

S Controle de documentos | Audiências | Upload | Consulta processos - Pro... | 0807942-45.2020.8.18.0 | Merge PDF files online. | + | Pausada

App Babylon Search Google www.esdc.com.br/... hao123 - O melhor... chrome-extension/... Histórico Outlook - helderjus... - Questões de conc...

PJe ProceComCiv 0807942-45.2020.8.18.0140 ROSA MARIA ALVES DA SILVA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGU...

11114939 - CONTESTAÇÃO (2739390 CONTESTACAO 01) Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 03/08/2020 18:08:33

03 Aug 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
11114938 - CONTESTAÇÃO
11114939 - CONTESTAÇÃO (2739390 CONTESTACAO 01)
11114941 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROC ADM)
11114942 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
11114993 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)
11114994 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)

downloadBinario.seam 1 / 10 2739390- C3/ 2020-02772/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 8ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Ativar o Windows

03/08/2020 18:09

prot+proc adm.pdf prot+cont.pdf pa.pdf c.pdf prot+pc.pdf



Número: **0807942-45.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **8ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **25/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | Procurador/Terceiro vinculado |
|---|--|
| ROSA MARIA ALVES DA SILVA (AUTOR) | FERNANDO GUIMARAES ANDRADE (ADVOGADO) |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU) | |

Documentos

| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
|--------------|--------------------|---------------------------------|-------------------------|
| 11114 941 | 03/08/2020 18:08 | <u>PROC ADM</u> | DOCUMENTO COMPROBATÓRIO |



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 009269/2019-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 21/10/2019 11:23 Data/Hora Fim: 21/10/2019 11:33
Delegado de Polícia: Erika Mourao Melo de Aguiar

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Repressão Aos Crimes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 28/09/2019 01:05

Local do Fato

Município: Teresina (PI)
Logradouro: Avenida Zequinha Freire
Complemento: ROTATÓRIA

Bairro: Santa Isabel

CEP: 64.053-400

Tipo do Local: Via Pública

| Natureza | Meio(s) Empregado(s) |
|--|----------------------|
| 1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB) | Veículo |

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ROSA MARIA ALVES DA SILVA (VÍTIMA , COMUNICANTE , CONDUTOR)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: PI - Teresina Sexo: Feminino Nasc: 13/08/1968

Profissão: Costureiro

Estado Civil: Separado(a)

Nome da Mãe: Iracema Alves da Silva

Nome do Pai: Osmar Correa da Silva

Em Serviço: Não

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 340.575.523-91

Endereço

Município: Teresina - PI

Logradouro: RUA ALONSO CARVALHO

Nº: 4400

Complemento: VILA LUCI

Bairro: PARQUE JUREMA

Telefone: (86) 9468-9929 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Teresina - PI

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon

CPF/CNPJ do Proprietário 340.575.523-91

Placa PIH1130

Renavam 01035846621

Número do Motor WY139FMA14407155

Número do Chassi LWYMCA209F6007493

Ano/Modelo Fabricação 2015/2014

Delegado de Polícia Civil: Erika Mourao Melo de Aguiar
Impresso por: Jerônimo Soares Lima Junior
Data de Impressão: 21/10/2019 11:38
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 340.575.523-91 4 - Nome completo da vítima: Rosa Maria Alves da Silva

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

| | | | |
|--------------------|---------------------------|-----------------|----------------------|
| 5 - Nome completo: | Rosa Maria Alves da Silva | 6 - CPF: | 340.575.523-91 |
| 7 - Profissão: | Recuso-me | 8 - Endereço: | Rua Mense Laranjinha |
| 11 - Bairro: | B. Urbanus | 12 - Cidade: | Cruzeiro |
| 15 - E-mail: | | 13 - Estado: | PI |
| | | 14 - CEP: | 64.000-000 |
| | | 16 - Tel.(DDD): | (86) 9 8821-4516 |

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

| | | |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 |

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

| | |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) | <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) |
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) | Nome do BANCO: _____ |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) | |

AGÊNCIA: 2004 CONTA: 742085 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir) CONTA: (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vainascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.

34 Imprensa digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____, _____, _____
Rosa Maria Alves da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019

Não Alfabetizado

TESTEMUNHAS

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/08/2020 18:08:32

http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008031808322910000010533510

Número do documento: 2008031808322910000010533510

Num. 11114941 - Pág. 2

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3200039927
Nome do(a) Examinado(a): Rosa Maria Alves da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Alonso Carvalho, 4402 Casa Urbano Teresina PI CEP: 64000-090
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PI] 931200
Data local do acidente: [28/09/2019]
Data local do exame: [03/02/2020] Teresina [PI]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**FRATURA DO 3º E 5º POLIDÁCTILO DIREITO
FRATURA OBLÍQUA NA DIÁFISE DO 4º METATARSO DIREITO
TRAUMA NO 2º POLIDÁCTILO DIREITO**

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**Tratamento: OSTEOSÍNTESE COM FIOS METÁLICOS NO 3º E 5º POLIDÁCTILO DIREITO
Complicações: AMPUTAÇÃO CIRÚRGICA DO 2º POLIDÁCTILO DIREITO
Data da Alta: 28/11/2019**

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

**PACIENTE EVOLUI COM DOR EM PÉ E EM 3º E 5º PODODÁCTILO DIREITO AO DEAMBULAR, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DO PÉ, COM DIFICULDADE PARA AGACHAMENTO, NÃO CONSEGUE CORRER, COM LIMITAÇÃO NA MOBILIDADE DOS PÓDODÁCTILOS.
LIMITAÇÃO FUNCIONAL COMPLETA DO 2º POLIDÁCTILO DIREITO.**

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim () Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**LIMITAÇÃO FUNCIONAL GRAVE DO 3º DEDO DO PÉ DIREITO.
LIMITAÇÃO FUNCIONAL GRAVE DO 4º DEDO DO PÉ DIREITO.
LIMITAÇÃO ANATOMICA TOTAL DO 2º DEDO DO PÉ DIREITO.**

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

() "Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

3º DEDO DO PÉ - Lado Direito

4º DEDO DO PÉ - Lado Direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

2º DEDO DO PÉ - Lado Direito

4º DEDO DO PÉ - Lado Direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa (X) 100% completo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

- VIII.(*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.


Dr. Frederico Fonseca de Oliveira
SaludSEG
CRM/PI - 5058

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/08/2020 18:08:32
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008031808322910000010533510>
Número do documento: 2008031808322910000010533510

Num. 11114941 - Pág. 3



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 340.575.523-91 4 - Nome completo da vítima: Rosa Maria Alves da Silva

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

| | | | |
|--------------------|---------------------------|-------------------|---------------------|
| 5 - Nome completo: | Rosa Maria Alves da Silva | 6 - CPF: | 340.575.523-91 |
| 7 - Profissão: | Rústico - me | 8 - Endereço: | Rua Menino Carvalho |
| 9 - Número: | 4402 | 10 - Complemento: | |
| 11 - Bairro: | B. Urbano | 12 - Cidade: | Ceará |
| 13 - Estado: | PI | 14 - CEP: | 64.000-000 |
| 15 - E-mail: | | 16 - Tel.(DDD): | (86) 9 8821-4516 |

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

| | | |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 |

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

| | |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) | <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) |
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) | Nome do BANCO: _____ |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) | AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ |

AGÊNCIA: 2004 CONTA: 742085 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

V002/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Rosa Maria Alves da Silva

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



NÃO ALFABETIZADO TESTEMUNHAS



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, 29 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200039927 Vítima: ROSA MARIA ALVES DA SILVA

Data do Acidente: 28/09/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ROSA MARIA ALVES DA SILVA

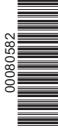
Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974. O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica. O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT. 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

Pag. 0163/0164 - carta_02 - INVALIDEZ



00080582

Carta nº 15441589



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/08/2020 18:08:32
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008031808322910000010533510>
Número do documento: 2008031808322910000010533510

Num. 11114941 - Pág. 5



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, 15 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200039927 **Vítima: ROSA MARIA ALVES DA SILVA**

Data do Acidente: 28/09/2019 **Cobertura:** INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a). ROSA MARIA ALVES DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau completo 10%
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 10%) 10,00%
Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau intenso 75%
% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%
Valor a indenizar: $7,50\% \times 13.500,00 =$ R\$ 2.025,00

Recebedor: **ROSA MARIA ALVES DA SILVA**

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000002004

Conta: 00000742085-3

Tipo: **CONTA POUPANCA**

NOTA: O percentual final indicado equivale a perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,





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, 24 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200039927 Vítima: ROSA MARIA ALVES DA SILVA

Data do Acidente: 28/09/2019 **Cobertura:** INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ROSA MARIA ALVES DA SILVA

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-DRVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 15411291



ag. 00763/00764 - carta 01 - INVAHIDEZ



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/08/2020 18:08:32
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080318083229100000010533510>
Número do documento: 20080318083229100000010533510

Núm. 11114911 - Pág. 7

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: 11/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROSA MARIA ALVES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

CONTA: 000000742085-3

Nr. da Autenticação 6F715AB69C1625BA



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/08/2020 18:08:32
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080318083229100000010533510>
Número do documento: 20080318083229100000010533510

Num. 11114941 - Pág. 8

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0033673/20

Vítima: ROSA MARIA ALVES DA SILVA

CPF: 340.575.523-91

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/09/2019

Titular do CPF: ROSA MARIA ALVES DA SILVA

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSA MARIA ALVES DA SILVA : 340.575.523-91

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: 23/01/2020
Nome: ROSA MARIA ALVES DA SILVA
CPF: 340.575.523-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/01/2020
Nome: JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO
CPF: 021.355.263-98

ROSA MARIA ALVES DA SILVA

JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/08/2020 18:08:32
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080318083229100000010533510>
Número do documento: 20080318083229100000010533510

Num. 11114941 - Pág. 9

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200039927 Cidade: Teresina Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: ROSA MARIA ALVES DA SILVA Data do acidente: 28/09/2019 Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 3º E 5º METATARSOS DIREITOS.
AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DA FALANGE PROXIMAL DE 2º DEDO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (P.13,20)

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PÉ DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: AMPUTAÇÃO DO DEDO INSERIDA NA SEQUELA DO PÉ COMO UM TODO.

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 |
|--|--|--|-------------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos pés | 50 % | Em grau médio - 50 % | 25% | R\$ 3.375,00 |
| Total | | | 25 % | R\$ 3.375,00 |



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200039927 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSA MARIA ALVES DA SILVA **Data do acidente:** 28/09/2019 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO 3º E 5º POLIDÁCTILO DIREITO
FRATURA OBLÍQUA NA DIÁFISE DO 4 METATARSO DIREITO
TRAUMA NO 2º POLIDÁCTILO DIREITO

Descrição do exame físico: PACIENTE EVOLUI COM DOR EM PÉ E EM 3º E 5º PODODÁCTILO DIREITO AO DEAMBULAR, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DO PÉ, COM DIFICULDADE PARA AGACHAMENTO, NÃO CONSEGUE CORRER, COM LIMITAÇÃO NA MOBILIDADE DOS PODODÁCTILOS.
LIMITAÇÃO FUNCIONAL COMPLETA DO 2º POLIDÁCTILO DIREITO.

Resultados terapêuticos: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO 3º E 5º POLIDÁCTILO DIREITO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO 3º DEDO DO PÉ DIREITO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO 4º DEDO DO PÉ DIREITO E LIMITAÇÃO ANATÔMICA EM GRAU COMPLETO DO 2º DEDO DO PÉ DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 03/02/2020

Conduta mantida:

Observações:

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 % | 10% | R\$ 1.350,00 |
| Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé | 10 % | Em grau intenso - 75 % | 15% | R\$ 2.025,00 |
| Total | | | 25 % | R\$ 3.375,00 |



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200039927 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSA MARIA ALVES DA SILVA **Data do acidente:** 28/09/2019 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE 3º E 5º METATAROS DIREITOS.
AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DA FALANGE PROXIMAL DE 2º DEDO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (P.13,20)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 |
|--|--|--|-------------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos pés | 50 % | Em grau médio - 50 % | 25% | R\$ 3.375,00 |
| | | Total | 25 % | R\$ 3.375,00 |



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200039927 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSA MARIA ALVES DA SILVA **Data do acidente:** 28/09/2019 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO 3º E 5º POLIDÁCTILO DIREITO
FRATURA OBLÍQUA NA DIÁFISE DO 4 METATARSO DIREITO
TRAUMA NO 2º POLIDÁCTILO DIREITO

Descrição do exame físico: PACIENTE EVOLUI COM DOR EM PÉ E EM 3º E 5º PODODÁCTILO DIREITO AO DEAMBULAR, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DO PÉ, COM DIFICULDADE PARA AGACHAMENTO, NÃO CONSEGUE CORRER, COM LIMITAÇÃO NA MOBILIDADE DOS PODODÁCTILOS.
LIMITAÇÃO FUNCIONAL COMPLETA DO 2º POLIDÁCTILO DIREITO.

Resultados terapêuticos: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO 3º E 5º POLIDÁCTILO DIREITO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO 3º DEDO DO PÉ DIREITO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO 4º DEDO DO PÉ DIREITO E LIMITAÇÃO ANATÔMICA EM GRAU COMPLETO DO 2º DEDO DO PÉ DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 03/02/2020

Conduta mantida:

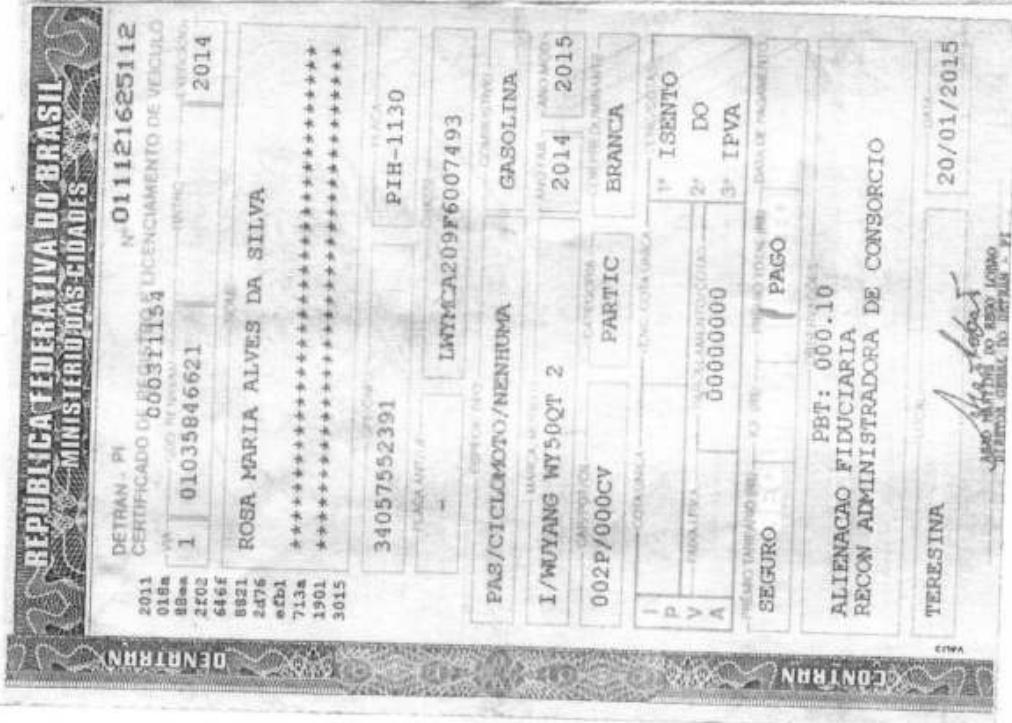
Observações:

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 % | 10% | R\$ 1.350,00 |
| Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé | 10 % | Em grau intenso - 75 % | 15% | R\$ 2.025,00 |
| Total | | | 25 % | R\$ 3.375,00 |





FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

CA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

SEGURO DE VIDA E DE ACIDENTE
AUTOMOTIVE PERSONAL
ESTRÉLITE QUADRADA
PENSAMENTOS QUADRA
SEGURADORES DA
OPAVAL

| | |
|-------------------------------------|---------------------------|
| DE TRAN - PI | Nº 0112625112 |
| CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEHÍCULO | Nº 000391134 |
| VIA | LICENCIAMENTO DE VÉHICULO |
| 1 | 01035846621 |
| ROSA MARIA ALVES DA SILVA | |

| | | | | |
|----------------------|------------|------|------------|------------|
| PIH-1130 | | | | |
| LATIFCA209F6007493 | GASOLINA | 2014 | ISENTO | DO |
| PAS/CICLOMOTONENHUMA | MARCA | 2014 | BRANCA | TEVA |
| I/WUYANG WY50QT 2 | DATA | 2014 | DATA UNICA | DATA UNICA |
| 002P/000CV | PARTIC | 2014 | DATA UNICA | DATA UNICA |
| | DATA UNICA | 2014 | DATA UNICA | DATA UNICA |
| | DATA UNICA | 2014 | DATA UNICA | DATA UNICA |

ALIENACAO FIDUCIARIA
PRECCON ADMINISTRADORA DE CONSORCIO

TERESTINA 20/01/2015

SEGURADORA LIDER, DPVAT

EEU-201

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/08/2020 18:08:32
<http://tpje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080318083229100000010533510>
Número do documento: 20080318083229100000010533510

Num. 11114941 - Pág. 14



| VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL | |
|---|------------------------------------|
| NÚMERO GERAL | 931.200 |
| | DATAS DE EXPERIÊNCIA |
| 28/08/18 | |
| ROSA MARIA ALVES DA SILVA | |
| PESO: | |
| IRACEMA ALVES DA SILVA | |
| OSMAR CORREA DA SILVA | |
| NATURALIDADE: TERESINA-PIF | DATAS DE NASCIMENTO: 13/08/1968 |
| CERT. CASAM. 23248 L 62B F 120V | |
| EXP TERESINA-PI 11/06/04 | |
| 340.575.523-91 | |
| 1533718 | |
| LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83 | |



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/08/2020 18:08:32
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008031808322910000010533510>
Número do documento: 2008031808322910000010533510

Num. 11114941 - Pág. 15



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 009269/2019-A01

| | |
|--|--|
| Cor BRANCA | UF Veículo Piauí |
| Município Veículo Teresina | Marca/Modelo IWUYANG WY50QT 2 |
| Modelo IWUYANG WY50QT 2 | Veículo Adulterado? Não |
| Quantidade 1 Unidade | Situação Envolvido, Meio Empregado |
| Última Atualização Denatran 20/01/2015 | Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA |
| Nome Envolvido | Envolvimentos |
| Rosa Maria Alves da Silva | Proprietário |
| Grupo Veículo | Subgrupo Ciclomotor |
| Veículo Adulterado? Não | Quantidade 1 Unidade |
| Situação Envolvido, Meio Empregado | |
| Nome Envolvido | Envolvimentos |
| Desconhecido 1 | Possuidor |

RELATO/HISTÓRICO

RELATÁ A NOTICIANTE QUE TREFEGAVA PELA VIA ACIMA CITADA, MOMENTO EM QUE FOI COLIDIDA POR UMA MOTOCICLETA NÃO IDENTIFICADA E QUE FOI SOCORRIDA PELO SAMU CONFORME CHAMADO Nº 4509 E ENCAMINHADA AO HUT CONFORME PRONTUÁRIO Nº 118838, PELO QUE DÁ CONHECIMENTO E REQUER BO PARA DAR ENTRADA NO SEGURO DPVAT.

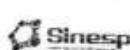
ASSINATURAS

Erika Mourão Melo de Aguiar
Delegado de Polícia
Matrícula 1300768
Responsável pelo Atendimento

Rosa Maria Alves da Silva
(Condutor / Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou eu (a) (único) responsável pelas informações acima assinadas e ciente que poderé responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

Erika Mourão Melo de Aguiar
Delegado de Polícia
Matrícula 1300768



Delegado de Polícia Civil: Erika Mourão Melo de Aguiar
Impresso por: Jerônimo Soares Lima Junior
Data de Impressão: 21/10/2019 11:38
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





AUTOATENDIMENTO - AG DIRCEU ARCOVERDE
DATA: 23/01/2020 HORA: 09:47:14
TERMINAL: 33891012 CONTROLE: 338910120127

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CRÉDITADA: 2084 013.80742065-3
NOME: ROSA MARIA ALVES DA SILVA
TIPO DE CONTA: 013 - POUPANCA CAIXA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO:

TELEFONE DEPOSITANTE: 86 99466-9929

NÚMERO DO ENVELOPE: 509645550

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

