



NAJMA SAID

Advocacia e Consultoria

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE	ROSEANE DE MENDONÇA FURTADO		
NACIONALIDADE	BRASILEIRA	NATURAL	
RG	2006010235124	ESTADO CIVIL	SOLTEIRA
CPF	036.348.753-05	PROFISSÃO	ESTUDANTE
ENDEREÇO	VILA MACHUCA, SIN		
BAIRRO	MACHUCA	CEP	61700-000
MUNICÍPIO / UF	AQUIRAZ - CEARÁ		
FONES	(85) 99825-0511 / (85) 98162-1461		
E-MAIL	rc527340@gmail.com		

OUTORGADA: NAJMA MARIA SAID SILVA, brasileira, solteira, advogada, devidamente inscrita na OAB/CE sob o nº 28.394, portadora do RG nº 93002103354 SSP/CE e CPF nº 694.678.033-72, com escritório profissional na Rua Antônio Drumond, 1051, Monte Castelo – Fortaleza – CEP 60.325-700.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, a outorgada, sua bastante procuradora, conferindo-lhe os poderes da cláusula "ad judicium et extra", podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como conferindo os poderes especiais para promover a Ação Judicial competente para o **recebimento da indenização que lhe cabe, como beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo seguro DPVAT**, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a FENASEG, participante do Convenio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, podendo representar em qualquer juízo com poderes para promover; acordos judiciais e extrajudiciais e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, desistir, renunciar, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, receber e dar quitações, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro **receber intimações para audiência e perícias medicas**, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

FORTALEZA (CE), 16 de SETEMBRO de 2020

2 Roseane de Mendonça Furtado
outorgante

Najma Said

OAB/CE 28.394

☎ 85. 98799.2088 / 99955.5507

✉ najma.said.adv@gmail.com

📧 najmasaid_adv

📍 Rua Antonio Drumond, 1051,
Loja C, Monte Castelo



NAJMA SAID

Advocacia e Consultoria

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA

Eu, ROSEANE DE MENDOCA FURTADO,
 Brasileiro(a), SOLTEIRA, ESTUDANTE, portador da Carteira de
 Identidade/RG nº 2006010235124 -SSP/CE, e inscrito no CPF/MF sob o nº
036.348.753-06, residente e domiciliado na cidade de
HQUIRAZ, estado Ceará, na Rua
VILA MACHUCA, Nº SIN MACHUCA,
 declaro para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar
 com custas processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha
 família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Fortaleza (CE), 16 de SETEMBRO de 20 20

2

Roseane de mendoca Furtado

Declarante

Najma Said

OAB/CE 28.394

☎ 85. 98799.2088 / 99955.5507

✉ najmasaid.adv@gmail.com

📱 najmasaid_adv

📍 Rua Antonio Drumond, 1051,
Loja C, Monte Castelo



NAJMA SAID

Advocacia e Consultoria

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE

Eu, ROSEANE DE MENDONÇA FURTADO, portador (a) do RG nº 2006010235124, e CPF 036.348.753-05, declaro para todos os fins a que se destinar, que compareci ao escritório da Dra. Najma Maria Said Silva, OAB/CE 28.394, localizado na Rua Antônio Drumond, nº1051, Loja C, no bairro Monte Castelo, em Fortaleza/CE, e tenho total e plena consciência da existência da Ação de Cobrança de Indenização de Seguro DPVAT, referente ao acidente ocorrido na data de 20/09/2019, proposta contra a Seguradora Líder. Assumo de forma plena, única e integral a responsabilidade da veracidade por toda documentação/ informação acostada aos presentes autos.

Declaro ainda, para todos os fins a que se destinar, que fui devidamente esclarecido a cerca dos documentos necessários para ingressar com a presente AÇÃO JUDICIAL e que a demanda judicial tramitará no Estado do Ceará, na Comarca de Fortaleza, ressaltando ainda, que até a presente data, não possuo nenhuma ação judicial contra qualquer seguradora do consorcio de seguro DPVAT, assumindo assim de forma plena, única e integral a responsabilidade por toda documentação acostada ao presente processo judicial, bem como pelos fatos narrados neste.

Desta forma, ISENTO a **Dra. NAJMA MARIA SAID SILVA**, brasileira, solteira, advogada devidamente inscrita na OAB-CE sob o nº 28.394, com escritório profissional a Rua Antônio Drumond, nº 1051, Loja C, bairro Monte Castelo, CEP 60.325-700, Fortaleza-CE, de toda e qualquer responsabilidade jurídica (cível, criminal, tributária, previdenciária) e, ou administrativa no que tange a autenticidade, litispendência (existência de processo com os mesmos documentos e/ou dados) e veracidade dos fatos narrados e descritos em mencionados documentos, assumindo única e exclusivamente estas responsabilidades sobre tais informações.

“AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO INDENIZATÓRIO DPVAT SÃO DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO, SENDO O MESMO INFORMADO QUE A COMUNICAÇÃO DE FATO NÃO OCORRIDA OU INEXISTENTE É CRIME PUNÍVEL NA FORMA DA LEI, ART. 339 E 340 DO CPB.”

Ciente de meus direitos e obrigações, bem como da validade de mencionado documento, firmo o presente, o qual passa a valer a partir desta data.

Fortaleza (CE), 16 de SETEMBRO de 20 20

Roseane de Mendonça Furtado
Declarante.

TESTEMUNHA:

CPF:

Najma Said

OAB/CE 28.394

TESTEMUNHA:

CPF:

☎ 85. 98799.2088 / 99955.5507

✉ najma.said.adv@gmail.com

📧 najmasaid_adv

📍 Rua Antonio Drumond, 1051,
Loja C, Monte Castelo



NAJMA SAID

Advocacia e Consultoria

DECLARAÇÃO DE RESIDENCIA

Eu, ROSEANE DE MENDONCA FURTADO,
 Brasileiro(a), ESTUDANTE, portador da cédula de Identidade Nº
2006010235124 E CPF Nº 036.348.753.05, capaz,
 nesta oportunidade, DECLARO que resido no seguinte endereço:
VILA MACHUCA, SIN MACHUCA
 na Cidade de HQUIRAZ, Estado CEARA, CEP
61700-000, e forneço os meus dados pessoais, documentos e demais
 declarações para a propositura de Ação Judicial em desfavor de qualquer seguradora conveniada
 DPVAT-FENASEG, sendo de minha total responsabilidade a declaração de invalidez ou óbito
 fornecida.

Fortaleza, 16, de SETEMBRO, de 2020.

Roseane de Mendonça Furtado
 DECLARANTE



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



CE

NOME

ROSEANE DE MENDONCA FURTADO



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF

2006010235124 SSP CE

CPF

036.348.753-05

DATA NASCIMENTO

17/03/1993

FILIAÇÃO

JOSE ARIMATEIA CANDIDO
FURTADO
TEREZA CRISTINA DE
MENDONCA FURTADO

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.

AB

Nº REGISTRO

05714397586

VALIDADE

15/07/2024

1ª HABILITAÇÃO

21/02/2013

OBSERVAÇÕES

SEM OBSERVAÇÃO:

Roseane de Mendonca Furtado

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO

16/07/2019

Igor Vasconcelos Ponte

IGOR VASCONCELOS PONTE

ASSINATURA DO EMISSOR

10011628460
CE171616588

CEARÁ

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1780476529

PROIBIDO PLASTIFICAR
1780476529

Nº do Cliente:

6119404

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

enel

fls. 22

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150

CEP 60135 040 | Fortaleza CE

CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

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

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 066196727

Rota A0002U52 - 209428

Referência 06/2020

Nome LEONARDO MELGACO COSTA

Endereço VL MACHUCA, 00000 - 00000 CS 02, MACHUCA,
61700-000, AQUIRAZ

Classificação Residencial Pleno

Modalidade Tarifária B1. RESIDENCIAL

Ligação Monofásico

Emissão 04/06/2020

Medidor 4944934-ELE-626

ÁREA RESERVADA AO FISCO

52F1D72646B0831F9CA6DB5421EF90CA

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

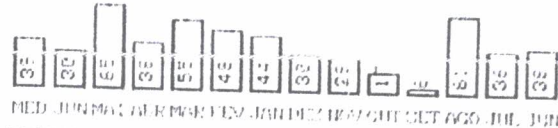
DATAS DE LEITURA

P.F.: 29 dias

Anterior
06/05/2020

Atual
04/06/2020

Próxima prevista
05/07/2020



DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP	3.877	3.847	1,00	30	00	30	0,5600	16,80

DADOS DO FATURAMENTO

CREDITO DE PEQUENOS VALORES
CUSTO DE DISPONIBILIDADE

TARIFA

VALOR (R\$)

-16,80
16,80

Tributo:	Base (R\$):	Alíquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	16,80	0,99	0,17
COFINS	16,80	4,52	0,76

VENCIMENTO

12/06/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

CONSUMO CONSCIENTE

CPF/CNPJ 970.625.703-97

EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh). Compense suas emissões
pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) 11,71

Compensado kg (CO₂) 0,00

Consciência Ecológica (%CO₂) 0

INFORMAÇÕES AO CLIENTE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 207 - 2572 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **30/10/2019 09:57:14**
Data / Hora da Ocorrência: **20/09/2019 19:48:00**
Endereço da Ocorrência: **ROD CE 040 KM 25, DIVINEIA - AQUIRAZ/CE**
Ponto de Referência: **PROX. A PONTO DO RIO PACOTI**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **LEONARDO MELGADO COSTA**
Nascimento: **24/07/1980** CPF: _____
RG: **2000006001352** Orgão Emissor: **SSP** UF: _____
Filiação: **ANA MARIA MELGADO COSTA**
JOSÉ CARLOS COSTA
Endereço: **RUA VILA MACHUCA**
Bairro: **MACHUCA**
Município: **AQUIRAZ/CE** CEP: _____
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 99825-0511**

Nome: **ROSEANE DE MENDONCA FURTADO**
Nascimento: **17/03/1993** CPF: _____
RG: **2006010235124** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **TEREZA CRISTINA DE MENDONCA FURTADO**
JOSE ARIMATEIA CANDIDO FURTADO
Endereço: **RUA VILA MACHUCA**
Bairro: **MACHUCA**
Município: **AQUIRAZ/CE** CEP: _____
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98162-1461**

Histórico

QUE na data e hora acima mencionadas pilotava a motocicleta Honda XR 205 Tornado de placa HYB-3543, cor vermelha, ano 2017, pelo Rodovia Ce 040 Km 25, tendo como garupeira sua esposa Roseane de Mendonça Furtado; QUE estava na faixa da direita quando o veículo Polo branco Sedan de placas não identificada, veio a colidir na traseira da moto vindo a causar o acidente; QUE devido a colisão sua esposa ROSEANE foi arremessada vindo a cair no meio da rodovia, tendo o declarante sendo arrastado por 10 metro do local a acidente; QUE as vítima foram socorridas pela SAMU e conduzidas para o hospital de Aquiraz; QUE devido o acidente sofreu varias escoriações pelo corpo e fraturas no braço esquerdo; QUE ROSEANE sofreu varias escoriações pelo corpo, fratura na fibular esquerda; QUE compareceram no local do acidente a PRE e as testemunha FELIPE PERI DA SILVA e FRANCISCO ALDEIFTON ALVES DE OLIVEIRA. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE AQUIRAZ

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO EUDES MUNIZ - MAT.: 106253-1-9



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA METROPOLITANA DE AQUIRAZ
Impresso nº 2019778640



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 207 - 2572 / 2019

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: LEONARDO MELGAÇO COSTA

VISTO DO DELEGADO(A) : VICENTE LUIS CARVALHO DE ALENCAR - MAT.: 300526-1-7

Roseane de Mendonça Surtado



PREFEITURA MUNICIPAL AQUIRAZ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS



ATENDIMENTO EMERGÊNCIA

PACIENTE: ROSEANE DE MENDONCA FURTADO		CNS: 706206516795969	PA201909053273
DATA DE NASCIMENTO: 17/03/1993	IDADE: 26 Ano(s), 6 Mes(es), 5 dia(s)		SEXO:
MÃE: TEREZA CRISTINA DE MENDONCA FURTADO	OCUPAÇÃO:		
ENDEREÇO:	MUNICÍPIO:		
TELEFONE CONTATO: 85986540828	CPF: 03634875305		

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

RISCO:	LARANJA	PROFISSIONAL:	LUCIANA DE LIMA SILVA	20/09/2019 20:21
Escoriações Pelo Corpo, Acide De Moto Trazida Pelo Samu				
FR: 0	SATO2: 0	PA: 0/0	FC: 0	T: 0
Dx: 0		ECG: 0		ECG: 0/6
PRIORIDADE:				

ATENDIMENTO CLÍNICO

Dados clínicos (Histórico e Exame Físico):				
<i>Acidose e membros superiores e inferiores.</i>				
Alergias:	<i>inergia</i>			
Exames:				
Código	Descrição	Solicitação	Urgente	Coleta

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

PRESCRIÇÃO

Item	Descrição	Aprazamento / Checagem
------	-----------	------------------------

Aquiraz, Sexta-Feira, 20 De Setembro De 2019

PA 100x60 mmHg Fe 64 bpm
DR 119 T 35,2°C Sat 100

JOSÉ XEREZ NETTO
CRM: 17779

CONDUTA / DESFECHO DO ATENDIMENTO

Paciente, fêmea em *ritmo* ~~ritmo~~ *exuberante*.

1. SGL 500ml EV *agora*
2. *clonitazina 2x18 mg EV*
3. *acetopropeno 100mg + 100ml*

Paulo César Cipriano
Diretor Administrativo
HGMAP

Gileneia C. dos Santos
COREN-CE 203310 TE

SECRETARIA DE SAÚDE DE AQUIRAZ
HOSPITAL GERAL MANOEL ASSUNÇÃO PIRES
CNES: 2361395
CNPJ: 11.426.115/0001-69

José Xerez Netto
Médico
CREMEC 17779

1. SGL 1:1 - 500ml EV

José Xerez Netto
Médico
CREMEC 17779

Acetopropeno 100mg IV

Heliane Bandeira
Médico
CREMEC 17779

Hosp Geral Manoel Assunção Pires, Cnpj: 07.011.609/0001-57

Esta ficha conferiu com a original
Clauinele Brasil de Rocha
mat: 140852-6
em: 03/10/19



PREFEITURA MUNICIPAL AQUIRAZ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS



ATENDIMENTO EMERGÊNCIA

PACIENTE: ROSEANE DE MENDONCA FURTADO		CNS: 708206516795969	PA201909053273
DATA DE NASCIMENTO: 17/03/1993	IDADE: 26 Ano(s), 6 Mes(es), 12 dia(s)		SEXO:
MÃE: TEREZA CRISTINA DE MENDONCA FURTADO	OCUPAÇÃO:		
ENDEREÇO: MACHUCA,	MUNICÍPIO: AQUIRAZ		
TELEFONE CONTATO: 85986540828	CPF: 03634875305		

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

RISCO:	VERDE	PROFISSIONAL:	ANTONIA FABIANA DA SILVA FALCAO	27/09/2019 18:59
Retorno Para Reavaliacao De Fratura Do Mi				
FR: 0	SATO2: 99	PA: 120/70	FC: 78	T: 36
Dx: 0		ECG: 0		ECG: 0/6
PRIORIDADE:				

ATENDIMENTO CLÍNICO

Dados clínicos (Histórico e Exame Físico):

PCT COM FRATURA LINEAR EM FIBULA ESQUERDA HA 8 DIAS. EVOLUI COM BOA CICATRIZAÇÃO DE ESCORIAÇÕES.

Alergias:

Exames:

Código	Descrição	Solicitação	Urgente	Coleta
--------	-----------	-------------	---------	--------

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

Contusao De Outras Partes E De Partes Nao Especificadas Da Perna

Agudo

PRESCRIÇÃO

Item	Descrição	Aprazamento / Checagem
1	Sol. De de Perua esq.	

Aquiraz, Sexta-Feira, 27 De Setembro De 2019

JOSÉ XEREZ NETTO
 CRM: 17779

CONDUTA / DESFECHO DO ATENDIMENTO

reavaliar após medicação



EUSEBIO
Desenvolvimento com qualidade de vida

ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE EUSÉBIO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
POLICLINICA DR. ACILON GONÇALVES PINTO
R. Carmelita Rebouças, 508 - Tamatanduba.
CEP 61.760-000 - Eusébio - Ceará



PACIENTE

Roseane L. Neal

ENDEREÇO

12

12/09/20

RR

04/11/18

DATA ____/____/20____

Dr. Vicente R. [illegible]
TRAUMATO [illegible]
[illegible]

ASS. E CARIMBO

"Amamente seu filho. Ele merece esta proteção"

RECEITUÁRIO

P/ Renome de Mendonça Furtado

uso oral

① Ibuprofeno 600mg - 10cr

1cp de 12/12 horas

por 05 dias.

20 / 09 / 19



José Xerez Netto
Médico
CREMEC 17779

MÉDICO

6M, 11m, 5T, 10P

fls. 29



PREFEITURA MUNICIPAL DE AQUIRAZ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome Completo:	José Xerez Netto
CRM	UF
Endereço Completo e Telefone: R. João Paulo 96	
Cidade: Aquiraz	UF: CE

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: Roxane de Mendonça Furtado

Endereço: Rua Melgache, Vila machua

Prescrição: uso oral

1) CEFALOXINA 500mg - 40comp

1ap de 6/6 horas durante 10 dias.

[Handwritten signature]

José Xerez Netto
Médico
CREMEC 17779

Data 20 / 09 / 2019

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome:	
Identidade:	
End.:	
Cidade:	UF:
Tel.:	

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Assinatura do Farmacêutico	
Data	

PREFEITURA MUNICIPAL DE AQUIRAZ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Nome Completo: José Xerez Netto

Médico

CREMEC 17779

CRM _____ UF _____ Nº _____

Endereço Completo e Telefone: R. JoãoPaulo II 96Cidade: Caquioz UF: CEPaciente: Roseane de Mendonça DurãesEndereço: R. Melgaco, Vila machucosPrescrição: uso local

① Rifamicina spray - 1unid
uso local 1x ao dia

José Xerez Netto

Médico

Data 20, 09 / 2019

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Identidade:

Órgão Emissor:

End.:

Cidade:

UF:

Tel.:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

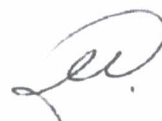
Data

RECEITUÁRIO

Pl Roseane do M. Furtado

① Retirar bota m^o E

27 / 09 / 19



José Xerez Neto
Médico
CREMEC 17719

MÉDICO



PREFEITURA DE
AQUIRAZ
Feliz é viver aqui

PREFEITURA MUNICIPAL DE AQUIRAZ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, o pedido que o (a) Sr. (a) Roseane
de Mendonça Furtado,

IDENT. OU REGISTRO

Foi atendido (a) Emergência

CLÍNICO OU SERVIÇO

do HGBMP

HOSPITAL / AMBULATÓRIO

no dia 20 / 09 / 19 às 20 horas, necessitando
de 15 (quinze) dias de repouso, por motivo de doença

CID _____

Assinatura, José Xerez Netto
Médico
CREMEC 17779

Local e Data

20/09/19
José Xerez Netto
Médico
CREMEC 17779

Assinatura do Médico / Odontólogo
(Carimbo Contendo Nome e Registro CRM/CRO)

Nota - Este Atestado é válido para finalidades prevista no art. 27 da CLPS, aprovado pelo Decreto nº 88.312 de 23/01/84. e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento no trabalho

SINISTRO 3200279838 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** ROSEANE DE MENDONCA FURTADO**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** INVESTPREV

Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE

BENEFICIÁRIO ROSEANE DE MENDONCA FURTADO**CPF/CNPJ:** 03634875305**Posição em 16-09-2020 14:17:43**

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
17/08/2020	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50