

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 21/11/2012

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAIMUNDO LOPES DE MELO FILHO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

CONTA: 000000041872-1

Nr. da Autenticação 2A845421336EBCCE



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 2012418123	Cidade: Teresina	Natureza: Invalidez
Vítima: RAIMUNDO LOPES DE MELO FILHO	Data do acidente: 27/05/2012	Emissor do parecer: GALDINO LEONARDO
Seguradora: Tokio Marine Brasil	Prestadora: SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.	CRM do médico: 3932

PARECER

Diagnóstico:	TRAUMA EM JOELHO DIREITO EVOLUINDO COM LESÃO CORTO-CONTUSA EXTENSA
Descrição do exame médico pericial:	INCAPACIDADE FUNCIONAL DO JOELHO DIREITO EM 25%; ATROFIA DE PERNA DIREITA
Resultados terapêuticos:	
Sequelas permanentes:	DEBILIDADE PERMANENTE LEVE EM MEMBRO INFERIOR DIREITO
Sequelas :	
Data da perícia:	12/11/2012
Conduta mantida:	Não
Observações:	
Valor pleiteado:	9.450,00
Médico avaliador:	LUCAS LOPES REGÓ
UF do CRM do médico:	PI

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70	1	25

Valor avaliado: 2.362,50

Avaliação para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes

Informações do Acidente

Sinistro: 2012418123

Nome da Vítima: RAIMUNDO LOPES DE MELO FILHO

Local: BARRAS-PI

Data do Acidente: 27/05/2012

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.

MID.

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.

VÍTIMA SOFREU TRAUMA EM JOELHO DIREITO EVOLUINDO COM LESÃO CORTO-CONTUSA EXTENSA. SOFREU TAMBÉM TRAUMA EM PERNA DIREITA COM ESCORIAÇÕES E FORMAÇÃO DE ABCESSO. NÃO FOI EVIDENCIADO FRATURAS.

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.

INCAPACIDADE FUNCIONAL DO JOELHO DIREITO EM 25%.
ATROFIA DE PERNA DIREITA.

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).

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

Marque o percentual: () 10% Residual (x) 25% Leve () 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

INCAPACIDADE FUNCIONAL DO JOELHO DIREITO EM 25%.

ATROFIA DE PERNA DIREITA.

Identificação do médico responsável pela avaliação.

Identificação do Médico Examinador

Nome do Médico: LUCAS LOPES REGÔ

Registro no CRM: 3932

Local e Data do Exame

TERESINA, 12 DE NOVEMBRO DE 2012.



MINISTÉRIO DO TRABALHO

SECRETARIA DE EMPREGO E SALÁRIO



CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Polegar Direito.



Raimundo Lopes de Melo Filho
ASSINATURA DO PORTADOR

00010-PI

Série

29668

Número

OUT



(EOR)
Serv. Téc. de Eng. Ltda.
16 AGO 2012

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome *RAIMUNDO LOPES DE MELO FILHO*
Loc. Nasc. *M. ALVES*
Est. *PZ* Data *01.02.64*
Filiação *RAIMUNDO LOPES DE MELO E RAIMUNDA OLINDA DA SILVA MELO*
Est. Civil *SOCT* Doc. Nº *12.723*
Fls. *290-V* Liv. *39* Reg. Civil *NASC*

Outro doc.
Situação Militar: Doc. *C. D. E*
Nº *RA* Órgão *26º GSM* Est. *PZ*
Naturalizado Dec. Nº Em/...../.....

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em
Doc. Ident. Nº Exp. em/...../.....
Estado
Obs *RA-26063200921-3*
Data Emissão *04/06/90* PRT *M. ALVES*

Assinatura do Funcionário

*1004032

C. Amato

(EOR)
 Serv. Téc de Segs. Ltda.
 16 AGO 2012

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLACA: **6062178201** NOME/ENDEREÇO: **RAIMUNDO LOPES DE MELO FILHO**
 RUA ANTONIO F DE CARVALHO 00000 MATADOURO PI

CPF/CGC: **17906563204** PLACA: **LVY-2752**

EXERCÍCIO: **2005** DATA EMISSÃO: **29/04/2005**

COMBUSTÍVEL: GASOLINA

VEÍCULO: HONDA/CG 125 TITAN KS

CAP/ET/CI: 1002P/124CC

CATEGORIA: PARTICU

COB. PREDOMINANTE: VERDE-AMARELA

1º VENC./COTAS: 1º TPVA

2º VENC./COTAS: 2º PAGO

3º VENC./COTAS: 3º PAGO

PREMIO LIQUIDO (R\$): 00000

PREMIO TOTAL (R\$): 00000

DATA DE PAGAMENTO: 29/04/2005

SEM RESTRICOES

OBSERVACOES:

BARRAS:

LOCAL: MATADOURO

DATA: 29/04/2005

ASSINATURA: [Assinatura]

TESTES ADICIONAIS: [Assinatura]

SELLO DE ENTREGA: [Assinatura]

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE - DPVAT

PI N° 6062178201 **BILHETE DE SEGURO DPVAT**

RAIMUNDO LOPES DE MELO FILHO

RUA ANTONIO F DE CARVALHO 00000 MATADOURO PI

CPF/CGC: 17906563204 **PLACA: LVY-2752**

BILHETE DE SEGURO DPVAT - VIA CONVÊNIO

PI N° 6062178201 **EXERCÍCIO: 2005** **DATA EMISSÃO: 29/04/2005**

RAIMUNDO LOPES DE MELO FILHO

RUA ANTONIO F DE CARVALHO 00000 MATADOURO PI

VIA: 1 **CPF/CGC: 17906563204** **PLACA: LVY-2752**

COB. RENAVAM: 822794551 **MARCA/MODELO: HONDA/CG 125 TITAN KS**

ANO/FAB: 2003 **CHASSI: 9C2JC30104R068314**

PREMIO LIQUIDO (R\$): 00000 **IOF (R\$): 00000** **TOTAL (R\$): 00000**

OS - CATEGORIAS TAXATIVAS OU NÃO CATEGORIAS NESTE BILHETE (VIDE OBSERVAÇÃO E NO VERSO)

SEGURO PAGO

REPÚBLICA DE IDENTIDADE

RAIMUNDO LOPES DE MELO FILHO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

POLEGAR DIREITO

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

625.128

RAIMUNDO LOPES DE MELO FILHO

Raimundo Lopes de Melo

Miguel Alves - PI

01.FEV.1964

02.FEV.1983

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1004037

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO



js. Ltda.

26 AGO 2012

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL

RAIMUNDO LOPES DE MELO FILHO

179.065.632-04

61.02.64

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

MINISTÉRIO DA FAZENDA

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL

COORDENAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES ECONÔMICAS FISCAIS

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO CONTRIBUINTE

DOCUMENTO COMPROVATÓRIO DE INSCRIÇÃO NO CADASTRO DE CONTRIBUINTE

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Raimundo Lopes de Melo Filho



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 179.065.632-04

Nome da Pessoa Física: RAIMUNDO LOPES DE MELO FILHO

Situação Cadastral: REGULAR

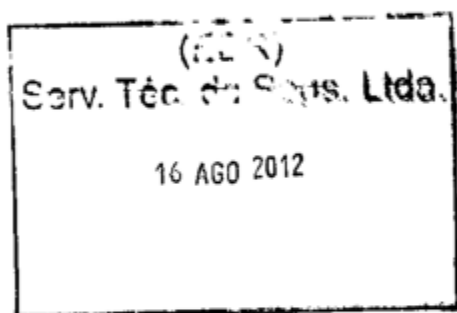
Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às: **12:19:36** do dia **09/08/2012** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **6B13.7BBB.D3BE.6177**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da
Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br.

Aprovado pela IN/RFB nº 1.042, de 10/06/2010.



CLÍNICA SÃO JOSÉ LTDA

Rua Coelho de Resende, 135-Sul / Centro

Fone: (028) 3222 - 6264 / Teresina - Pr

DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR

1004031



Ataque R - Lopes de
Melo Filho, 60 anos, costurador
Perna D (S80.1) ao acionar
pedal de motocicleta e,
absorção do supressor ferro
pro-feminolite e, hoje tem
limites dos membros do Bm
Zelo D em 10% o que difici-
lta suas atividades Rurais
Rx
Ob: Ver / Pacote

16. AGO 2012

Dr. Jesus Torres de Almeida
CRP 915 1E01-2889

RELATÓRIO MÉDICO

SEGURO DPVAT - INVALIDEZ POR ACIDENTE

NOME DA VITIMA

R. de Lopes Melo Filho

DATA DO ACIDENTE:

27/05/12

1- ESPECIFICAR AS LESÕES DIRETAMENTE PROVOCADAS PELO ACIDENTE:

Lesões Superficiais do Joelho e
Perna D.

2- RELACIONAR OS TRATAMENTOS MÉDICOS AOS QUAIS A VITIMA FOI
SUBMETIDO AO LONGO DO TEMPO, INFORMANDO AS RESPECTIVAS DATAS DE
INÍCIO E TÉRMINO:

27/05/12

31/07/12

3- A VÍTIMA JÁ RECEBEU ALTA DEFINITIVA DE TODOS OS TRATAMENTOS?

☒ SIM - () NÃO

EM CASO POSITIVO, DESDE QUE DATA: 31/07/12

4- A VITIMA APRESENTOU EXAMES OU LAUDOS MÉDICOS? ☒ SIM (ANEXAR CÓPIA) - () NÃO

5- APÓS O TÉRMINO DE TODO TRATAMENTO, RESULTOU ALGUMA SEQUELA FUNCIONAL DEFINITIVA?

☒ SIM - () NÃO

ESPECIFICAR O(S) ORGÃO (S) ATINGIDO(S) E QUANTIFICAR A PERDA OU REDUÇÃO EM VALORES PERCENTUAIS
(%): OBS: NÃO SENDO POSSÍVEL DEFINIR ESSA PERDA EM PERCENTUAL, INDICAR APENAS O GRAU APROXIMADO DE
REDUÇÃO FUNCIONAL (MÍNIMO, MÉDIO OU MÁXIMO) PARA CADA ITEM.

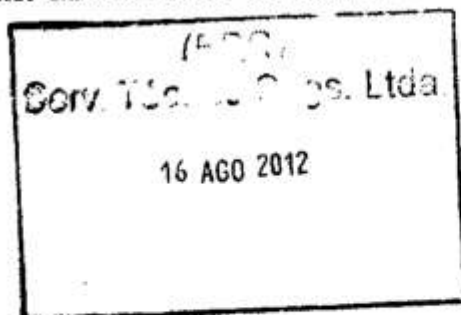
Diminuição da flexo-extensão do
Joelho D e Atrofia Perna D em ± 10%

DECLARO QUE EXAMINEI A VITIMA ACIMA CITADA NESTA DATA, PORTANTO ASSUMO TOTAL
RESPONSABILIDADE PELA FIDELIDADE DAS INFORMAÇÕES MÉDICAS AQUI TRANSCRITAS.
ESTE RELATÓRIO É SIGILOSO E TEM COMO ÚNICA FINALIDADE A DE FORNECER SUBSÍDIOS
MÉDICOS PARA FINS DE ENCAMINHAMENTO DA VITIMA AO SEGURO DPVAT FICANDO
TOTALMENTE A CRITÉRIO DA SEGURADORA EFETUAR QUALQUER IDENTIFICAÇÃO OU
RECUSA, BEM COMO REALIZAR PERÍCIA MÉDICA OU REQUERER OUTROS EXAMES PARA
DETERMINAÇÃO DO GRAU EXATO DE INCAPACIDADE, SEGUNDO AS NORMAS DE SEGUROS
EM VIGOR.

31 DE 07 DE 2012

DR

ASSINATURA - CARIMBO C/ CRM - ESPECIALIDADE



Dr. Renato Torres de Araújo
CRM 475.150-4/SP



SMS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Saúde para Todos

PREFEITURA MUNICIPAL DE MIGUEL ALVES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL LOCAL PEDRO VASCONCELOS
Av. Des. Simplicio Mendes, 576 - CEP 64.130-000
Telefone: (86) 3244-1228 - Miguel Alves - Piauí

CONSULTA DE URGÊNCIA E/OU OBSERVAÇÃO

Nome: Rafael Lopes Melo Filho
Data de Nascimento: _____
Endereço: Rua. Boa - Esperança
Município: Miguel - Alves - PI
Dados Clínicos: Doença + Rubor + Calor + Dor
Joelho + Perna D
Diagnóstico Provável: Aceno Suprado no MMII direito
Hora: _____ Data da Consulta: 27/05/12

Dr. Jesus Tóres de Araújo
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 975 783-4889

Assinatura do Médico e Carimbo

Assinatura ou impressão do médico

DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR

1004031



SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA - SSP
DELEGACIA GERAL DA POLICIA CIVIL - DGPC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA (Alternativo)

Número do B.O.: 17922012

Pesp. pelo Registro: JUNIOR MEDEIROS

Delegado: HUMBERTO MACIELA

DATA: 08/08/2012

HORÁRIO: 14H14MIN

DADOS DA OCORRÊNCIA

Delegacia Responsável: DELEGACIA DE BARRAS - PI

Horário do fato: 9H00MIN Local: LOCALIDADE EDUARDO Bairro: PREJUDICADO Município: BARRAS-PI Ponto de Referência: PREJUDICADO

NATUREZA DO FATO

ACIDENTE MOTOCICLISTICO

DADOS DO INFORMANTE

Nome: RAIMUNDO LOPES DE MELO FILHO Nacionalidade: BRASILEIRO Naturalidade: MIGUEL ALVES-PI Profissão: LAVADOR Data de Nascimento 01/02/1964 Endereço: LOCALIDADE BOA AGUA, ZONA RURAL DE BARRAS-PI Filiação: RAIMUNDO LOPES DE MELO E DE RAIMUNDA OLINDA DA SILVA MELO Fone: R.G: 623.127 SSP-PI CPF: 179.063.632-04

PESSOAS ENVOLVIDAS

Vítima(s): O INFORMANTE

Autor(es):

OBJETOS MATERIAIS ENVOLVIDOS

Desc. Material:

VEICULOS ENVOLVIDOS

Desc. do(s) veículo(s): MOTOCICLETA HONDA/CG 125 TITAN KS, PIACA 414 2752 CHASSI Nº902JCC01045068014, RENAVAM Nº622734531, DP, AT Nº9062178201, COR VERMELHA, ANO 2003, MODELO 2004, COR VERMELHA, LICENCIADA EM NOME DE RAIMUNDO LOPES DE MELO FILHO.

NARRATIVA DO FATO

NOTICIANDO QUE NO DIA 27/05/2012 POR VOLTA DAS 9H00MIN, AO TRAFEGAR NA ESTRADA QUE LIGA A LOCALIDADE BOA AGUA ZONA RURAL DE BARRAS-PI, A LOCALIDADE EDUARDO, PILOTANDO A MOTOCICLETA ACIMA CITADA, QUE AO CHEGAR PROXIMO A RESIDENCIA DO "CHAGAS VERAS" ENRROSCOU A CANELA NO PEDAL DA MOTOCICLETA, OCASIONANDO O DESEQUILIBRIO DO INFORMANTE, QUE ALGUNS DIAS DEPOIS O INFORMANTE FOI AO HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINHA/PI, ONDE O INFORMANTE FOI SUBMETIDO A PACO-X DA PERNA DIREITA, SENDO CONTATADO O HEMATOLOGO SENDO MEDICADO E LIBERADO PARA O QUE TINHA A DECLARAR.

Francisco de Assis de Jesus Furtado

ESCREVENTE COMPROSSADO DE R.O

Del. de Policia Civil de Barras/PI

RG nº 1.810.013 SSP/PI

(EDR)

Viso do(s) Delegado(s)

Serv. Téc. de Segs. Ltda.

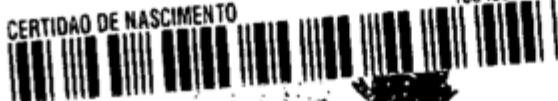
16 AGO 2012

Raimundo Lopes de Melo Filho
Responsável pela informação

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

1004036



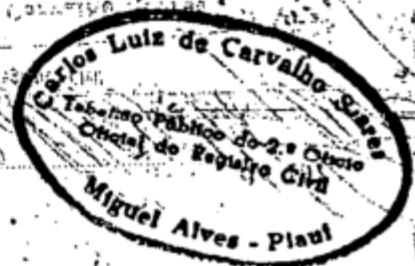
REGISTRO CIVIL

Estado do PI

Comarca de MIGUEL ALVES

Distrito de MIGUEL ALVES

Nascimento nº 12.723



CARLOS LUIZ DE CARVALHO SOARES

Oficial do Registro Civil

Certifico que às fls. 290 v. 2, n.º 12.723 no livro n.º 39

em meu poder e cartório, foi registrado em 08 de fevereiro de mil novecentos e setenta e nove (1979) nascimento de RAIMUNDO LOPES DE MELO FILHO, ocorrido Boa Água,

Miguel Alves PI, a primeiro de fevereiro de mil novecentos e setenta e quatro (1974) filho de Raimundo Lopes de Melo e Raimunda Olinda Silva Melo.

neto paterno

de Antonio Lopes de Melo e Rosa Rodrigues de Paiva.

e materno de Joaquim Miguel da Silva

e Lina Glinda da Costa.

neto materno

sendo declarante Raimundo Lopes de Melo

Testemunhas: Luiz Borges de Oliveira e José Abelardo Araújo Silva.

OBSERVAÇÕES: nada há a ressaltar.

assassinato de

O referido é verdade e dou fé.

(LBR)

Serv. Téc. de Segs. Ltda.

16 AGO 2012 MIGUEL ALVES, ESTADO DO PIAUÍ, 08 de fevereiro de 1979

TIP. CONTRIBUINTE

Carlos Luiz de Carvalho Soares
Oficial do Registro Civil
Miguel Alves - Piauí

**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO/CRÉDITO
- SEGURO -**

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO



Seguradora Líder - DPVAT

No. DO SINISTRO

www.dpvatseguro.com.br

C DPVAT 0800 022 12 04

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, RAIMUNDO LOPES DE MELO FILHO
PORTADOR/A DO RG No. 625.127 EXPEDIDO POR SSP-PI EM 04/02/83
CPF 17906563204 / CNPJ 000000000000000000 - 0000 - 000, PROFISSÃO LAUREADO

E RENDA MENSAL DE R\$ 200,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO/A DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO/REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA RAIMUNDO LOPES DE MELO FILHO

AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

Tokio Marine Brasil

Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento. Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos e evite rasuras.

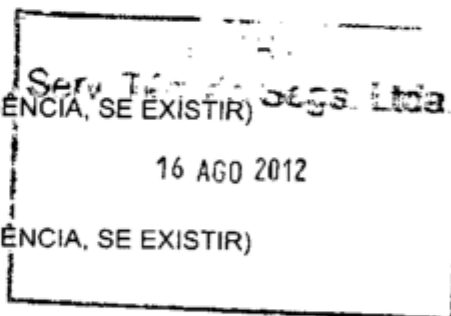
☐ **CRÉDITO EM CONTA CORRENTE** (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
No. BANCO No. AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR).
No. DE CONTA CORRENTE

☐ **CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCO**
No. BANCO 237 No. AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
No. CONTA-POUPANÇA

☐ **CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL**
No. BANCO 001 No. AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
No. CONTA-POUPANÇA

☐ **CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚ**
No. BANCO 341 No. AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
No. CONTA-POUPANÇA

☐ **CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL**
No. BANCO 104 No. AGÊNCIA 2004 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
No. CONTA-POUPANÇA 41.872-7



DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE.
UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DO SINISTRO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

ATENÇÃO

- Não será possível efetuar o pagamento em contas salário (INSS), conta fácil da Caixa Econômica (Operação 023) ou contas conjuntas quando o beneficiário não for o titular da conta;

- Não se esqueça de informar os dígitos das agências, caso o dígito exista, principalmente do Banco Bradesco;

- Certifique-se de que a conta informada esteja ativa;

- Indique corretamente se a conta informada é poupança ou conta corrente;

- Tenha sempre um documento bancário para conferência da sua agência e conta. Um único dígito errado impedirá que o banco efetue o pagamento.

* Raimundo Lopes de Melo Filho

LOCAL TERESINA - PIAUI

DATA 09/08/12

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO/A

AUTO-ATENDIMENTO - AG. AREOLINO DE ABREU-TERE
DATA: 18/07/2012 HORA: 15:14:39
TERMINAL: 20041010 CONTROLE: 200410100194

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 2004.013.00041872-1
NOME: RAIMUNDO LOPES DE MELO FILHO
VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 10,00
NÚMERO DO ENVELOPE: 4545975312
NÚMERO DE CONTROLE: 200240331

A confirmação do depósito se dará pelo
lançamento do valor na conta do favorecido após
a abertura do envelope e a verificação dos
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br

