



HODIERN ADVOCACIA

PROCURAÇÃO AD JUDICIA E ET EXTRA

OUTORGANTE: LUIZ CARLOS ARRUDA DE SOUSA, brasileiro, solteiro, desempregado, portador do RG de nº. 136008-80 SSP/CE e CPF de nº. 316.639.073-15, residente e domiciliado na Rua Caubi, nº. 650 FU 1, Barra do Ceará, CEP 60.331-100, Fortaleza-Ceará.

OUTORGADO: JOSÉ HAROLDO MARCOLINO DA SILVA, brasileiro, em união estável Advogado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº. 31.820 da Seção do Ceará, E-mail: marcolino93972011@yahoo.com.br, Telefone: (85) 98852-6329, com escritório profissional na Avenida Presidente Castelo Branco, nº. 5.818 - loja 10, bairro: Barra do Ceará, CEP: 60.334-100, Fortaleza-Ceará, **PODERES GERAIS:** Através do presente instrumento particular de mandato o OUTORGANTE nomeia e constitui como seu procurador judicial o OUTORGADO, a quem confere amplos, gerais e ilimitados poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste para o foro em geral, com a cláusula "*ad judicium et extra*", autorizado a substabelecer esse, com ou sem reserva de poderes, se assim lhe convier, a fim de que, em conjunto ou separadamente, possa(m) realizar todos os atos que se fizerem necessários para seu regular desenvolvimento e execução, conforme estipulado no artigo 105 da Lei Federal no 13.105/2015 (NCPC), podendo, para tanto, propor quaisquer tipos de ações judiciais e defender-me nas que me forem propostas insitas ao Direito Público Privado ou Difuso/Misto, assim como, recorrer, fazer acordo, reconvir, impugnar, receber intimações, assinar termos diversos (compromisso de inventariante, renúncia e etc), promover quaisquer medidas cautelares, falência, concordata, abertura de inventário e/ou arrolamentos, apresentar e ratificar queixas-crimes, arrolar, inquirir, contraditar elou recusar testemunhas, produzir provas, arrazoar processos, requerer vistas de autos processuais, concordar com cálculos, custas e contas processuais, e, também, fazer defesas prévias e alegações finais, formar documentação necessária, efetuar levantamentos, solicitar laudos, avaliações e perícias, sendo consentido ainda, alegar incompetência, alegar/arguir suspeição e impedimento, arguir falsidade, fraude e etc, perante qualquer juízo, instância ou tribunal, repartição pública e órgãos da administração pública, direta ou indireta, federal, estadual e municipal, autarquia ou entidade paraestatal, dando tudo por bom, firme e valioso.

PODERES ESPECIFICOS: A presente procuração outorga, inclusive, os poderes específicos para receber citação, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, levantar valores, requerer a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica.

PODERES ESPECIAIS: Esse instrumento tem como finalidade exclusiva a deflagração da competente AÇÃO DE COBRANÇA DE COMPLEMENTO DO SEGURO DPVAT, perante a justiça do Estado do Ceará.

Fortaleza, 09 de abril de 2019.


Outorgante

CPF nº. 316.639.073-15

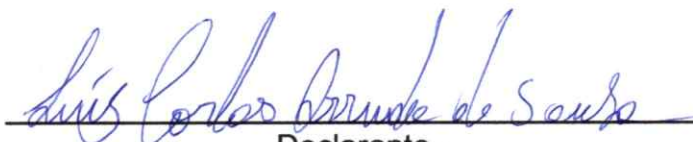
Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JOSE HAROLDO MARCOLINO DA SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 20/05/2019 às 17:18, sob o número 01343978720198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0134397-87.2019.8.06.0001 e código 48FBB51.

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

Eu, **LUIZ CARLOS ARRUDA DE SOUSA**, brasileiro, solteiro, desempregado, portador do RG de nº. 136008-80 SSP/CE e CPF de nº. 316.639.073-15, residente e domiciliado na Rua Caubi, nº. 650 FU 1, Barra do Ceará, CEP 60.331-100, Fortaleza-Ceará, **DECLARO** sob as penas da lei, e amparado pelos artigos 4º e 9º da Lei nº 1.060/50, que não estou em condições de arcar com as custas processuais e honorários advocatícios sem prejuízo do meu sustento próprio e de minha família.

Por ser a mais lidima verdade, assumo inteira responsabilidade pela declaração ora firmada.

Fortaleza-Ceará, 09 de abril de 2019.


Declarante
CPF nº. 316.639.073-15

Nº DO CLIENTE
9903427

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

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135 040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.106.848-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 566199475

Rota 10 01150 26 297400 - 5
Nome LUIZ CARLOS ARRUDA DE SOUSA
End. Postal RU CAUBI 00650 FU 1
BARRA DO CEARA - FORTALEZA - 60331100
Medidor 10660119
Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO
RG / CPF / CNPJ 316639073-15
Nome do Responsável
Posto 0000 0000
Data de Emissão 16/03/2019
CGF

DATAS
Mês de Referência: Mar/2019
Data da Apresentação: 16/03/2019
Previsão Próxima Leitura: 15/04/2019

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
Veja a legenda no verso desta conta.
Conjunto: BARRA DO CEARA
Mês: Jan/2019
DICI: 0,00 F
EUGO: 7,18
Padrão Individual

Mensal			Apuração Individual		
Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC: 0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FIC: 0,11	0,22	2,45	0,00	0,00	0,00
DMIC: 0,69			0,00		

ICMS
Base de Cálculo (R\$): ICMS
Alíquota: Valor do Imposto

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
DETO, DE31, AF60, 0260, 0540, 0550, 0920, 0930

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fet.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
877	877	1,00	0	0,00	0,00	15,30	15,30

16/03/19 14-02-19 30 DIAS 30 15,30

VALOR CONSUMO DO MES
COB. SALDO FATURA ANTERIOR
VALOR (R\$)
15,30
31,65

VENCIMENTO 26/03/2019

TOTAL A PAGAR (R\$) 46,95

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	0,00
Transmissão	0,00
Distribuição	4,00
Encargos Setoriais	1,23
Tributos (ICMS PIS COFINS)...	0,52
TOTAL	15,90

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Sep	Out	Nov	Dez
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

autenticação mecânica cliente

UTILIZE NOSSOS CANAIS VIRTUAIS DE ATENDIMENTO ENEL

enel@cearapower.com.br

App Enel Ceará

SMS

Em caso de falta de energia elétrica, ligue 116 ou 0800 11 116 116. Para solicitar corte de energia, ligue 116 ou 0800 11 116 116.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 2679 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **25/06/2018 16:08:47**
Data / Hora da Ocorrência: **19/04/2017 13:40:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA PEREIRA VALENTE**
Complemento: **RUA OSVALDO CRUZ**
Bairro: **MEIRELES** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **SHOPPING DOM LUIS**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **LUIZ CARLOS ARRUDA DE SOUSA**
Nascimento: **18/07/1962** CPF: **316.639.073-15**
RG: **13600880** Orgão Emissor: **SSP**
Filiação: **RAIMUNDA LUIZA DE ARRUDA**
GERALDO PEREIRA DE SOUSA
Endereço: **RUA CAUBI , 650 JD. PETROPOLES**
Bairro: **BARRA DO CEARA**
Município: **FORTALEZA/CE**
País: **BRASIL**

UF:

CEP:

Telefone: **8803-8064**

Histórico

QUE, COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO A MOTO HONDA/ CG 150 FAN ESIDE, PLACA OCJ-2512/CE, ANO FAB 2011, ANO MOD. 2011, COR AMARELO, E QUE NA DATA DO ACIDENTE ERA REGISTRADA EM NOME DE LUIZ CARLOS ARRUDA DE SOUSA, QUE TRANSITAVA NA RUA PEREIRA VALENTE QUANDO UM CARRO AVANÇOU A PREFERENCIAL COLIDINDO COM A VITIMA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA SENDO SOCORRIDA PARA O INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA 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 Luiz Carlos Arruda de Sousa

VISTO DO DELEGADO(A) :

JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-9



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

24 HORAS DE PROTEÇÃO À VIDA

Atestado - Serviço de Traumatologia-

Ortopedia

Atesto para fins de comprovacao junto ao trabalho, que os dados abaixo sao a verdade e servem de informacao sobre as condicoes e razoes da internacao neste Hospital em relacao ao Servico de Traumatologia-Ortopedia.

NOME:	LUIZ CARLOS ARRUDA DE SOUSA		
LEITO:			
DATA DE INTERNACAO:	19 04 2017	DATA DA ALTA:	10/05/2017
BE/PRONT:	5504839	CIDADE DE ORIGEM:	FORTALEZA
IDADE:	54		
DIAGNOSTICOS:	FRATURA DE ACETABULO ESQ (OPERADA)		
CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO:	1.RETORNO AO AMBULATORIO DR MARCOS GIRAO EM 15 DIAS 2.NAO PISAR ATE RETORNO 3.ANALGESIA 4.USAR XARELTO POR 30 DIAS		
STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:			
STAFF DO LEITO:	MARCOS GIRAO		
RESIDENTE DO LEITO:	FELIPE RODRIGUES		

Dr. Felipe Rodrigues B. Mendee Médico Residente Traumatologia e Ortopedia CREMEC 16020	Retornar dia: <u>24/15/00</u> Hora: _____ para Dr. _____ <u>Marcos Gomes</u>
Ass: _____	
Data: <u>10/05/17</u>	Dispensa do trabalho por: <u>120 (Cans. Excessivos)</u>
Imprimir	

OrtoGestor - Projeto Ortopedia na Web



ATESTADO MÉDICO

NOME: LUIZ CARLOS ARRUDA SOUSA

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE SUPRACITADO É ACOMPANHADO NO AMBULATORIO DE TRAUMATOLOGIA DO IJF POR ARTROSE POS-TRAUMATICA ACETABULO EQUERDO NO AGUARDANDO DE TRATAMENTO CIRURGICO DEFINITIVO SEM DATA PREVISTA ATE O MOMENTO.

NO MOMENTO, PACIENTE COM DOR RESIDUAL DEAMBULANDO COM AUXILIO DE 02 MULETAS.

CID-10:S324

Fortaleza – CE, 15 DE OUTUBRO DE 2018.

Tairo Diogenes
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-CE 15586



ATESTADO MÉDICO

NOME: LUIZ CARLOS ARRUDA DE SOUSA

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE PACIENTE SUPRACITADO ESTA SENDO ACOMPANHADO NESTE AMBULATORIO – IJF – SETOR TRAUMATOLOGIA – DEVIDO FRATURA DE ACETABULO EM AGOSTO/2018, TENDO REALIZADO TRATAMENTO CIRURGICO À ÉPOCA.

NO MOMENTO, APRESENTA-SE COM ARTROSE DE QUADRIL ESQUERDO, DEAMBULANDO COM AUXÍLIO DE DUAS MULETAS E EM FILA PARA REALIZAR ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL, AINDA SEM PREVISÃO.

AO SETOR DE PERICIAS MÉDICAS

CID-10: S324

Fortaleza – CE, 17 DE DEZEMBRO DE 2018.



Dr. Yan Dias
Médico Residente
Ortopedia Traumatologia
CREMEC 16.540

ATESTADO MÉDICO

NOME: LUIZ CARLOS ARRUDA

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE SUPRACITADO APRESENTA FRATURA ACETABULO ESQUERDO E ESTA INTERNADO NO LEITO 1319 DO IJF SEM PREVISAO DE ALTA HOSPITALAR

ATENCIOSAMENTE,

Data 01/05/17

Felipe Rodrigues B. Mendes
Médico Residente
Traumatologia e Ortopedia
CREMEC 16020

Assinatura e Carimbo Médico

Autorizo que seja escrito o diagnóstico nesta declaração médica :



TH 124811 Series #1 Image # 2

L

do original
do acesso

do original
do acesso



TRIZABEL
Series #

TRIZABEL
Series #

L



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

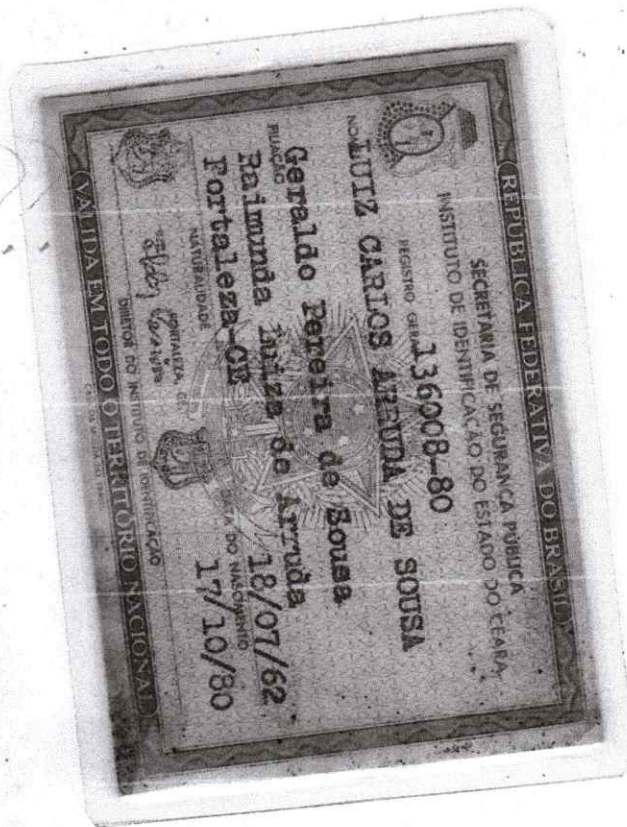
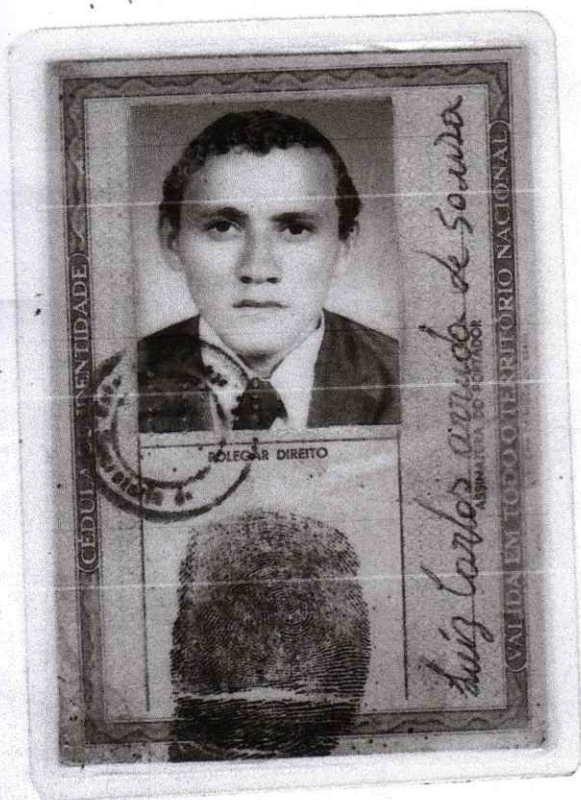
Registro de Atendimento Emergencial

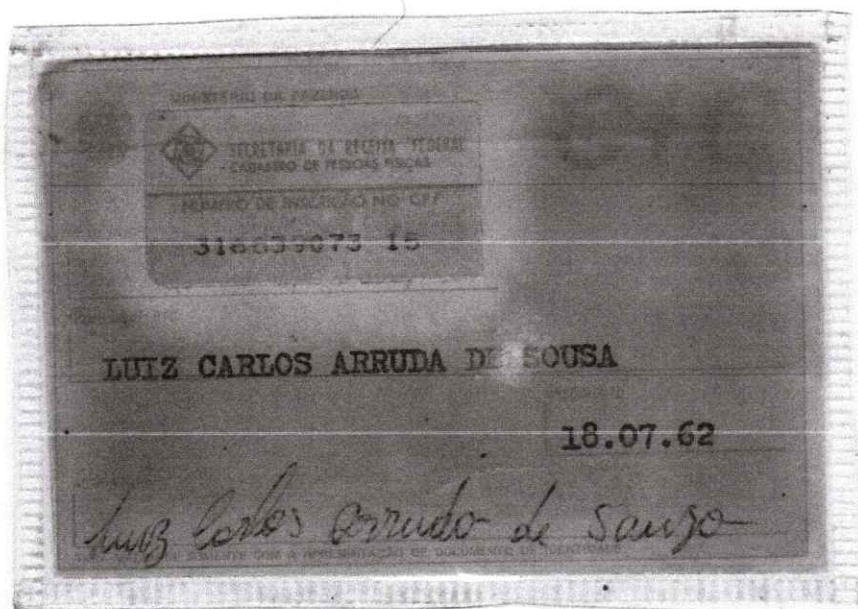


Emitido em: 13/06/2018 9:12:24

Por: UBIRAJARA MORAIS MENDONÇA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 19/04/2017 17:57:40	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 700700946486970	NOME: LUIZ CARLOS ARRUDA DE SOUSA			Registro: 5504839			
CPF: 31663907315	RG: 13600880	D. NASC: 18/07/1962	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda		
NOME DA MÃE: RAIMUNDA LUIZA DE ARRUDA			NOME DO PAI: GERALDO PEREIRA DE SOUSA				
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: JOSE VILAR			Nº: 365	BAIRRO: BARRA DO CEARA		
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 988038064	MUNICÍPIO: FORTALEZA		UF: CE	CEP: 60331530		
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: vera lucia lopes feitosa			PARENTESCO: esposa		TELEFONE:		
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:		COSIDO DO CNAER:			
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Colisão com um carro, pick up ou camionete							
QUEIXAS: paciente vitima de colisão moto x carro o mesmo nega desmaio apresentando trauma na coxa esquerda e região lombar referindo dor, consciente, orientado							
OBSERVAÇÕES:							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica	Escala de Dor: Moderado		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: VERDE				
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese:							
Exame Físico:							
Conduta:							
SERVIÇO DE PROTOCOLO - UF RAE TIRADA PELO SISTEMA E-SUS DATA 13 / 06 / 18 MATRICULA 10-888-1 SERVIDOR(A)							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:				CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			







Rio de Janeiro, 16 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: LUIZ CARLOS ARRUDA DE SOUSA

Nº Sinistro: 3180314998

Vitima: LUIZ CARLOS ARRUDA DE SOUSA

Data do Acidente: 19/04/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180314998**.

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 13095101



No. HOSPGESTOR: 32188

LEITO:

NOME: LUIZ CARLOS ARRUDA DE SOUSA

DATA DE INTERNACAO: 19/ 04/ 2017

DATA DA ALTA: 10/05/2017

BE/PRONT: 5504839

CIDADE DE ORIGEM: FORTALEZA

NASCIMENTO: 18071962

IDADE: 54

DIAGNOSTICOS: FRATURA DE ACETABULO ESQ (OPERADA)

1.RETORNO AO AMBULATORIO DR MARCOS GIRAO EM 15 DIAS

CONDUTAS E CUIDADOS POS-OPERATORIOS: 2.NAO PISAR ATE RETORNO 3.ANALGESIA 4.USAR XARELTO POR 30 DIAS

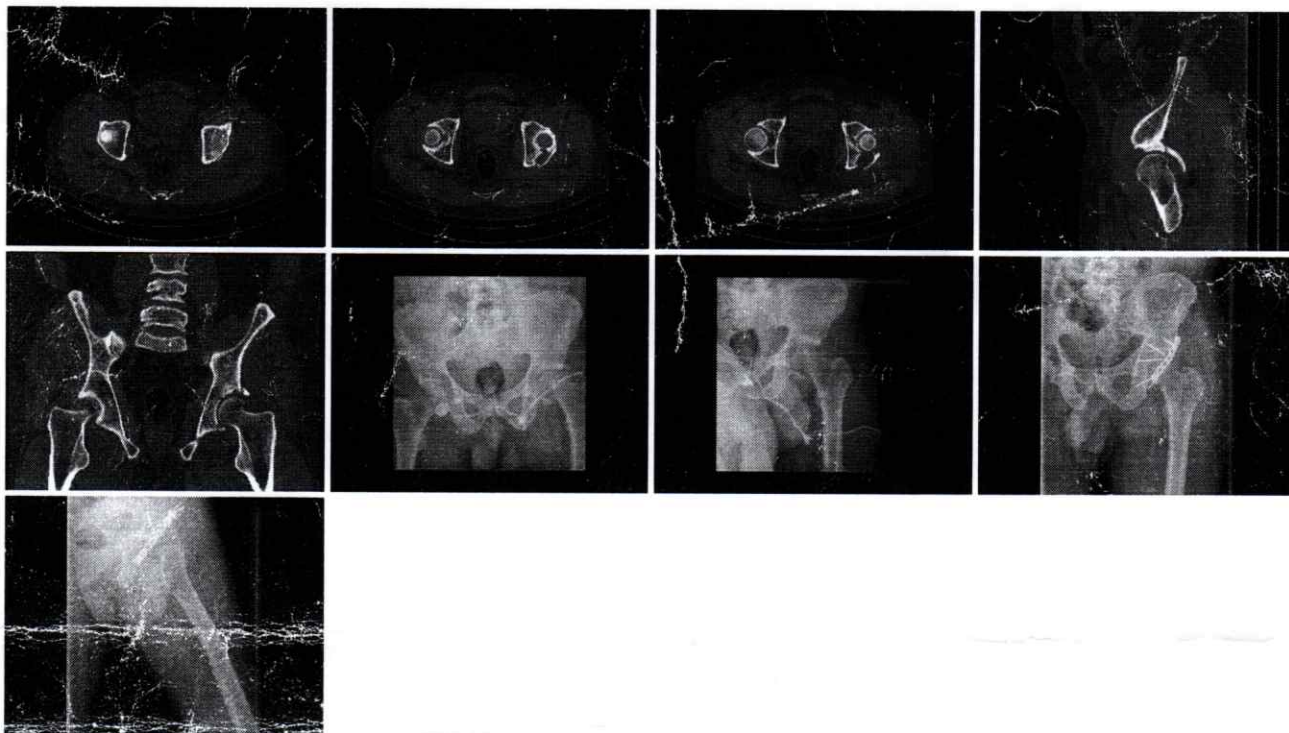
TELEFONE:

CELULAR:

STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO: MARCOS GIRAO

RESIDENTE DO LEITO: FELIPE RODRIGUES



Mapa de Cirurgias

Dias Int.	#	Hora	Leito	Cirurgião	Residente	Material	Observação	Status da marcação
-----------	---	------	-------	-----------	-----------	----------	------------	--------------------

MAPA DO DIA 04/05/2017 - Quinta-Feira

21	3	07:30	1319	MARCOS GIRAO	FELIPE RODRIGUES	PINÇA DE REDUÇÃO DE BACIA + CX BASICA TO PARA MMII + CX GRANDES FRAGMENTOS + CX PEQUENOS FRAGMENTOS + KIT BÁSICO: CX OSTEOTOMOS, MARTELO, CURETAS E SACABOCADO + PLACAS DE RECONSTRUÇÃO DE BACIA 3,5 MM E 4,5 MM + TREPANO PNEUMÁTICO MACON		MARCADA
----	---	-------	------	--------------	------------------	---	--	---------

FRATURA DE ACETABULO ESQ BE 5504839

 Marcado por:
 HALINE MAGALHAE em:
 03-05-2017 10:49:18

 Dr. Felipe Rodrigues B. Mendes
 Médico Residente
 Traumatologia e Ortopedia
 CREMIG 16020
 Ass.:
Retornar dia: 05/05 Hora: _____ para Dr. Marcos Girao

AGENDAMENTO DE EXAMES		EXAMES
Data:	/ / às :	
Data:	/ / às :	
Data:	/ / às :	
Data:	/ / às :	
Data:	/ / às :	
Data:	/ / às :	
Data:	/ / às :	
PROCEDIMENTOS		
Data:	/ / às :	
Data:	/ / às :	
Data:	/ / às :	
Data:	/ / às :	
Data:	/ / às :	
Data:	/ / às :	



**Prefeitura de
Fortaleza**
Verdade é o que não mente

Instituto Dr. José Freire

NÚCLEO AMBULATORIAL

Nome: Carlos Alexandre de Sales

Registro geral: 5564839

Nº Carteira SUS: _____

Diagnóstico: _____

Médico: Moisés G. Melo

Transtorno bipolar
ESPECIALIDADE

▲ Rua Barão do Rio Branco, 1848 - Centro - CEP 20.090-001

Especialidade : _____	Retorno: _____	às _____	Profissional: _____
Especialidade : _____	Retorno: _____	às _____	Profissional: _____
Especialidade : _____	Retorno: _____	às _____	Profissional: _____
Especialidade : _____	Retorno: _____	às _____	Profissional: _____
Especialidade : _____	Retorno: _____	às _____	Profissional: _____
Especialidade : _____	Retorno: _____	às _____	Profissional: _____
Especialidade : _____	Retorno: _____	às _____	Profissional: _____
Especialidade : _____	Retorno: _____	às _____	Profissional: _____
Especialidade : _____	Retorno: _____	às _____	Profissional: _____
Especialidade : _____	Retorno: _____	às _____	Profissional: _____
Especialidade : _____	Retorno: _____	às _____	Profissional: _____

ESPECIALIDADES

CIRURGIA PLÁSTICA – NEFROLOGIA – CIRURGIA VASCULAR – DOR – CITRAFE – ENFERMAGEM
--

TO
 Retorno: 16/12/19

SINISTRO Nº. 3180314998**VALOR RECEBIDO: R\$ 2.531,25**

Documentos Morte
Dicas Indispensáveis

PAGUE SEGURO

Como Pagar
Consulta a Pagamentos Efetuados

ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização.

SINISTRO 3180314998 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** LUIZ CARLOS ARRUDA DE SOUSA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev

Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO LUIZ CARLOS ARRUDA DE SOUSA**CPF/CNPJ:** 31663907315**Posição em 17-05-2019 18:24:39**

Após a liberação do pagamento da indenização, recebemos seu pedido de reanálise do processo. No entanto, sua solicitação não foi concluída, pois não recebemos os documentos complementares requisitados em nossa última correspondência. Dessa forma, como não foram identificadas novas lesões permanentes ou agravamento daquelas já indenizadas, informamos que o seu pedido de reanálise foi encerrado e que fica mantido o valor pago anteriormente, conforme carta abaixo enviada para seu endereço.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
31/08/2018	R\$ 2.531,25	R\$ 0,00	R\$ 2.531,25