

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: 06/10/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FABIO FRANCA FEITOSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00855

CONTA: 00000123261-5

Nr. da Autenticação F1FCFE780C972CFC

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170516878
Vítima: FABIO FRANCA FEITOSA

Cidade: Teresina
Data do acidente: 06/03/2017

Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: ALFA SEGURADORA

PARECER

Diagnóstico: Fratura da clavícula direita

Descrição do exame médico pericial: Mobilidade do ombro direito:
Abdução, flexão e elevação de 90°.
Extensão: 30°.
Rotação interna: 30°.
Rotação externa: 40°.

Resultados terapêuticos: Tratamento não cirúrgico através de uso de imobilização por 03 meses. Seguido de fisioterapia domiciliar.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro direito em grau médio.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 04/10/2017

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau médio do ombro devido à limitação da abdução, elevação e flexão de 90 graus.
Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

Médico examinador: Miguel Angelo Gonçalves Reis Filho

CRM do médico: 4369

UF do CRM do médico: PI

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

**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

Nome do(a) Examinado(a): **FABIO FRANCA FEITOSA** Sinistro: **3170516878** Data: **06/03/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Santa Quiteria, 4152, 4152 - Satélite - Teresina - PI - CEP 64000-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **2367080**

Data local do exame: [**04/10/2017**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Fratura clavícula direita. Abdução, flexão e elevação de 90° Extensão: 30°. Rotação interna: 30° Rotação externa: 40°

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

Tratamento não cirúrgico através de uso de imobilização por 03 meses. Seguido de fisioterapia domiciliar.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação ADM ombro

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. 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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias

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

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):
Ombro direito

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

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



Miguel Angelo Gonçalves Reis Filho - CRM: 4369 - PI

Rio de Janeiro, 12 de Outubro de 2017

Carta n°: 11802882

A/C: FABIO FRANCA FEITOSA

Sinistro: 3170516878 ASL-0367520/17
Vitima: FABIO FRANCA FEITOSA
Data Acidente: 06/03/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: FABIO FRANCA FEITOSA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000855

Conta: 00000123261-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
-----------------------------------------	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Flávio França Leitão,
RG nº 2.273.008, data de expedição 02/07/01,
Órgão SSP / PI, portador do CPF nº 001.970.353-88, com
domicílio na cidade de Teresina, no Estado de

PI - Rua Apolo x I Satélite | nº 4131
complemento (esq), declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Fábio Fracca Teixeira, cujo o condutor era
- Fábio Fracca Teixeira

Véiculo: moto
Modelo: Honda CG 150 Fan ES
Ano: 2013
Placa: LVJ 556
Chassi: 4C1K51670DR009473

Data do Acidente: 06/03/2017

Local e Data: Teresópolis

Assinatura do Declarante

**DEPARTAMENTO DE REGISTRO
PRVAT**

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 SET 2017

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 66.002-420

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima Reclamante do sinistro)

Carimbo de Autenticação do Delegado de Polícia Civil, referente à assinatura	TERESA CARNEIRO DE SOUZA TITULAR DA POLÍCIA FEDERAL DPO UANDRIO NOGUEIRA, TECN. CEN. DEP. 3420-201-138584-P fone: (66) 3217-8866 - E-mail: tcarneiro@police.fazenda.gov.br
RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE À FIRMA DE: FLAVIO FRANCA FERREIRA, ADVOGADO, EM TESTIMÔNIO DA VERDADE, TEMENDINA, 22-10-2017. Encarregado de Assistência Jurídica da Secretaria de Segurança Pública, 349-53 (Folha 25)	
JUDICIAIS DE ESTADO DA PARAÍBA Escrevente Autorizada.	





Fundação Municipal de Saúde



CÓD. TRANS: 06032017015
SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
FICHA DE ENCAMINHAMENTO

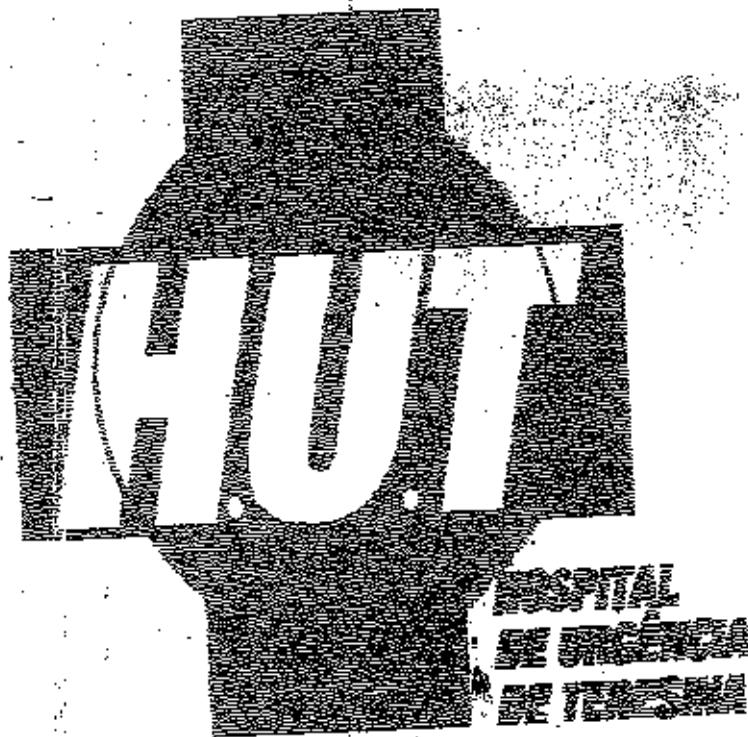
Da Unidade Hospital Materno	Para Unidade Urgência	(CORPO)
Paciente: Fabio Franco Filho, 32 anos		Registro
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO		
# HMA: paciente vítima de quebra de moto com golpe no rosto há 30 minutos referindo dor em óbito. D. #AP: NÃO # Sozinho. G15, PT FR, sem díques Dor é palpável de dor intensa e abrasão em M2(D).	# Fetus de dor intenso(D)	# Ralo x. Preágua ab másc de flanaria(D)
HD. Data 08/09/17	Médico responsável pelo encaminhamento / carimbos	

FICHA DE RETORNO

Da Unidade	Para	CD: ① Encaminhado para consulta onto pedico no dia 08/09/17 (Não disponivel até o dia 10/09/17)
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM DR. VASCONCELOS	DIAGNÓSTICO	
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	Nemésio Moreira de Castro Neto Matrícula: 70891 SAMU-UFT Confere com Original	Dr. Luiz Bastos Urgente de Cabeça e Pescoço Enfermagem Geral EFT-UFT 4019
20 SET 2017		
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Cuiabá - MT - CEP: 64002-240		
Data	Médico responsável pelo encaminhamento / carimbos	

OBSERVAÇÃO:

1. Deverá ser preenchido em duas vias.
2. Retornar ao formulário para nova admissão à Unidade de Emergência.



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 SET. 2017

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470

NOME DO PACIENTE: Fábio França Freitas

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 437253

SERVÍCIO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME
"O HOSPITAL SO EXPIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS
À SUA UTILIZAÇÃO".

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Data: 06/03/2017 11:39:56

Nome: MARCO ROCHA

Estação: EMERGÊNCIA/PED

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: FABIO FRANCA FEITOSA		Prontuário: 437253
Mãe: LUCIA MARIA DOS SANTOS FEITOSA	Pai: ANTONIO NUNES FEITOSA	
End. Resid.: RUA SANTA QUITERIA N4152 - SATELITE - TERESINA - PI - CEP: 64069-990	Sexo: Masculino	Fone: 86-99412-3161
Nascimento: 09/09/1984	Idade: 32a:6m:25d	CNS: 898003445065197
Responsável: CARMEM LUCIA	Documento: RG: 2367080 - SSP PI	DEPARTAMENTO DE ANESTESIA
Profissão: APlicador de Manta	E.Civil: Casado/a)	DPVAT
G. Instrução: Não informado		CONTEUDO NÃO VERIFICADO
End.Local.: -		20 SET 2017

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 597321	Data: 06/03/2017 11:21:20	Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU	GENTE SEGURADORA S.A.
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VITIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: PNP Coletivo de Resende 65 Loja 0	Centro Norte CEP: 64.002470
Acid.Trab.: Sim	Acid. Trajeto: Sim	Acid. Trab. Típico: Não	CID Secundário: V299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma:	Evento Principal:	Destino:	Classificação:
PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Dor moderada	CIRURGIÃO GERAL	Amaralco
Grava Histórica:		Profissional Clas. Risco:	
VITIMA DE QUITADA DE MOTOCICLETA/SIC: COM QUEIXA DE DOR EM OMBRO DIREITO E AXILAR DIREITA. ENCAMINHADO PARA CONSULTA COM ORTOPEDISTA DEVIDO FRACTURA DE CLAVÍCULA. FORNECEU DORSALIS PERDA DA CONSCIÊNCIA.		MARCO ANTONIO VERA ROCHA 06/03/2017 11:39:56	

DADOS CLÍNICOS: (Hora:)

(R) = lesão do Clavato

(D) = dor achatado

Nenhum Marca de Costura visto
Matrícula: 1061
SAÚDE HUT
Confere com Original

PR: X mmHg	Pulso:	FC:	bpm	Temp.:
Exame: Diagnóstico: <i>lesão Clavato D - Ido</i>				

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

ta fruto
Onça molar
Lata e peixe e ovo

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: / /	HOJE: / /	Procedimento: / /
-----------	-----------	-------------------

Thierry Lucia da Silva centro

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico

*Dr. Caco Vila de Oliveira Neto
 Médico Ortopedista
 CRM-PB 1364*



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otto Tito 1620 Redenção - Fone: 86 3229 4872
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 03.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FABIO FRANCA FEITOSA** (Prontuário: 437253)

Endereço: RUA SANTA QUITERIA N4152 - SATELITE - TERESINA - PI CEP: 64069-990
 Nascimento: 09/09/1984 Idade: 32a:6m:5d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 697321
 Requisição: 726009 Solicitação: 06/03/2017 Solicitante: CAIO VAZ DE OLIVEIRA NETO
 Controle: 903163 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Data Exame: 06/03/2017

Cod. SIA: 0204040060

CLAVICULA ESQUERDA

O estudo radiológico do clavícula direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura no 1/3 médio da clavícula.

(LUIS CEZAR)

DEPARTAMENTO DE SÍNTESES DPVAT	TERESINA - PI 14/03/2017
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	
20 SET. 2017	
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja G. Centro - Norte CEP: 64.002-470	

ELIANE RODRIGUES MENDES
 CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710
 Profissional Responsável

Nenêzio Martins de Castro Neto
 Matrícula: 70.001
 SAME-HUT
 Conforme com Original

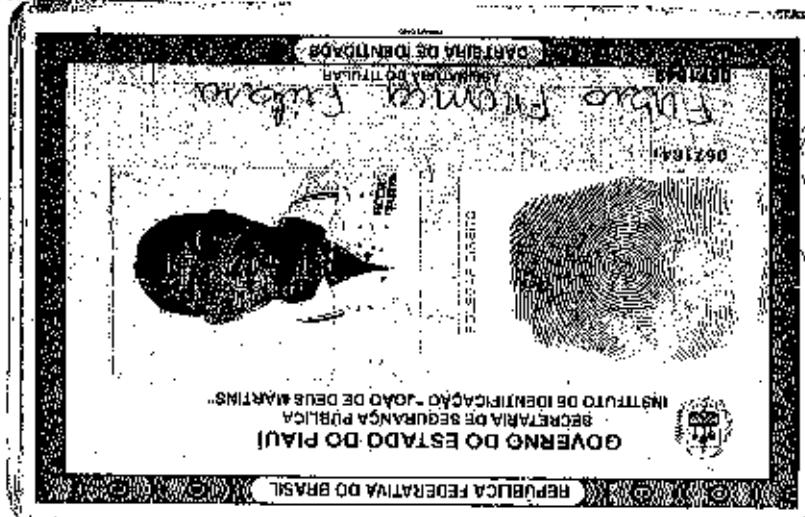
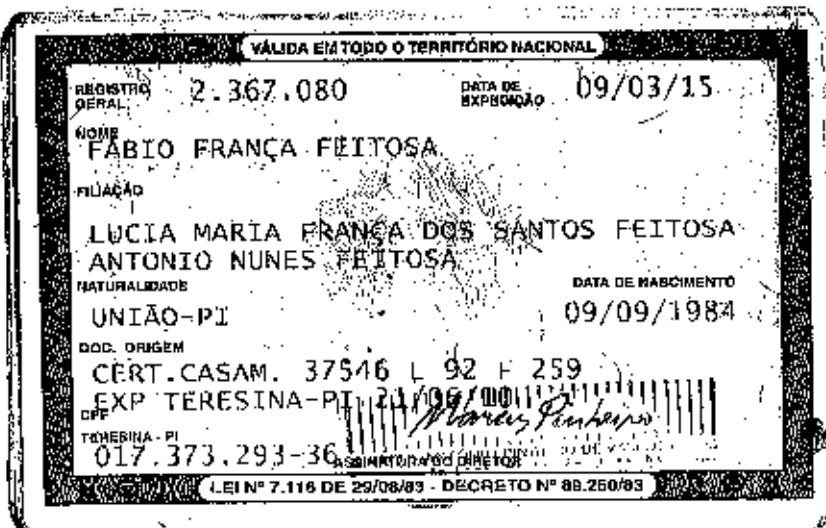


...Características da impressão...

DEPARTAMENTO DE SÍNTESES
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 SET. 2017

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.000-040





0014*

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Fábio França Filho

PORTADOR(A) DO RG Nº 2.367.080 EXPEDIDO POR SSPI PI EM 09/03/15 E
CPF 011.337.329-36 CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO Reclamou-se
E RENDA MENSAL DE R\$ Reclamou-se NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REIMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Fábio França Filho, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Férias;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta com o documento de comprovação dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br, bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito);
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 SET. 2017

GENTE SEGURADORA S.A.
Nº do CUIT: 35.240.000/0001-46
Endereço: Rua Presidente Vargas, 465 Loja C
Número: 64.002470

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/íca 1º ou colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários Informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 304 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0865 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 123.261-5

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 304 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0865 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 123.261-5

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCritas, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E SOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

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 sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0721204.

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

0855 - JQUEI CLUF P1
DATA: 18/07/2017 PRA A Jundiapeba/SP 13011-52
TERMINAL: 1012446165750 = 010100076
VALOR DEPOSITADO: R\$ 100,00
VALOR DE RETIRADA: R\$ 100,00
AGENCIA/CONTA CRÉDITO DA: 0855/013/00123/261-5
NOME: TABIO FRANCA SEU TOCAGALO
DEPÓSITOS:

VALOR DE SAQUE: R\$ 100,00
VALOR DE DINHEIRO: R\$ 100,00

Informações, reclamações, sugestões e elogios:
Centro SAC CAIXA 0800 722 0101
Autoria da CAIXA: 0800 725 7474
www.caixa.gov.br

**DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT**

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

20 SET. 2017

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470

1ª Via - Via Cliente

Este é o seu comprovante de saque na agência de Jundiapeba/SP.
Para mais informações entre em contato com a sua agência ou com o SAC.



Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003858/2017-40

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Cláudio Costa De Sousa

Data/Hora: 12/09/2017 - 09:19

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

390941

Data/Hora

06/03/2017 - 06:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Bairro

PIÇARREIRA

Endereço

AV. CAP. VANDERLEI, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

LAR DA ESPERANÇA

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FÁBIO FRANÇA FEITOSA

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

RG: 2367080 PI

Mãe: LUCIA MARIA FRANÇA DOS SANTOS FEITOSA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

Endereço: RUA SANTA QUITERIA, Nº 4152

DEPMAR

Bairro: SATÉLITE

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

Cidade: TERESINA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

20 SET. 2017

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Copilho de Resende, 465 Loja E

Centro - Norte CEP: 64.002-400

RELATO DA OCORRÊNCIA

A VITIMA RELATA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/CG 150 FAN ESI, PLACA LVJ-5561-PI, COR PRETA, RENAVAM 536364982, PROP. DE FLAVIO FRANÇA FEITOSA, E QUE TRAFEGAVA PELA VIA CITADA, SENTIDO SATÉLITE/PIÇARREIRA, QUANDO CAIU EM UM BURACO NA PISTA. FOI SOCORRO POR TERCEIROS E LEVADO PARA O HOSP. DO SATELITE. DEPOIS TRANSFERIDO PARA O HUT. (PRONT. 437253). TESTEMUNHA:FRANCISCO DE ASSIS DA COSTA, RUA BONANCIO, 3909-PQ. UNIVERSITARIO. DECLARAÇÕES DO NOTICIANTE.

Cláudio Costa De Sousa - Mat. 1085166
AGENTE DE POLÍCIA

FÁBIO FRANÇA FEITOSA - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

Dados do Chamado	01 N°. do chamado 0823	02 Data do chamado 06/03/2017	03 PRO (código) 18118	04 Saída do PA 09:55	05 Chegada ao local 10:27				
Local da Ocorrência	06 Saída do local 10:46	07 Chegada ao 1º hospital 10:53	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital					
Dados do Paciente	10 Endereço DO	11 Bairro PAR	12 Município-UF Te/PI	Código IBGE 223306					
	13 Ponto de referência TRINCA FRANCOS	[0603 2017 015]							
Dados do Paciente	14 Nome Fábio Francisco Faria	15 Sexo 1 - Masculino							
	16 Idade 32 Ano	17 Síndrome ignorada, preencha com 999	18 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado	DEPARTAMENTO DE SERVIÇO CONTEÚDO NÃO VERIFICADO					
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espancamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica	06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico	14 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 15 - Transferência 16 - Exames complementares	16 - Outros	10 SET 2017				
Acidente de Transporte	19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	PACIENTE SEGURODORAS A.				
Exame Físico	23 Glasgow = ABERTURA OCULAR 4-Espontânea 3-À voz 2-À dor 1-Nenhuma	RESPOSTA VERBAL 2-Orientada 4-Confusa 3-Palavras inapropriadas 2-Palavras incompreensíveis 1-Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 6-Obedece a comandos 5-Localiza dor 4-Movimento de retirada 3-Flexão anormal 2-Extensão anormal 1-Nenhum	24 Sinais Vitais Pulso _____ Resp. _____ PA. _____ TAX. _____ Sati2 _____	25 Local da lesão 				
Auxiliária	26 Pupilas 1 - Igualas 2 - Desiguais	29 Dor ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 - Leve 3 - Moderada 7 - Intensa 10	30 Fratura 1 - Sim 2 - Exposta 3 - Fechada 2 - Não 3 - Suspeito						
Hospital de Destino	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração Oxigênio Curativos Prancha longa curta Colar cervical KED Imobilização de extremidades Reanimação cardiopulmonar Assistência obstétrica	Glicemia Acesso Venoso Medicamentos a) _____ b) _____	Nemesis Nutriente de Castro Neto 70831 ALWASHUT Conteúdo em Original						
Observações Interdisciplinar	32 Hospital de Destino HUT	34 Óbito 1-Sim 2-Antes do socorro 3-Antes do transporte 4-Durante o transporte	Não Removido						
	Guarda de moto. Paciente consciente, orientado, fio. e eunéxico, deambulando. Condutor, não alcoolizado. Com pacote. Refuta dor e restrição de mobilizacão. RX evidencia fratura t3 médio clavicula. Foi removido por orden Dr. Buzio. Bustos para antiabacão e condutor de moto fio.								
	Socorrista Médico AEFE:	G. fernandes		Enfermeiro Condutor					
	Responsável pela recepção:								