



MAMEDE ADRIANO FILHO, OAB/CE: 27490
Rua José Hipólito, 485, Sala 9, Messejana - Fortaleza-Ce.
CEP: 60.871-170- Cels: (85)88081329(oi); (85)96298847(tim);
(88)94518229(claro) e: e-mail – mamedeadriano@globo.com

fls. 10

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE:

Nome: MARIA MEIRE DA COSTA SILVA		Nacionalidade: BRASILEIRO	
Estado Civil: CASADA	Profissão: AGRICULTORA	Carteira de Identidade: 94024017165	
CPF nº: 321.112.403-97	Residência: RUA PV PAJE, S/N		
Bairro: BANGUE I	Cidade: PACAJUS	Estado: CE	CEP: 62.870.000

por este instrumento nomeio e constituo meu bastante procurador Dr. **MAMEDE ADRIANO FILHO**, brasileiro, casado, Advogado, inscrito na OAB-CE., sob o N°. 27490, com escritório na Rua José Hipólito – 485 – Sala – 09, Centro de Messejana – Fortaleza - CE. CEP – 60.871-170, onde recebe intimações, a quem concede poderes com cláusula **AD JUDICIA e EXTRA JUDICIA** para o foro em geral, conforme estabelecido no art.38 do Código de Processo Civil pátrio acompanhando-as e especialmente para onde esta se apresentar para defender os direitos do outorgante em qualquer ação em que o mesmo seja autor ou réu, ou reclamar, defender direitos, podendo interpor todos os recursos permitidos, até final sentença, fazer e assinar requerimentos, apresentar documentos e testemunhas, produzir provas e justificações, transigir, desistir, firmar compromissos, acordo, renunciar direitos, **receber e dar quitação**, passar recibos, representar a outorgante em instituições públicas e privadas, bem como repartições públicas, seja Federal, Estadual ou Municipal, autarquias e fundações, podendo, ainda representar a outorgante e licitações, adjudicar bens, assinar contratos, homologar acordos, e tudo o mais, inclusive substabelecer a presente procuração com ou sem reservas de poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

HORIZONTE-CE, 19/01/2015

Maria Meire da Costa Silva

OUTORGANTE



MAMEDE ADRIANO FILHO, OAB/CE: 27490
Rua José Hipólito, 485, Sala 9, Messejana - Fortaleza-Ce.
CEP: 60.871-170- Cels: (85)88081329(oi); (85)96298847(tim);
(88)94518229(claro) e: e-mail – mamedeadriano@globo.com

fls. 11

DECLARAÇÃO

Nome: MARIA MEIRE DA COSTA SILVA		Nacionalidade: BRASILEIRO	
Estado Civil: CASADA	Profissão: AGRICULTORA	Carteira de Identidade: 94024017165	
CPF nº: 321.112.403-97	Residência: RUA PV PAJE, S/N		
Bairro: BANGUE I	Cidade: PACAJUS	Estado: CE	CEP: 62.870.000

em conformidade com o Art. 4º da Lei 1.060 de 05/02/1950 e o Art. 5º, LXXIV da Constituição Federal, **DECLARO SER POBRE DA FORMA DA LEI**, não podendo arcar com taxas, emolumentos, depósitos judiciais, custas, honorários advocatícios ou outras cobranças de qualquer tipo ou natureza sem prejuízo de meu sustento e de minha família.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

HORIZONTE (CE), de 19 JANEIRO de 2015

X maria meire da costa silva



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° **481687454**

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438 de
26 de abril de 2002

Esta é a segunda via de
JUN/2017

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
1293102 DV **0**

VENCIMENTO
23/06/2017

TOTAL A PAGAR (R\$)
57,85

Rota 11 020030 06 060400 Medidor 6603581 Poste 0000 B77E
Nome MARIA MEIRE DA COSTA E SILVA
Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora PV PAJE 00000 BANGUE I PACAJUS 62870000

RG / CPF / CNPJ 321.112.403-97 CGF
Classe 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual 30259 Leitura Anterior 30132 Constante 1 Consumo (kWh) 127 Consumo Incl. 0 Consumo Faturado 127

DESCRIÇÃO DA CONTA

DESCRIÇÃO DA CONTA	Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
ENERGIA			
Consumo faixa 0-30 Kwh	30	0,17943	5,38
Consumo faixa 31-100 Kwh	70	0,30760	21,53
Consumo faixa 101-220 Kwh	27	0,46141	12,46

OUTROS PAGAMENTOS

MULTA MORATORIA	0,84
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA S. BAIXA RENDA	1,81
CASA PROTEGIDA 0800 600 0560	7,90
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT	7,93

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação	Prev. Próxima Leitura
16/06/2017	18/07/2017

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

FDCC.AB89.DD70.CBB2.5F87.D404.244B.1244

ICMS

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

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

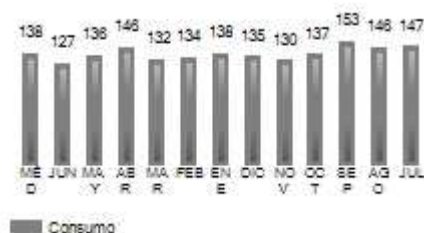
ENERGIA	18,18
TRANSMISSÃO	1,82
DISTRIBUIÇÃO	12,34
ENCARGOS SETORIAIS	4,27
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	4,57

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 19,35
Conjunto PACAJUS
Mês ABR/ 2017

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	5,43	10,86	21,73	2,29	0,00	0,00
FIC (un)	3,23	6,47	12,95	1,00	0,00	0,00
DMIC (h)	3,11			2,29		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido kg (CO₂) | Compensado kg (CO₂) | Consciência Ecológica(%CO₂)



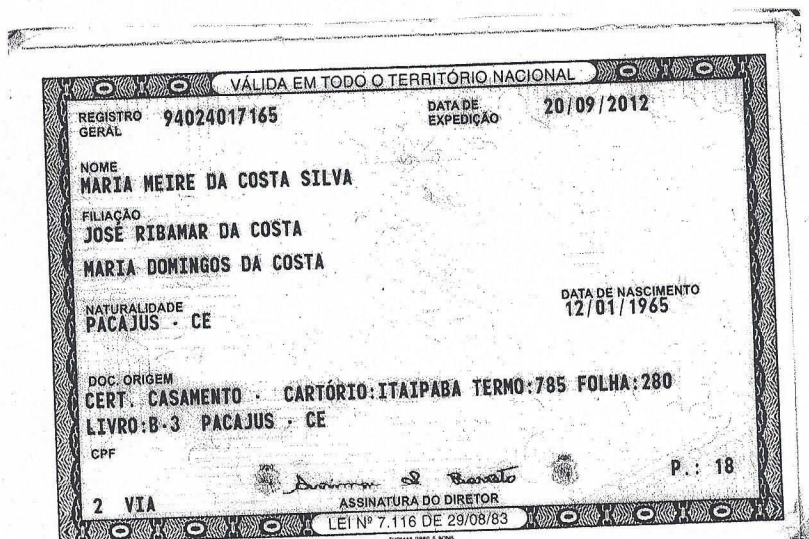
INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO



autenticação mecânica **cliente**

N° do Cliente: **1293102-0** N° da Nota Fiscal: **481687454** Total a Pagar (R\$): **57,85**
Data de Emissão: **13/07/2017** Referência: **JUN/2017** N° de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER



MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL

CIC

Nº DE INSCRIÇÃO
321112403 97

NOME COMPLETO
MARIA MEIRE DA COSTA

NASCIMENTO
12.01.65

ASSINATURA
x maria meire da costa

TERÁ VALIDADE SOMENTE COM A APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTO DE IDENTIDADE

VÁLIDO EM TODA O TERRITÓRIO NACIONAL

ESTE CARTÃO É O DOCUMENTO COMPROVATÓRIO DE INSCRIÇÃO NO CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF E DE ISSO OBRIGATÓRIO EM CASOS LEGALMENTE DETERMINADOS. PARA QUALQUER ORIENTAÇÃO DE NATUREZA TRIBUTÁRIA, PROCURE A UNIDADE LOCAL DA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL.

CARTÃO DO AGENTE EMISOR

T237/1507-5

08 / 01 / 88

B R A S I L

L 30000/1389

NOME, NATUREZA E ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO RESPONSÁVEL PELA EMISSÃO
ARQUIVADO POR INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 19/87

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL

CIC

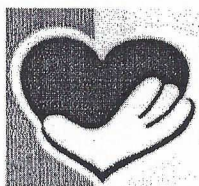
Nº DE INSCRIÇÃO
321112403 97

NOME COMPLETO
MARIA MEIRE DA COSTA

NASCIMENTO
12.01.65

ASSINATURA
x maria meire da costa

TERÁ VALIDADE SOMENTE COM A APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTO DE IDENTIDADE



MULTI-CLÍNICAS

Rua: Raimundo Nogueira Lopes, 236 – Centro – Horizonte - CE
Fone: 3336-1676 / 9201-4878

PACIENTE: MARIA MEIRE DA COSTA SILVA

EXAME: U.S. OMBRO ESQUERDO

DATA: 05/01/2013.

O RASTREAMENTO ULTRASSONICO DO OMBRO ESQUERDO, UTILIZANDO-SE TRANSDUTOR DE ALTA FREQUENCIA, E COM CORTES CORONAL, SAGITAL E AXIAL, REVELOU:

- ✓ TENDÃO DA CABEÇA LONGA DO BICEPS COM ECOGENICIDADE E ESPESSURA PRESERVADAS.
- ✓ MANGUITO ROTADOR APRESENTANDO HETEROGENEIDADE TEXTURAL EM SUBESCAPULAR E SUPRA-ESPINHAL, NA PROJEÇÃO DA ZONA CRÍTICA, ÀS CUSTAS DE FOCOS ECOGÊNICOS DE FIBROSE E ÁREAS ANECÓICAS DE NECROSE, ALÉM DE REDUÇÃO DA ESPESSURA TENDÍNEA, ASPECTO COMPATÍVEL COM TENDINOPATIA SUBESCAPULAR E SUPRA-ESPINHAL (TENDINOSE POR SÍNDROME DO IMPACTO?).
- ✓ TENDÃO INFRA-ESPINHAL E REDONDO MENOR COM ECOGENICIDADE E ESPESSURA PRESERVADAS.
- ✓ BURSA SUBACRÔMIO-DELTOIDEA ESPESSADA, OCUPADA POR LÍQUIDO FINAMENTE HETEROGÊNEO.

CONCLUSÃO:

- TENDINOPATIA SUBESCAPULAR E SUPRA-ESPINHAL, CONFORME DESCRIÇÃO ACIMA.
- BURSITE SUBACRÔMIO-DELTÓIDE.


Dr. CÉSAR ALVES GOMES DE ARAÚJO
ULTRA-SONOGRAFISTA - CRM 7180
MEMBRO TITULAR DO C.B.R.

DATA DA AVALIAÇÃO: 01/03/13

ATENDIMENTO: 10

DATA DA ALTA: 15/03/13

Alto

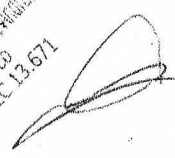
MÊS	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
JANEIRO				•											•			•													
FEVEREIRO	✓					•					•		•		•																
MARÇO				•		•																									
ABRIL																															
MAIO																															
JUNHO																															
JULHO																															
AGOSTO																															
SETEMBRO																															
OUTUBRO																															
NOVEMBRO																															
DEZEMBRO																															



REFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

Identificação do Emitente	
Nome Completo: _____	
CRM _____	UF _____ N° _____
Endereço Completo e Telefone: _____	
Cidade: _____	UF: _____

 Dr. Adriano Sábio de Araújo Médico CREMEC 13.671
Carimbo e assinatura do médico

Paciente: Maria Helena da Costa Silva
 Endereço: Propriedade Nº 181 Banqueiro
 Prescrição: uso oral
1 Amilid 25mg - 30 cp
Tomar os cp ao dia

Identificação do Comprador	
Nome: _____	
Ident.: _____	Org. Emissor: _____
End.: _____	
Cidade: _____	UF: _____
Telefone: _____	

Identificação do Fornecedor	
M 09 7	
Assinatura do farmacêutico	Data: ____/____/____

Rua Tenente Joaquim Nogueira de Queiroz, s/n Centro - Pacajus / FONE/FAX: (85) 3348.3487
 Email: secsaudepacajus@yahoo.com.br



PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Prevenir, Atender e Cuidar
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS
Rua Tenente Joaquim Nogueira de Queiroz, s/n - Centro - Pacajus
Fone/Fax: (85)3348-1834 - E-mail: saudepacajus@ig.com.br

HJMPG

Ms Min corte Sil.

- Duspafina (500mg) 2
1 com. 9 12 2

Dr. Oséias D. Paula dos Reis
Médico
CRM-EC 12.515

23/11/12

DENGUE

- *Saiba que a DENGUE tem cura espontânea;
- *Evite tomar AAS, Diclofenaco;
- *Beba bastante água;
- *Evite esforços físicos;
- *Elimine os focos de sua casa;
- *Procure o hospital se surgirem sinais como:

- 1 - Dor de Barriga que não passa;
- 2 - Vômitos freqüentes em poucas horas;
- 3 - Desmaios e suor frio com tonturas;
- 4 - Muita sede que não passa;
- 5 - Sangramento do nariz, boca, vômitos, urina e/ou fezes pretas.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE PACAJUS

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 514 - 4654 / 2014

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTES - OUTROS**

Data / Hora da Comunicação: 26/11/2014 13:52:51

Data / Hora da Ocorrência : 15/12/2012 09:42:00

Endereço da Ocorrência:

NAO INFORMADO PACAJUS /CE

Ponto de Referência:



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MARIA MEIRE DA COSTA SILVA**

Nascimento : 12/01/1965

RG: 94024017165 Órgão Emissor: SSPDS UF: CE - CPF:

Filiação: **JOSE RIBAMAR DA COSTA**

MARIA DOMINGOS DA COSTA

Endereço: **R PROJETADA PAJEU 2**

BANGUE I

PACAJUS CE BRASIL

Telefone: 85-92358457

Histórico

Narra a vítima que na data supra, vinha na garupa de sua motocicleta HONDA/CG 150 TITAN KS, COR VERMELHA, PLACA HYG6055, CHASSI 9C2KC08108R041721, RENAVAM 937101567, com seu esposo conduzindo; quando uma outra motocicleta veio e colidiu lateralmente. A vítima caiu no chão, e o condutor da outra moto não parou para prestar socorro. O próprio esposo da vítima lhe levou ate o Hospital Municipal de Pacajus, onde recebeu os atendimentos médicos necessários.

Nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE PACAJUS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : _____

"ESCRITVÃO AD HOC"

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : Maria Meire da Costa Silva

VISTO DO DELEGADO(A) : _____

LEILIANE FREITAS ALMEIDA WENZEL - MAT.: 133840-1-0

RTP: 2135. *baixo: 1002018482*

PACAJUS SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Prevenir, Atender e Cuidar
HOSPITAL JOSÉ MARIA PHILOMENO GOMES

04:42

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

PACIENTE: *Manoel Meire da Costa Silva*

DATA NASCIMENTO: *12.01.65* IDADE: *47* TELEFONE: _____ SEXO: ☐ M ☒ F RAÇA/COR: ☐ Branca ☐ Amarela ☐ Preta ☐ Indígena ☒ Parda ☐ Sem Inform.

DOCUMENTO: _____ NATURALIDADE: *Pacajus - CE*

Pai: *José Ribamar da Costa* ESTADO CIVIL: ☐ Solteiro(a) ☐ Viúvo(a) ☐ Casado(a) ☐ Outros(a)

Mãe: *Glória Domingos da Costa*

LOGRADOURO (Rua, Avenida, Travessa, Etc.): *Alia Projetada*

PONTO DE REFERÊNCIA: _____

AGENTE DE SAÚDE: *Bianque*

CIDADE: *Pacajus* U.F.: *CE* SETOR / CLÍNICA: *U.M.* MOTIVO DO ATENDIMENTO: _____

ORD.	PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	CID
01			
02			

SINAIS VITAIS	PRESSÃO ARTERIAL	TEMPERATURA	PESO
	mm./hg	°C	Kg.
HISTÓRIA CLÍNICA			
<i>Suor em 11:45</i>			
<i>11:45 com a pupila</i>			

DIAGNÓSTICO: _____



[illegible]

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL:





PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Prevenir, Atender e Cuidar
CENTRAL DE MARCAÇÃO DE CONSULTA

1 - preencher a ficha em 3 vias;
2 - Ao terminar a consulta ou ao tratamento, entregar 2 vias ao usuário, orientando-o para retornar com a 1 via à Unidade de origem.

Unidade de Origem: Secretaria Municipal de Saúde de Pacajus

Microregional de Saúde: 1ª CERES

Município: Pacajus

Nome: Maria Tereza de Brito Almeida
Sexo: M ☐ F ☒ Data de nascimento: 10/10/1971 Prontuário: 1111111111
Endereço: Rua do Comércio, 123 Bairro: Centro Ocupação: Dono de casa
Ponto de Referência: Próximo ao Colégio Telefone: 33333333
Nome da ACS: Lucia

Motivo do encaminhamento: Para exame de urina

Resultados de Exames: Exame de urina normal

Conduta já realizada: Prescrição de medicamento

Impressão diagnóstica: Doença renal crônica

Assinatura do encaminhante - Nº do registro

Função

Data

Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento:

Ambulatorial ☐

Hospitalar ☐

Auxílio diagnóstico ☐

Procedimento: Exame de urina

Unidade de referência: Unidade de Saúde

Data: 10/10/2017

Hora: 10:00

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA

Unidade de Referência: Unidade de Saúde

Município: Pacajus

Prontuário nº 1111111111

Alta: Sim

Resumo clínico/cirúrgico: Doença renal crônica

Resultado de exames: Exame de urina normal

Diagnóstico:

Principal: Doença renal crônica

Secundário 1: Hipertensão arterial

Secundário 2: Diabetes mellitus

CID 58.5

CID I10

CID E11.9

Proposta de conduta de seguimento: Continuar tratamento

O Problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐

Não ☐

O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Sim ☐

Não ☐

Assinatura do encaminhante - Nº do registro

Função

Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL
27/11/2014 - Autoatendimento - 16:12:54
110575563 0424

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE
DEPOSITO EM POUPANCA - DINHEIRO

FAVORECIDO
CLIENTE MARIA MEIRE COSTA SILVA
AGENCIA: 1105-3 CONTA: 28.403-3
VARIACAO 51
VALOR TOTAL * 10,00
NR. ENVELOPE 2.313.274.140

* Valor sujeito a conferencia.

* Dados do Envelope: nº 2.313.274.140

* acolhido em: 27/11/2014, na Agência 1105-3.

DECLARO-ME CIENTE E DE ACORDO QUE OS
CREDITOS EM POUPANCA EFETUADOS A PARTIR
DE 04/05/2012 ESTAO DISCIPLINADOS
PELA MEDIDA PROVISORIA 567/2012.

GUARDE ESTE COMPROVANTE ATE A OPERACAO
SER PROCESSADA.

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informações.



Dr. Raimundo Nonato Torres de Melo

CRM 2867

ATESTADO MÉDICO

Atestamos que a Sra. MARIA
 MARCELOTE DI LIMA, vítima de acidente
 de trânsito (DUI) no dia 15.12.2017 em
 Trevo do Odebrecht, sofreu lesões
 60% de caráter permanente, Elétrico com
 limitação funcional, para o trabalho, notório
 lento de recuperação para posterior a ABL
 e a mãe (E), nos lavamos o M.S.E
 doente 40-5. Attestado em
 27.11.2017

[Handwritten signature]

Dr. Raimundo N. Torres Melo
 MÉDICO
 CRM 2867

Assinatura vítima: Maria Maria da Costa Silva

OBS: Art. 299 - 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:

Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular.

Centro Comercial Bezerra de Menezes
 Av. Bezerra de Menezes, 2071, Sala 409 – Parquelândia
 Fortaleza- Ceará



(/)

Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

[Nova Consulta](#)

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3140131024 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MARIA MEIRE DA COSTA SILVA**COBERTURA** Invalidez**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** MBM SEGURADORA S/A #772**BENEFICIÁRIO** MARIA MEIRE DA COSTA SILVA**CPF/CNPJ:** 32111240397**Posição em 13-07-2017 11:41:52**

Pagamento creditado ao beneficiário de acordo com os dados informados na autorização de pagamento.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
16/01/2015	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

ACESSIBILIDADE

[\(/Pages/Acessibilidade.aspx\)](/Pages/Acessibilidade.aspx)[\(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx\)](/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A O

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

[Documentos Despesas Médicas \(/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx\)](/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)[Documentos Invalidez Permanente \(/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx\)](/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)[Documento Morte \(/Pages/Documentacao-Morte.aspx\)](/Pages/Documentacao-Morte.aspx)[Dicas Indispensáveis \(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx\)](/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO

[Como Pagar \(/Pages/Pague-Seguro.aspx\)](/Pages/Pague-Seguro.aspx)[Consulta a Pagamentos Efetuados \(/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx\)](/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)[Informações Gerais \(/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx\)](/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)

ACOMPANHE O PROCESSO

[Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. \(/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx\)](/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)