
Rio de Janeiro, 03 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200235424

Vítima: EDNILDO BARBOSA AQUINO

Data do Acidente: 27/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDNILDO BARBOSA AQUINO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 07 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200235424

Vítima: EDNILDO BARBOSA AQUINO

Data do Acidente: 27/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), EDNILDO BARBOSA AQUINO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 23 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200235424

Vítima: EDNILDO BARBOSA AQUINO

Data do Acidente: 27/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), EDNILDO BARBOSA AQUINO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 064.205.374-01 4 - Nome completo da vítima: Edvaldo Barbosa Aguiar

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSOP Nº 485/2012

5 - Nome completo: Edvaldo Barbosa Aguiar 6 - CPF: 064.205.374-01
7 - Profissão: Agente de TI 8 - Endereço: Sítio Esperança 9 - Estado: PE 10 - Complemento: com
11 - Bairro: Limoeiro 12 - Cidade: Limoeiro 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.100-000
15 - E-mail: 16 - Tel./DDD: 011 996686080

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (comente para os bancos abaixo. Anote uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA: (informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Indicar os bancos)

Nome do BANCO: Santander

AGÊNCIA: 4010 CONTA: 010388627 (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Faço motivo expresse, soluto o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação de existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou resíduo hereditário? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Limoeiro, PE 09.06.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DINTER1 - 16ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL - LIMOEIRO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0047001361**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/06/2020** às **10:13**

ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **27/2/2020** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE LIMOEIRO, 1, AVENIDA LESTE OESTE (RUA 7) - LAGOA AZUL - Bairro: CENTRO - LIMOEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PERTO PRÉDIOS DA CAIXA**
Local do Fato: **NAO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

EDNILDO BARBOSA AQUINO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): EDNILDO BARBOSA AQUINO

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

EDNILDO BARBOSA AQUINO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA BARBOSA AQUINO Pai: JOSE AQUINO DE LIMA Data de Nascimento: 8/3/1986 Naturalidade: LIMOEIRO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7090316/SDS/PE (RG) Profissão: MOTOTAXISTA Telefones Fixos: - 81998911048

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE LIMOEIRO, 150, SÍTIO ESPERANÇA - ZONA RUAL. - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - LIMOEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL, PERTO DA IGREJA CATÓLICA**

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

HONDA CG 150 FAN (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): EDNILDO BARBOSA AQUINO, que estava em posse do(a) Sr(a): EDNILDO BARBOSA AQUINO
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN MIX ESDI** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **01 (UNIDADE)**

Placa: **PGQ8322 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **587312882** Chassi: **9C2KC1680ER418777**
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2014** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTÁ DP O SENHOR EDNILDO BARBOSA, INFORMANDO TER SOFRIDO ACIDENTE DE MOTO NO DIA 27 DO MÊS DE FEVEREIRO DO CORRENTE ANO, SENDO DESCRITO NO RELATÓRIO HOSPITALAR QUEDA DE MOTO COM APRESENTAÇÃO DE EDEMA E ESCORIAÇÕES E DIAGNÓSTICO DE TCE LEVE. ALEGA TAMBÉM TER SIDO ENCAMINHADO AO HR PARA COMPLEMENTO DE TRATAMENTO. SEGUNDO O NOTICIANTE O MESMO TRAFEGAVA NA VIA QUANDO CHOCOU-SE COM OUTRO VEÍCULO NO CRUZAMENTO. O MESMO NÃO SOUBE PRECISAR DADOS QUE IDENTIFICASSEM O TERCEIRO E NEM DO SEU VEÍCULO, APENAS QUE SE TRATAVA DE UMA MOTOCICLETA SHYNERAY. SEM MAIS, ENCERRO O PRESENTE TERMO.

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

EDNILDO BARBOSA AQUINO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **HUGO DANILO SILVA DE OLIVEIRA** - Matrícula: **3997200**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DINTER1 - 16ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL - LIMOEIRO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0047001370**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/06/2020** às **16:20**

Complementa o BO Número:

20E0047001361

ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **27/2/2020** no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE LIMOEIRO, 1, AVENIDA LESTE OESTE (RUA 7) - LAGOA AZUL - Bairro: CENTRO - LIMOEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: PERTO PRÉDIOS DA CAIXA

Local do Fato: NAO INFORMADO

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
MARIA NATALIA BEZERRA FARIAS (OUTRO)
EDNILDO BARBOSA AQUINO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): EDNILDO BARBOSA AQUINO

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

EDNILDO BARBOSA AQUINO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino

Mãe: MARIA BARBOSA AQUINO Pai: JOSE AQUINO DE LIMA Data de Nascimento: 8/3/1986 Naturalidade: LIMOEIRO / PERNAMBUCO / BRASIL

Documentos: 7090316/SDS/PE (RG) Profissão: MOTOTAXISTA

Telefones Fixos:

- 81998911048

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE LIMOEIRO, 150, SÍTIO ESPERANÇA - ZONA RUAL - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - LIMOEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL, PERTO DA IGREJA CATOLICA

MARIA NATALIA BEZERRA FARIAS (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino

Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE LIMOEIRO, 1, SÍTIO ESPERANÇA - ZONA RUAL - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - LIMOEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL

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

HONDA CG 150 FAN (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): MARIA NATALIA BEZERRA FARIAS, que estava em posse do(a) Sr(a): EDNILDO BARBOSA AQUINO

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN MIX ESDI Objeto apreendido: Não

Cor: PRETA - Quantidade: 1 (UNIDADE)

Placa: **PGQ8322** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **587312882** Chassi: **9C2KC1680ER418777**
Ano Fabricação/Modelo: 2013/2014 Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTÁ DP O SENHOR EDNILDO BARBOSA, INFORMANDO TER SOFRIDO ACIDENTE DE MOTO NO DIA 27 DO MÊS DE FEVEREIRO DO CORRENTE ANO, SENDO DESCRITO NO RELATÓRIO HOSPITALAR QUEDA DE MOTO COM APRESENTAÇÃO DE EDEMA E ESCORIAÇÕES E DIAGNÓSTICO DE TCE LEVE. ALEGA TAMBÉM TER SIDO ENCAMINHADO AO HR PARA COMPLEMENTO DE TRATAMENTO.SEGUNDO O NOTICIANTE O MESMO TRAFEGAVA NA VIA QUANDO CHOCOU-SE COM OUTRO VEÍCULO NO CRUZAMENTO. O MESMO NÃO SOUBE PRECISAR DADOS QUE IDENTIFICASSEM O TERCEIRO E NEM DO SEU VEÍCULO, APENAS QUE SE TRATAVA DE UMA MOTOCICLETA SHYNERAY.SEM MAIS, ENCERRO O PRESENTE TERMO.

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

EDNILDO BARBOSA AQUINO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **HUGO DANILO SILVA DE OLIVEIRA** - Matrícula: **3997200**





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 064.205.374-01 4 - Nome completo da vítima: Edvaldo Barbosa Aguiar

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSOP Nº 485/2012

5 - Nome completo: Edvaldo Barbosa Aguiar 6 - CPF: 064.205.374-01
7 - Profissão: Agente de TI 8 - Endereço: Sítio Esperança 9 - Estado: PE 10 - Complemento: com
11 - Bairro: Limoeiro 12 - Cidade: Limoeiro 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.100-000
15 - E-mail: 16 - Tel./DDD: 011 996686080

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (comente para os bancos abaixo. Anote uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA: (informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Indicar os bancos)

Nome do BANCO: Santander

AGÊNCIA: 4010 CONTA: 010388627 (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Faço motivo expresse, soluto o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação de existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou resíduo hereditário? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Limoeiro, PE 09.06.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 9005943-83



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTUÁRIO 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: 0800-727-9167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

MARIA NATALIA BEZERRA FARIAS
CPF: 100.894.094-47 NIS: 16355821367

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SI ESPERANCA 150
DUAS PEDRAS/DUAS PEDRAS
55700-020 LIMOERO PE

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

DATA DE VENCIMENTO

11/06/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

4,29

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

26/05/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO

02/06/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL

110092079

CONTA CONTRATO
007019234511

Nº DO CLIENTE

2013855291

Nº DA INSTALAÇÃO
800685550

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

2155.DF05.4CA8.885E.E0C8.5638.6397.5C99

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,00	0,00000003	0,00
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,00000002	0,00
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	35,00	0,00000001	0,00
Consumo-TE até 30 kWh	30,00	0,00000003	0,00
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,00000002	0,00
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	35,00	0,00000001	0,00
Contrib. Bom. Pública Municipal			4,29
TOTAL DA FATURA			4,29

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS							
ICMS		PIS		COFINS			
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%
0,00		0,00	0,00	0,65	0,00	0,00	4,27

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo-TUSD até 30 kWh	0,00000003	MAI 20	135
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	0,00000002	ABR 20	105
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	0,00000001	MAR 20	80
Consumo-TE até 30 kWh	0,00000003	FEV 20	94
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	0,00000002	JAN 20	88
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	0,00000001	DEZ 19	151
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	0,00000001	NOV 19	146
		OUT 19	87
		SET 19	80
		AGO 19	80
		JUL 19	117
		JUN 19	100
		MAI 19	113

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
00090002121841074	CAT	23/04/2020 5.348,00	25/05/2020 5.381,00	32	1,00000	0,00	123,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 23/06/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR AJUSTADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIMESTRAL	MÉDIA ANUAL
Interrupções					
DIC-Hor. de banco sem Energia	LIMOERO	0,20	11,16	33,32	44,45
FIC-Hor. de banco sem Energia		1,30	7,59	15,19	30,39
DMC-Duração máxima de Interrupção contínua		5,20	5,30	5,30	5,30
DICRI-Duração de Interrupção em dia crítico					Liberta DICI: 16,80
RUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 0,00					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você comercial iguape ltda: av. santo antonio 356 centro / credimoveis: r santa cruz 2529 centro lista completa em www.celpe.com.br.
NP 956/2020-Tarifa Social-Desconto no consumo até 220kWh.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso para multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1%a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária na prós. mês
Isenção do ICMS conforme art. 8, XLV, e, 2.2.2, do RICMS-PE.
Desconto pela aplicação de Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 78,01.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Coronavírus. Saiba como proteger você e sua família. Acesse: saude.gov.br/coronavirus

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	212	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUÍ

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007019234511	05/2020	4,29	11/06/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitores ótica.

PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

BOLETIM DE EMERGÊNCIA PRONTUÁRIO: 006517

CLASSIFICAÇÃO AMARELO

Nº OCORRÊNCIA: 00234290

Nome: EDNELO BARBOSA AQUINO

Idade: 33 Anos 11 Meses 14 Dias

CNS: 8080100887293

Est.Civil: SOLTEIRO

End.: SITIO ESPERANÇA

Nº:

Nascimento: 06/03/1986

CEP: 55700000

Bairro: ZONA RURAL

Mãe: MARIA BARBOSA AQUINO

Doc nº: 7090335 505 PE

Nação:

Cor/Raça: BRANCA

Pai: JOSE AQUINO DE LIMA

Acom.: O MESMO

Sexo: MASCULINO

Prof.: AGRICULTOR

Telefone: 81 99911048

Município: LIMOEIRO

Encaminhamento: ORTOPEDIA

Situação/Sintomas/Queixas/Eventos:

QUEDA DE FOTO, APRESENTA EDEMA E ESCORIAÇÃO EM NÍVEL. REFERE TAMBÉM TER "IDO TUALHA NA REGIÃO LATERAL DA CABEÇA.

Procedência:

Residência

Doenças preexistentes: NEGA

Réq. de dor:

Pré-consulta:

Intolerância/Alerg.: BENZETACIL

Parâmetros: PA: 16/12

FC: 80

R:

T:

Estado do Paciente: Consciente Orientado Calmo

Sintomas:

Dor torácica:

Duração da dor:

Dor presente:

Irradiação:

Edemas:

Observações:

SERVIÇO MUTUAL GRACIAS PAZ - 1º OFÍCIO DE LIMOEIRO
Atestamos que a presente copia é a reprodução fiel do original que foi apresentado, em qual autenticamos a data de emissão de 02.03.2020
Data: 02/03/2020 12:15:15
Assinatura: [Assinatura]
Data: 02/03/2020 12:15:15
Assinatura: [Assinatura]

Últimas Ocorrências

Data:	Hora:	Nº:	Situação/Sintomas/Queixas/Eventos
08/11/2017	10:01	00026980	HIPEREMIA DE FACE, CERVICALGIA.
08/11/2017	08:36	00026242	REFERE CEFALÉIA INTENSA E DOR EM COLLUNA CERVICAL HÁ +- 4 DIAS
31/10/2017	18:11	00025761	REFERE FEBRE E CEFALÉIA HÁ +- 3 DIAS

Queixas / Diagnóstico

Queixa de acidente de moto há 15 minutos. Estava com capacete, nega desmarrar ou vomitar. Refere dor em cabeça, caladuras nas pernas. As mãos: LOTE, BEG. Hematoma subgaleal em região parietal. E. Caladura em joelho Es. para D. EF Normal!

Tratamento

1) SFO, 5/ 500ml EV.
2) Dipeptona 0,5ampola im
3) Observação.
4) Lavagem de caladuras
5) Enalapril 10mg VO agora
6) Comunicar alterações de nível de consciência
7) SFO, 5/ 500ml EV.

Exames complementares

Impressão diagnóstica

fratura TCE leve.

Dr. Bruno Santos
CRM 1511

Motivo da saída: ☐ Residência ☐ Internado

Justificativa:

Encaminhado:

Removido:

Óbito às: h m do dia: / /

Data saída: / / Hora saída: :

☐ Curativo
☐ Nebulização
☐ Adm. de medicamento
☐ Retirada de ponto

Técnico / Coren

Magna Maria de Santana
Coren-PE 001.072.389-TE

Atendimento Médico

☐ Urgência
☐ Obs. até 24 hs

Horário: :

Médico / CRM

Cód procedimento

Técnico / Conselho

Horário

DATA: 27/02/2020 13:37:07 RECEPCIONISTA: EDSON JOSE ROQUE DA SILVA

TRIAGEM: NATALIA DE SOUZA FERREIRA

Reunião

18:00h

Glossar 15

Para perda de consciência
Na hora

Paciente apensa e queda de dor no corpo
Nº apresentação anterior no nível de consciência
durante a observação.

Dr. Alessi Nogueira
Médico
CRM-PE 13.024



Resolução por

Dr. Alessi Nogueira
Médico
CRM-PE 13.024

FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: EDNILDO BARBOSA AQUINO	PRONTUÁRIO: 1714819	ATENDIMENTO: 01557626
DATA DE NASCIMENTO: 06/03/1966	FOI ATENDIDO EM: As	
	DATA DA ALTA: 06/03/2020 ÀS 18:31	

Diagnóstico Provável:

1. TCE
2. HED TEMPORAL ESQUERDO

Tratamento Realizado:

DRENAGEM DE HEMATOMA EPIDURAL TEMPORAL ESQUERDA

Observação:

PCT EVOLUIU ESTAVEL, AFEBRIL, ECG 15, SEM DEFICIT MOTOR OU SENSITIVO APARENTE, FERIDA OPERATORIA LIMPA SEM SINAIS DE INFECÇÃO.

Encaminhado para:

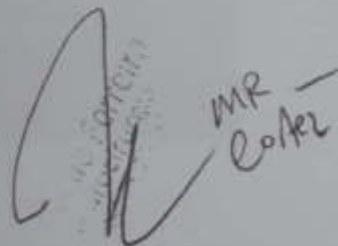
1. AMBULATORIO DE DR. LUIZ EURIPEDES EM 30 DIAS
2. RETIRO DE PONTOS EM 10 DIAS NO POSTO DE SAUDE.

BIDANSANTA NA ISNA - CRM: Nº.27547

Recife, 06, MARÇO ,2020

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.



MR
CoAr

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento 1714819

Nome EDNILDO BARBOSA AQUINO

Foi atendido às 18:31 hrs. do dia 02 / 03 / 2020

Diagnóstico Provável

- ① TCE
- ② Hematoma Epidural Temporal Esquerdo

Tratamento Realizado

Drenagem de Hematoma epidural temporal esquerda

Observação

Pct Evoluí estável, Afetou EC 6/5, sem déficit motor ou sensível diferente. Ferida Operatória limpa sem sinais de infecção

Cópia de

Ulisses Ferreira
Médico CRM Nº 25751

ATENÇÃO Este documento destina-se a comprovação do atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Controle de tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 042002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód 0157

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 SECRETARIA NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

EDILDO BARBOSA AQUINO

RG, IDENTIDADE / CND, PASSAPORTE / UF
7090318 ROR PE

CPF
064.205.574-01

DATA NASCIMENTO
08/03/1986

FILIAÇÃO
JOSÉ AQUINO DE LIMA
MARIA BARBOSA AQUINO

PROFISSÃO
PROFESSOR

ACD
PROFESSOR

CAT. APT
SS

Nº REGISTRO
06857517202

VALIDADE
29/12/2021

VALIDADE
08/06/2017

OBSERVAÇÕES
X

Edildo Barbosa Aquino
 ASSINATURA DO REGISTRADO

LOCAL
LYMORIRO, PE

DATA EMISSÃO
15/06/2018

Dr. André Luiz de Sousa
 Diretor Presidente

ASSINATURA DO DIRETOR

PERNAMBUCO

34255618864
 78086485270

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1676671893

PROVIDO PLASTIFICAR
1676671893

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PE Nº 015768333081

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VA 587312002 RENAVAM 587312002 EXERCÍCIO 2020

MARIA NATÁLIA BEZERRA FARIAS

LIMOEIRO-PE

CPF/CNPJ 100.694.094-47 PLACA PGQ8323

CHASSI 9C2KC1680ER418777

ESPÉCIE TIPO PAS / MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA/MODELO HONDA/CG150 FAN ESDI

ANO FAB. 2013 ANO MOD. 2014

CAP./POT./CIL 2P/149CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1P/PA 2020 QUITADO

PREMIO TARIFÁRIO (R\$) 8-10 0.05 12.20 DATA DE PAGAMENTO 11/02/20

SEM RESERVA OBSERVAÇÕES

LIMOEIRO-PE 02/02/20

EDUARDO CARLOS MOREIRA FORTALEZA

DIRETOR DE REGISTRO

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 015768333081 BILHETE DE SEGURO DPVAT

MARIA NATÁLIA BEZERRA FARIAS

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

LIMOEIRO-PE VIA 100.694.094-47 EXERCÍCIO 2020 DATA EMISSÃO 02/02/20

RENAVAM 587312002 PLACA PGQ8323

MARCA/MODELO HONDA/CG150 FAN ESDI

ANO FAB. 2013 ANO MOD. 2014

CAP./POT./CIL 2P/149CL CATEGORIA PARTIC

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1P/PA 2020 QUITADO

PREMIO TARIFÁRIO (R\$) 8-10 0.05 12.20 DATA DE PAGAMENTO 11/02/20

SEM RESERVA OBSERVAÇÕES

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.348.602/0001-24

EDUARDO CARLOS MOREIRA FORTALEZA

DIRETOR DE REGISTRO

CONTRAB

DETRAN

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3200235424
Nome do(a) Examinado(a): Ednildo Barbosa Aquino
Endereço do(a) Examinado(a): Sítio Esperança, 150
Zona Rural Limoeiro PE CEP: 55700-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 7090316
Data local do acidente: [27/02/2020]
Data local do exame: [17/07/2020] RECIFE [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
TCE COM HEMATOMA EPIDURAL
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: DRENAGEM DO HEMATOMA, SUPORTE CLÍNICO, NÃO FEZ FISIOTERAPIA
Complicações: EVOLUI SEM COMPLICAÇÕES.
Data da Alta: V?TIMA N?O APRESENTOU DOCUMENTOS
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
VITIMA CONSCIENTE E ORIENTADO AO EXAME, SEM DEFICIT COGNITIVO, REALIZA CONTATO VERBAL OU VISUAL COM O ENTREVISTADOR. NÃO FAZ USO DE MEDICAÇÃO CONTÍNUA DE AÇÃO NEUROLÓGICA.
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
() Sim **(X) Não**
- VI. Descrever objetivamente as seqüelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
() "Vítima em tratamento" **(X) "Sem seqüela permanente"**
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias *(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)*
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Seqüela): | Região Corporal (Seqüela): |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Seqüela): | Região Corporal (Seqüela): |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.
Vítima sem seqüela.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Dr. Leonardo de Faria Neves
CPF - 045.955.274-03
CRM/PE - 17742


LEONARDO FARIAS NEVES
Médico
CRM/PE 17742

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200235424 **Cidade:** Limoeiro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDNILDO BARBOSA AQUINO **Data do acidente:** 27/02/2020 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: TCE COM HEMATOMA EPIDURAL

Descrição do exame físico: VITIMA CONSCIENTE E ORIENTADO AO EXAME, SEM DEFICIT COGNITIVO, REALIZA CONTATO VERBAL OU VISUAL COM O ENTREVISTADOR. NÃO FAZ USO DE MEDICAÇÃO CONTÍNUA DE AÇÃO NEUROLÓGICA

Resultados terapêuticos: DRENAGEM DO HEMATOMA, SUPORTE CLÍNICO, NÃO FEZ FISIOTERAPIA
EVOLUI SEM COMPLICAÇÕES.
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 17/07/2020

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO QUE NÃO EXISTEM SEQUELAS FUNCIONAIS E OU ANATÔMICAS A SEREM INDENIZADAS DECORRENTES DO ACIDENTE, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200235424 **Cidade:** Limoeiro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDNILDO BARBOSA AQUINO **Data do acidente:** 27/02/2020 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: TCE COM HEMATOMA EPIDURAL

Descrição do exame físico: VITIMA CONSCIENTE E ORIENTADO AO EXAME, SEM DEFICIT COGNITIVO, REALIZA CONTATO VERBAL OU VISUAL COM O ENTREVISTADOR. NÃO FAZ USO DE MEDICAÇÃO CONTÍNUA DE AÇÃO NEUROLÓGICA

Resultados terapêuticos: DRENAGEM DO HEMATOMA, SUPORTE CLÍNICO, NÃO FEZ FISIOTERAPIA
EVOLUI SEM COMPLICAÇÕES.
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 17/07/2020

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO QUE NÃO EXISTEM SEQUELAS FUNCIONAIS E OU ANATÔMICAS A SEREM INDENIZADAS DECORRENTES DO ACIDENTE, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00