



PROCURAÇÃO "AD-JUDÍCIA" E "AD NEGÓTIA"

Nome completo: VALERIO OLIVEIRA DE LIMA		Nacionalidade: BRASILEIRA
Estado civil: SOLTEIRO	Profissão: AGRICULTOR	Data de nascimento: 24/04/1980
Endereço completo: R. IMPOEIRA, n° 490		BAIRRO: ZONA RURAL
Cep: 56440-000	Cidade: BELEM DE SAO FRANCISCO	Telefone:
CPF: 069.565.404-79	CTPS N°. série	PIS: RG: 26759632 23

Pelo presente instrumento de procuração, nomeia e constitui seu bastante procurador os advogados **JOSÉ LUIZ OLIVEIRA NETO, OAB - BA 18822, CPF 351.372.315-68, GILSELANDIA BRITO DE GOIS, OAB-BA N°. 40.601, CPF 024.771.645-62, brasileira, solteira, JORGE PEREIRA DA SILVA NETO, OAB-BA N° 20.542, CPF N° 788.714.925-87, , com escritório na Rua Tiradentes, n°. 282 – centro – Paulo Afonso – BA – Fone (75) 3282-1745 – celular: (75) 8848-9834. A quem confere amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad-judícia", especialmente para defendê-lo em qualquer juízo, Instância ou Tribunal, a quem de direito as ações competentes e defendê-la nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-o, conferindo-lhe, ainda poderes especiais para prestarem declarações, receberem citação, confessarem, reclamarem, desistirem, renunciarem direitos, transigirem, afirmarem compromisso, fazerem acordos, recorrerem, receberem e darem quitação, propor execução, requerer falência, habilitar crédito em ação ordinária, procedimento sumariíssimo, ação rescisória, embargos, agravos, representando ainda o(a) outorgante, para o fim do dispositivo nos artigos números 447 e 448 do Código do Processo civil, incluindo também os poderes da procuração "ad- negótia", podendo ainda substabelecerem esta em outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso, sempre no interesse do(a) outorgante. Outrossim, fica vinculado quando da assinatura deste instrumento à concordância do estabelecido para fazer jus a título de honorários advocatícios pelo desempenho nos trabalhos realizados, no percentual de 20% (vinte por cento), sobre o valor da condenação, a incidir sobre as parcelas vencidas, bem como sobre as vincendas até o fim do processo. Em caso de recurso para tribunais superiores o percentual passara a ser de 30% (trinta por cento) e também custeado os honorários advocatícios ficarão a sucumbência da causa.**

Paulo Afonso BA, 20 de janeiro de 2016.

x Valerio Oliveira de Lima
Assinatura

Rua Tiradentes, 282 | Centro | CEP: 48.602-180
Paulo Afonso | Bahia | Brasil
Fone / Fax.: (75) 3282-1745 | 3281 - 9832
E-mail: advluizneto@gmail.com | secretaria@luizneto.adv.br







Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 55050-902
CNPJ 10.835.932/0001-05 | Ins. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
CREDENCIADA DE OLIVEIRA SILV,
PROX. VILA

CPF 056 779 854-22 NIS 18404911621

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIXA TENSÃO COM NIS
Monofásico

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA IMPUEIRA IMPUEIRA

LOCALIDADE DE IMPUEIRA/IMPUEIRA
BELEM DE SAO FRANCISCO PE
56440-000

Nº DA NOTA FISCAL
003311157

SERIE
UNICA

EMIÇÃO
28/01/2017

APRESENTAÇÃO
200 x 297

Nº DO CLIENTE
220 x 297

Nº DA INSTALAÇÃO
220 x 297

CONTA CONSUMO
1181681043

MÊS
01/2017

DATA DE EMISSÃO
02/02/2017

DATA DE VENCIMENTO
23/02/2017

TOTAL A PAGAR (R\$)

91,10

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Abaixo de 30 kWh	30,00000000	0,20876595	6,29
Consumo Abaixo superior a 30 até 100 kWh	70,00000000	0,35860007	25,17
Consumo Abaixo superior a 100 até 220 kWh	61,00000000	0,53939937	43,69
Contribuição Iluminação Pública			15,37
ICMS Subvenção-COE-NF 003319362-28/11/16			0,58

TOTAL DA FATURA

91,10

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE CONSTANTES	ADJUSTE	CONSUMO (KWH)
502410	1	1014	1024	1	0,0000	10

PERÍODO	CONSUMO (KWH)	VALOR (R\$)
JAN 17 101	10	3,29
DEZ 16 100	10	3,29
NOV 16 102	12	3,90
OUT 16 104	14	4,51
SET 16 105	15	4,79
AGO 16 103	13	4,28
JUL 16 106	16	5,26
JUN 16 104	14	4,51
MAY 16 107	17	5,58
ABR 16 105	15	4,79
MAR 16 108	18	5,94
FEV 16 102	12	3,90
JAN 16 101	10	3,29

TARIFAS APLICADAS	VALOR (R\$)
Consumo Abaixo 30 kWh	0,20876595
Consumo Abaixo superior a 30 até 100 kWh	0,35860007
Consumo Abaixo superior a 100 até 220 kWh	0,53939937

1545 4000 0033 0202 5230 7536 0250 0062

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Verificar a validade da tarifa social de energia elétrica, conforme Lei nº 10.438/02, no site www.celpe.com.br. A tarifa social de energia elétrica é destinada aos consumidores residenciais de baixa renda, inscritos no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico), e que estejam em situação regular de inscrição no Cadastro de Contribuintes do Imposto de Renda (CPF). A tarifa social de energia elétrica é concedida por meio de uma inscrição no sistema de distribuição de energia elétrica, sendo necessária a apresentação de documentação comprobatória da situação de baixa renda do consumidor. A tarifa social de energia elétrica é concedida por meio de uma inscrição no sistema de distribuição de energia elétrica, sendo necessária a apresentação de documentação comprobatória da situação de baixa renda do consumidor. A tarifa social de energia elétrica é concedida por meio de uma inscrição no sistema de distribuição de energia elétrica, sendo necessária a apresentação de documentação comprobatória da situação de baixa renda do consumidor.

ATENÇÃO CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

VENCI	DEB	VAL	VENCI	DEB	VAL
01/01/17	100,00	100,00	01/01/17	100,00	100,00

Em caso de não pagamento, a tarifa social de energia elétrica será suspensa, com consequente aumento da tarifa de energia elétrica. O consumidor deverá pagar a diferença de energia elétrica consumida durante o período de suspensão da tarifa social de energia elétrica. A tarifa social de energia elétrica é concedida por meio de uma inscrição no sistema de distribuição de energia elétrica, sendo necessária a apresentação de documentação comprobatória da situação de baixa renda do consumidor.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES	VALOR	LIMITE	LIMITE	LIMITE
DE 100 a 200 kWh	0,00	11,16	22,32	44,64
DE 200 a 300 kWh	0,00	7,78	15,56	31,12
DE 300 a 400 kWh	0,00	5,56	11,12	22,24

Linha 0033 10 50

NÍVEL DE TENSÃO	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)
220	202 - 231





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 188ª CIRCUNSCRIÇÃO - BELÉM DE SÃO FRANCISCO -
DP188ªCIRC DINTER2/22ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0278000253

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 07/06/2017 às 08:32

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 17/2/2017 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE BELEM DE SAO FRANCISCO, 1, ESTRADA DA AGRODAN - Bairro: CENTRO - BELEM DE SAO FRANCISCO/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: RODOVIA ESTADUAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
RONILSON ALMEIDA (AUTOR/AGENTE)
ROMUEL GOMES DE SÁ TORRES (OUTRO)
VALERIO OLIVEIRA DE LIMA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): VALERIO OLIVEIRA DE LIMA

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

.....
VALERIO OLIVEIRA DE LIMA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino
Mãe: MARIA HILDA DE OLIVEIRA LIMA Pai: OLIVEIRA JOSE DE LIMA Data de Nascimento: 14/4/1980 Naturalidade: SALGUEIRO / PERNAMBUCO / BRASIL
Documentos: 1678963223 SSP/BA (RG), 06986840479 (CPF) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A)
Telefones Celulares:
- 7898391401

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE BELEM DE SAO FRANCISCO, 1, FAZENDA IPUEIRA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BELEM DE SAO FRANCISCO/PERNAMBUCO/BRASIL

RONILSON ALMEIDA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino
Mãe: A Pai: B Data de Nascimento: 1/1/1981 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

ROMUEL GOMES DE SÁ TORRES (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido
Mãe: A Pai: B Data de Nascimento: 1/1/1981 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

.....
MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): ROMUEL GOMES DE SÁ TORRES, que estava em posse do(a) Sr(a): VALERIO OLIVEIRA DE LIMA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS Objeto apreendido: Não
Cor: VERMELHA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)
Placa: JSL8322 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 156282259 Chassi: 9C2KDO4209R028580
Ano Fabricação/Modelo: 2009/2009 Combustível: GASOLINA

Complemento / Observação



VITIMA TRAFEGAVA PELA ESTRADA QUE LIGA A FAZENDA IPUEIRA A ESTA CIDADE QUANDO AINDA PROXIMO A

<http://200.238.83.36/pernambuco/VisualizaBO.do?idUn=278&idOc=6494102&nroB...> 07/06/2017

Secretaria de Defesa Social :: INFOPOL

Página 2 de 2

SUA RESIDENCIA SAIU DE UMA ESTRADA VICINAL UM VEICULO FIAT ESTRADA CONDUZIDA PELO SENHOR RONILSON ALMEIDA ENTRANDO NA SUA FRENTE TENDO A VITIMA BATIDO NA FRENTE DO VEICULO (PNEU DIANTEIRO ESQUERDO) CAINDO E SENDO SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DESTA CIDADE ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS. DESTA CIDADE A VITIMA FOI SOCORRIDA PARA A CIDADE DE SALGUEIRO E POSTERIORMENTE PARA O RECIFE ONDE SE SUBMETEU A CIRURGIA NA BACIA CONFORME DOCUMENTOS DE POSSE DA VITIMA.

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

Valerio oliveira de Lima
VALERIO OLIVEIRA DE LIMA
(VITIMA)

B.O. registrado por: CRISTIANO LUIZ FEITOSA FERRAZ - MAT. 221219-6 - Matrícula: 221219-6



REGISTRATION: _____
DATA: _____
HORA: _____



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

VALÊNIO OLIVEIRA DE LIMA

TRAUMATOLOGIA

Dr. Cláudio Sá

Assistente

Medico

Assistente

Próxi

17/02/17

Próxi

Incisão com alça e pubiana

1. 0 metano

Redução + fixação externa

Próxi

A. unguis

Atesto Com

Doc. nento Original

Em, 22/05/2017

Mayclide do Nascimento
Hosp. Reg. Inacio de Sá
Mat. 230596-8

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATORIO

1. Anestesia 2. Anti-embolia 3. Apos-
ta de corpo externo 4. Redução
5. Fixação externa com 1 ou 2 pinos
em cada lado + gesso bivalve 6. Qua-
tros

Cláudio Sá
Traumatologia - Ortopedia
CRM 1200000054190218





****SES/FUSAM****

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió – Recife – PE PABX 31828500

MARCAÇÃO AMBULATORIAL – PACIENTES INTERNOS

DO SETOR: ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA PARA:
AMBULATORIO

NOME DO PACIENTE: VALERIO OLIVEIRA DE LIMA

REGISTRO: 1024201 ALTA HOSPITALAR EM: 05/02/2016

RETORNAR AO AMBULATÓRIO DE QUADRIL EM: 15 DIAS

MÉDICO:

MOTIVO: ACOMPANHAMENTO

RECIFE, 19/03/2017

Médico
CRM - PE: 24080

MÉDICO RESPONSÁVEL E CARIMBO

VISTO – CHEFIA DO AMBULATORIO

OBS:

- A. ESTE FORMULÁRIO SÓ SERÁ ACEITO COM PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS;
B. TERÁ VALIDADE SOMENTE COM ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO DO SETOR SOLICITANTE;
C. SÓ AGENDAR PACIENTES QUE TENHAM AULA HOSPITALAR E NECESSITEM DE RETORNO AO AMBULATORIO (1º RETORNO)



SES

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió – Recife – PE PABX 31828500

RESUMO DE ALTA

Nome: VALERIO OLIVEIRA DE LIMA

Registro: 1024201 Enf: 13

Leito: 03

DATA DE ENTRADA: 21/02/2017 DATA DE SAÍDA: 19/03/17

DIAGNÓSTICO DE ENTRADA:

FRATURA DE ANEL PÉLVICO Dr. Túlio Porto

DIAGNÓSTICO FINAL:

Médico
CRM - PE: 24080

EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA):

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE ANEL PÉLVICO.

DEVERÁ COMPARECER AO AMBULATORIO DE: QUADRIL Jorge Ferraz
Médico
CRM - PE: 24087

PARA CONTROLE EM: 15 DIAS

MÉDICO RESPONSÁVEL - CF



EMERGÊNCIA GERAL / ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

HORA SAÍDA:

REGULAÇÃO:

IDENTIFICAÇÃO		CPF:
NOME: <u>Mariana Oliveira de Lima</u>	DATA DE NASC: <u>14/04/20</u>	ID: <u>36</u> Cor: <u>0</u>
SEXO: <u>F</u> ORIENTAÇÃO SEXUAL: _____	ESTADO CIVIL: <u>4. Estável</u>	PROFISSÃO: <u>Agente de Saúde</u>
NOME DA MÃE: <u>Maria Inês de Oliveira Lima</u>	TEL: _____	
ENDEREÇO: <u>Faz. Iguazu</u>	BAIRRO: <u>2. Rural</u>	Nº _____ CIDADE: <u>3. Fátima</u>
GRAU DE INSTRUÇÃO: <u>ANALFABETO () 1º GRAU (x) 2º GRAU () SUPERIOR ()</u>	CNS: <u>3-2-1-5</u>	RESPONSÁVEL: <u>Carolina</u>
MEIO DE TRANSPORTE BOMBEIRO () AMBULÂNCIA () SAMU () AUTO () MOTO () OUTROS ()	PACIENTE CHEGOU AO SERVIÇO ANDANDO () MACA () CADEIRA DE RODA ()	ENCAMINHADO HOSPITAL () PSF () OUTROS ()
PA: _____ HGT: _____ TEMP: _____	FC: <u>98</u> SATO ₂ <u>98</u>	FR: _____ PESO: _____
ANTECEDENTES PESSOAIS: _____		
ANTECEDENTES FAMILIARES: _____		
USO DE MEDICAMENTOS: _____ ALERGICO: _____		
AVALIAÇÃO DA ENFERMAGEM / ACOLHIMENTO		ENCAMINHAMENTOS
<input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Dificuldade de Respirar <input type="checkbox"/> Fraqueza <input type="checkbox"/> Confusão Mental <input type="checkbox"/> Fadiga <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Distúrbios Visuais <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Convulsão <input type="checkbox"/> Desmaio <input type="checkbox"/> Paraestesia e/ou Paralisia de parte do corpo <input type="checkbox"/> Tonturas <input checked="" type="checkbox"/> Dor Local: <u>Dor no abdômen</u> <input type="checkbox"/> Queixa Urinária: _____ <input type="checkbox"/> Sangramento Local: _____ <input type="checkbox"/> Outras Queixas: <u>Prontidão para atendimento em caso de emergência</u> <u>em caso de emergência, refere-se ao atendimento e a</u>		<input type="checkbox"/> Clínico Geral <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgião <input checked="" type="checkbox"/> Ortopedista <input type="checkbox"/> Odontólogo <input type="checkbox"/> Serviço Social <input type="checkbox"/> Enfermagem <input type="checkbox"/> Outros: _____
		<input type="checkbox"/> Vermelho <input checked="" type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Assinatura Enf. _____
DESCRIÇÃO / AVALIAÇÃO MÉDICA		
1 - QUEIXA PRINCIPAL (QP) / HISTÓRICO DA DOENÇA (HDA)		
<u>QUEIXA PRINCIPAL: DOR NO ABDÔMEN COM FRAQUEZA E NA ÚLTIMA</u> <u>ANO INFERNO (HDA) TAQUICARDIA ALTA FLUXO</u> <u>PRONTIDÃO</u>		
2 - HIPÓTESE DIAGNÓSTICA		
<u>TRABALHO NA ÚLTIMA PRONTIDÃO</u> <u>Atesto Con: _____</u> <u>Documento Original</u> <u>Em 22/05/2017</u> <u>Maryleide do Nascimento</u> <u>Hosp. Reg. Início de Sa</u> <u>Mat. 230596-8</u>		
3 - EXAMES SOLICITADOS		
<u>Exames de Urina (HDA) e Urina</u>		
Carimbo do Médico		
PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE / AGRESSÃO		
ACIDENTE DE TRÂNSITO	ACIDENTE DE TRABALHO	OUTRO TIPO DE ACIDENTE
Veículo: <input type="checkbox"/> Automóvel <input type="checkbox"/> Ônibus <input checked="" type="checkbox"/> Moto <input type="checkbox"/> Outros Qual: _____ Fator de Proteção: <input type="checkbox"/> Cintal/ Capacete <input type="checkbox"/> Qual: _____ <input type="checkbox"/> Ignorado	Origem: <input type="checkbox"/> Construção Civil <input type="checkbox"/> Indústria <input type="checkbox"/> Agricultura <input type="checkbox"/> Comércio <input type="checkbox"/> Outros Qual: _____ <input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Intoxicação Acidental <input type="checkbox"/> Queda Acidental <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Queimaduras <input type="checkbox"/> Choque Elétrico <input type="checkbox"/> Outros Qual: _____ <input type="checkbox"/> Ignorado
AGRESSÃO	AUTOAGRESSÃO/ SUÍCIDIO	LOCAL DA OCORRÊNCIA
POR: <input type="checkbox"/> Arma de Fogo <input type="checkbox"/> Arma Branca <input type="checkbox"/> Espancimento <input type="checkbox"/> Outro Qual: _____ <input type="checkbox"/> Ignorado MODO: <input type="checkbox"/> Assalto <input type="checkbox"/> Briga <input type="checkbox"/> Ação Policial <input type="checkbox"/> Agressão Sexual <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Outros Qual: _____	<input type="checkbox"/> Arma de Fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Queda de Nível <input type="checkbox"/> Outros Qual: _____ <input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Via Pública <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Escola <input type="checkbox"/> Ambiente de Trabalho <input type="checkbox"/> Outros Qual: _____ <input type="checkbox"/> Ignorado
NOTIFICAÇÃO - VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR - VEH		
Nº DA NOTIFICAÇÃO: _____ SE _____ INVESTIGAÇÃO SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> AGRAVO: _____ RESPONSÁVEL: _____		





SES

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió – Recife – PE PABX 31828500

RESUMO DE ALTA

Nome: VALERIO OLIVEIRA DE LIMA

Registro: 1024201

Enf: 13

Leito: 03

DATA DE ENTRADA: 21/02/2017 DATA DE SAÍDA: 19/03/17

DIAGNÓSTICO DE ENTRADA:

FRATURA DE ANEL PÉLVICO

Dr. Túlio Porto

DIAGNÓSTICO FINAL:

O MESMO

Médico
CRM - PE: 24080

EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA):

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE ANEL PÉLVICO.

DEVERÁ COMPARECER AO AMBULATÓRIO DE: QUADRIL PARA CONTROLE EM: 15 DIAS

Jorge Ferraz
Médico
CRM - 24087

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM



COBERTURA inválida

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO ARUANA SEGUROS
S/A

BENEFICIÁRIO VALERIO OLIVEIRA DE LIMA

CPF/CNPJ: 06956540479

Posição em 03-08-2017 07:29:54

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 2.531,25

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
04/08/2017	R\$ 2.531,25	R\$ 0,00	R\$ 2.531,25

