

# 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


**Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT**

### DADOS DO SINISTRO

---

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

---

### PARECER

---

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

---

### DANOS

---

<b>Dano</b>	<b>%</b>	<b>Dimensão</b>
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?

(  )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 (  )Não

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

---

---

b) Exames Complementares (  )Sim (  )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 integra 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 médico 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

MTE

D.

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

00010-PI

Série

Número

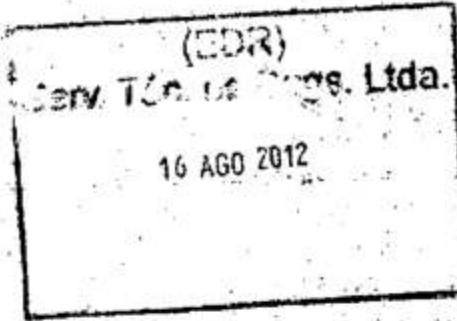


Polegar Direito.



ASSINATURA DO PORTADOR

Raimundo Lopes da Melo Filho



OUT



## QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome RAIMUNDO LOPES DA MELO FILHO

Loc. Nasc M. ALVORADA

Est. PE Data 01.07.68

Filiação RAIMUNDO LOPES DA MELO E RAIMUNDO DA MELO

DA PA S. LIMA MELLO

Est. Civil 50 CT Doc. N° 12.723

Fis 290.711.39 Reg. Civil MASC

Outro doc.

Situação Militar Doc. C. D. L

Nº PA Órgão 26º ESM Est. PE

Naturalizado Doc. N° Em

## ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em

Doc. Ident. N° Exp. em

Estado

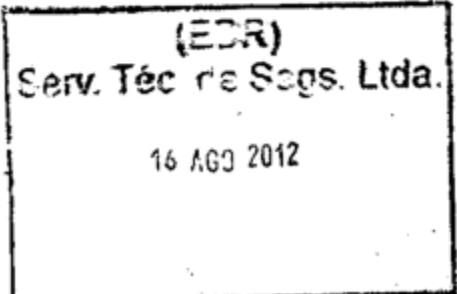
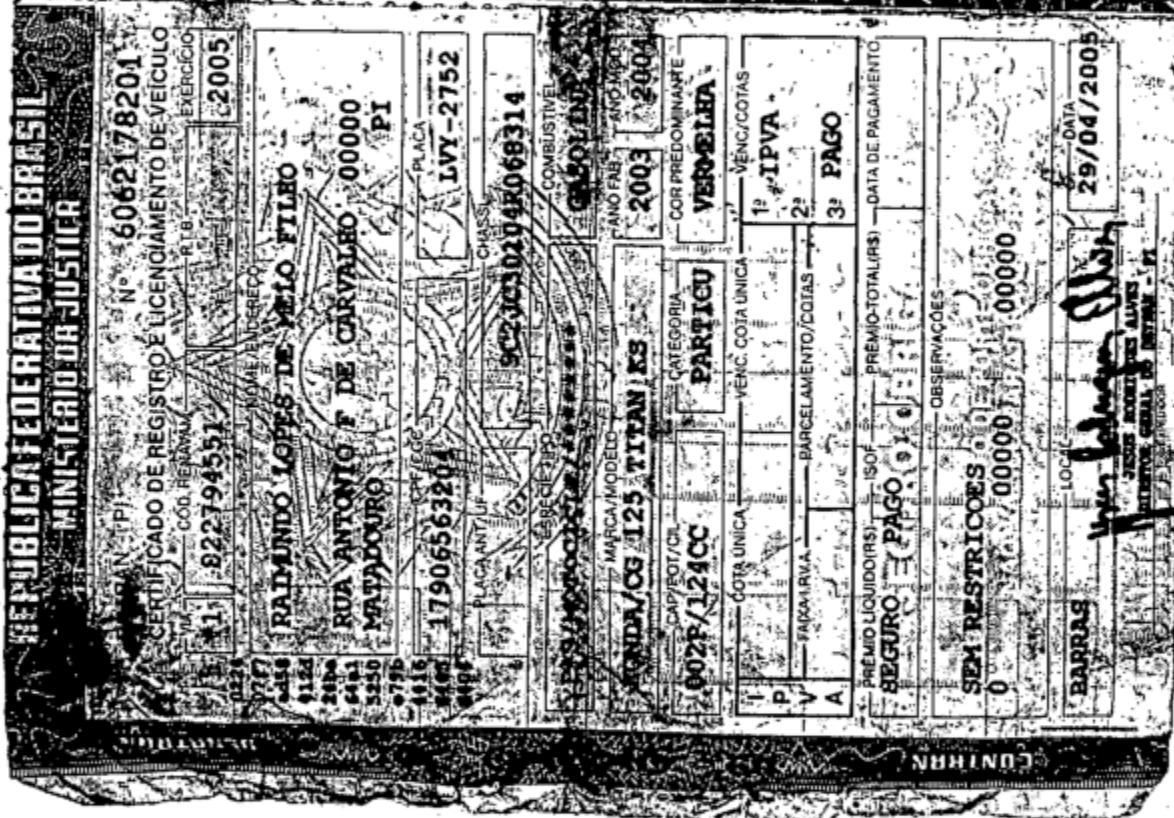
Obs. RA - 260632009/1-3

Data Emissão 04/06/90 DRT M. ALVES

Assinatura do Funcionário

1004032

Carmelita



Serv. Téc de Sags. Ltda.

16 AGO 2012

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETAaria DE JUSTICIA E SEGURaÇa PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

625.129

RAIMUNDO LOPES DE MELO FILHO  
Raimundo Lopes de Melo

Raimunda Oliveira da Silva Melo  
Miguel Alves PI

01.FEV.1964

04.FEV.1983

VALIDADE EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1004037



DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO



js. Ltda.

10 AGO 2012



MINISTÉRIO DA FAZENDA  
SECRETAaria DA RECEITA FEDERAL  
COORDENAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇoES ECONôMICAS FISCAIS

CARTAO DE IDENTIFICAÇÃO CONTRABANHO

DOCUMENTO DE COMPROVAÇÃO DE INSCRIÇÃO NO  
SISTEMA DE FISCO DA RECEITA FEDERAL

VALIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

Assinatura ou Encarregado

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

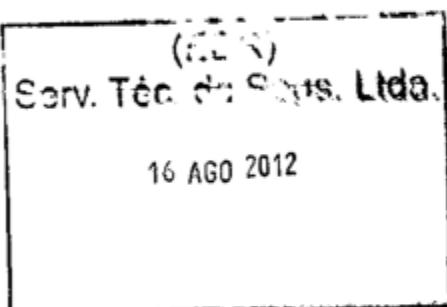
Dígito Verificador: 00

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](http://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: (086) 3222-6264 / Teresina - PI

DOCUMENTAÇÃO MÉDICO HOSPITALAR

\*1004031\*



Até que Dr. Lopes de  
Melo filho, sofreu contusão  
perna D (S80.1) ao acionar  
pedal da motocicleta e,  
abecou de suspensão fuso  
pneu-feminino leite e, não tem  
limites das manobras de Pneu  
Zelo D em ~~± 10%~~ o que é  
muito suspeito. M. Dr. Dr. Dr.  
R. Dr. Dr. Dr. Dr. Dr. Dr. Dr. Dr. Dr.

16. AGO 2012

Dr. Jesus Torres de Andrade  
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA  
CRM-PI 9751 EOT-1889

OB: Vér | Rx |  
Pacote

# RELATÓRIO MÉDICO

SEGURO DPVAT - INVALIDEZ POR ACIDENTE

NOME DA VITIMA

R de Lopes Melo filh

DATA DO ACIDENTE: 27/05/12

1- ESPECIFICAR AS LESÕES DIRETAMENTE PROVOCADAS PELO ACIDENTE:

Fractura Supracondilar do braço e  
Perme J.

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

27/05/12

31/07/12

3- A VITIMA 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 COPIA) -  NÃO

5- APÓS O TÉRMINO DE TODO TRATAMENTO, RESSULTOU ALGUMA SEGUADA FUNCIONAL DEFINITIVA?

SIM -  NÃO

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

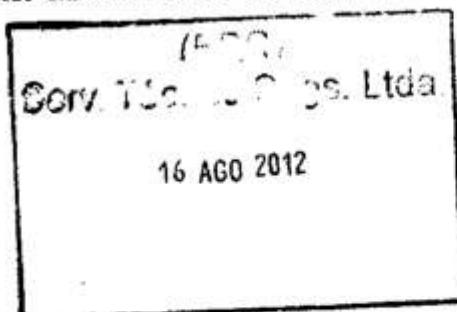
limitação de flexo-extensão do  
joelho II c/ Atrofia pern 0 em 10%.

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 IDENIFICAÇÃO 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. Gerson Tomaz de Melo  
CRM-SP 11.000  
CRM-SP 11.000  
CRM-SP 11.000



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

**SMS**  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
*Saúde para Todos*

## **CONSULTA DE URGÊNCIA E/OU OBSERVAÇÃO**

Name: REtopes Mels titus

**Data de Nascimento:**

Endereço: Pov. Boa Vista

Município: Miquelópolis - MT  
Dados Clínicos: Dor + Rubor + Calor + Dolor  
Joelhos e Pernas D

### Diagnóstico Provável:

Abcems supports no multi districts

**Horas:**

Data da Consulta: 27/05/12

**Dr. Jesus Torres de Arrijo**  
**ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA**  
**C.B.M.-F1 973 1128-4859**

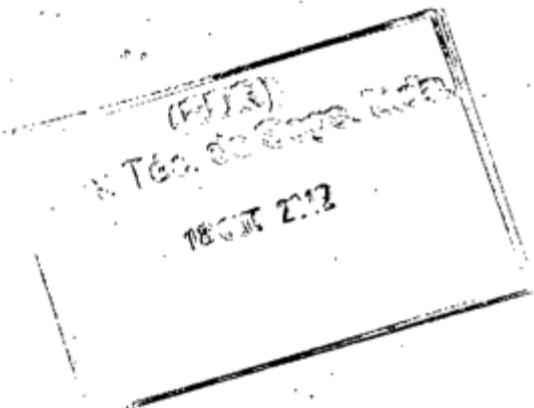
**Assinatura do Médico e Carambo**

Assinatura ou impressão - 01.01.01

DOCUMENTACAO MEDICO HOSPITALAR



\*1004031\*





**GO  
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 MAGALHAES

DATA: 08/05/2012 HORÁRIO: 14H14MIN

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Delegacia Responsável: DELEGACIA DE BARRAS - PI

Horário do fato: 0900MIN 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 ÁGUA, ZONA RURAL DE BARRAS-PI Filiado: RAIMUNDO LOPES DE MELO E DE RAIMUNDA OLINDA DA SILVA MELO Fone: R.G: 623.127 SSP-PI CPF: 179.065.632-04

**PESSOAS ENVOLVIDAS**

Vítima(s): O INFORMANTE

Autor(es):

**OBJETOS MATERIAIS ENVOLVIDOS**

Desc. Material:

**VEICULOS ENVOLVIDOS**

Desc. do(s) veículo(s): MOTOCICLETA HONDA/CB 125 TITAN KS PI ACPA41M 2752 CHASSI N99C23230104R008014, PESO VANT 140KG, 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 0900MIN, AO TRAFEGAR NA ESTRADA QUE LIGA A LOCALIDADE BOA ÁGUA ZONA RURAL DE BARRAS-PI, A LOCALIDADE EDUARDO PILOTANDO A MOTOCICLETA ACIMA CITADA, QUE AO CHEGAR PRÓXIMO A RESIDÊNCIA DO "CHAGAS VÉRAS" ENTROU SOUJO A CÔNELA NO PEDAL DA MOTOCICLETA, OCASIONANDO O DESEQUILÍBRIO DO INFORMANTE, NO E ALGUNS DIAS DEPOIS O INFORMANTE FOI AO HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA/HJ, ONDE O INFORMANTE FOI SUBMETIDO A PAC-IX DA PERNAS, CIRURGIA SENDO CONTATADO HAMATOMA SEGURO MEDICADO E LIBERADO, ERA O QUE TINHA A DECLARAR.

ESCREVENTE COMPROMISSADO DE B.O.

Del. da Polícia Civil de BARRAS/PI

RG-nº: 4.810.013 SSP-PI  
(EDR) Visto no(s) Delegado(s)

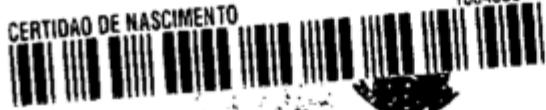
Serv. Téc de Segs. Ltda.

16 AGO 2012

Raimundo Lopes de Melo Filho  
Responsável pela Informação

# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CERTIDAO DE NASCIMENTO



1004036

## REGISTRO CIVIL

Estado do PIAUÍ

Estado do PIAUÍ

Comarca de MIGUEL ALVES

Distrito de MIGUEL ALVES

Nascimento n.º 12.723

03/02/82

CARLOS LUIZ DE CARVALHO SOARES

O SOBRENOME E AGRUPADO E NOME P.º

n.º 12.723 no livro n.º 39

em meu poder e cartório, foi registrado em dia de oito de fevereiro de mil novecentos setenta e nove (979) nascimento de RAIMUNDO LOPES DE MELO FILHO

Miguel Alves PI, a primeiro dia de fevereiro de mil novecentos ses-  
enta e quatro (1974)

filho de Raimundo Lopes de Melo e Maria Olinda de Melo.

neto paterno de Antonio Lopes de Melo e Rosa Simões de Paiva.

e materno de Joaquim Miguel da Silva e Lina Glinda da Costa.

sendo declarante Raimundo Lopes de Melo.

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

OBSERVAÇÕES: nada há a ressalvar.

em nome da serv. tec. de segs. ltda. 16 AGO 2012 MIGUEL ALVES ESTADO DO PIAUÍ

O referido é verdade e dou fé.

(EUR) Serv. Téc. de Segs. Ltda.

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

TIP. CONTRIBUINTE

DELEGADO

CONSELHEIRO

PROFESSOR

MECIA

DELEGADO

Oficial do Registro Civil

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

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO/CRÉDITO  
- SEGURO L

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO



1004039

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. 025.127 EXPEDIDO POR SSP-PI EM 09/02/83

CPF 17906563209 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO Lavrador

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:

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 41.8702-7

Serv. Téc. Seg. S. Ltda.

16 AGO 2012

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 DESCRIAS, 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 FEDESSAIA - PIAUÍ  
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

DATA 09/08/12

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  
lancamento 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](http://www.caixa.gov.br)

