Deve ser apresentado em todo ato que implique no uso da capacidade jurídica.

VÁLIDO EM TODOS OS TERRITÓRIOS BRASILEIROS

Validade até: 17/06/00

SECRETARIA
Fis. 11

enel		COMPANHIA ENERGÉTICA DO CEARÁ CNPJ 07.047.251/0001-70. C.G.F. 06.105.848-3 Rua Padre Valdevino, 150 CEP 60135 040 Fortaleza(CE)		Nome Fornecedor Sua Enxet - 1 NÚMERO	
DADOS DA ENTREGA					
ENDEREÇO: ST SAO ANTONIO 00000 BAIRRO: DT BONFIM MUNICÍPIO: SENADOR POMPEU				CEP: 63600000 ESTADO:	
RECIBO DE SEGUNDA VIA DE CONTA - SVA				CENTRO OPERATIVO: SENADOR POMPEU	
Nº DO CLIENTE: 3468495 - 6		ROTA: 027.014006.014.00229000		CLASSIFICAÇÃO: 04-RURAL, MONOFASICA	
MUNICÍPIO: SENADOR POMPEU		NOME: FRANCISCO EVALDO BERNARDO DE LIMA		CEP: 63600000	
ENDEREÇO: ST SAO ANTONIO 00000 - DT BONFIM		ODC: 005 C.P.F. 891.745.183-72		SEQUENCIAL: 1	
GÊNERO		VALOR		CÁLCULO	
Mês/Ano	Vencimento	Cons. kWh	Valor em R\$		
08/2017	19/09/2017	85	41,58		
09/2011	07/10/2011	63	15,91		
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA			TOTAL A PAGAR 57,49		
enel		RECIBO DE SEGUNDA VIA AGRUPADA-SVA			
COMPROVANTE ENEL		MUNICÍPIO SENADOR POMPEU			
Nº DO CLIENTE 3468495-6		ROTA 027.014006.014.00229000 TOTAL A PAGAR 57,49			
838000000000-9 57490031000-1 00034684950-0 00011431240-0					
					





**YAGO PINHEIRO
ADVOGADO**

SECRETARIA DE VAGAS
Fls. 12

PROCURAÇÃO "AD JUDÍCIA"

OUTORGANTE: Francisco Eualdo Bonardo de Lima
Portador(a) da Cédula de Identidade nº 252.9699-92 Órgão Emissor
SSPDC-CE, inscrito no CPF sob o nº 891.745.183-72, residente e
domiciliado(a) na Sítio Santo Antônio Nº SLV,
Bairro Zona Rural Cidade S. Pompeu, CEP: 63.600.000

OUTORGADO (S): **YAGO PINHEIRO SILVA**, brasileiro, solteiro, advogado,
regularmente inscrito na OAB-CE sob o nº 32.825. com escritório profissional
situado a Rua Leonel Vale, nº 15, Centro, Senador Pompeu, Estado do Ceará, CEP
63.600 000.

PODERES: amplos poderes para dar assistência, patrocínio e acompanhamento,
bem como representação nos demais atos e pedidos que se façam necessários à
administração deste mandato, podendo transigir, fazer acordo, firmar
compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do
pedido, receber intimações, receber e dar quitação, praticar todos os 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
também, atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso.

Senador Pompeu-CE, 17/ Agosto / 2018

Fco. Eualdo B. de Lima
Outorgante

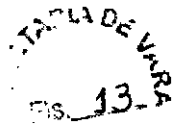
[Faint, illegible handwritten text]

[Faint, illegible handwritten text]

[Faint, illegible handwritten text]



YAGO PINHEIRO
ADVOGADO



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu Francisco Evaldo Barreto de Lima
brasileiro, Estado civil casado, portador(a) da Cédula de Identidade nº
2529699-92 Órgão Emissor SSPDC-CE inscrito(a) no CPF sob o
nº 891.745.183-72, residente e domiciliado na
Sítio Santo Antonio, Nº 5W, Bairro Zona rural
Cidade S. Pompeu, CEP: 63.600.000, declaro que, em função de
minha situação financeira, não tenho condições de arcar com o pagamento das
custas processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família,
nos termos do art. 5º, LXXIV, da Constituição da República e da Lei nº 1.060/50.

Senador Pompeu-CE, 17 / Agosto / 2018.

Fco. Evaldo B. de Lima

OUTORGANTE

1. The first part of the document
describes the general situation
of the country and the
state of the economy.
It also mentions the
main problems that
the government is facing.
The second part of the document
describes the measures that
the government has taken
to solve these problems.
It also mentions the
results of these measures.
The third part of the document
describes the future plans
of the government.
It also mentions the
challenges that the
government will face in the
future.

SINISTRO 3170540144 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FRANCISCO EVALDO BERNARDO DE LIMA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE

INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE

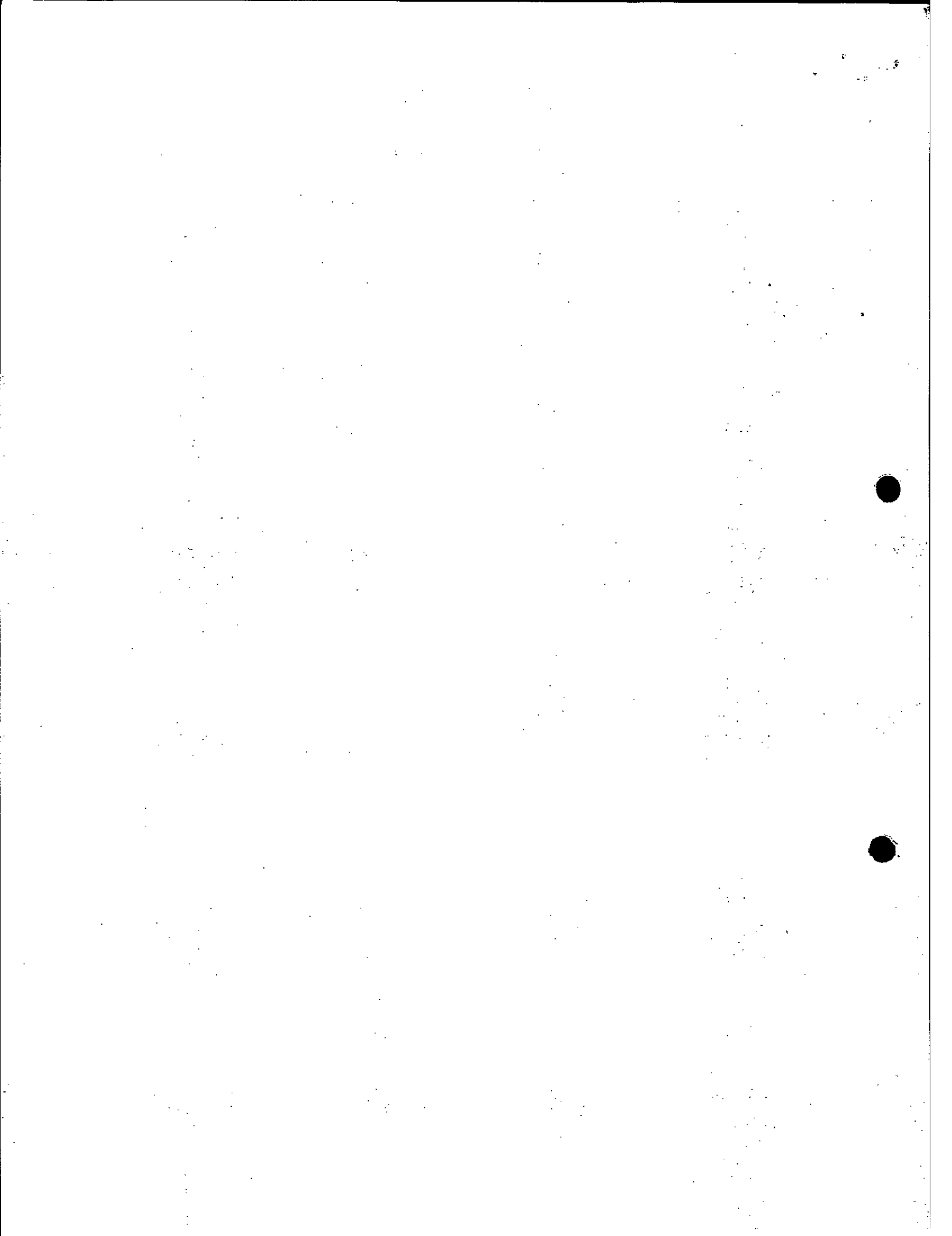
BENEFICIÁRIO FRANCISCO EVALDO BERNARDO DE LIMA

CPF/CNPJ: 89174518372

Posição em 09-07-2018 14:03:26

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento na conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
27/10/2017	R\$ 3.375,00	R\$ 0,00	R\$ 3.375,00

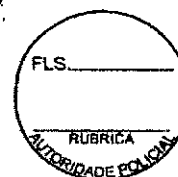


**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

**BOLETIM DE Ocorrência Nº 551 - 1383 / 2017****Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **21/09/2017 12:28:55**Data / Hora da Ocorrência: **10/04/2017 11:45:00**Endereço da Ocorrência: **AVENIDA FRANCO MAGALHÃES**

Complemento:

Bairro:

Município: **SENADOR POMPEU/CE**Ponto de Referência: **PERTO DO MERCADO CENTRAL****Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **FRANCISCO EVALDO BERNARDO DE LIMA**Nascimento: **10/04/1971** CPF: **891.745.183-72**RG: **252969992**Orgão Emissor: **SSPDC**UF: **CE**Filiação: **RAIMUNDO BERNARDO DE LIMA****JUVENAL PEREIRA LIMA**Endereço: **SITIO SANTO ANTÔNIO**Bairro: **ZONA RURAL**Município: **SENADOR POMPEU/CE**CEP: **63.600-000**País: **BRASIL**

Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)1) Placa: **NUZ3768** Uf: **CE** Município: **SENADOR POMPEU** Chassi:**9C2KC1670BR329333** Renavam: **279465424** Tipo do Veículo:**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 FAN ESI** AnoFabricação: **2010** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**Cor: **PRETA** Proprietário: **SAMUEL BEZERRA DE LIMA** Situação: **NÃO****INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO****Histórico**

Afirma o noticiante, advertido das penas cominadas ao falso testemunho, denúncia caluniosa e comunicação falsa de crime ou contravenção que na hora, dia e local acima informados conduzia a motocicleta acima identificada quando um outro motociclista colidiu na motocicleta do declarante, que veio ao chão; Que a vítima fora socorrida por populares e levado ao Hospital Municipal de Senador Pompeu-CE, onde recebeu atendimento médico; Que, posteriormente, fora encaminhado para o Hospital Batista Memorial, onde foi atendido; Que o declarante apresentou cópias dos seguintes documentos: RG, CPF, CRLV da motocicleta, ficha de atendimento médico do Hospital Municipal de Senador Pompeu, prescrição medica e evolução de enfermagem, resultado de exames, CNH, RG e CPF de duas testemunhas. E nada mais disse, nem lhe foi perguntado.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:****ZAQUEU ALVES DAMASCENO - MAT.: 30112415****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:****Francisco Evaldo Bernardo de Lima****VISTO DO DELEGADO(A):**

2

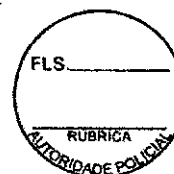




GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

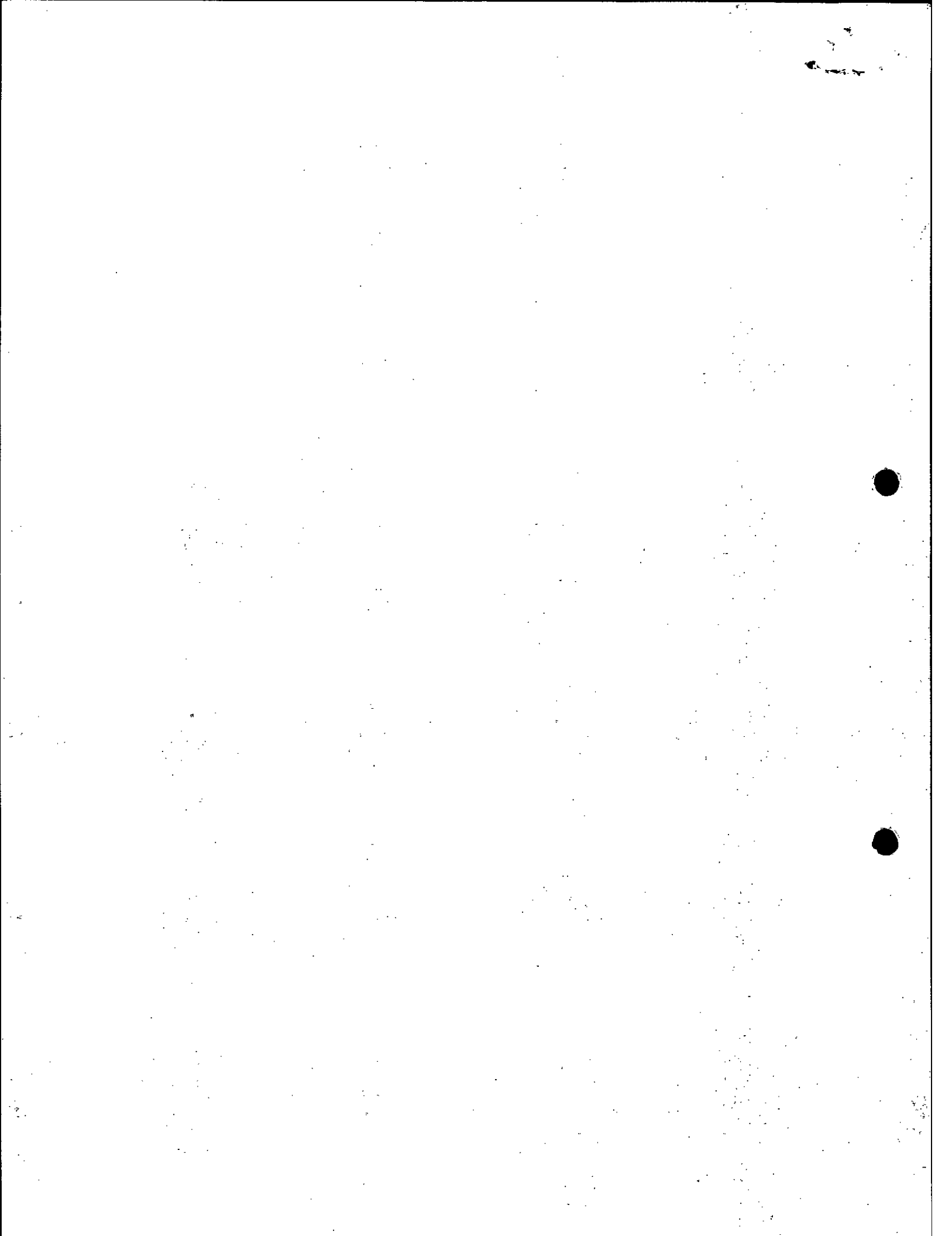
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

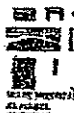
SECRETARIA DE VAI
FIS. 96



BOLETIM DE Ocorrência Nº 551 - 1383 / 2017

JOSÉ WILLIAM SOARES LOPES - MAT.: 30117417





FICHA DE OCORRÊNCIA

Documento de identificação

115

SE VARA



PREFEITURA MUNICIPAL
DE SENADOR POMPEU

Nome do Paciente

D.H. 10.4.71

Francisco Euclides Bernardino de Lima

Profissão	Idade	Cor	Sexo	Estado Civil	Naturalidade	Nac.
Agricultor	49	Br	M	Casado	Quixeramobim	B

Residência: Atlix, Guirapense

Pai: Juvenal Pereira Lima

Mãe: Arimunda Bernardino de Lima

Responsável: Telefone:

O Paciente chegou ao hospital

- | | |
|--|---|
| ☐ Andando | ☐ Regular |
| ☐ De Automóvel | ☐ Passando Mal |
| ☐ Ambulância | ☐ Comatoso |
| ☐ Aparentemente bem | ☐ Com Hemorragia |

Atendimento

Data

Hora

SUS

10.04.77

12:05

☐ Acidente de Trabalho

Local

Queixa principal e Resumo da Doença Atual

Pt. de 49 anos de idade, com queixa principal de dor no peito, com início há 1 dia, com caráter de aperto, piora com esforço físico.

SPO2 98%, FC: 67.

DADOS CLÍNICOS

DIAGNÓSTICO

PRESSÃO ARTERIAL		PULSO	TEMPERATURA		PESO
MAX	MIN		AXILAR	RETAL	
110	80				

Doença de Coronária

TRATAMENTO:

- Sulfato
- Celazapril 50mg IV 12/24h
- 50mg IV 6h
- Furosemida IV 16/24h

0301060029

DESTINO DADO AO PACIENTE

- | | |
|---|--------------------------------------|
| ☒ Residência | ☐ Internado |
| ☒ Em Observação | ☐ Transferido |
| ☐ Encaminhado ao Ambulatório | |
| ☐ Óbito às _____ horas após chegada A.U.E. | |
| ☐ Óbito sem tratamento | |

Assinatura do Paciente ou Responsável

[Assinatura]

CONFERE COM ORIGINAL

31/08/2017
Responsável: SUE
MHS
CNPJ 07 892 8970002-4

Medicação Administrada por:

Exames Complementares

Diagnóstico Definitivo

Ass. do Médico

Dr. Fernando Higor Fayad F. Vieira
CRM-MC - 12721
MEDICO



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA
24 horas de proteção à vida

União - 12600060374

Fortaleza 2

SEÇÃO
Fls. 18

Ass: 201347-201207

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA	2 - CNES: 2151291149
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL BASTO MONDRIAL	4 - CNES: 11111111

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: RAIMUNDO CYRILLO ERNESTO DE LIMA	6 - Nº PRONTUÁRIO:			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):	8 - DATA NASCIMENTO:	9 - SEXO: MASC FEM	10 - RAÇA/COR:	10.1 - ETNIA:
11 - NOME DA MÃE: RAIMUNDA BERNARDES DE LIMA	12 - TELEFONE DE CONTATO:			
13 - NOME DO RESPONSÁVEL: SANTO ANTONIO	14 - TELEFONE DE CONTATO:			
15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO): SANTO ANTONIO, SEM NÚMERO, ZONA RURAL				
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: SENADOR POMERU	17 - COD. IBGE MUNICÍPIO:	18 - UF: CE	19 - CEP:	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

DESOCCLUSÃO DENTÁRIA, LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL,
MOBILIDADES DOS COTOS FRATURADOS.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

CIURGIA SOB ANESTESIA GERAL

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):

RADIO-PLAC E EXAME CLÍNICO

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL:

FRATURA DE MANDÍBULA

24 - CID 10 PRINCIPAL:

S026

25 - CID 10 SECUNDÁRIO:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:

OSTEOSTÍTESE DE FRATURA COMPLETA DE MANDÍBULA

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

06.05.03.002-3

29 - CLÍNICA:

BMF

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO:

ELÉTRICO

31 - DOCUMENTO:

() CNS (X) CPF

32 - Nº DOCUMENTO DO SOLICITANTE:

330603103-78

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:

Mauro José de Souza

34 - DATA SOLICITAÇÃO:

19/04/17

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº CR):

Mauro José de Souza

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	39 - CNPJ DA SEGURADORA:	40 - Nº DO BILHETE:	41 - SÉRIE:
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	42 - CNPJ DA EMPRESA:	43 - CNAE DA EMPRESA:	44 - CBOR:
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO			

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:

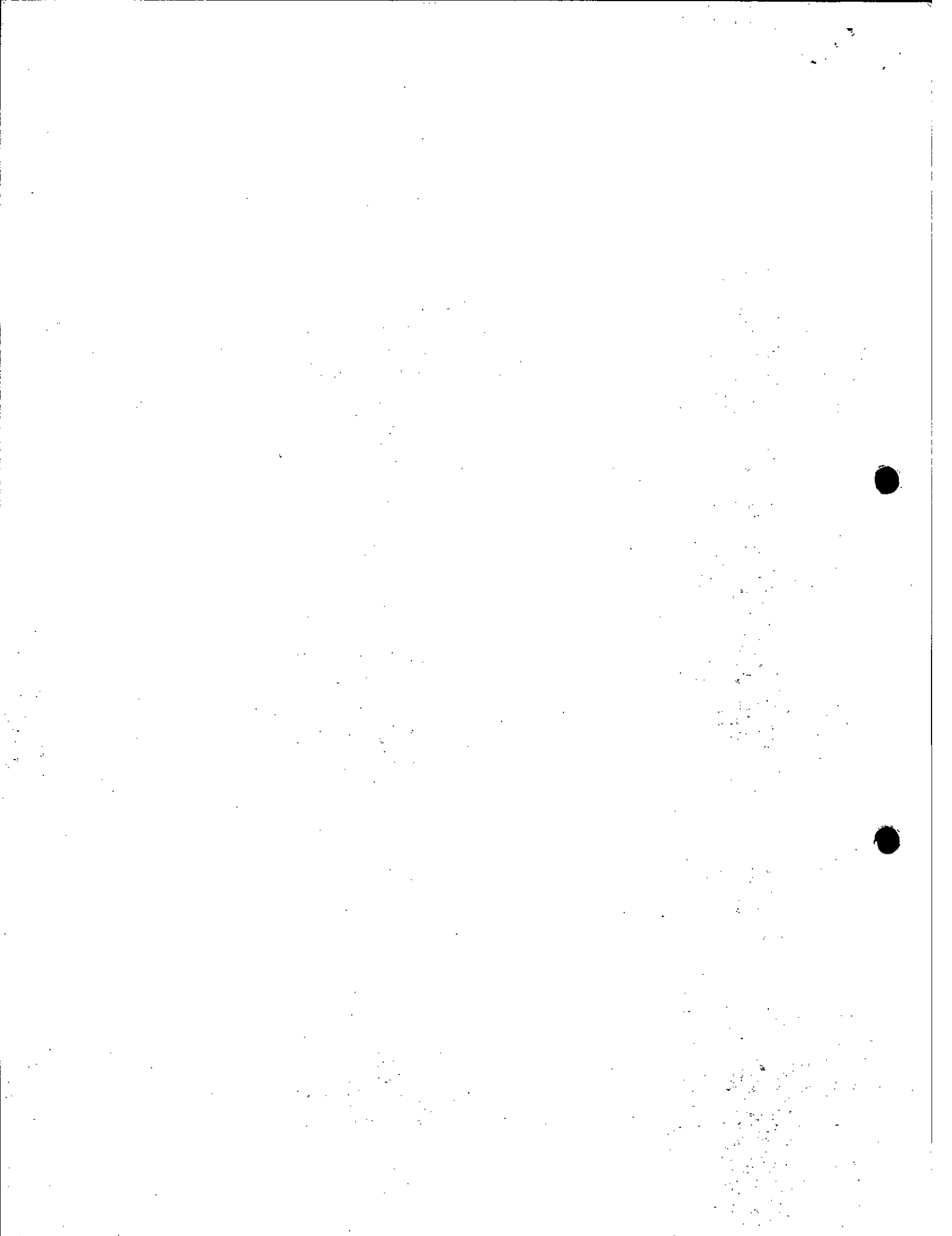
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:	47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR:	52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:
48 - DOCUMENTO:	49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:	
() CNES () CPF:		
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:	51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELHO):	
1/1		

Preencher de forma legível e sem abreviaturas: 1ª via - SMS e 2ª via - Prontuário do paciente

CNPJ: 07.000.000/0001-34





HOSPITAL BATISTA MEMORIAL - HI M
SISTEMA DE CONTROLE CLINICO
REGISTRO DE INTERNAÇÃO

PÁGINA: 1/1

DATA: 19/04/2017

HORA: 21:44:48

Prontuário
176999



Atendimento

22479



Reserva/Guia

12600060374



Data 19/04/2017 Hora 21:30

Paciente

FRANCISCO EVALDO BERNARDO DE LIMA [CPF:]

Sexo Est. Civil
M Casado

Dt Nasc. 10/04/1971

Telefone 88

R.G. 2529699-92

Código CNS

708804571662186

Endereço

SITIO SANTO ANTONIO

Bairro

ZONA RURAL

Num. Complemento

S/N

Cidade

SENADOR POMPEU

UF

CE

Nome da Mãe

RAIMUNDA BERNARDO DE LIMA

Responsável

FRANCISCO EVALDO BERNARDO DE LIMA

Bairro

ZONA RURAL

Endereço

SITIO SANTO ANTONIO

Cidade

SENADOR POMPEU

Cep

Num.

S/N

Telefone

Médico Atendente

259330 FRANCISCO DE ASSIS SILVA [CRM: 0909] [CPF: 3383059391]

Médico Acompanhante

259330 FRANCISCO DE ASSIS S [CRM: 0909] [CPF: 3383059391]

Procedimento

0404020500 OSTEOSINTESE DA FRATURA COMPLEXA DA MANDIBULA

S026 FRAT DE MANDIBULA

Valor

2401 RECEPCAO (INTERNAMENTO HOSPITALAR) 50 SUS

Origem

PACIENTES DO UF

Acomodação

POSTO: 010216 - POSTO III ENFERMARIA: 016114 - ENFERMARIA 313 LEITO: 29 / 313-20

Data mín. para alta - 19/04/2017

Data máx. para alta - 22/04/2017

Atendente -

ANGELMARQUES XAVIER DE FREITAS

Resumo de Tratamento

Acompanhante.....? [] Sim [] Não Data admissão 19/04/2017

Data alta 29/04/2017

Internação anterior...? [] Sim [] Não Hora admissão 21:30

Hora alta 10:25

Alta.... Curado.....: [] Melhorado.....: [X] Inalterado.....: [] Clínica..: Médica.....: []
Piorado.....: [] A pedido.....: [] Indisciplina.....: [] Cirúrgica.....: [X]
Transferido.....: [] Falecimento.....: [] Evasão.....: [] Obstétrica.....: []

Diagnóstico:

Internação.: Fratura de Mandibula

Cid

S026

Definitivo...: O Mesmo

S026

Histórico:

Paciente, apresentando limitação da abertura bucal, dor occlusal, dificuldade de mastigação, dor no local da fratura da mandíbula, o qual foi realizado o tratamento da fratura mandibular.

Alta - 1

Ralo X:

UTI

Perm - 2

[] Simples

Entrada ___/___/___

Transf - 3

[] C/Contraste

Saída ___/___/___

Óbito - 4

Caract. Trat. []

Motivo

[] Sangue...: [] Rh...: [] [] A [] B [] C [] D [] E [] F [] G

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS DE DIREITO QUE TODOS OS DADOS ACIMA MENCIONADOS FORAM FORNECIDOS E CONFERIDOS POR MIM, COM BASE EM DOCUMENTOS LEGAIS, E QUE SÃO TOTALMENTE VERÍDICOS.

Assinatura do Paciente

HOSPITAL BATISTA MEMORIAL
CNPL 07/2016-666/0001-34

RG

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: <u>Francisco Benedito</u>		ENFERMARIA/LEITO <u>300</u>		CONVÊNIO:	Nº PRONTUÁRIO
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM					
DATA	MANHÃ	TARDE	NOTURNO	GLICEMIA CAPILAR	
15.00	15.00	15.00	15.00		
16.00	16.00	16.00	16.00		
17.00	17.00	17.00	17.00		
18.00	18.00	18.00	18.00		
19.00	19.00	19.00	19.00		
20.00	20.00	20.00	20.00		
21.00	21.00	21.00	21.00		
22.00	22.00	22.00	22.00		
23.00	23.00	23.00	23.00		
24.00	24.00	24.00	24.00		
25.00	25.00	25.00	25.00		
26.00	26.00	26.00	26.00		
27.00	27.00	27.00	27.00		
28.00	28.00	28.00	28.00		
29.00	29.00	29.00	29.00		
30.00	30.00	30.00	30.00		
31.00	31.00	31.00	31.00		
32.00	32.00	32.00	32.00		
33.00	33.00	33.00	33.00		
34.00	34.00	34.00	34.00		
35.00	35.00	35.00	35.00		
36.00	36.00	36.00	36.00		
37.00	37.00	37.00	37.00		
38.00	38.00	38.00	38.00		
39.00	39.00	39.00	39.00		
40.00	40.00	40.00	40.00		
41.00	41.00	41.00	41.00		
42.00	42.00	42.00	42.00		
43.00	43.00	43.00	43.00		
44.00	44.00	44.00	44.00		
45.00	45.00	45.00	45.00		
46.00	46.00	46.00	46.00		
47.00	47.00	47.00	47.00		
48.00	48.00	48.00	48.00		
49.00	49.00	49.00	49.00		
50.00	50.00	50.00	50.00		
51.00	51.00	51.00	51.00		
52.00	52.00	52.00	52.00		
53.00	53.00	53.00	53.00		
54.00	54.00	54.00	54.00		
55.00	55.00	55.00	55.00		
56.00	56.00	56.00	56.00		
57.00	57.00	57.00	57.00		
58.00	58.00	58.00	58.00		
59.00	59.00	59.00	59.00		
60.00	60.00	60.00	60.00		
61.00	61.00	61.00	61.00		
62.00	62.00	62.00	62.00		
63.00	63.00	63.00	63.00		
64.00	64.00	64.00	64.00		
65.00	65.00	65.00	65.00		
66.00	66.00	66.00	66.00		
67.00	67.00	67.00	67.00		
68.00	68.00	68.00	68.00		
69.00	69.00	69.00	69.00		
70.00	70.00	70.00	70.00		
71.00	71.00	71.00	71.00		
72.00	72.00	72.00	72.00		
73.00	73.00	73.00	73.00		
74.00	74.00	74.00	74.00		
75.00	75.00	75.00	75.00		
76.00	76.00	76.00	76.00		
77.00	77.00	77.00	77.00		
78.00	78.00	78.00	78.00		
79.00	79.00	79.00	79.00		
80.00	80.00	80.00	80.00		
81.00	81.00	81.00	81.00		
82.00	82.00	82.00	82.00		
83.00	83.00	83.00	83.00		
84.00	84.00	84.00	84.00		
85.00	85.00	85.00	85.00		
86.00	86.00	86.00	86.00		
87.00	87.00	87.00	87.00		
88.00	88.00	88.00	88.00		
89.00	89.00	89.00	89.00		
90.00	90.00	90.00	90.00		
91.00	91.00	91.00	91.00		
92.00	92.00	92.00	92.00		
93.00	93.00	93.00	93.00		
94.00	94.00	94.00	94.00		
95.00	95.00	95.00	95.00		
96.00	96.00	96.00	96.00		
97.00	97.00	97.00	97.00		
98.00	98.00	98.00	98.00		
99.00	99.00	99.00	99.00		
100.00	100.00	100.00	100.00		