

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

Informações do Acidente

Sinistro: 2013128359

Nome da Vítima: CICERO GOMES DA SILVA

Local: Nova Olinda

Data do Acidente: 01/10/2012

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Resultado da Avaliação do Medico 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 I

II. Com base no quadro clínico atual da Vítima, favor registrar:

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

Resposta: Fratura do joelho direito e ferimento corto contundente no terço inferior da coxa esquerda, além de escoriações pelo corpo. Tratamento conservador da fratura do joelho direito com uso de tala gessada por um período de 20 dias. Foi submetido ainda à limpeza cirúrgica e sutura do ferimento corto contundente da coxa esquerda.

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.

Resposta: Cicatrizes lineares e planas localizadas na face anterior do joelho direito e face interna do terço inferior da coxa esquerda. Diminuição dos movimentos de flexão e extensão do joelho direito com discreta atrofia da musculatura da coxa esquerda. Marcha claudicante.

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: Não Sim.

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

b) Exames Complementares: Não Sim.

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:

a) Disfunções apenas temporárias. Neste caso informar a data de cessação da disfunção ou um prazo médio compatível, previsto para uma reavaliação.

b) Dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas). Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da Vítima.

Resposta: Limitação funcional do joelho direito.

Em caso de resposta afirmativa para “a” e/ou “b” no item III e/ou “a” no item IV, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados.

V. Segundo o previsto na Lei 11.945/09 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento que sejam geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o Anexo da 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).

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 no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009, correlacionar as graduações percentuais então compatíveis aos danos apurados, respectivamente a cada segmento corporal acometido, apurando de modo global ou setorial.

1ª Lesão: Joelho direito

Marque o percentual: 10% residual 25% leve 50% médio 75% grave

2ª Lesão:

Marque o percentual: 10% residual 25% leve 50% médio 75% grave

3ª Lesão:

Marque o percentual: 10% residual 25% leve 50% médio 75% grave

4ª Lesão:

Marque o percentual: 10% residual 25% leve 50% médio 75% grave

Informações Complementares Apresentadas pelo Médico Examinador

Identificação do Médico Examinador

Nome do Medico: José Gerardo Vale Matos

Registro no CRM: 3216

Local do Exame: Icó - Ceará

Data do Exame: 01/04/2013

Local e Data

Assinatura do Médico Examinador – CRM

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, CICERO GOMES DA SILVA, portador da carteira de identidade nº 99.029.218-720 e inscrito no CPF/MF sob o nº 005.411.633-37, residente e domiciliado na R. MATOS PEIXOTO, nº 350, CENTRO, Cidade MOM BASA, Estado CEARA, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

*Cicero Gomes da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



MOMBASA-CE 23-01-13

Local e data

OUTROS

1004054



HRMBO-HOSPITAL REGIONAL DR. MANOEL BATISTA DE OLIVEIRA
REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

FELIPE SON DOS SANTOS

1

REGISTRO N°
12.101711

PACIENTE CICERO GOMES DA SILVA TELEFONE PAI	CNS SEXO 1 <input checked="" type="checkbox"/> MASC. 3 <input type="checkbox"/> FEM. IGUATU	NATURALIDADE IGUATU	DATA NASCIMENTO 18/10/1982	IDADE 29a	DOCUMENTO Ignora
ENDERECO RUA MATOS PEIXOTO, 93	MÃE JOSEFA MARIA DA CONCEICAO	BAIRRO VENEZA	1 <input type="checkbox"/> SOLTEIRO	2 <input checked="" type="checkbox"/> CASADO	3 <input type="checkbox"/> VIUVO 4 <input type="checkbox"/> OUTROS
EMERGÊNCIA 1 1 <input type="checkbox"/> ADULTO MOTIVO DO ATENDIMENTO	2 <input type="checkbox"/> PEDIATRIA	3 <input type="checkbox"/> TRAUMATOLOGIA	12 <input type="checkbox"/> OUTROS	CIDADE IGUATU	
			DATA DO ATENDIMENTO 01/10/2012		HORA 19:01
SADT - EXAMES COMPLEMENTARES 1 <input type="checkbox"/> RAIOS X 2 <input type="checkbox"/> ULTRASOM 3 <input type="checkbox"/> TOMOG. COMP.	4 <input type="checkbox"/> SANGUE	5 <input type="checkbox"/> URINA	6 <input type="checkbox"/> ECG	<input type="checkbox"/> OUTROS	
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA <i>Acidente, ✓ Ferida aberta cabeça. Bi Agudo de origem</i>					

CÓDIGO

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

DATA / HORA / CONSULTAS ESPECIALIZADAS E PROCEDIMENTOS

CÓDIGO

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

DATA

HORA

CÓDIGO

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

DATA

HORA

PREScriÇÃO

ENFERMAGEM

1. Vida e morte bca/
2. Diagnose /m
3. Detalhe /22 > 10/2013



ESTA FICHA FICA PARA CASO

OBSERVAÇÃO: (ATÉ 24 h)

DATA E HORA DA ALTA:

PARA ÓBITO

ANTES DO 1º SOCORRO SIM NÃO

DATA E HORA DO ÓBITO:

DESTINO DO CORPO

ENTREGUE A FAMÍLIA

2 IN L

3 ANATOMIA PATOLÓGICA

ASS. CARIMBO DE FATO RESPONSÁVEL

ASS. PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Guia 12101711 registrada por E-mail

DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR

1004031



REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

1

REGISTRO N°
12.101711

PACIENTE CICERO GOMES DA SILVA	CNS IGUATU	DATA NASCIMENTO 18/10/1982	IDADE 29a	DOCUMENTO IgnoRA	
TELEFONE	SEXO 1 [X] MASC. 3 [] FEM.	NACIONALIDADE IGUATU	 		
PAI	 				
ENDERÉCOS RUA MATOS PEIXOTO, 93	MÃE JOSEFA MARIA DA CONCEICAO	BAIRRO VENEZA	CIDADE IGUATU	U.F. CE	
EMERGÊNCIA I 1 [] ADULTO 2 [] PEDIÁTRIA 3 [] TRAUMATOLOGIA 12 [] OUTROS	 				
MOTIVO DO ATENDIMENTO	DATA DO ATENDIMENTO 01/10/2012 HORA 19:01				
SADT - EXAMES COMPLEMENTARES 1 [] RAIOPX 2 [] ULTRASOM 3 [] TOMOG.COMP. 4 [] SANGUE 5 [] URINA 6 [] ECG 7 [] OUTROS	 				

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

*doente no servis de emergencia
cardio. Bi glicemias de nfc*

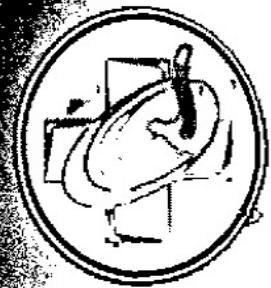
CÓDIGO	<input type="text"/>	ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO
--------	----------------------	--------------------------------

DATA / HORA / CONSULTAS ESPECIALIZADAS E PROCEDIMENTOS

CÓDIGO	<input type="text"/>	ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO	DATA	HORA
CÓDIGO	<input type="text"/>	ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO	DATA	HORA

PRESCRIÇÃO	ENFERMAGEM
<i>1. Vitro e 100g ITU 1000ml 2. Drip 1000ml 1000ml De 1700ml 1200ml > 1000ml 20:30</i>	
NÃO LEVE ESTA FICHA PARA CASA	

OBSERVAÇÃO: (ATÉ 24 h)	<input type="checkbox"/>	DATA E HORA DA ALTA:	
PARA ÓBITO			
ANTES DO 1º SOCORRO	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	DATA E HORA DO ÓBITO:
DESTINO DO CORPO	<input checked="" type="checkbox"/>	ENTREGUE A FAMÍLIA	<input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> ANATOMIA PATOLÓGICA
ASS. CARIMBO DO RESPONSÁVEL		ASS. PACIENTE OU RESPONSÁVEL	



Dr. George Albuquerque

**Ultra - Sonografia Geral
Endoscopia Digestiva
CRM 8777**

Relatório Médico

Ciente Galeris do Senhor, solicitei
visita de paciente em 00/10/12
com queixa de fadiga e perda
de apetite + lesão Corpo - cocôs e
junqueiros + lesões nos corpos
junqueiros + lesões nos corpos
foi suspeito e suspeito
constituição.

Apresentou queixas funcionais
defecatórias, evocadas pelas dores +
hipersensibilidade dos aglomerados de fôrma
em 40% + defecação das fezes húmida-
ria + descoloridas / e as lesões /
nas ossos + celulas de osteoclastos e os
osteoclastos.

Nos dias 14 de MAR 2013,

2013

Dr. George Albuquerque
Endoscopista Geral
CRM 8777

Acopiado 20/01/2013

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

12.10.11

PACIENTE
CICERO GOMES DA SILVA
TELEFONE

CNS
NATURALIDADE
IGUATU

DATA NASCIMENTO IDADE DOCUMENTO
18/10/1982 29a Ignora

PAI

ENDERECO
RUA MATOS PEIXOTO, 93MÃE
JOSEFA MARIA DA CONCEICAOU.F.
CEEMERGÊNCIA: 1 ADULTO2 PEDIATRIA3 TRAUMATOLOGIA12 OUTROS

MOTIVO DO ATENDIMENTO

DATA DO ATENDIMENTO
01/10/2012HORA
19:01

SADT - EXAMES COMPLEMENTARES

1 RAIOS X 2 ULTRASOM 3 TOMOG. COMP. 4 SANGUE 5 URINA 6 ECG OUTROS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

*Sangramento Vaginal profundo
Cirurgia Bi Afixante de Risco*

CÓDIGO

ASSINATURA E CARMBO DO MÉDICO

DATA / HORA / CONSULTAS ESPECIALIZADAS E PROCEDIMENTOS

CÓDIGO

ASSINATURA E CARMBO DO MÉDICO

DATA

HORA

CÓDIGO

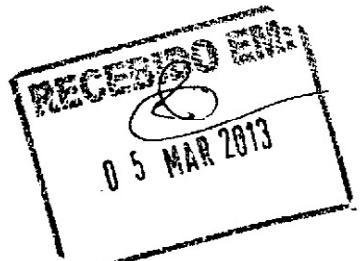
ASSINATURA E CARMBO DO MÉDICO

DATA

HORA

PREScriÇÃO

ENFERMAGEM

*1. Fármaco 100g/500ml**2. Diprofene 1000 mg +
Dopramine 125 } mg 20:37*

DATA E HORA DA ALTA:

DESERVIÇO: (ATÉ 24 H)

PARA ÓBITO

ANTES DO 1º SOCORRO SIM NÃODESTINO DO CORPO ENTREGUE A FAMÍLIA IMI3 ANATOMIA-PATOLÓGICA

DATA E HORA DO ÓBITO:

ASS. CARMBO DO RESPONSÁVEL

ASS. PACIENTE OU RESPONSÁVEL



DECLARAÇÃO

EU, CICERO GOMES DA SILVA

ABAIXO ASSINADO, PORTADOR (A) DO RG N° 99029218720

VENHO POR MEIO DESTA DECLARAR QUE RESIDO NA
RUA MATOS PEIXOTO, N° 390

BAIRRO: CENTRO, NA CIDADE: MOMBASA

ESTADO: CE, CEP: 63610000, TEL: (88) 9700-6729

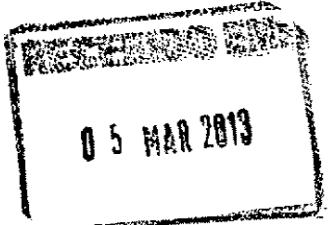
DECLARO SOBRE AS PENAS DA LEI N° 7.115 DE 29/08/1983, QUE OS DADOS ACIMA SÃO VERDADEIROS.

E POR SER VERDADE ASSINO A PRESENTE DECLARAÇÃO.

CIDADE E DATA: MOMBASA - CE 23-01-2013

Cicero Gomes da Silva.

ASSINATURA



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO/CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO

- SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT -

Nº DO SINISTRO _____ (CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA)

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do/a beneficiário/a 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, CICERO GOMES DA SILVA

PORTADOR / A DO RG Nº 99029218720 EXPEDIDO POR SSP-CE EM 15/09/99, CPF / CNPJ
Nº 005.411.633.37, PROFISSÃO AGRICULTOR E RENDA MENSAL DE R\$ 500,00
NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO / A DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO OU REEMBOLSO DO SEGURO
OBRIGATÓRIO DPVAT DA VÍTIMA CICERO GOMES DA SILVA

AUTORIZO A SEGURADORA Caperuiba

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 _____ N° AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) _____

Nº CONTA CORRENTE _____

() CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

Nº BANCO 237 N° AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) 0455-3Nº CONTA POUPANÇA 1017539-9

() CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

Nº BANCO 001 N° AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) _____

Nº CONTA POUPANÇA _____

() CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

Nº BANCO 341 N° AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) _____

Nº CONTA POUPANÇA _____

() CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Nº BANCO 104 N° AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) _____

Nº CONTA POUPANÇA _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE.

UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO / CRÉDITO DO VALOR DA INDENIZAÇÃO DO SINISTRO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL MONBASA - CE DATA 23/01/2013ASSINATURA DO/A BENEFICIÁRIO/A Cicero Gomes da Silva

ATENÇÃO:

- O Seguro DPVAT garante: indenização de R\$ 13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$ 13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das seqüelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares (valor variando de acordo com o total de despesas comprovadas, tornando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência)
- Para acompanhar o andamento do pedido da indenização, é recomendável comparecer à Superintendência de Seguros do Brasil, de sexta-feira, de 8h às 18h.
- A Circular Susep nº 380/08, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro, estabelece que é proibida a utilização de cartões de crédito para fins ilícitos, como洗钱 (lavagem de dinheiro).

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO



1004039 unda a das as



Bradesco

Ficha-Proposta Abertura de Conta(s) de Depósitos Pessoa Física

Agência	Díg.	Nome Agência	Conta	Dig.
0455	3	IGUATU	1017539	9
Nome Completo (Sem Abreviações)		*POUP-B*	CPF	Contr.
CICERO GOMES DA SILVA		0455-3 1017539-9	005.411.633	37

Contrato de Conta(s) de Depósitos

1 - O(s) Proponente(s) identificado(s) nesta Ficha-Proposta manifestou(aram) a intenção de proceder(em) à abertura de Conta(s) de Depósitos, na(s) Modalidade(s) por ele(s) livremente escolhida(s), junto à Agência do Banco Bradesco S.A. (a seguir designado "Bradesco"), também indicada nesta Ficha-Proposta, com a finalidade de depositar, transferir e, por qualquer modo usual, movimentar livremente valores provenientes de diferentes fontes lícitas, observadas as leis e normativos em vigor, bem como as disposições contidas no "Regulamento para Abertura de Contas de Depósito, Produtos e Serviços - Pessoa Física" ("Regulamento"), cuja respectiva cópia é devidamente entregue ao(s) Proponente(s) neste ato, tendo sido por ele(s) lido, compreendido e aceito, razão pela qual terá força de contrato entre as partes que assinam esta Ficha-Proposta, sendo certo, ainda, que o mencionado Regulamento encontra-se registrado sob o nº 193851, junto ao 1º Oficial de Registro de Títulos e Documentos de Osasco (SP), em 31/01/2012. Foram também transmitidas ao(s) Proponente(s) informações prévias a respeito:

- a) das características da(s) modalidade(s) da(s) Conta(s) de Depósitos e colhida(s), mencionadas no Regulamento;
- b) das exigências para a sua abertura e manutenção;
- c) dos diferentes modos de movimentação mediante saques, transferências e outras transações disponíveis;
- d) das condições previstas para o encerramento da(s) Conta(s) de Depósitos de maneira unilateral ou por consenso das Partes.

2 - Reconhecendo que as informações prévias e o texto do Regulamento permitiram-lhe(s) formar adequado entendimento sobre as características da(s) Conta(s) de Depósitos desejada(s), o(s) Proponente(s), que exibiu(ram) documento(s) de identificação civil, de cadastro junto à Secretaria da Receita Federal e o(s) comprovante(s) de endereço(s), forneceu(ram) os demais dados e informações exigidos pelo Conselho Monetário Nacional ("CMN") e pelo Banco Central do Brasil ("BACEN"), nos termos da legislação em vigor, os quais foram inseridos nesta Ficha-Proposta e em outros documentos fornecidos, ou internos, do Bradesco, pelos quais assume(m) inteira responsabilidade.

3 - O(s) Proponente(s) obteve(iveram) o consentimento do Bradesco para a abertura da(s) Conta(s) de Depósitos a partir desta data, ficando as Partes sujeitas à disciplina contratual prevista no Regulamento e ao disposto na Lei e atos normativos das autoridades monetárias (as "Autoridades Monetárias") competentes para intervirem dispor a respeito da presente relação contratual.

4 - Pelo fato de haver sido proporcionado ao(s) Proponente(s) a abertura da(s) referida(s) Conta(s) de Depósitos, o Bradesco prestou-lhe(s) previamente informações amplas com o objetivo de demonstrar que:

- a) a(s) Conta(s) de Depósitos identificada(s) nesta Ficha-Proposta, e no Regulamento está(ão) preparada(s) para acolher depósitos/transferências de valores ou créditos recepcionados com a utilização de Meios físicos e/ou eletrônicos, definidos no Regulamento, desde que observadas as disposições contidas no Regulamento, e a legislação em vigor, bem como as características de cada modalidade de Conta(s) de Depósitos.
- b) a movimentação da(s) Conta(s) de Depósitos poderá dar-se mediante a utilização de cartão magnético do Bradesco (o "Cartão Bradesco"), cheque ou outro documento físico ou eletrônico, nas condições e nos termos definidos no Regulamento, ressalvadas as características de cada modalidade de Conta(s) de Depósitos, mediante os quais o(s) Proponente(s) tenha(m) dado instrução(es) ao Bradesco para lançamentos em sua(s) respectiva(s) Conta(s) de Depósitos.
- c) os serviços bancários estão sujeitos à cobrança de tarifas, de acordo com os valores indicados no "Cartaz de Serviços Bancários - Tabela de Tarifas" (o "Quadro de Tarifas") nas agências bancárias e em outros Meios, físicos ou eletrônicos, conforme previsto nas Cláusulas específicas do Regulamento no capítulo "Tarifas, Taxas, Despesas e/ou outros Encargos".
- d) sem prejuízo das demais sanções indicadas no Regulamento quanto às irregularidades na movimentação de Conta(s) de Depósitos, o(s) Proponente(s), desde já, se declara(m) cliente(s) e aceita(m) que a devolução, pela segunda vez, de um mesmo cheque, pelo motivo correspondente a falta de fundos, bem como a emissão de cheques sob conta já encerrada e ainda a prática espúria, acarretará a inclusão do nome do(s) Proponente(s) no "Cadastro de Emitentes de Cheques sem Fundos" ("CCF") do BACEN.
- d.1) O Bradesco, sem prejuízo de seu direito de, imotivadamente, encerrar a(s) Conta(s) de Depósitos, conforme previsto na presente Ficha-Proposta e no Regulamento, reserva-se no direito de encerrar a(s) Conta(s) de Depósito, na referida hipótese,



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE IGUATU**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 479 - 6969 / 2012

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTES - OUTROS**

Data / Hora da Comunicação: **05/11/2012 08:53:26**

Data / Hora da Ocorrência : **01/10/2012 18:30:00**

Endereço da Ocorrência: **ESTR DO BAÚ**

NAO INFORMADO IGUATU / CE

Ponto de Referência:



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **CICERO GOMES DA SILVA**

Nascimento : **28/10/1982**

RG: **99029218720** Órgão Emissor: **SSP - CE** - CPF: **00541163337**

Filiação: **ALUISIO GOMES DA SILVA**

JOSEFA MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA

Endereço: **R MATOS PEIXOTO 93**

VENEZA 63500000

IGUATU CE BRASIL

Telefone:

Histórico

Informa o declarante que na data e horário acima mencionados, seguia como condutor no veículo, HONDA/CG 150 FAN ESI de placa OIK1162 de cor VERMELHA chassi 9C2KC1670CR514724 registrado em nome de MARIA PORCIDONIO DE SOUZA, quando colidiu com um animal(cavalo) que atravessou a estrada não dando tempo o mesmo parar, caindo sofrendo escoriações, corte na cabeça, e fratura no joelho direito; Informa ainda que foi socorrido por um familiar(firmão)até o Hospital Regional de Igatu/CE. E nada mais disse....

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE IGUATU

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: mariano conrado

MATRÍCULA: 135610-1-X

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Cicero Gomes da Silva

VISTO DO DELEGADO(A):



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/04/2013

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CICERO GOMES DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00455-3

CONTA: 00001017539-9

Nr. Autenticação

BRADESCO11042013050000000002370045500001017539168750 PAGO