

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: 000000123261-5

Nr. da Autenticação F1FCFE780C972CFC

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170516878 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FABIO FRANCA FEITOSA **Data do acidente:** 06/03/2017 **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 Quitéria, 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 susceptível 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

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente" (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):
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 nº: 11802882

A/C: FABIO FRANCA FEITOSA

Sinistro: 3170516878 ASL-0367520/17
Vítima: 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, Flavio Franca Feitosa
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 Apollo XI Satellite nº 4131
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Flavio Franca Feitosa, cujo o condutor era

- Flavio Franca Feitosa

Veículo: moto
Modelo: Honda CG 150 Fan 655
Ano: 2013
Placa: LVJ 5561
Chassi: 4C2Kc1670DR009473

Data do Acidente: 06/03/2017

Local e Data: Teresina

Flavio Franca Feitosa
Assinatura do Declarante

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
20 SET. 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

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

TERESINA - CENTRO DE NOTAS TITULAR: ANA L. A. VESDESAVIA RUA ANDRÉA AUGUSTO, 102 CEN. NO. 148, 5400-200 - TERESINA - PI Fone: (0800) 12217886 - E-mail: atendimento@teresiananotas.com.br
RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE, A FIRMA DE: FLAVIO FRANCA FEITOSA, NOU FE. EM TEST. DA VERDADE, TERESINA - PI, 06/03/2017. Emissão: 13.00
06/03/2017, 13.00, Teresina - PI, 64.002470, 34968 (FOLHA 2)
JUDITE DE CASTRO LARROSA - Escrevente Autenticada
L. Tabela

30
SELO DE FISCALIZAÇÃO
Autenticidade
Poder Judiciário
Estado do Piauí
Atos de Notar
Recebo e
Indicador
3221.7886
RECUPERAÇÃO DE FOLHA
34968



0006



Fundação Municipal de Saúde



COD TRANS 0603 2017 015

SERVIÇO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Da Unidade <u>Hospital Santa Lúcia</u>	Para Unidade <u>UT (Ortop)</u>
Paciente <u>Fábio Augusto Frizora, 32 anos</u>	Registro
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	
<p># HPM: Paciente vítima de queda de moto (sem capacete) há 30 minutos referindo dor em nível D. # AP: NON # Ao exame: G15, PT FR, sem deform. Do o palpação de dor local D e o trauma em M D.</p> <p># Rax: protugo de 1/2 HD. Fatura de dor local D</p> <p>Data <u>06, 09, 17</u> médico de clínicas D</p>	
Médico responsável pelo encaminhamento / carimbo	

FICHA DE RETORNO

Da Unidade	Para
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA DE VET	DIAGNÓSTICO
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	
20 SET. 2017	
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Cidade - São Paulo - CEP: 04024-700	<p>Nemesis Moraes de Castro Neto Matrícula: 70891 SAMEHUT Conte com Original</p> <p>Dr. Luiz Bastos Especialista em Ortopedia e Traumatologia CRM-SP: 4819</p>
Data	Médico responsável pelo encaminhamento / carimbo

OBSERVAÇÃO:

- Deverá ser preenchido em duas vias.
- Deverá ser entregue a via original ao paciente e a via cópia à Unidade de destino.



HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 SET. 2017

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002470

NOME DO PACIENTE: Fabio Franca Brito

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 437253

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ 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

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

Usuário: MARCO ROCHA
Especialidade: EMERGENCIA200

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 Nº152 - SATELITE - TERESINA - PI - CEP: 64069-990			
Nascimento: 09/09/1984		Idade: 32a:6m:25d	
Responsável: CARMEM LUCIA		Sexo: Masculino	
Profissão: APLICADOR DE MANTA		CNS: 098003445065197	
G. Instrução: Não informado		Documento: RG: 2367080 - SSP PI	
End. Local: - - -		E. Civil: Casado(a)	
		Fone: 86-99412-3161	
		DEPARTAMENTO DE REGISTRO	
		DPVAY	
		CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	
		20 SET. 2017	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 597321	Data: 06/03/2017 11:21:20	Condução: PRESENCIA DO PACIENTE	GENTE SEGURADORA S.A.
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convenção: 00000000000000000000	Rua Lapa de Resende, 65 Loja C
Acid. Trab.: Sim	Acid. Trajeto: Sim	Acid. Trab. Típico: Não	Cidade: Natal CEP: 54.002470
		CID Secundário: V299	

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Evento Principal: Dor moderada	Destino: CIRURGIÃO GERAL	Classificação: Amarillo
Breve História: VÍTIMA DE QUEDA DE MOTOCICLETA; COM QUEIXA DE DOR EM OMBRO DIREITO E SINTOMAS DE INFLAMAÇÃO. EXAMINADO POR ORTOPEDISTA DEVIDO FRATURA DE CLAVICULA. HEMATOMA NA REGIÃO DA CLAVICULA. PERDA DA CONSCIÊNCIA.		Profissional Clas. Risco: MARCO ANTONIO VERA ROCHA Em: 06/03/2017 11:39:56	

DADOS CLÍNICOS:

(Hora: **-** : **-** : **-**)

Exame Físico:

Inspeção: **Boa**

Palpação: **Boa**

Perfusão: **Boa**

Temp.: **36,5**

FC: **90**

PA: **120/80**

SpO2: **98**

Observações: **Exame físico normal. Sem alterações.**

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Conduta Médica: **Tratamento sintomático.**

Exames Complementares: **Não realizados.**

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

Motivo da Alta/Encerramento: **Alta médica.**

Data: **06/03/2017**

Hora: **11:39:56**

Procedimento: **Exame físico**

CID: **V299**

Assinatura Paciente ou Responsável: **Carmem Lucia da Silva Castro**

Assinatura - Profissional Médico: **Marco Antonio Vera Rocha**



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 03.522.917/0022-02

Pág: 1 de 1

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: 597321
Requisição: 725009 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 SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

20 SET. 2017

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

TERESINA - PI 14/03/2017

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

Nemésio Martins de Castro Neto
Matrícula: 70081
SAME-HUT
Conte com Original



On 12

Comprovante de residência

DEPARTAMENTO DE GIBISTICA
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
20 SET. 2007
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho do Resende 405 Loja C
Centro - Morte CEP: 64.002470

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.367.080 DATA DE EXPIRAÇÃO 09/03/15

NOME
FABIO FRANÇA FEITOSA

FILIAÇÃO
LUCIA MARIA FRANÇA DOS SANTOS FEITOSA
ANTONIO NUNES FEITOSA

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO
UNIÃO-PI 09/09/1984

DOC. ORIGEM
CÉRT. CASAM. 37546 L 92 F 259
EXP TERESINA-PI 21/09/00

CPF
017.373.293-36

TERESINA - PI

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 88.250/83

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - JOÃO DE DEUS MARTINS

FABIO FRANÇA FEITOSA
09/09/1984

09/09/1984



00014

Código de Verificação de Autenticidade

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

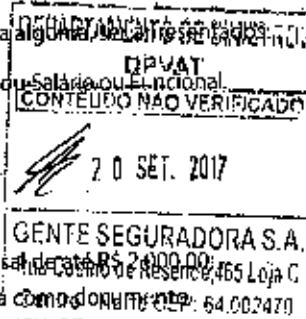
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Fabio Franca Feitosa
PORTADOR(A) DO RG Nº 2.367.080 EXPEDIDO POR SSPI PI EM 09/03/15 E
CPF 017373293-36 CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO Revisor
E RENDA MENSAL DE R\$ Revisor NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Fabio Franca Feitosa, 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 Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem 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 Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório 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.



IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner 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 _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0855 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 DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Teresina 12 de Setembro de 2014

LOCAL E DATA

Fabio Franca Feitosa

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

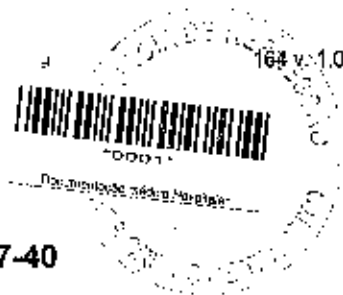


ATENÇÃO

- 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.



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

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. CAP. VANDERLEI, Nº:

Complemento

Bairro

PIÇARREIRA

Ponto de Referência

LAR DA ESPERANÇA

Data/Hora

06/03/2017 - 06:30

390941

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FÁBIO FRANÇA FEITOSA

RG: 2367080 PI

Mãe: LUCIA MARIA FRANÇA DOS SANTOS FEITOSA

Endereço: RUA SANTA QUITERIA, Nº 4152

Bairro: SATÉLITE

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

DEPARTAMENTO DE SIMÓTIOS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

20 SET. 2017

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende 465 Loja F
Centro - Norte CEP: 64.062470

RELATO DA OCORRÊNCIA

A VÍTIMA RELATA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/CG 150 FAN ESI, PLACA LVJ-5561-PI, COR PRETA, RENAVAL 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 SATÉLITE. 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



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina
Fundação Hospitalar de Teresina - FHT

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITAL
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU



Dados do Chamado
01 Nº. do chamado: 0823
02 Data do chamado: 06/09/17
03 PRO (código): 4848
04 Saída do PA: 09.55
05 Chegada ao local: 10.27
06 Saída do local: 10.46
07 Chegada ao 1º hospital: 13.33
08 Saída do 1º hospital:
09 Chegada ao 2º hospital:
Local da Ocorrência
10 Endereço: 20
11 Bairro: PARQUE
12 Município-UF: Te/PI 22.30.6
13 Ponto de referência: TRAFICANTES (0603 2017 015)

Dados do Paciente
14 Nome: Fabio Francisco Feltosa
15 Sexo: 1 - Masculino
16 Idade: 32 anos
17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
Tipos de Ocorrência
01 - Acidente de transporte
02 - Agressão física-espantamento
03 - Agressão física-FAF
04 - Agressão física-FAB
05 - Urgência psiquiátrica
06 - Tentativa de suicídio
07 - Envenenamento
08 - Afogamento
09 - Queimadura
10 - Choque elétrico
11 - Queda
12 - Urgência clínica
13 - Urgência obstétrica
14 - Transferência
15 - Exames complementares
16 - Outros
17 - Já removido
18 - Falso chamado
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 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado
21 Outra parte envolvida: 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado
22 Equipamentos de segurança: 1 - Capacete 2 - Cinturão de segurança 3 - Assento para criança

Exame Físico
23 Glasgow = 15
ABERTURA OCULAR: 1 - Espontânea 2 - À voz 3 - À dor 1 - Nenhuma
RESPOSTA VERBAL: 1 - Orientada 2 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 4 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma
RESPOSTA MOTORA: 1 - Obedece a comandos 2 - Localiza dor 3 - Movimento de retirada 4 - Flexão anormal 5 - Extensão anormal 1 - Nenhum
24 Sinais Vitais: Pulso, Resp., PA, TAX., SatO2
25 Local da lesão: Diagrama do corpo humano com setas indicando a localização da lesão no braço direito.
26 Pupilas: 1 - Iguais 2 - Desiguais
27 Pulso: 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente
28 Sangramento: 1 - Sim 2 - Não
29 Dor: 1 - Sim 2 - Não
30 Fratura: 1 - Sim 2 - Não
31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não): Aspiração, Oxição, Curativos, Prancha longa curta, Colar cervical, KED, Imobilização de extremidades, Reanimação cardiopulmonar, Assistência obstétrica, Glicemia, Acesso Venoso, Medicamentos a), b).
32 Hospital de Destino: HUT
33 Condições de entrada: 1 - Melhorado 2 - Piorado 3 - Inalterado
34 Óbito: 1 - Antes do socorro 2 - Antes do transporte 3 - Durante o transporte

Assistência
31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não): Aspiração, Oxição, Curativos, Prancha longa curta, Colar cervical, KED, Imobilização de extremidades, Reanimação cardiopulmonar, Assistência obstétrica, Glicemia, Acesso Venoso, Medicamentos a), b).
Hospital de Destino
32 Hospital de Destino: HUT
33 Condições de entrada: 1 - Melhorado 2 - Piorado 3 - Inalterado
34 Óbito: 1 - Antes do socorro 2 - Antes do transporte 3 - Durante o transporte
Observações Interdisciplinares
Queda de moto. Paciente consciente, orientado, não alcoolizado, não epiléptico deambulando condutor, não alcoolizado com pulso. Relata dor e restrição de movimentos em MIO. Exame RX evidencia fratura 1/3 médio clavícula. Transportado por ordem Dr. Luiz Bastos para avaliação e condutor ortopédico.
Assinaturas
Socorrista: Médico: AE/TE: Enfermeiro: Condutor: G. Fernandes