

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas 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?

(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 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: (x) Não () Sim.

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

b) Exames Complementares: (x) 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) (x) 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 íntegra do patrimônio físico e/ou mental da Vítima).

(x) 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 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 (x) 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 Médico: 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 99029218720 e inscrito no CPF/MF sob o nº 009.411.633-37, residente e domiciliado na R. MATOS PEIXOTO, Nº 350, CENTRO, Cidade MOMBASA, 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



1

12.10171:

P R E S C R I Ç Ã O

ENFERMAGEM

1. *Styrax* 1049-575-1000
2. *Styrax* 1000 } 1000 2000

RECEIVED
05 MAR 2013

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 FAMILIA

2 ☐ 1 M L

3 ☐ ANATOMIA PATOLÓGICA

ASS. CARIMBO E S. DO RESPONSÁVEL

ASS. PACIENTE OU RESPONSÁVEL



REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

PACIENTE CICERO GOMES DA SILVA		CNS	DATA NASCIMENTO	IDADE	DOCUMENTO
TELEFONE		NATURALIDADE	18/10/1982	29a	Ignora
SEXO	1 <input checked="" type="checkbox"/> MASC. 3 <input type="checkbox"/> FEM.	IGUATU	1 <input type="checkbox"/> SOLTEIRO 2 <input checked="" type="checkbox"/> CASADO 3 <input type="checkbox"/> VIÚVO 4 <input type="checkbox"/> OUTROS		
PAI		MÃE	JOSEFA MARIA DA CONCEICAO		
ENDERECO		BAIRRO	CIDADE	U.F.	
RUA MATOS PEIXOTO, 93		VENEZA	IGUATU	CE	
EMERGÊNCIA I	1 <input type="checkbox"/> ADULTO	2 <input type="checkbox"/> PEDIÁTRIA	3 <input type="checkbox"/> TRAUMATOLOGIA	12 <input type="checkbox"/> OUTROS	
MOTIVO DO ATENDIMENTO		DATA DO ATENDIMENTO		HORA	
		01/10/2012		19:01	
SADT - EXAMES COMPLEMENTARES					
1 <input type="checkbox"/> RAO X	2 <input type="checkbox"/> ULTRASON	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

Atendimento no Pronto Socorro - 1º atendimento

Dr. Edilson dos Santos

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

<p>PRESCRIÇÃO</p> <p>1. <i>Leitura e interpretação de exames</i></p> <p>2. <i>Exames de laboratório</i></p> <p><i>Deixar em 122 } 122 20:37</i></p>	<p>ENFERMAGEM</p> <p><i>05 MAR 2013</i></p>
--	--

NÃO LEVE ESTA FICHA PARA CASA

OBSERVAÇÃO: (ATÉ 24 h) ☐

PARA ÓBITO

ANTES DO 1º SOCORRO ☐ SIM ☐ NÃO

DESTINO DO CORPO ☐ ENTREGUE A FAMÍLIA 2 ☐ IML 3 ☐ ANATOMIA PATOLÓGICA

DATA E HORA DA ALTA: ☐ ☐

DATA E HORA DO ÓBITO: ☐ ☐

ASS. CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASS. PACIENTE OU RESPONSÁVEL



Dr. George Albuquerque

Ultra - Sonografia Geral

Endoscopia Digestiva

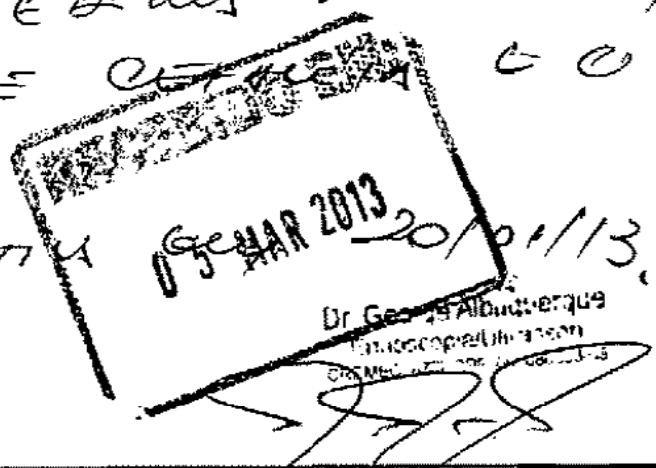
CRM 8777

RENTONIO MEDICA

Cicero Gomes do Amaral, 50 anos,
Acidente de trânsito em 01/10/12
com fraturas de fêmur e joelho
direito e lesão costal. Contusões e
trauma circunferencial e lesões pelo corpo.
Foi submetido à tratamento
cirúrgico.

Após 3 meses de tratamento
definitivo, evoluindo com dores e
limitação dos movimentos do joelho
em 40% e diminuição da força Muscu-
lar e deformidade/edema regional/
cisto ósseo e cistos de gordura e ci-
stos.

Acta Definitiva



Xeopiras, 20/01/2013

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

12.101711

PACIENTE
CICERO GOMES DA SILVA
TELEFONE _____ SEXO ☒ MASC. ☐ FEM.

CNS
NATURALIDADE
IGUATU

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

1 ☐ SOLTEIRO 2 ☒ CASADO 3 ☐ VIÚVO 4 ☐ OUTROS

PAI
ENDEREÇO
RUA MATOS PEIXOTO, 93

MÃE
JOSEFA MARIA DA CONCEICAO
BAIRRO VENEZA CIDADE IGUATU

U.F.
CE

EMERGÊNCIA 1 ☐ ADULTO 2 ☐ PEDIÁTRIA 3 ☐ TRAUMATOLOGIA 12 ☐ OUTROS
MOTIVO DO ATENDIMENTO _____

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

SADI - EXAMES COMPLEMENTARES
1 ☐ RAO X 2 ☐ ULTRASSOM 3 ☐ TOMOG. COMP. 4 ☐ SANGUE 5 ☐ URINA 6 ☐ ECG ☐ OUTROS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

Acidente de trânsito com lesão no membro superior direito
Acidente de trânsito com lesão no membro superior direito

CÓDIGO

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

DATA - HORA CONSULTAS ESPECIALIZADAS E PROCEDIMENTOS

CÓDIGO

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

DATA

HORA

PRESCRIÇÃO

ENFERMAGEM

1. Sulfato de Cloreto de Sódio 0,9% 100ml
2. Dipirona 1gms } 1ml 20:30
Diluir em 100ml

RECEBIDO EM
05 MAR 2013

FECHA PARA CASA

RESERVAÇÃO: (ATÉ 24 h) ☐

DATA E HORA DA ALTA: _____

PARA ÓBITO

DATA E HORA DO ÓBITO: _____

ANTES DO 1º SOCORRO ☐ SIM ☐ NÃO

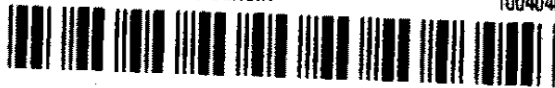
DESTINO DO CORPO ☐ ENTREGUE A FAMÍLIA

2 ☐ IML

3 ☐ ANATOMIA PATOLÓGICA

ASS. CARIMBO 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

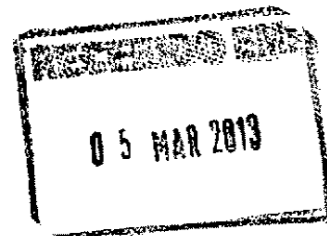
DECLARO SOBRE AS PENAS DA LEI N° 7.115 DE 29/08/1983, QUE OS
DADOS ACIMA SÃO VERDADEIROS.

E POR SER VERDADE ASSINO A PRESENTE DECLARAÇÃO.

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

X 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 Capenisa
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 CONTA CORRENTE _____

(☒) CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

Nº BANCO 237 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) 0455-3

Nº CONTA POUPANÇA 1011539-9

() 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 (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 DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL MOU BASA - CE DATA 23/01/2013

ASSINATURA 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 variável conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência
- Para acompanhar o andamento do pedido da indenização, a sexta-feira, de 8h às 18h.
- A Circular Susep nº 380/08, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro.

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

1004039



unda a

das as



Agência	Díg.	Nome Agência		Conta	Díg.
0455	3	IGUATU	*POUP-B*	1017539	9
Nome Completo (Sem Abreviações)			0455-3	CPF	Contr.
CICERO GOMES DA SILVA			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 intervir e 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 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(ões) 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) ciente(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 CEARA
SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA E DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE IGUATU

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 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 UF: CE** - CPF: **00541163337**
 Filiação: **ALUISIO GOMES DA SILVA**
JOSEFA MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA
 Endereço: **R MATOS PEIXOTO 93**
VEREZA 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 9C2KC167UCR514724 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(irmão)até o Hospital Regional de Igatu/CE.E nada mais disse....

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE IGUATU

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: *Mariana Lomida*

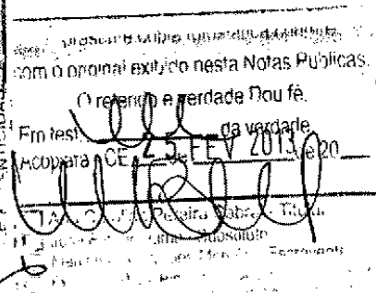
MATRÍCULA: 135610-1-X

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Cicero Gomes da Silva*

VISTO DO DELEGADO(A): _____

RECEBIDO EM:

05 MAR 2013



BRABESCO

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: 000001017539-9

Nr. Autenticação

BRABESCO1104201305000000000023700455000001017539168750 PAGO