



23/09/2020

Número: **0803671-06.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **20/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
BRUNO CAMILO DE OLIVEIRA (AUTOR)		EMMANUEL SARAIVA FERREIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34662433	23/09/2020 14:28	2752127_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
22ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
5ª DELEGACIA DISTRITAL DE POLÍCIA CIVIL
Rua Benício Fernandes, 98, Distrito de São José da Mata – Campina Grande – PB

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Boletim de ocorrência



Versando sobre ACIDENTE DE VEÍCULO

Hora e data do fato: Às 05:30, do dia 19 de maio de 2019.

Hora e data em que a Delegacia tomou conhecimento: Às 15:37, do dia 17 de julho de 2019.

Local do Ocorrido: SÍTIO MONTE ALEGRE, DISTRITO DE SÃO JOSÉ DA MATA

COMUNICANTE: BRUNO CAMILO DE OLIVEIRA, do sexo masculino, nascido no dia 08/12/1997, com 21 anos de idade, ID: 4.132.032 SSDS/PB, CPF: 708.627.664-27, DESEMPREGADO, filho de BENONIS CAMILO DE OLIVEIRA e de ROSIMERI COUTINHO, escolaridade: MÉDIO COMPLETO, SOLTEIRO, natural de CAMPINA GRANDE/PB, BRASILEIRO, residente na SÍTIO MONTE ALEGRE, PRÓX. AO BAR DE OTÁVIO, bairro SÃO JOSE DA MATA, na cidade de CAMPINA GRANDE, PB, celular Nº 99333-2654

RECEBIDO

25 JUL 2019

Seguradora Lider DPVAT

TESTEMUNHAS: A APRESENTAR POSTERIORMENTE.

HISTÓRICO: QUE no dia 19/05/2019, por volta das 05h30m, quando estava no carona da motocicleta HONDA CG 125 TODAY, COR PRETA, ANO 1991, PLACA MZH 2543/RN, CHASSI 9C2JC1801MR564922, registrada em nome de EDIMAR ARAUJO DE MENDONÇA, pilotada por FABIANO DE SOUSA ARAUJO, brasileiro, solteiro, com 21 anos de idade, natural de Campina Grande, filho de JOSÉ UILSON ARAUJO e de MARIA DE SOUSA ARAUJO, CPF 707.107.264-73, residente no Sítio Monte Alegre, próximo a Cervejaria de Carlinhos, quando em uma estrada carroçavel, o motorista perdeu o controle da direção do veículo, vindo esse a cair, cuja motocicleta tombou por cima da vítima; QUE em consequência, BRUNO CAMILO DE OLIVEIRA sofreu uma forte pancada no pé esquerdo, sendo em seguida socorrido por uma equipe do SAMU para o Hospital de Trauma desta cidade, sendo submetido a uma cirurgia quando lhe foi amputados 3 dedos; QUE foi liberado pelo médico no dia seguinte após a cirurgia; QUE registra a presente ocorrência no sentido de obter a indenização do seguro; QUE não deseja representar criminalmente contra o motorista da motocicleta acima qualificado.

AUTORIDADE

JOSÉ DAMIÃO MARÇAL DA SILVA

COMUNICANTE

BRUNO CAMILO DE OLIVEIRA

ESCRIVÃ

ROBERTA RODRIGUES



Documento não enviado



DTAVIO GOMES DE MENDONÇA
SIT. MONTE ALEGRE, S/N - ÁREA RURAL
SAO JOSE DA MATA / PB CEP: 58112000 (AB-401)

Classe/Subclasse: COMERCIAL/ OUTROS SERVIÇOS
Roteiro: B-405-524-3470
Nº medidor: 0000304811

Referência: Mai / 2017
Emissão: 15/05/2017

energisa

ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Trib. Imbr. - Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ: 06.826.596/0001-95 Ins. Est. 18.003.839-1

Atividade Fiscal/Conta de Energia: 15000191,524
Código para Débito Automático: 00001894094

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 023 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a UC (Unidade Consumidora): 47189405-4

Mai / 2017

Canal de contato

Apresentação

15/05/2017

Data prevista da próxima leitura

13/06/2017

CPF/CNPJ/RANI

9923078411

Faturas em atraso

28/04/2017

12,05

Anterior: 1204/17 2571 Atual: 15/05/17 2575 Constante: 2575 Consumo: 4 Dias: 33

Demonstrativo				
Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)	
Consumo em kWh	4	0,29157	1,17	
Adic. B. Verificação			0,12	
ICMS			0,39	
PIS			0,02	
COFINS			0,10	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
JUROS DE MORA 03/2017			0,09	
CREDITO A COMPENSAR (-) 05/2017			-2,23	

Histórico de Consumo (kWh)

Abr/17	8
Mai/17	10
Jun/17	8
Jul/17	27
Ago/17	30
Sep/17	28
Out/17	29
Nov/17	26
Dez/17	27
Jan/18	26
Fev/18	27
Mar/18	25

Média dos últimos meses

22

Resumo do Débito

0152.7a88.de96.7104.a46d.b03e.8f83.368d.

Indicadores de Qualidade 3/2017 - Breve

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIG MENSAL	10,58	2,80	HOMENAL 220
DIG TRIMESTRAL	21,17		
DIG ANUAL	42,36		CONTRATADA 202
FIC MENSAL	7,87	1,00	
FIC TRIMESTRAL	15,36		LIMITE INFERIOR 231
FIC ANUAL	39,89		
DIGI	5,85	2,80	
DIGRI	16,50		

Composição do valor total da sua conta

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia/B.D.	0,55	24,65
Consumo de Energia	0,04	37,67
Serviço de Transmissão	0,03	1,25
Encargos Setoriais	0,22	9,97
Impostos Diretos e Encargos	0,59	26,49
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	2,23	100,00

Valor do ELAS (Ref. 3/2017) R\$ 6,47

ATENÇÃO

REAVISO DE VENCIMENTO: Caso a(s) fatura(s) não seja(m) paga(s) até a data de vencimento, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 30/05/2017. Conforme Resolução 474 da ANEEL, o pagamento após essa data não elimina a possibilidade da dívida suspensa. A falta de pagamento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam em unidade consumidora para compensação. Caso já tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) acima, desconsidere esta mensagem. Fatura sujeita à inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplência.

energisa BORBOREMA

Roteiro: B-405-524-3470
Matrícula: 189405-2017-05-5

VENCIMENTO

22/05/2017

TOTAL A PAGAR

R\$ 0,00

FATURA COM VALOR ZERO. NÃO É NECESSÁRIO AUTENTIFICAR

Esta mês você está recebendo sua conta apenas para demonstração. O valor de R\$ 2,23 será lançado na sua próxima conta com cobrança de multa e juros.

Caso queira receber esta fatura para pagamento, entre em contato com o 0800 da ENERGISA.

Comprovante de residência



Autoatendimento e Internet - Banco do Brasil / Bradesco / Bancobbb (Sicoob) / BNB / Caixa Econômica Federal / Itaú / Santander / Sicredi / Banco Inter.

A sua conta de energia moderna.
Agora, ela é boleto branco.
Obrigado é melhor para você, que pode
pagar o boleto em qualquer
banco, casas lotéricas e internet.

Além de ser mais fácil e prático, o boleto bancário oferece mais segurança e tem uma rede ampla de recebimento.



energis

FLUSD: Encargo de uso do sistema de distribuição.

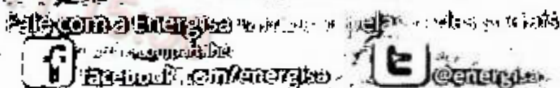
Informações sobre esta NOTA FISCAL / CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA só estarão disponíveis para consulta em nosso sistema 24 HORAS após a data de apresentação informada no anverso.

• Seu CPF foi protestado: www.tribunadigital.com.br

Quintodon Energia 0800 083 848 (horário comercial) - telefone para o número do protocolo de atendimento:
 ANEP (Atendimento e Pesquisa do Cliente da Enxenda do Paraíba) - 0800 777 0167 (ligar na gratuidade de telefones fixos e móveis).
 ANEP (Atendimento e Pesquisa do Cliente da Enxenda do Paraíba) - 0800 777 0167 (ligar na gratuidade de telefones fixos e móveis).

Autorize o pagamento de sua conta de energia através do débito automático: é mais cômodo e seguro. Procure o seu banco ou acesse a internet.

Destaque aqui



Expenditure on medical



19/05/2019

HPM-Painel Administrativo

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 19/05/2019

Horas: 09:06:05

Médico (a) Diarista : Luiz Juvencio Medeiros De Arruda Camara

GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1900360 Paciente: BRUNO CAMILO DE OLIVEIRA Idade: 021 Sexo: M

Nome da Mãe: ROSIMIERI COUTINHO Data de Nascimento: 08/12/1997 Admissão: 19/05/2019

Clínica: AMARELA Enfermaria: 7 Leito: 2 Diagnóstico: AMPUTACAO TRAUMATICA DAS FALANGES DISTAIS DO PE ESQUERDO

DIA 19/05/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Luiz Juvencio Medeiros De Arruda Camara /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 1000ML E.V. IFRASCO . 12h/12h	
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. IFRA AMP. 12h/12h 0D/7D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA. 6h/6h	
5	TENOICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 01AMPOLA. FAZER SE NECESSARIO	
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 19/05/2019 HORA: 09:05:13

AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DAS FALANGES DISTAIS DO PE ESQUERDO
ENCAMINHADO AO CENTRO CIRÚRGICO

ASSINATURA + CARIMBO

Luiz Juvencio Medeiros De Arruda Camara

20 5 19

para da amputação

Documentação médico - hospitalar





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Bianca Karoline de Oliveira		Idade:	21 a
Convênio:	SUS		Data:	19/02/19
Procedimento:	1.1.1 C Regulatório do Ceto			
Cirurgião:	Dr. J. J. J.	Auxiliar:	Anestesista: Dr. J. J. J.	
Início:	10.00	Término:	10.40	Anestesia: Lique

[illegible]

Medicamentos/Materiais	Quantidade
Destino = Outro 2. Dia	1

Observações:
Assinatura Anestesista
Circulante

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operação

MOD. 103





TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2	4:29	11:14:29
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		

Assinatura do anestesista

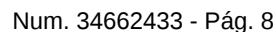


NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Bruno Camilo de Oliveira - DN: 08/12/1997				GOVERNO DA PARAIBA	
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
	Sala 03	SVS	21 A	1900336	Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
CIRURGIA LMC + Regularização de foto			CIRURGIÃO Dr. Vullêncio		
ANESTESIA Raquel			ANESTESIA Dra. Tamara		
INSTRUMENTADORA		DATA	INÍCIO	FIM	
		19/05/19	10:00	10:40	
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Coostoma	Qtd.	FIOS
	Adrenalina amp		Calcl. p' Oxo		Código
	Atropina amp		Calcl. De Urinar Sist. Fech.		
	Diazepam amp		Compressa Grande		
01	Dimora amp. 0,2mg		Compressa Pequena		
	Dolantina amp.		Colonoide		
	Efrane ml		Dreno		
	Fenegan amp.		Dreno Kerr n°		
	Fentanil ml		Dreno Penrose n°		
	Inova ml		Dreno Pezzer n°		
01	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		
	Kiercaina Rosada		Equipo de Macrogotas		
	Nubahin amp		Equipo de Sangue		
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		
	Protigmine amp.		Espiradrapo Larco cm		
	Protóxido 1/m		Furacim ml		
	Ouelicin ml		Gase Pacote c' 10 unidades		
	Rapifen amp.		H O ml	02	Fila cardíaca
	Thionembutal ml		Intracath Adulto		Mononylon 20
	Tracrium amp		Intracath Infantil		Mononylon
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi n° 23		Prolene Serlix
01	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi n° 11		Prolene Serlix
01	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi n° 15		Prolene Serlix
01	Dipirona amp.		Luvas 7 0		Vicryl Serlix
01	Flaxicól amp. 100mg		Luvas 7 5		Vicryl Serlix
	Flebocortid amp.		Luvas 8 0		Vicryl Serlix
	Geramicina amp.		Luvas 8 5		
	Glicose amp.		Oxigênio 1 m		
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix		
	Haemacel ml		PVPI Degemante ml		
	Heparema ml		PVPI Tópico ml	Qtd.	SOROS
01	Kanakion amp.		Sabão Antiséptico		SG Normotérmico fr 500 ml
	Lasix amp.		Saco coletor P/Lite		SG Gelado fr 500 ml
	Medrotilnazol.		Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml
	Plasil amp.		Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml
	Profamina		Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml
	Revivan amp		Sonda	06	SR P/ Limpeza
02	Sniptanon amp.		Sonda Foley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogálica		
			Sonda Uretral n°		
			Steridren ml		
			Torniquinha		
			Vaselina ml		
			Geicon 18		
			Látex		
Qtd.	MATERIAIS / SOLUCÕES		EQUIPAMENTOS		
	Agulha desc. 25 x 7		(X) Oxímetro de Pulso	() Foco Auxiliar	
	Agulha desc. 26 x 28		() Serra	() Eletrocáuterio	
	Agulha desc. 3 x 4-5		() Desfibrilador	() Oxícapnógrafo	
02	Agulha p/ raque n° 25 G		() Foco Frontal	() Cardiomonitor	
02	Alcool de Etileno 70 cm		() Fonte de Luz	() Perfurador Elétrico	
	Ataduras de Crepon				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp				
	Benzina ml				

Ivanilda Ferreira Araújo
Téc. de Enfermagem
COREN - 227764

Ivanilda Ferreira Araújo
Téc. de Enfermagem
COREN - 227764



19/05/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB.
NOME: Luiz Juvencio Medeiros De Arruda Camara

CNPJ: 08.778.268/0038-52
Data: 19/05/2019



GOVERNO
DA PARAIBA



GOVERNO
DA PARAIBA

Número do Prontuário: 60834

DATA DA CIRURGIA: 19/05/2019

Número do Atendimento: 1900360 Clin: AMARELA / Enf: 1 / Lei: 7

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: BRUNO CAMILO DE OLIVEIRA

Data da Internação: 19/05/2019

Atendimento: 1900360

Diagnostico Pré-Operatório: AMPUTAÇÃO

Diagnostico Pós-Operatório: 0408050462 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS METATARSIANOS

Cirurgia: LMC+ REGULARIZACAO DE COTO

Data da Cirurgia: 19/05/2019

Equipe:

Cirurgião: DR LUIZ JUVENCIO

Aux 1: DR BRENO TORRES

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador:

Anestesista: ELIZANDRA DE LIMA NUNES

Tipo de anestesia: RAQUIANESTESIA

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:

Acidente Durante Operação:

Descrição da Operação: 1- ASSEPSIA+ ANTISSEPSIA

2- APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS

3- LMC DE FERIMENTO EM PE ESQUERDO

4- REGULARIZAÇÃO DE COTO DAS FALANGES DISTAIS DO 3, 4 E 5º DEDOS DO PE ESQUERDO

5- CURATIVO

Data 19/05/2019

Assinatura/Carimbo

Luiz Juvencio Medeiros De Arruda Camara



19/05/2019

do paciente ou responsável (quando necessário)

HTCG-Panel Administrativo

GOVERNO
DA PARAIBAHOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 19/05/2019

Paciente: BRUNO CAMILO DE OLIVEIRA Idade: 021 N° ATEND: 1900336

ACIDENTE DE TRABALHO : NÃO

DATA: 19/05/2019 HORA : 08:06:27

ESPECIALIDADE : CIRURGIA

MOTIVO : AGRESSÃO FÍSICA

ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO :

SINAIS VITAIS

HGT: 109 SAT O2: PA: 120*80 TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES ()SIM (X)NÃO HAS ()SIM (X)NÃO
DEF. MOTORA ()SIM (X)NÃO

ALERGIAS :

MEDICAÇÃO EM USO :

ESTADO GERAL : REGUL

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

() CONVULSÃO () INCONSCIENTE () CONSCIENTE () ORIENTADO
() DESORIENTADO (X) AGITADO () COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO
() IRRITADO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA
() PRURIDO () DISPNEIA () DOR () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() ANAFILAXIA () FLERITE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SÍBILOS () TOSSE

Escala de Intensidade de Dor

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
sem dor			med. dor			pior dor				

ESCALA DE DOR:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:
AMARELO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS: SAMU - CG

ENFERMEIRO COREN

Tereza Viana Duarte 287537

Tereza Viana Duarte
ENFERMEIRA
COREN-PB 287537

Data da internação: 19/05/2019 Hora: 08:58:55

SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde				2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				4 - CNES 2362856	
Identificação do Paciente				6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE BRUNO CAMILO DE OLIVEIRA				1900360	
7 - CARTÃO DO SUS 708006004115371		8 - DATA DE NASCIMENTO 08/12/1997		9 - SEXO Masc ☒ Fem ☐	
10 - ENDEREÇO DA MÃE OU RESPONSÁVEL ROSIMERI COELHO				11 - TELEFONE DE CONTATO 83 93764151	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) SÍTIO MONTE ALEGRE, 9, SÃO JOSE DA MATA					
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campina Grande					
14 - CÓDIGO MUNICIPAL		15 - UF		16 - CEP	
250400		PB		58400002	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Paciente alcoolizado com comprometimento da marcha, dor talange distal do 2º d. ap. acidente de moto					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Desatento com o veículo					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Do 4º ao 5º grau					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Fraturas de tornozelo		21 - CID 10 PRINCIPAL		22 - CID 10 SECUNDÁRIO	
				23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO				25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA 02		27 - N° DO INTERIO DA INTERNAÇÃO		28 - DOCUMENTO (X) CNES () CPF	
				980016296677001	
29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE LUIZ JUVENIO MEDEIROS		30 - DATA DA SOLICITAÇÃO 19/05/2019		31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		34 - CNPJ DA SEGURADORA		35 - Nº DO BILHETE	
36 - () ACIDENTE TRÁFICO		37 - CNPJ EMPRESA		38 - SÉRIE	
39 - () ACIDENTE TRABALHO/TRAJETO		40 - CNPJ DA EMPRESA		41 - CBOR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO					
AUTORIZAÇÃO					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR		45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
46 - DOCUMENTO () CNES () CPF		47 - Nº DO DOCUMENTO (CNES/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			



ASL-0258622/19
vanessa.distrib.6033
29/07/2020 11:14:29

ASL-0258622/19
vanessa.distrib.6033
29/07/2020 11:14:29

CARTÃO DE ATENDIMENTO BN: 08.12.97
DN: 08.12.97

PACIENTE: Bruno Camilo

DATA DO ATENDIMENTO: 10 / 15 / 19

Nº PRONTUÁRIO: FICHA: 030 (E)

DIAGNÓSTICO: Amputação PDS

PROCEDIMENTO:

MÉDICO (CARIMBO): Dr. Jureno

ASL-0258622/19
vanessa.distrib.6033
29/07/2020 11:14:29

ASL-0258622/19
vanessa.distrib.6033
29/07/2020 11:14:29

ASL-0258622/19
vanessa.distrib.6033
29/07/2020 11:14:29

ASL-0258622/19
vanessa.distrib.6033
29/07/2020 11:14:29

ASL-0258622/19
vanessa.distrib.6033
29/07/2020 11:14:29





ATESTADO MÉDICO

ATESTO que

foi atendido (às) hoje, às

horas, necessitando de

diãs de afastamento do trabalho, à partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID

Campina Grande,

Assinatura do Médico - CRM N°

End.: AV. Floriano Peixoto, 4700 - CEP 58432-809 - Malvinas - Campina Grande - PB

MOD. 004





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR. (A): Ylvaro C. de
PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. _____
SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº: 598 NO CID. DURANTE
O PERÍODO DE 19 / 05 / 19 A 20 / 05 / 19 NECESSITANDO DE
01 DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.
Campina Grande 20 / 05 / 19

Ass. do Médico - Nº. do CRM

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o
Dr., _____ a registrar o diagnóstico
codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Ass. do Paciente ou Responsável

MOD. 050





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATESTADO MÉDICO

ATESTO que

Bruno Coutinho

foi atendido (às) hoje, às _____ (_____) horas, necessitando de 60 (_____) dias de afastamento do trabalho, a partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID

S98.2

Campina Grande, 13 de 06 de 2020

Assinatura do Médico - CRM N°

End.: AV. Floriano Peixoto, 4700 - CEP 58432-809 - Malvinas - Campina Grande - PB

MOD. 004





GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUIR
o trabalho

PACIENTE: BRUNO CAMILO OLIVEIRA

DATA DO EXAME: 19.05.2019

RADIOGRAFIA DE PÉ

- Amputação das falanges distais e parte das falanges médias dos pododáctilos.
- Demais partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas.

1

Dr. Arthur José Ventura
CRM/PB: 6481

Dra. Miriam Albino
CRM/PB 6435

Dra. Marcella Farias
CRM/PB 6550

Dr. Rafael Borges
CRM/PB: 6485

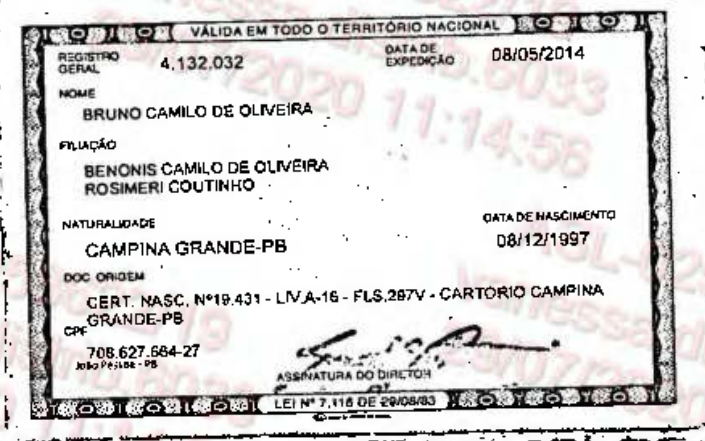
Dr. Ramonié Miranda
CRM/PB: 8220

Dr. Péricles A. Costa
CRM/PB: 8620



Luciana Carolino dos Santos
Escritor Autorizada





Documentos de identificação



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0211138/20
Vítima: BRUNO CAMILO DE OLIVEIRA
CPF: 708.627.664-27
CPF de: Próprio
Data do acidente: 19/05/2019
Titular do CPF: BRUNO CAMILO DE OLIVEIRA
Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

BRUNO CAMILO DE OLIVEIRA : 708.627.664-27

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 29/07/2020
Nome: BRUNO CAMILO DE OLIVEIRA
CPF: 708.627.664-27

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/07/2020
Nome: Rodrigo Alexandre da Cruz Faustino
CPF: 470.478.128-30

BRUNO CAMILO DE OLIVEIRA

Rodrigo Alexandre da Cruz Faustino



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200268928 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: BRUNO CAMILO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 19/05/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO 3º, 4º E 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (REGULARIZAÇÃO DO COTO). ALTA MÉDICA. P5

Sequelas permanentes: DÉFICIT ANATÔMICO DO 3º, 4º E 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL PERDA ANATÔMICA DO 3º, 4º E 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

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
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	30%	R\$ 4.050,00
Total			30 %	R\$ 4.050,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200268928 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: BRUNO CAMILO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 19/05/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DA FALANGE DISTAL E PARTE DA FALANGE MÉDIA DO 3º, 4º E 5º PODODÁCTILO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (AMPUTAÇÃO DA FALANGE DISTAL E PARTE DA FALANGE MÉDIA DO 3º, 4º E 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO E REGULARIZAÇÃO DO COTO). ALTA MÉDICA. P5

Sequelas permanentes: DÉFICIT ANATÔMICO DO 3º, 4º E 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL PERDA ANATÔMICA PARCIAL DO 3º, 4º E 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

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
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau intenso - 75 %	22,5%	R\$ 3.037,50
Total			22,5 %	R\$ 3.037,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0211138/20

Vítima: BRUNO CAMILO DE OLIVEIRA

CPF: 708.627.664-27

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/05/2019

Titular do CPF: BRUNO CAMILO DE OLIVEIRA

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

BRUNO CAMILO DE OLIVEIRA : 708.627.664-27

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 29/07/2020
Nome: BRUNO CAMILO DE OLIVEIRA
CPF: 708.627.664-27

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/07/2020
Nome: Rodrigo Alexandre da Cruz Faustino
CPF: 470.478.128-30

BRUNO CAMILO DE OLIVEIRA

Rodrigo Alexandre da Cruz Faustino





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 31 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200268928

Vítima: BRUNO CAMILO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 19/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), BRUNO CAMILO DE OLIVEIRA

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, contados 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,

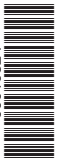
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15991147

Pag. 01647/01648 - carta_01 - INVALIDEZ

00010824





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 08 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200268928

Vítima: BRUNO CAMILO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 19/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), BRUNO CAMILO DE OLIVEIRA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00561/00562 - carta_25 - INVALIDEZ



Autorização de pagamento



PEDIDO DO SEGURO DPVAI

IMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

708.627.664-27

Nome completo da vítima:

Bruno Camilo de Oliveira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Bruno Camilo de Oliveira

CPF:

708.627.664-27

Profissão:

Agricultor

Endereço:

Setor Monte Alegre

Número:

314

Complemento:

Bairro:

Assimato São José do Norte

Cidade:

Camburi Grande

Estado:

PR

CEP:

5844-1000

E-mail:

caminhacoutinho29@gmail.com

Tel. (DDD):

83-99333 2654

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

REDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☒ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0041

CONTA:

0556401

3

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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.

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 (assinalar 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.

Pelo motivo assinalado, solicito 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 Líder para verificação da 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 discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vítima deixou nascituro (ou nascido)?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não obrigatório

Local e Data, Camburi Grande 22/07/14

Nome: Bruno Camilo de Oliveira

CPF: 708.627.664-27

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Bruno Camilo de Oliveira

- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura

2º Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FP5.001 V001/2018

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE DEPOSITO

16/07/2019 HORA: 15:52:06
DATA EFETIVACAO: 16/07
CONVENIO: 000491179
OPERADOR: luciene

AGENCIA: 0041
CONTA: 013.00556401-3
NOME: BRUNO CAMILO DE OLIVEIRA
VALOR: 5,00
COD.OPERACAO: 717691830

2019-07-16-15.52.06.0649
17DISQUE CAIXA - 0800 72
6 0101 OUVI

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO. A
AO DO CREDITO NA CONTA E DE ATE 30 M
OSCONTA MARCADA PARA RECEBIMENTO
SITO EXCLUSIVAMENTE NO CAIXA DAS AC
S.

SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações,
reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou
de fala: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

caixa.gov.br

Semira

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE ABERTURA
CONTA POUPANCA FACIL

16/07/2019
CONVENIO: 000491179
OPERADOR: luciene

CONTA: 0041 013.00556401-3
NOME: BRUNO CAMILO DE OLIVEIRA
CPF: 70862766427

COD.OPERACAO: 197104730
OPERACAO REALIZADA COM
SUCESSO

SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações,
reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou
de fala: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

caixa.gov.br

