

# 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: 13/03/2013

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALAN DA SILVA VIEIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00733-1

CONTA: 00000007515-9

---

Nr. da Autenticação C121D9ABF42CB367

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA


**Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT**

### DADOS DO SINISTRO

<b>Número:</b> 2013093748	<b>Cidade:</b> Campos Sales	<b>Natureza:</b> Invalidez
<b>Vítima:</b> ALAN DA SILVA VIEIRA	<b>Data do acidente:</b> 21/12/2012	<b>Emissor do parecer:</b> Flavio Reis da Fonseca
<b>Seguradora:</b> MBM SEGURADORA S/A	<b>Prestadora:</b> CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços	<b>CRM do médico:</b> 6302

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURAS EXPOSTAS DOS OSSOS DA MÃO ESQUERDA

**Descrição do exame médico pericial:** APRESENTA EDEMA E DEFORMIDADE ANATÔMICA EM MÃO ESQUERDA, LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE DA MÃO ESQUERDA EM GRAU MODERADO E MODERADA PERDA DE FORÇA DE PREENSÃO PALMAR ESQUERDA

**Resultados terapêuticos:** COLOCAÇÃO DE IMPLANTES METÁLICOS

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DA MÃO ESQUERDA

**Sequelas :** Com sequelas

**Data da perícia:** 11/03/2013

**Conducta mantida:**

**Observações:**

**Valor pleiteado:** 9.450,00

**Médico avaliador:** GUSTAVO ADOLFO PEREIRA DA SILVA JUNIOR

**UF do CRM do médico:**

### DANOS

**Dano**

**% Dimensão Graduação**

Perda funcional completa de uma das mãos

70            1            50

**Valor avaliado: 4.725,00**

# Laudo de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes

## Informações do Acidente

Sinistro: **2013/093748**  
Vítima: **ALAN DA SILVA VIEIRA**  
Local: **CE-CAMPOS SALES**  
Data do Acidente: **21/12/2012**

## Avaliação do Medico Perito Legista

I. Há lesão cuja etiologia (origem causa) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

- a)  SIM      b)  NÃO      c)  PREJ.

Só prosseguir em caso de resposta afirmativa

II. Descrever o quadro clínico atual informando:

a) Qual (quais) região (regiões) corporal (is) encontra (m) – se acometida (s);

**MÃO 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.

**FRATURAS EXPOSTAS DOS OSSOS DA MÃO ESQUERDA. FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM COLOCAÇÃO DE IMPLANTES METÁLICOS.**

III. Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?

- a)  SIM      b)  NÃO

Se SIM descreva a(s) medida(s) terapêutica(s) indicada(s):

IV. Segundo o exame médico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

- a)  Disfunções apenas temporárias  
b)  Dano anatômico e/ou funcional definitivo(seqüelas)

Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da vítima.

**APRESENTA EDEMA E DEFORMIDADE ANATÔMICA EM MÃO ESQUERDA, LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE DA MÃO ESQUERDA EM GRAU MODERADO E MODERADA PERDA DE FORÇA DE PREENSÃO PALMAR ESQUERDA.**

V. Em virtude da evolução da lesão e/ou de tratamento, faz-se necessário exame complementar?

- a)  SIM, em que prazo:  
b)  NÃO

Em caso de enquadramento na opção "a" do item IV ou de resposta afirmativa 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 suscetível(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:

Segmento corporal acometido:

- a)  Total (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a integra do patrimônio físico e/ou mental da vítima).
- b)  Parcial (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da vítima). Em se tratando de dano parcial informar se o dano é:
- b.1)  Parcial Completo (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vítima)
- b.2)  Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da vítima)

b.2.1) Informar o grau da incapacidade definitiva da vítima, segundo o previsto na alínea II, 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido

**Segmento Anatômico**

1ª Lesão

**MÃO ESQUERDA**

Marque o percentual

 10%     25%     50%     75%

2ª Lesão

Marque o percentual

 10%     25%     50%     75%

3ª Lesão

Marque o percentual

 10%     25%     50%     75%

4ª Lesão

Marque o percentual

 10%     25%     50%     75%

Observação: Havendo mais de quatro seqüelas permanentes a serem quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado representados:

Local e data de realização do exame médico legal:

**CE - JUAZEIRO DO NORTE, 11/03/2013****Médico Perito: GUSTAVO ADOLFO PEREIRA DA SILVA JUNIOR CRM: 6302****Médico Revisor: DORES MARIA BERNARDES CARNEIRO MENDES CRM: 52258890**

*Dra. Dores M. B. C. Mendes*  
Médica Perita  
CRM-RJ 52 25889-0  
Cadastro Nacional

*Dores Mendes*

Assinatura do médico revisor - CRM

**Informações Complementares**



# HOSPITAL DAS CLINICAS E FRATURAS DO CARIRI

## BOLETIM DE ADMISSÃO - INTERNAÇÃO

Prontuário: 385

Internação Nº: 3948

Data/Hora:

22/12/2012 13:36

Paciente: ALAN DA SILVA VIEIRA

Nasc:07/10/1977

RG: 12712413

Sexo: MASCULINO

Idade:35

Mae: TEREZA GOMES DA SILVA

Endereço: RUA CENTRAL Nº52

Cidade: CAMPOS SALES

Convênio: PARTICULAR

Carteira: 121231

Validade: 22/12/2012 Negociação:

PARTICULAR - PACOTE

Fone: 08835331788

Tipo de acomod.: DIARIA DE ENFERMARIA

Quarto: 12-2

Profissão: POLICIAIS E TRABALHADORES ASSEMELHADOS

Atendente:

CICERA GORETE DA SILVA

Médico Solicitante: WAYDSON BASILIO DOS SANTOS\9048

Médico Responsável: WAYDSON BASILIO DOS SANTOS\9048

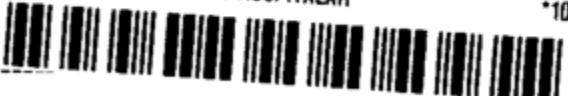
História Clínica ou resumo:

Viu-se x o paciente x fratura  
 (5161, o paciente tem fratura fixada x  
 CICERA GORETE DA SILVA  
 Médico Solicitante: WAYDSON BASILIO DOS SANTOS\9048  
 Médico Responsável: WAYDSON BASILIO DOS SANTOS\9048

Exames complementares:

DOCUMENTAÇÃO MÉDICO HOSPITALAR

1004031\*



Diagnóstico:

Fratura exposta x ná

 Agudo Crônico TemporáriaDr. Waydson Basílio dos Santos  
Ortopedia - Traumatologia  
CICERA GORETE DA SILVA Meses  Anos

19 FEB. 2013

REGULAÇÃO DE SINISTROS

Previsão de Alta: / /

Hora:

Curado Melhorado Transferido Trat. Ambulatorial Indisciplina 

Óbito: \_\_\_\_\_

Causa: \_\_\_\_\_

Data: / /

Paciente/Responsável

Médico Solicitante



Correção: AFACI

Assinatura: ALAN DA SILVA VIEIRA  
MASCULINO Idade: 35

Unidade: POSTO II

Médico: WAYDSON BASTILO DOS SANTOS

Nº. Internação: 3048 • Data Internação: 22/12/2012  
Registru: 480  
Data Nascitudo: 07/01/1977  
Quantos: 12-2  
CRM: 9048



Seq. Descrição

Seq.	Descrição	Quantidade	Execução	Solic.	Farm.	Centro
1	DIETA ZÉRO					
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML - FR - 2 f EV					
3	CEFALOTINA SODICA 1G - AMP - 1 amp EV DE 806 HS					
4	SULFATO DE GENTAMICINA 37MG/ML - AMP - 3 amp EV UMA X AO DIA - + 250ML SF 0,9%					
5	SETOPROFENO 100MG/ML - FR - 1 amp IV DE 12/12 HS OU 2 x AO DIA - + 100ML SF 0,9%					
6	CLORIDRATO DE TRAMADOL 50MG/ML - AMP - 1 amp EV DE 12/12 HS OU 2 x AO DIA - + 100ML SF					
7	DIPIRONA SODICA 1G/2ML - Amp - 1 amp EV DE 8/6 HS - +8ML AD (2-8)					
8	OMEPPRAZOL 40MG/ML - AMP - 1 amp EV UMA X AO DIA - + AD					
9	SINAIS VITais					
10	HEMOCGRAMA COM CONTAGEM DE PLACETAS					
11	TEMPO DE TROMBINA - - COM INR					
12	GLICOSE - - DE JEJUM					
13	ECG CONVENCIONAL DE ATÉ 12 DERIVACOES - - COM PARECER E RISCO CIRURGICO					

Observações e Cuidados Realizados

5 dias

05/01/2013

06/01/2013

07/01/2013

08/01/2013

09/01/2013

10/01/2013

11/01/2013

12/01/2013

13/01/2013

14/01/2013

REGULAGAO DE SINISTROS  
FUTUROSEG  
09 FEB 2013

HOSPITAL DAS CLINICAS DE FRATURAS DO CARIRI

fone: (88) 2101-3150

Solução Técnico de Enfermagem

Cliente : ALAN DA SILVA VIEIRA

Registro : 3948

Avencio : AFAGU

Leito : 12 2 Baixa : 22/12/2012

Data : 22/12/2012 Hora : 18:12:54 Usuario : LFERNANDES

CLIENTE, ADMITIDO PARA TRATAMENTO CIRURGICO, FOI OPERADO, VEIO DA SALA SOB EFEITO A NESTESICO EM VENOCLESE + OBS.

SEGUE EM TEPOUZO NO LEITO.

Data : 22/12/2012 Hora : 23:13:25 **MARTA Marin** *Muscimento*  
Técnico de Enfermagem*Con. 429032*

CLIENTE EM OBSERVAÇÃO, MCPM, EM VENÓCLISE, EM REPOUSO NO LEITO,

AFEBRIL, PA 12X8 TEMP 36.8°C.

Nº. Internação: 3948 Data Internação: 22/12/2012  
Registro: 480  
Data Nascimento: 07/10/1977  
Quanto: 12:2  
CRM: 9048

FUTUROSEG  
REGULAÇÃO DE SINISTROS

19 FEV. 2013

8  
PÁGINA



Seq.	Descrição	Execução	Quantidades		
			Solic.	Farm.	Contas
1	DIETA BRANDA				
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML - FR - 4 fr EV				
3	CEFALOTINA SODICA 1G - AMP - 1 amp EV DE 6/6 HS		16 - 16 22 04	18 24 6	
4	SULFATO DE GENTAMICINA 80MG/2ML - AMP - 3 amp EV UMAX AO DIA - + 250ML SF 0,9%		16 32	12	
5	CETOPROFENO 100MG/ML - FR - 1 amp IV DE 12/12 HS OU 2 x AO DIA - + 100ML SF 0,9%		16 22	12 24	
6	CLORIDRATO DE TRAMADOL 50MG/ML - AMP - 1 amp EV DE 12/12 HS OU 2 x AO DIA - + 100ML SF		16 22	12 24	
7	DIPIRONA SODICA 1G/2ML - AMP - 1 amp EV DE 6/6 HS - + 8 ML ABD		16 - 16 22 04	18 24 6	
8	OMEPRAZOL 40MG/ML - AMP - 1 amp EV UMAX AO DIA - + ABD				
9	SINAIS VITAIS				
10	CUIDADOS DE ROTINA				

Observações e Cuidados Realizados

Dr. Waydson Basilio dos Santos  
Traumatologia  
Ortopedia CRM-CE 9048

24/11/2013  
Waydson Basilio dos Santos  
CRM-CE 9048

Dr. Waydson Basilio dos Santos  
CRM-CE 9048

ciente : ALAN DA SILVA VIEIRA  
paciente : AFEGU

Registro : 3948  
Leito : 12 2 Baixa : 22/12/2012

Data : 23/12/2012 Hora : 11:25:07 Usuário : LFERNANDES

CLIENTE EVOLUI REGULAR, FOI MEDICADO C PM . SEGUO EM REPOUSO + OBS. PA- 120 X 80.

Data : 23/12/2012 Hora : 14:52:21 Usuário : LFERNANDES

CLIENTE EVOLUI ESTÁVEL, FOI MEDICADO C P M. PA= 129 X 70.

Data : 23/12/2012 Hora : 20:40:21 Usuario : MDORES

CLIENTE CONCIENTE, ORIENTADO, EVOLUE COM MELHORA NO P.O. MEDICAD

RENOVADO A.V.P. SEGUO EM REPOUSO NO LEITO SOB OS CUIDADOS DA ENFERMAGEM

PA 130 X 80 TEMP 36.5°C

.....



HOSPITAL  
DAS CLÍNICAS  
E FRATURAS  
DO CARIRI.

BOLETIM DE CIRURGIA

Paciente: *Diego Silveira Viana*

Convênio:

REG. N°

DIAGNÓSTICOS:

*Paciente com x 200g de fratura (51G), o paciente é fumante ex fumado x 200g 21 anos x 12hs se evoluindo.*

CIRURGIAS REALIZADAS: *Tratamento de fratura*  
*Exertos x 200g*

CÓDIGO AMB:

DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA

*1) Pocoente em se articula ossos  
2) Apresenta + obstrução + Conge  
3) Sintese + fratura x 200g*

FUTUROSEG  
REGULAÇÃO DE SINISTROS

19 FEB. 2013

PÁGINA

H.C.F.C.

1444  
40 ORIGINAL

Dr. Wandson Basílio dos Santos  
Ortopedia - Traumatologia  
CRMFCE 9048  
CIRURGIÃO

1º AUXILIAR



# HOSPITAL DAS CLÍNICAS E FRATURAS DO CARIRI

Paciente: Alan da Silva Vieira  
Cirurgia: Tto cirúrgico C/ fixação

Convênio: Particular  
Data: 22/12/12

Anestesia: Início: 15:30 Hs Fim: 16:30 Hs Médico: Dr. Waydson

Material		Taxa de Sala		Sol./Medicam./Anestésicos			
Ácido Peracético	Gr	Porte 0 - Ambulatorial		Adrenalina	AMP		Soro Fisiol. Infusão/ Lavar
Álcool 70%	ML	10	Porte 1 - Até 01 hora	Aqua Destilada 10ml	AMP		Soro Fisiol. 100ml
Agulha Desc. 13x4,5	UN		Porte 2 - Até 02 horas	Aqua Destilada 1000ml	TB		Soro Fisiol. 250ml
Agulha Desc. 25x07	UN		Porte 3 - Até 03 horas	Aqua Oxigenada	ML		Soro Fisiol. 500ml
Agulha Desc. 30x08	UN		Porte 4 - Até 04 horas	Álcool Iodado	ML		Soro Glic. 250ml
Agulha Desc. 40x12	UN		Porte 5 - Acima 05 horas	Aminofilina	AMP		Soro Glic. 500ml
Agulha Peridural 18G	UN			Aramim	AMP		Sol. Glico-Fisiológico 500ml
Agulha Raqui 26 e 27	UN			Atropina 0,25mg	AMP		Sol. Ringer Lactato 500ml
Agulha Stimuplex	UN			Bicarbonato de Sódio	AMP		Sulfenta
Atraclip	UN			Brevibloc	AMP		Tenoxen 20mg
Azul Metíleno	UN			Clonidin 150mcg	AMP		Tilatil 20mg
Atadura de Crepon	15			Decadron 4mg(Dexametasona)	AMP		Tracrium 10mg/ml
Bola de algodão	UN			Difenidrin	AMP		Tramal 50mg
Band-Aid	UN			Dimorf 0,2 e 1mg	AMP		Trofodermin
Cânula Endotraqueal	UN			Dolosal 100mg	AMP		Valium 10mg
Cateter Jelco	UN			Dormonid 15mg	AMP		Vaseline pomada
Cateter Oxigênio	UN			Droperidol	AMP		Voltaren 75
Clamp Umbilical	UN			Efedrina 50mg	AMP		Xylestesin CV 2%
Coletor Urina Fechado	UN			Efortil 10mg	AMP		Xylestesin GEL
Compressa Grande	UN			Esmeron 10mg/ml	AMP		Xylestesin Spray
Colonete	UN			Éter	ML		Xylestesin SV 2%
Capa p/ Video	UN			Fenergan	AMP		
Dreno Penrose	UN			Fentanest	FA		
Dreno Tórax BioKit	UN			Fraxiparina 0,3 ou 0,6	AMP		
Eletrodos ECG	UN			Glicose 25% ou 50%	AMP		
Equipo Artroscopia	UN			Glutarpn	MI		
Equipo Sangue	UN			Haemofacel	TB		
Equipo Soro	UN			Heparina 5000/1ml	AMP		
Espadrapo c/m	UN	10		Hidrocodortisona	FA		
Escova PVPI	UN	11		Hypaque 50%	FA		
Faixa Smarch	UN			Inoval	AMP		
Formol líquido	ml			Iosflurano	FR		
Gaze Alcochoada	UN			Kanakion	AMP		
Gaze Seca (7,5x7,5)	UN	70		Ketalar 50mg/ml	FA		
Gaze Vaselineada	UN			Lanexal 0,5mg	AMP		
Gel Condutor	Gr			Lasix 40mg (Furosemida)	AMP		
GORRO desc.	UN			Methergin	AMP		
Hemodreno N°	UN			Nalorfina	AMP		
Intracath	UN			Narcan 0,4mg	AMP		
Irrigafix	UN			Naropin	AMP		
Lâmina Bisturi	UN	10		Nausedron 4mg	AMP		
Luvas Cirúrgicas	UN			Neocaina CV 0,5%	AMP		
Luvas de procedimento	UN			Neocaina Pesada 0,5%	AMP		
Máscara desc.	UN			Neocaina SV 0,5%	AMP		
Micropore	UN			Novabupi CV 0,5%	AMP		
Povidone DEG.	UN	80		Novabupi SV 0,5%	AMP		
Propés desc.	UN			Novabupi 0,75 CV	AMP		
Prestorbarba	UN			Novabupi 0,75 SV	AMP		
Scalp n°	UN			Novalgina 500mg/ml(Dipirona)	AMP		
Seringas desc. 03 ml	UN		01 - Cirurgião: Dr. Waydson	Nubain 10mg	AMP		
Seringas desc. 05 ml	UN		02 - Auxílio I:	Óleo de Canola	MI		
Seringas desc. 10 ml	UN		03 - Auxílio II:	Omeprazol 40mg	FA		
Seringas desc. 20 ml	UN		05 - Instrumentador: DIANA	Orastina	AMP		
Seringas desc. 60 ml	UN		06 - Anestesista: DR Ticiano	Rancuron	AMP		
Seringa Peridural - Perifix	UN		07 - Pediatria:	Pavulon	AMP		
Sonda Folley 2V N°	UN		00 - Circulante:	Plasil 10mg	AMP		
Sonda Folley 3V N°	UN			Propofol 1% e 2%	AMP		
Sonda Nasogástrica	UN			Prostigmine 0,5mg	AMP		
Sonda Uretral N°	UN			Quelicin 100mg	AMP		
Torneira 3V	UN			Sevoflurano	FR		
Transfix	UN						
Tala Gessada MS	UN						



# FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ E PÓS ANESTÉSIA

## PRÉ-ANESTÉSICO

Nome	<i>Elson da Silveira Vieira</i>			Reg.		
Sexo	Mas.	Idade	35 anos	Peso	Alt.	Clinica
Diag. Pré - Op.						
Cirurgia Proposta <i>Trat. cirúrgico de fissuras</i>						
Anest. Ant.						
Alergia <i>Nenhuma</i>						
Fumo Tempo - Quant.			<i>Não fuma</i>			
Drogas em uso - Doses			<i>Nenhuma</i>			
Estado Mental <i>Consciente</i>			Tipo de Sangue			
Boca			Pescoco			
PA. <i>120 x 80 mmHg</i> F.C <i>85</i>			Pulso		Veias	
Ap. Resp.						
Ap. Circ.						
Ap. Gen - Uri						
S. Nervoso						
S. Endocrino						
Exs. Compl.						
Est. Físico(asas) <i>Normal</i>			Anest. Proposta <i>Bloqueio de nervo Brachial</i>			
			Assinatura <i>Elson da Silveira Vieira</i>			
<b>PÓS - ANESTÉSICO</b>						
Sala de Recuperação			Enfermagem <i>Elson da Silveira Vieira</i>			
Data - Hora			Data - Hora			
Assinatura			Assinatura			

Obs.:



**HOSPITAL  
DAS CLÍNICAS  
E FRATURAS  
DO CARIRI**

Avenida Padre Cícero KM 02 Bairro: Triângulo  
Juazeiro do Norte CE  
PABX: (88) 2101.3150 FAX: (88) 3571.4517

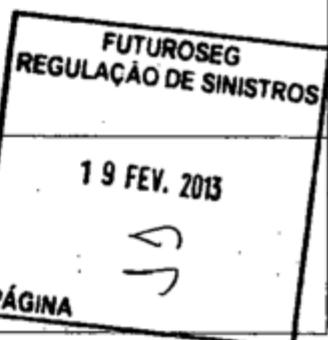
NOME DO CLIENTE:	ALAN DA SILVA VIEIRA			
EXAME SOLICITADO:	Raio X da Mão Esquerda		DATA 22/12/2012	IDADE 35 Anos
MEDICO:	Dr. Waydson Basilio dos Santos	CRM: 9048 CE	CONVÊNIO:	PARTICULAR

## LAUDO RADIODIÁSTICO

Fratura dos 3º e 4º metacarpianos e da falange proximal  
do 3º dedo esquerdo.

DR. EDUARDO LOPES  
CRM 721 - CE 001.810.203-72

EDUARDO TEIXEIRA LOPES  
Cardiologia - Radiologia  
CRM: 721 - CE



PÁGINA





**HOSPITAL  
DAS CLÍNICAS  
E FRATURAS  
DO CARIRI**

Avenida Padre Cicero KM 02 Bairro: Triângulo  
Juazeiro do Norte CE  
PABX: (88) 2101.3150 FAX: (88) 3571.4517

NOME DO CLIENTE:	ALAN DA SILVA VIEIRA			
EXAME SOLICITADO:	Raio X da Mão Direito		DATA 22/12/2012	IDADE 35 Anos
MEDICO:	Dr. Waydson Basilio dos Santos	CRM: 9048 CE	CONVÊNIO:	PARTICULAR

## LAUDO RADIOLÓGICO

Fratura dos 3º e 4º metacarpianos e da falange proximal do 3º dedo.

**FUTUROSEG  
REGULAÇÃO DE SINISTROS**

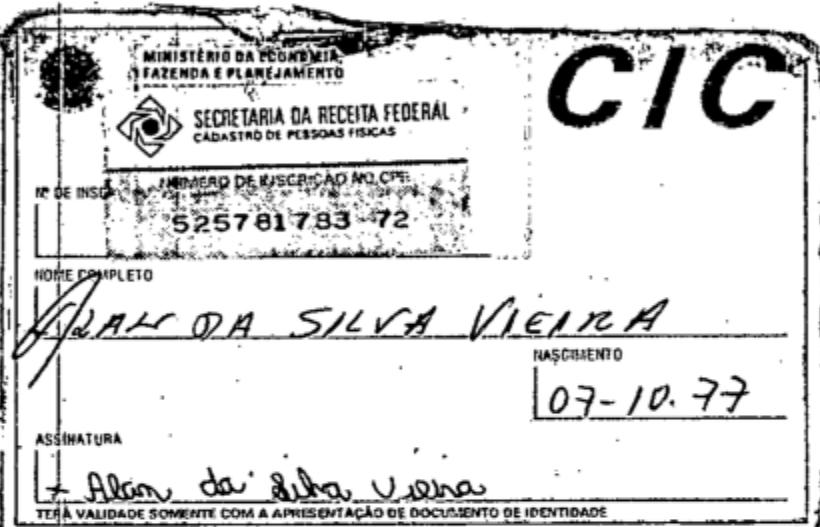
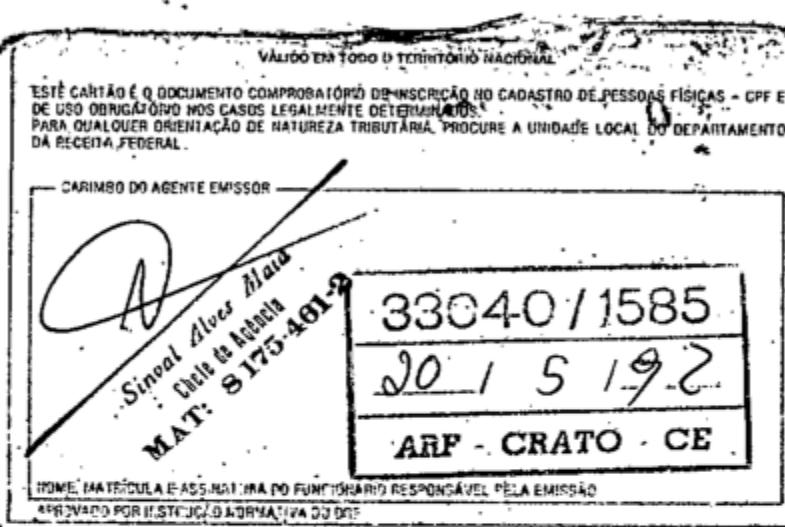
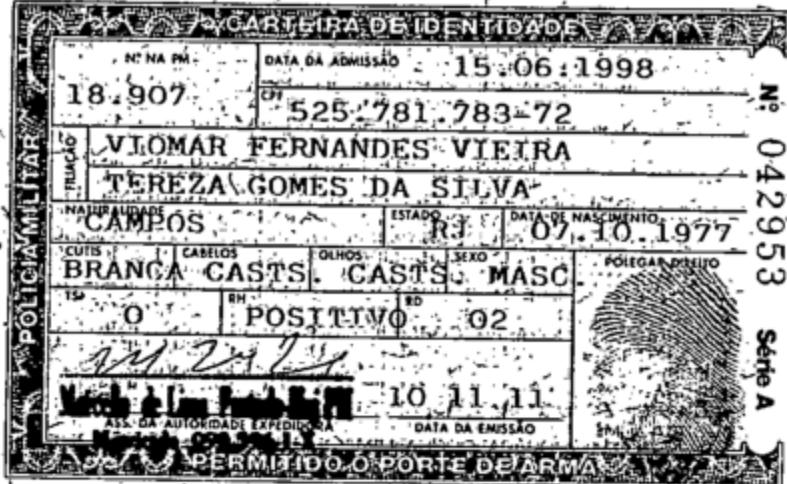
**DR. EDUARDO LOPES**  
CRM 721 - CPF 001.610.203-72

**EDUARDO TEIXEIRA LOPES**  
Cardiologia - Radiologia  
CRM: 721 - CE

19 FEV. 2013

12  
PÁGINA





**DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO**



\*1004037\*





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE CAMPOS SALES



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 431 - 117 / 2013

*Dados da Ocorrência*

Natureza do Fato: **ACIDENTES - OUTROS**

Data / Hora da Comunicação: **04/02/2013 09:06:00**

Data / Hora da Ocorrência : **21/12/2012 19:30:00**

Endereço da Ocorrência: **R. JOÃO SEVERO CORTEZ S/N  
CENTRO CAMPOS SALES /CE**

Ponto de Referência:

*Dados da(s) Vítima(s)*

Nome: **ALAN DA SILVA VIEIRA**

Nascimento : **07/10/1977**

RG: **12712413** Órgão Emissor: **PM** UF: **CE** - CPF: **52578178372**

Filiação: **VILMAR FERNANDES VIEIRA  
TEREZA GOMES DA SILVA**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

\*1004026\*



Endereço: **R CENTRAL 52**

**CENTRO 63150000**

**CAMPOS SALES CE BRASIL**

Telefone: **00000000000**

*Histórico*

Afirma a pessoa acima Qualificada, sujeita as penalidades previstas nos Artigos 340 (Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção) e 342 (Falso Testemunho) do Código Penal Brasileiro, QUE, na hora e data supra trafegava em uma MOTO HONDA NXR 150 BROS ES, COR PRETA, ANO/MODELO 2010/2011, PLACA NUY 1108/CE, RENAVAM N° 273596268, CHASSI N° 9C2KD0550BR529861, INSCRIÇÃO DE CAMPOS SALES-CE, EM NOME DE VERÓNICA DA SILVA VIEIRA, quando ao passar por uma lombada perdeu o controle do veículo e veio ao solo; QUE, devido ao acidente sofreu várias fraturas e sérias lesões, inclusive precisou passar por intervenção cirúrgica devido a uma fratura exposta que sofreu no dedo médio da mão esquerda, motivo pelo qual resolviu comparecer a esta Delegacia e registrar a ocorrência. E nada mais tendo a constar, foi encerrado o presente registro que segue devidamente assinado.

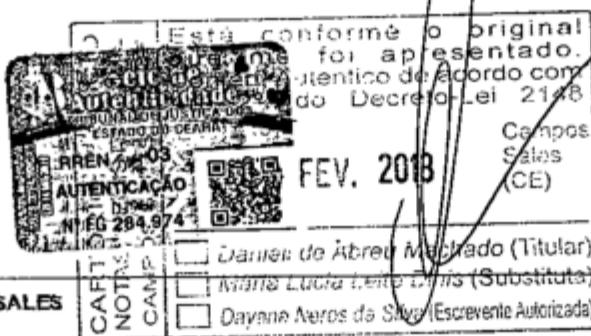
**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE CAMPOS SALES**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:**

**NOME: "ESCRIVAO AD HOC"**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:** *Alan da Silva Vieira*

**VISTO DO DELEGADO(A):**



**DELEGACIA MUNICIPAL DE CAMPOS SALES**

**CART**

**NOT**

**CAN**

**FEV. 2013**

**Campos  
Sales  
(CE)**

**Daniel de Abreu Machado (Titular)**

**Maria Lucia Lento Dinis (Substituta)**

**Dayane Alencar da Silva (Escrevente Autorizada)**

**Pág. 1 de 1**

**Impresso em 04/02/2013 09:16**



## **AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO DPVAT**

Nº DO SINISTRO 20131693748

- 1.  CRÉDITO EM CONTA CORRENTE**

Nº BANCO 001 Nº AGÊNCIA 0733-1 C/C 7.515-9

2.  CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

Nº BANCO 237 Nº AGÊNCIA \_\_\_\_\_ C/P \_\_\_\_\_

3.  CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

Nº BANCO 001 Nº AGÊNCIA \_\_\_\_\_ C/P \_\_\_\_\_

- #### 4. CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

Nº BANCO 341 Nº AGÊNCIA \_\_\_\_\_ C/P

- ##### 5. CRÉDITO EM CONTA POUROANCA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Nº BANCO 104 Nº AGÊNCIA C/P

**DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE**

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

Campus Sales, 08/08/2013  
**LOCAL / DATA**

x Flora da Dinha Vieira

BANCO DO BRASIL S.A.  
04/02/2013 - AUTO-ATENDIMENTO - 10.48.50  
0073370421

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

AGENCIA: 0733-1 CONTA: 7.515-9  
CLIENTE: ALAN DA SILVA VIEIRA

HISTORICO	DOCUM.	VALOR
07/01/2013		
Saldo Anterior		8,440
01/02/2013		
AABB-Assoc Atl Bco Brasil 027338		20,00D
AABB-Assoc Atl Bco Brasil 027338		20,00D
Cobrança de Juros 058928		0,46D
Cobrança de I.O.F. 100701		0,20D
Saldo		49,10D
04/02/2013		
Deposito em Dinheiro 505287		650,00C
S A L D O		600,90C

LANCAMENTOS FUTUROS:

0402 AGEND,DEB 008357430 RS 1.042,01D

Limite Conta Eletronica	650,00C
Saldo Aprovisionado no Dia	1.042,01D
Saldo Disponivel	208,89C
Juros *	0,23
Data de Debito de Juros	01/03/2013
IOF *	0,16
Data de Debito de IOF	01/03/2013

(\* Apurados de acordo com o somatorio dos saldos devedores diarios no mes anterior ao debito.

CREDITO BOMPRATODOS: 2.432,00C

Dias de Uso Cheque Especial	03
Taxa Cheque Especial	4,70% am 73,52% aa
Tributos (IOF)	0,38% + 0,0041% ad
Custo Efetivo Total	5,20% am 85,36% aa
Vencimento	31/07/2013

Linhos de Credito	Credito BOMPRATODOS*
BB Credito Novo	2.432,00
BB Credito Automatico	2.432,00
Financiamentos de Bens/Servicos	
BB Cred.Veiculo/Leasing	8.225,00
BB Credario/Construcao	7.946,00

\*VALORES DE REFERENCIA. Sujeitos a confirmacao no momento da contratacao.

Taxa Maxima Conta Especial: 5,70% P/voce: 4,70%\*

Traga seu salario ou beneficio INSS para o BB e reduza as taxas do cheque especial e do credito rotativo Ourocard. Para saber como ter acesso a essa reducao, acesse [www.bompratodos.com.br](http://www.bompratodos.com.br) ou procure sua agencia.

OBSERVACOES:

Central de Atendimento BB  
4004 0001 / 0800 729 0001  
Para deficientes auditivos  
0800 729 0008

