

VALE EM TODOS ESTADOS NACIONAIS

REGISTRO GERAL 8.214.465  
DATA DE EMISSÃO 25/01/2017

NOME << ANDERSON RODRIGUES DE SOUZA >>  
FILIAÇÃO << ANTONIO DE SOUZA BONFIM >>  
<< PAULA CÉLIA RODRIGUES DA SILVA >>



NATURALIDADE SANTA MARIA DA BOA VISTA - PE  
DATA DE NASCIMENTO 06/10/1987  
DOC. ORIGINAL << 076539 01 55 1987 1 00009 276 >>  
CPF 0010085 32 SANTA MARIA DA BOA VISTA - PE <>  
089.914.394-62

417051862403112514 / 7289957 F 75 95 563 400X

CARTEIRA DE IDENTIDADE


69.401

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL



Anderson Rodrigues de Souza

Imprimir Segunda Via de Conta

<b>NOTA FISCAL   FATURA   CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2ª VIA</b>	
COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA, RECIFE, PERNAMBUCO CEP 50050-902 CNPJ 10.835.932/0001-08 INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93	<div style="text-align: center;">  <p>www.celpe.com.br</p> </div> <div style="text-align: right;">                 Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02                  COMERCIAL 116   PRONTIDÃO 116                  Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142                  Ouvidoria 0800 282 5599                  Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos                  Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL                  167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis             </div>

<b>DADOS DO CLIENTE</b> PAULA CELIA RODRIGUES DA SILVA CPF: 026.702.514-98	<b>DATA DE VENCIMENTO</b> <b>18/08/2017</b>  <b>TOTAL A PAGAR (R\$)</b> <b>67,90</b>	<b>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</b> 10/08/2017  <b>DATA DA APRESENTAÇÃO</b> 10/08/2017  <b>NÚMERO DA NOTA FISCAL</b> 000991537	<b>CONTA CONTRATO</b> 007011689595  <b>Nº DO CLIENTE</b> 2011564173  <b>Nº DA INSTALAÇÃO</b> 0002502297
<b>ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA</b> RUA CINCO 75  JARDIM PETROPOLIS/PETROLINA 56312-835 PETROLINA PE	<b>CLASSIFICAÇÃO</b> <b>B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL</b> <b>Monofásico</b>		
<b>RESERVADO AO FISCO</b> BD84.B32E.248A.7E33.89F9.3373.B79B.7034			

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br)

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL					
DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)		
Consumo Ativo(kWh)	96,00	0,65408496	62,79		
Acréscimo Bancos AMARELA			1,77		
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,25		
Multa por atraso-NF 001030669 - 10/07/17			1,59		
Juros por atraso-NF 001030669 - 10/07/17			0,50		
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>67,90</b>		
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS					
ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
65,81	25,00	16,45	65,81	0,28	0,18
					1,28
					0,84

Tarifas Aplicadas	
Consumo Ativo(kWh)	0,48036000

HISTÓRICO DO CONSUMO		
Mês	Consumo (kWh)	Limite (kWh)
AGO 17	96	110
JUL 17	30	30
JUN 17	30	30
MAI 17	30	30
ABR 17	63	63
MAR 17	104	104
FEV 17	95	95
JAN 17	126	126
DEZ 16	136	136
NOV 16	124	124
OUT 16	100	100
SET 16	103	103
AGO 16		

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL										
NUMERO DO MEDIDOR	TIPUS DA FUNÇÃO	PERÍODO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	Nº DIAS	SUBSTÂNCIA	AJUSTE	VALOR DO FATO
MD85456	CAT	10/07/2017	13.749,00	10/08/2017	13.845,00	31	0,9960	0,00	0,00	

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 11/09/2017

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM	META ANUAL
jun/2017					
DICR- No. de horas sem Energia	PETROLINA B	0,72	5,07	15,15	20,30
FIC- No. de vezes sem Energia		1,00	3,30	6,60	13,20
DMIC- Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,86	0,00	0,00
DICRI- Duração de interrupção em dia crítico				Limite DICRI: 12,22	
EUSD- Valor do Encargo de Uso = R\$ 23,77					

<b>INFORMAÇÕES IMPORTANTES</b> Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em <a href="http://www.aneel.gov.br">www.aneel.gov.br</a> O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="3" style="text-align: center;">NÍVEIS DE TENSÃO</th> </tr> <tr> <th rowspan="2">TENSÃO NOMINAL(V)</th> <th colspan="2">LIMITE DE VARIAÇÃO(V)</th> </tr> <tr> <th>MINIMO</th> <th>MÁXIMO</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">220</td> <td style="text-align: center;">202</td> <td style="text-align: center;">231</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</p>	NÍVEIS DE TENSÃO			TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)		MINIMO	MÁXIMO	220	202	231
NÍVEIS DE TENSÃO												
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)											
	MINIMO	MÁXIMO										
220	202	231										

<b>CONTA CONTRATO</b> 007011689595	<b>MÊS/ANO</b> 08/2017	<b>TOTAL A PAGAR(R\$)</b> 67,90	<b>VENCIMENTO</b> 18/08/2017	<b>TALÃO DE PAGAMENTO</b> Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
838900000005 679000110070 011689595102 088466141835				AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





## DECLARAÇÃO DE POBREZA

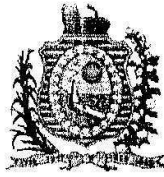
Eu, Robson Rodrigues da Silva, brasileiro;  
Solteiro, \_\_\_\_\_, CPF: 088.917.344-62,  
RG: 3314-65 SAPE, residente e  
domiciliada na Rua Dandi, nº \_\_\_\_\_,  
Bairro: Jacimã Petrolina, CEP: 56312-235,  
PetrolinaPE,

declaro que não posso suportar as despesas processuais decorrentes desta demanda sem prejuízo do meu próprio sustento e de minha família, sendo, pois, para fins de concessão do benefício da gratuidade de Justiça, nos termos da Lei 1.060/50, pobre no sentido legal da acepção. Declaro, ainda, que tenho conhecimento das sanções penais que estarei sujeito caso inverídica a declaração prestada, sobretudo a disciplinada no art. 299 do Código Penal.

Por ser verdade, firmo o presente.

Petrolina/PE, 28 de setembro de 2017.

x Robson Rodrigues da Silva



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ªCIRC  
DINTER/21ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0267002025**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **14/06/2017** às **10:06**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VITIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **18/12/2016** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 1, AVENIDA CONSELHEIRO OLIVEIRA NETO** - Bairro: **CENTRO** - **SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PE QUE LIGA O BAIRRO CAXIXOLA AO AEROPORTO**  
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO SE APLICA ( AUTOR / AGENTE )  
JOSE ORLANDO COSTA SOUSA ( OUTRO )  
ANDERSON RODRIGUES DE SOUZA ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **ANDERSON RODRIGUES DE SOUZA**

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

**ANDERSON RODRIGUES DE SOUZA (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **PAULA CELIA RODRIGUES DA SILVA** Pai: **ANTONIO DE SOUZA DE BÓNFIM** Data de Nascimento: **6/10/1987** Naturalidade: **SANTA MARIA DA BOA VISTA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8214465/SDS/PE (RG)**, **08991439462 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **VENDEDOR(A)** Telefones Celulares: **8788454777**

Endereço Residencial: **RUA VILA NOVA, 37 - CEP: 0 - Bairro: ALTO BOM JESUS - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**JOSE ORLANDO COSTA SOUSA (não presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**NAO SE APLICA (não presente ao plantão)** - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

**MOTO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE ORLANDO COSTA SOUSA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ANDERSON RODRIGUES DE SOUZA**

Placa **PFQ8058** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **269704752** Chassi: **9C2KD0550BR507149**  
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2011** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

COMPAREEU A ESTA DEPOL, O NOTICIANTE EM TELA, COMUNIUCANDO, QUE NO DIA, HORA E LOCAL JÁ DESCRITO, PILOTAVA A MOTOCICLETA DESCRITA, NA PE MENCIONADA, QUANDO EM DADO MOMENTO, AO TENTAR PARA NO ACOSTAMENTO, PERDEU O CONTROLE DA REFERIDA MOTOCICLETA, OCASIONANDO UM QUEDA. ADIANTA O NOTICIANTE, QUE APOS O OCORRIDO, FOI SOCORRIDO POR POPULARES, PARA O HOSPAM, ONDE FOI ATENDIDO PELO O MEDICO DE PLANTAO, ONDE FOI CONSTATADO, QUE O MESMO TINHA QUEBRADO O TORNOZELO ESQUERDO. ADIANTA QUE APOS OS PROCEDIMENTOS MEDICOS, FOI LIBERDO, PARA AGUARDAR REALIZAÇÃO DE CIRURGIA.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

*Anderson Rodrigues de Souza*  
**ANDERSON RODRIGUES DE SOUZA**  
(VITIMA)

B.O. registrado por: **EDMILSON PEREIRA LIMA - MAT. 151.743-0** - Matrícula: **151743-0**



( / )

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 3170491485 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ANDERSON RODRIGUES DE SOUZA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial Recife-PE

BENEFICIÁRIO ANDERSON RODRIGUES DE SOUZA

CPF/CNPJ: 08991439462

Posição em 01-10-2017 11:50:52

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 843,75

O prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento bancário, que é de até 5 dias úteis contados a partir da data de liberação.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
29/09/2017	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75

#### ACESSIBILIDADE



</Pages/Acessibilidade.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 \(/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx\)](/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx)

Pernambuco

# GUIA DE TRANSFERÊNCIA

## Identificação do Estabelecimento

HOSPITAL DE ESPECIALIZADA EM DIAGNÓSTICO E TERAPIA  
RUA CARLOS DE ALMEIDA, 100 - JARDIM SÃO CARLOS - RECIFE - PE  
RUA CARLOS DE ALMEIDA, 100 - JARDIM SÃO CARLOS - RECIFE - PE

DATA DA SOLICITAÇÃO  
12/01/17 11:29  
NÚMERO DE SOLICITAÇÃO  
282980

## Identificação do Paciente

ANDRÉ DE OLIVEIRA SILVA

RUA SÉRGIO RODRIGUES DE SOUZA

RUA AUGUSTO DE S. OLIVEIRA DE IPSEB

SERRA TAL

CPF: 09.104.987

SEXO  
MASCULINO

TELEFONE: 3333-3333

DATA DE NASCIMENTO  
12/01/17 11:29

## Dados sobre o Transporte

ANDRÉ ANDRÉ

RUA CARLOS DE ALMEIDA, 100 - JARDIM SÃO CARLOS - RECIFE - PE

DATA DE EMISSÃO  
12/01/17 11:29

## Regulador

LEILAN ANDRÉ DE FRANÇA

RUA CARLOS DE ALMEIDA, 100 - JARDIM SÃO CARLOS - RECIFE - PE

CPF: 09.104.987

## Executante

ANDRÉ DE OLIVEIRA SILVA

RUA CARLOS DE ALMEIDA, 100 - JARDIM SÃO CARLOS - RECIFE - PE

DATA DE EMISSÃO  
12/01/17 11:29





# Hospital São Vicente

Rua Inocêncio Gomes de Andrade, N.º 503 - Centro - Serra Talhada - PE  
Fone: (87) 3831-9150 - Fone/fax: (87) 3831-9166  
E-mail: hospitalsaovicente@uol.com.br - CNPJ 10.780.543/0001-63

## Clínica Cirúrgica

Data do Atendimento: 13.01.2017 N.º Registro: 132050

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE Anderson Rodrigues de Souza

Data Nascimento: 06/10/1987 Idade: 29 Sexo: M Povo: Parde

Estado Civil: Casado Profissão: Vendedor Nacionalidade: Brasileira

Filiação: Pai: Antonio de Souza Bontim Mãe: Paula Celia Rodrigues de Silva

Endereço (av., rua, etc.): Rua Augusto José Duarte N.º 930 Apto:

Bairro: IPSEP Cidade: Serra Talhada Estado: PE Telefone: 87-9616-404

### ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA

Acidente de Trânsito  Acidente de Trabalho  Outros Acidentes  Agressão

Suicídio  Casual  Outros

Nome do Acompanhante: Telefone para Contato:

Endereço (av., rua, n.º, etc.):

Local da Ocorrência:

### ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Processo patológico MIE, dep. micróbios presentes. Vozes do estômago, mobilização normal e supreflexos sucrosos MIE

Diagnóstico Inicial: Inovação do tom do AIE

S.A.D.T.

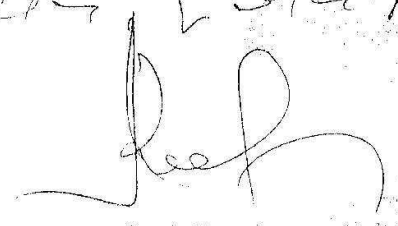
Diagnóstico Final

CONDIÇÕES DE ALTA: Melhorada  Inalterado  Piorado   
MOTIVO DA ALTA: Decisão Médica  Alta a Pedido  Transferência  LOCAL   
Data do Internamento: 13/1/17  
Data da Alta: 17/1/17

Cirurgia Realizada: Osteossintese fixação de placa de tornozelo		N.º do procedimento:	
Data: 16/04/17	Início:	Término:	
Cirurgião: Arnei	1.º Auxiliar: Antonio	2.º Auxiliar:	Anestesiologista: Luciano

**Descrição Cirúrgica**

Col. pulso. Atrofia  
 M.I.C. - a seguir face lateral e  
 anterior de tornozelo e por  
 dentro da pele, plavalefe  
 four fectes, pedicudo e fixac.  
 Uzeando 03 placas #13 e uno 07 de  
 04 fessuras verticais 3.5  
 03 2. Espessura  
 futura para placa + metal.  
 Devido ao risco de lesão do Bely



Antonio Rodrigues de Freitas  
 CPF: 028.832.003-25 CRM: 7351



**BOLETIM DE EMERGÊNCIA**

Nº 117

Data Rec: 21:41 18.12.2016 Data Rec: 06:10/87

Nome: Amílcar Rodrigues de Sáez  
 Mãe: Paula Célia Rodrigues da Silva  
 País: Vendedor Sexo: M Estado Civil: Solteiro

Responsável: O mesmo

End do Paciente: RCS Nº 75  
 Bairro: Petrópolis Município: Petrolina Fone: 8814-8614

Forma de Admissão:  
 Admissão de emergência  
 Curioso  
 Acidente de Trabalho

Sexo: Masculino  
 Branco  
 Preto  
 Amarelo  
 Pardo  
 Indígena

Problema(s) atual(es):  
 Dor no abdômen em região de hipocôndrio direito  
 há 2 dias e febre intermitente.

Antecedentes pessoais:  
 Hipertensão arterial sistólica  
 Diabetes mellitus tipo 2  
 Doença renal crônica estágio 3  
 Doença cardíaca isquêmica

Exame físico:  
 T: 38,5°C, FC: 110 bpm, FR: 20 rpm, PA: 140/90 mmHg, SpO2: 95% em ar ambiente.  
 Inspeção: pele pálida, mucosas úmidas, íctericas.  
 Tórax: sem murmúrios crepitantes ou roncos, sem estertores.  
 Abdome: tipo botão, doloroso à palpação profunda, especialmente em hipocôndrio direito.  
 Extremidades: sem edema, sem cianose.

Diagnóstico:  
 Síndrome de intestino delgado  
 Infecção por *Salmonella* Typhi

Tratamento:  
 Amoxicilina 500mg/8h  
 Hidratação oral

Exames de laboratório:  
 Hemograma: Hb: 10,5 g/dl, Hct: 32%, Plq: 450.000/mm³  
 TGO: 120 U/L, TGP: 150 U/L  
 Creatinina: 2,5 mg/dl  
 Urina: leucócitos 10-15/cam, nitrito (+), bilirrubina (+)

Assinatura: [Assinatura] Data: 18/12/2016

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: HOSPITAL SÃO VICENTE

2 - CNES: 2351633

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO PARCELANTE: HOSPITAL SÃO VICENTE

4 - CNES: 2351633

Identificação do Paciente

1 - NOME DO PACIENTE: ANDERSON ROCHA S DE SOUZA

2 - SOBRENOME: S DE SOUZA

3 - DATA DE NASCIMENTO: 06/10/1987

4 - SEXO:  MASC  FEM

5 - ENDEREÇO: RUA ...

6 - CID - CID 10 PRINCIPAL: P1E

7 - CID - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS: 261396

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

*paciente de hipertensão III E, descontrolada, com hipertensão grave e + Edema III E. Tratado com Losartan e Furosemida. Não responde ao tratamento. Tolerante.*

PROCEDIMENTO SOLICITADO

1 - NOME DO SOLICITANTE: IRALMAIOLCHI

2 - NOME DO SOLICITANTE ASSISTENTE: ...

3 - ASSINATURA DO SOLICITANTE: [Assinatura]

4 - ASSINATURA DO SOLICITANTE ASSISTENTE: [Assinatura]

5 - CPF DO SOLICITANTE: 030.473.994-41

6 - CRM DO SOLICITANTE: 18278

7 - FUNÇÃO DO SOLICITANTE: Diretora Clínica

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

1 - DATA DO ACIDENTE: ...

2 - LOCAL DO ACIDENTE: ...

3 - CAUSA DA EMPRESA: ...

4 - CÍRCULO: ...

5 - SEGURO:  SIM  NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

1 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: 26374575968

2 - DATA DA INTERNAÇÃO: 11/11/17

3 - DATA DA ALTA: 11/11/17

4 - Nº DE MESS: M26734000

5 - Nº DE MESS: 11111111111111111111

6 - Nº DE MESS: 00000000000000000000

7 - Nº DE MESS: 00000000000000000000

8 - Nº DE MESS: 00000000000000000000

9 - Nº DE MESS: 00000000000000000000

10 - Nº DE MESS: 00000000000000000000

11 - Nº DE MESS: 00000000000000000000

12 - Nº DE MESS: 00000000000000000000

13 - Nº DE MESS: 00000000000000000000

14 - Nº DE MESS: 00000000000000000000

15 - Nº DE MESS: 00000000000000000000

16 - Nº DE MESS: 00000000000000000000

17 - Nº DE MESS: 00000000000000000000

18 - Nº DE MESS: 00000000000000000000

19 - Nº DE MESS: 00000000000000000000

20 - Nº DE MESS: 00000000000000000000