

REGINA CELIA RODRIGUES SILVEIRA ME
RUA PRACA DA MATRIZ
TERM.NET-ISO 00002288 DATA 15/06/2012
CORRESPONDENTE DO BANCO BRADESCO

PROPOSTA DE ABERTURA DE CONTA

AG. RELAC.: 00699 - S. GONCALO AMARANTE
PRCB : 088 - MERCADINHO SILVEIRA

AGENCIA : 00699 - S. GONCALO AMARANTE

CONTA : 0000000530147-05

NOME : RAIMUNDO ROQUE DA SILVA

DT ABERT. : 15/06/2012

MODALIDADE: 00

TIPO PESSOA: FISICA

TIPO CONTA : CONTA CORRENTE

NSU BANCO: 020583132601

DATA : 15/06/2012

HORA : 09:01:57

SUBJEITO A CONFIRMACAO

OUVIDORIA BRADESCO
0800 727 9933

NSU REDE: 008323 HORA REDE: 08:54:31

10 OUT 2012

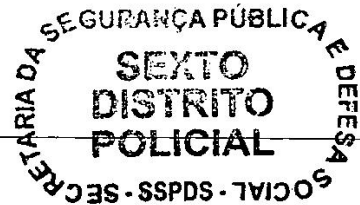


GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 6. DISTRITO POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 106 - 9763 / 2012

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTES - OUTROS**
Data / Hora da Comunicação: **19/09/2012 16:22:13**
Data / Hora da Ocorrência : **17/12/2011 06:30:00**
Endereço da Ocorrência: **R LOCALIDADE DE FIRMA MACHADO**
NAO INFORMADO PENTECOSTE /CE
Ponto de Referência: **PRÓX. A FABRICA DE GRAMAS**



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **RAIMUNDO ROQUE DA SILVA CASTRO** ✓
Nascimento : **08/02/1969**
RG: Órgão Emissor: UF: - CPF:
Filiação: **JOÃO FERREIRA DE CASTRO**
MARIA DA SILVA CASTRO
Endereço: **GLR NUCLEO H**
PENTECOSTE CE BRASIL Telefone:



Histórico

Informa a vítima que na data, local e hora supracitada, trafegava na MOTOCICLETA, MARCA HONDA/CG 125 FAN, DE PLACA HXH-9711-CE/CAUCAIA, COR PRETA, ANO/MOD. 2007/2008, CHASSI 9C2JC30708R126152, de propriedade de: BENEDITA VERONICA MENDES DA SILVA, quando na subida de um alto, uma moto de PLACA e GUAIDOR não identificado colidiu com o mesmo; QUE a vítima foi socorrida para o Hospital Municipal de Pentecoste e em seguida transferida para o I.J.F CENTRO, onde permaneceu internada. E nada mais disse.///

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 6. DISTRITO POLICIAL
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: _____

MATRÍCULA: 97122-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : Raimundo Roque da Silva Castro
VISTO DO DELEGADO(A) : _____

Antonio Paulo da Silva
Escritório de Polícia
MAT. 97.122

10 OUT 2012

DECLARAÇÃO DE RESIDENCIA

Eu, Raimundo Roque da Silva Castro,
RG nº 2004002051650 e CPF nº 549.037.853-00, declaro
que resido na Rua Gl.R. melho H Bairro
Zona Rural do município de Pentecoste, CEP nº
62640-000.

Declaro também que não possuo comprovante de endereço e que a presente
declaração atende a Circular DPVAT-SIN 043/2005 de 08 de Agosto de
2005.

COMPROVANTE DE RESIDENCIA

1004040



Fones para contato: (85) 88174119 / (85) 88801234

Fortaleza/CE, 04, 10, 2012

10 OUT 2012

Atenciosamente,

Raimundo Roque da Silva Castro
Assinatura do Declarante

S J F

08:00



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENTECOSTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



1. Preencher esta ficha em 3 vias.
2. Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar as 2 vias ao usuário, orientando-o para retomar com a 1ª via a Unidade de Origem.

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: SAMU 112.170369 CEP: 62.640-000Distrito Sanitário: _____ Município: PENTECOSTENome: ROSEMEIRE DA SILVA SOARES Telefone: _____Sexo: M ☐ F ☐ Data Nascimento: 08/02/ RG: _____

Pai: _____ Mãe: _____

Endereço: MULCO II Bairro: _____

Agente de Saúde: _____ RLP: _____ Nº Solicitado: _____

Histórico do Paciente: paciente retorna a unidade de saúde para tratamento de hipertensão arterial com tratamento em curso.

Exames solicitados e resultados: _____

Medicamentos utilizados: 1) B50 F-91061-W-24-100K2) Diurético: 100mg EV + 104 L DO.Impressão Diagnóstica: hipertensão arterial + hipertensão capilar

Assinatura e Carimbo do Médico

Data

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico ☐Procedimento: _____ Profissional: Procurador

Unidade de Referência: _____ Data: ____/____/____ Hora: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA(*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário Nº: _____ Alta: ____/____/____

Resumo Clínico / Cirúrgico: 10 OUT 2012

Resultado de Exames: _____

Diagnóstico: Principal _____ CID: _____

Secundário 1 _____ CID: _____

Secundário 2 _____ CID: _____

Proposta de Conduta para seguimento: _____

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
E DEFESA SOCIAL
ASSISTÊNCIA À IDENTIFICAÇÃO




Raimundo Roque da Silva Castro

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2004002051650 26/3/2004
RAIMUNDO ROQUE DA SILVA CASTRO

JOAO FERREIRA DE CASTRO E MARIA
DA SILVA CASTRO

SAO LUIS DO CURU-CE 8/2/1939
CERT.NASC. 14514 L A 16 F
29V MATIAS.PENTECOSTE CE
54903785300 ID. CERT. 170340682

LEI Nº 7.116 DE 29/05/63


MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS


Nome
RAIMUNDO ROQUE DA SILVA CASTRO

Nº de inscrição
549037853-00

Data do Nascimento
08/02/69



DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO *1004037*



Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

Assinatura
+ Raimundo Roque da Silva Castro
RAIMUNDO ROQUE DA SILVA CASTRO

S
E
R
V
I
D
O

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
Emitido em : 29/12/93

8

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
E DEFESA SOCIAL
ASSEMBLEIA DE IDENTIFICAÇÃO




Raimundo Roque da Silva Castro

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2004002051650 26/3/2004
RAIMUNDO ROQUE DA SILVA CASTRO

JOAO FERREIRA DE CASTRO E MARIA DA SILVA CASTRO

SAO LUIS DO CURU-CE 8/2/1939
CERT.NASC. 14514 L A 16 F
29V MATIAS.PENTECOSTE CE
54903785300 ID. CERT. 170340682

LEI Nº 7.116 DE 29/05/63


MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS


Nome
RAIMUNDO ROQUE DA SILVA CASTRO

Nº de inscrição
549037853-00

Data do Nascimento
08/02/69



DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO *1004037*



Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

Assinatura
+ Raimundo Roque da Silva Castro
RAIMUNDO ROQUE DA SILVA CASTRO

S
E
R
V
I
D
O

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
Emitido em : 29/12/93

8

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Raimundo Roque da Silva Castro portador da carteira de identidade nº 2004.002051650 e inscrito no CPF/MF sob o nº 549.037.853-00, residente e domiciliado na GLR - nullio H Cidade Zona Rural Anticosta Estado ce, 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

(X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

OUTROS

1004054



x Raimundo Roque da Silva Castro

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Fort. ce 04.10 2012

Local e data

OUTROS

1004054



REVISAO DE PROCESSO

Eu, Raimundo Roque da Silva Castro portador do RG 2004022051650
inscrito no CPF 579.037.853-00 com endereço na
Rua/Trav. R. Colonos N.º 10, Setor N.º 8, M.º 1 Bairro Colonos
Cidade St. Luis do Caru UF GO venho através desta requerer aos senhores
revisão do processo, a referida solicitação se faz pelo fato de não concordar com valor
pago do processo, tendo em vista as gravidades das lesões por mim sofridas em
consequência do acidente de trânsito.

Diante das informações venho solicitar aos senhores revisão do processo
e se necessário realização de uma nova perícia médica com medico
auditor da seguradora para que o mesmo possa constatar real situação,
pois e inaceitável o valor pago.

Fortaleza, 18/04/2013.

Atenciosamente,

X Raimundo Roque da Silva Castro

[Handwritten signature]

25 ABR 2013

Avaliação para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes

Informações do Acidente

Sinistro: 2012514581

Nome da Vítima: RAIMUNDO ROQUE DA SILVA CASTRO

Local: PENTECOSTE - CE

Data do Acidente: 17/12/2011

Resultado da avaliação apurada pelo Médico Examinador

I. Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

(x) Sim () Não () Prejudicado

Em caso de assinalar resposta como "não" ou "prejudicado" apresentar justificativas.

Só prosseguir no laudo em caso de resposta afirmativa no quesito

II. Com base no quadro clínico atual do Examinado, favor registrar:

a) Qual região corporal se encontra acometida. Caso haja mais de uma, informar.

MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

b) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO EXTERNA E POSTERIORMENTE INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS DE FRATURA DE FÊMUR COM CICATRIZ CIRÚRGICA EM FACE LATERAL DA COXA E DO JOELHO ESQUERDO.

III. Há indicação da Vítima ainda ter que realizar algum tratamento, incluindo medidas de reabilitação e/ou exames complementares para fins de diagnóstico ou de controle terapêutico?

a) Tratamentos () Sim (x) Não

Em caso afirmativo, descreva as condutas terapêuticas e/ou de reabilitação:

b) Exames Complementares () Sim (x) Não

Em caso afirmativo, descreva os exames complementares prescritos e seus prazos:

IV. Com base no exame clinico se pode afirmar que o quadro cursa com:

☐ Disfunções apenas temporárias.

Neste caso informar a data de cessação da disfunção ou um prazo médio compatível, previsto para uma reavaliação e se há necessidade de uma avaliação complementar.

☒ Dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas)

Informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas.

DOR CRÔNICA PÓS-TRAUMÁTICA + LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO E EXTENSÃO DO JOELHO + EDEMA RESIDUAL DO JOELHO + HIPOTROFIA MUSCULAR + MARCHA CLAUDICANTE COM USO DE MULETAS

V. Em virtude da evolução da lesão e/ou de seu tratamento, faz-se necessária a realização de algum exame complementar?

☐ Sim ☒ Não

Em caso afirmativo informar qual(is) e seus prazos de controle.

Em caso de resposta "disfunções temporárias" do item IV ou de resposta "sim" ao item V, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados.

VI. Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Com base no exame medico se pode documentar:

☐ Total

(Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a integridade do patrimônio físico e/ou mental da Vítima).

☒ Parcial

(Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da Vítima).

Em se tratando de enquadramento como "parcial" informar se o dano é "completo" ou "incompleto":

☐ Parcial Completo

(Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vítima).

(x) Parcial Incompleto

(Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da vítima).

Segundo o previsto na alínea II, 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação modificada pelo artigo 31º da Lei 11.945/2009, correlacionar as graduações percentuais compatíveis aos respectivos danos em apurados, em cada segmento corporal acometido, tantas quantas forem as seqüelas definitivas então identificadas.

1º Lesão

Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou inferiores de uma das mãos.

Marque o percentual: () 10% Residual () 25% Leve (x) 50% Médio () 75% Grave

Observação: Dependendo do tipo de lesão, da localização corporal, das perdas anatômicas e funcionais correspondentes, o enquadramento da(s) respectiva(s) seqüela(s) poderá ser desmembrado ou não, em um mesmo segmento corporal ou mais de um, sendo a decisão um critério de quem apura o dano com base em registros semiológicos que especifiquem e delimitem a amplitude das limitações físicas e/ou mentais presentes ao exame medico e então documentadas

Informações Complementares Apresentadas pelo médico Examinador ou Revisor

APESAR DE NÃO APRESENTAR DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS, O PERICIADO RELATA QUE SOFREU FRATURA DOS OSSOS DA PERNA NO ACIDENTE E APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA EM FACE ANTERIOR DA PERNA E FACE ANTERIOR DO JOELHO

Identificação do médico responsável pela avaliação.

Identificação do Médico Examinador

Nome do Médico: GREIVE FREITAS CAVALCANTE

Registro no CRM: 9050 CE

Local e Data do Exame

FORTALEZA, 16/05/2013

Avaliação para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes

Informações do Acidente

Sinistro: 2012514581

Nome da Vítima: RAIMUNDO ROQUE DA SILVA CASTRO

Local: Rodovia Estadual no Município de Quixeré(CE)

Data do Acidente: 17/12/2011

Resultado da avaliação apurada pelo Médico Examinador

I. Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

(x) Sim () Não () Prejudicado

Em caso de assinalar resposta como "não" ou "prejudicado" apresentar justificativas.

Colisão moto/carro em município de Fortaleza

Só prosseguir no laudo em caso de resposta afirmativa no quesito

II. Com base no quadro clínico atual do Examinado, favor registrar:

a) Qual região corporal se encontra acometida. Caso haja mais de uma, informar.

Comprova com ficha emergencia acidente com veículo motor - Colisão entre carro e moto em que pilotava levou a fratura de fêmur, Tíbia e péstela esquerdos.

b) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

Fratura de fêmur, Tíbia e péstela direitos, tratados cirurgicamente(placas e parafusos), além de fratura de mandíbula sem sequelas aparentes.

Apresenta encurtamento não quantificado em relação ao membro saudável, além de hipotrofia muscular e limitação para flexo-extensão do tornozelo esquerdo e marcha insegura.

III. Há indicação da Vítima ainda ter que realizar algum tratamento, incluindo medidas de reabilitação e/ou exames complementares para fins de diagnóstico ou de controle terapêutico?

a) Tratamentos () Sim (x) Não

Em caso afirmativo, descreva as condutas terapêuticas e/ou de reabilitação:

b) Exames Complementares () Sim (x) Não

Em caso afirmativo, descreva os exames complementares prescritos e seus prazos:

IV. Com base no exame clínico se pode afirmar que o quadro cursa com:

☐ Disfunções apenas temporárias.

Neste caso informar a data de cessação da disfunção ou um prazo médio compatível, previsto para uma reavaliação e se há necessidade de uma avaliação complementar.

☒ Dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas)

Informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas.

Hipotrofia muscular e limitação para flexo-extensão do tornozelo esquerdo e marcha insegura.

V. Em virtude da evolução da lesão e/ou de seu tratamento, faz-se necessária a realização de algum exame complementar?

☐ Sim ☒ Não

Em caso afirmativo informar qual(is) e seus prazos de controle.

Em caso de resposta "disfunções temporárias" do item IV ou de resposta "sim" ao item V, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados.

VI. Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Com base no exame médico se pode documentar:

☐ Total

(Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da vítima).

☒ Parcial

(Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da vítima).

Em se tratando de enquadramento como "parcial" informar se o dano é "completo" ou "incompleto":

☐ Parcial Completo

(Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vítima).

☒ Parcial Incompleto

(Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da vítima).

Segundo o previsto na alínea II, 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação modificada pelo artigo 31º da Lei 11.945/2009, correlacionar as graduações percentuais compatíveis aos respectivos danos em apurados, em cada segmento corporal acometido, tantas quantas forem as seqüelas definitivas então identificadas.

1º Lesão

Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo.

Marque o percentual: () 10% Residual () 25% Leve () 50% Médio (x) 75% Grave

Observação: Dependendo do tipo de lesão, da localização corporal, das perdas anatômicas e funcionais correspondentes, o enquadramento da(s) respectiva(s) seqüela(s) poderá ser desmembrado ou não, em um mesmo segmento corporal ou mais de um, sendo a decisão um critério de quem apura o dano com base em registros semiológicos que especifiquem e delimitem a amplitude das limitações físicas e/ou mentais presentes ao exame médico e então documentadas

Informações Complementares Apresentadas pelo médico Examinador ou Revisor

Identificação do médico responsável pela avaliação.

Identificação do Médico Examinador

Nome do Médico: ANTONIO GLAUBER TEÓFILO ROCHA

Registro no CRM: 6774 CEARÁ

Local e Data do Exame

Fortaleza, 31/10/2012

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/11/2012

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAIMUNDO ROQUE DA SILVA CASTRO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00699-8

CONTA: 000000530147-5

Nr. Autenticação

BRADESCO1311201205000000000023700699000000530147253125 PAGO

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/11/2012

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAIMUNDO ROQUE DA SILVA CASTRO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00699-8

CONTA: 000000530147-5

Nr. Autenticação

BRADESCO1311201205000000000023700699000000530147253125 PAGO

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

22/05/2013

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

2.220,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAIMUNDO ROQUE DA SILVA CASTRO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00699-8

CONTA: 000000530147-5

Nr. Autenticação

BRDESCO220520130500000000023700699000000530147222075 PAGO