

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 2012656266	Cidade: Itaitinga	Natureza: Invalidez
Vítima: FRANCISCO CARMIALINO SAMPAIO SILVA	Data do acidente: 15/07/2011	Emissor do parecer: Camila Monteiro dos Santos
Seguradora: FEDERAL DE SEGUROS S/A	Prestadora: CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços	CRM do médico: 6302

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA ATROFIA DE QUADRÍCEPS FEMORAL DIREITO, LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE DO QUADRIL E JOELHO DIREITO, DEFICIT NA DEAMBULAÇÃO, CICATRIZ CIRÚRGICA NA COXA DIREITA

Resultados terapêuticos: FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR DIREITO. SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM COLOCAÇÃO DE IMPLANTES METÁLICOS.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 20/03/2013

Conduta 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 um dos membros inferiores	70	1	25

Valor avaliado: 2.362,50

Laudo de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes

Informações do Acidente

Sinistro: **2012656266**
Vítima: **FRANCISCO CARMALINO SAMPAIO SILVA**
Local: **CE-ITAITINGA**
Data do Acidente: **7/15/2011**

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);

MEMBRO INFERIOR DIREITO

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.

FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR DIREITO. 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 ATROFIA DE QUADRÍCEPS FEMORAL DIREITO, LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE DO QUADRIL E JOELHO DIREITO, DEFICIT NA DEAMBULAÇÃO, CICATRIZ CIRÚRGICA NA COXA DIREITA.

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

MEMBRO INFERIOR DIREITO

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

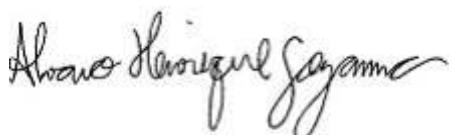
 10% 25% 50% 75%

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:

Médico Perito: GUSTAVO ADOLFO PEREIRA DA SILVA JUNIOR CRM: 6302

Médico Revisor: ALVARO HENRIQUE GOYANNA CRM: 5295990-1



Dr. Alvaro H. Goyanna
Médico
CRM-RJ 52.95990-1

Assinatura do médico revisor - CRM

Informações Complementares

Laudo de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes

Informações do Acidente

Sinistro: **2012656266**
Vítima: **FRANCISCO CARMALINO SAMPAIO SILVA**
Local: **CE-ITAITINGA**
Data do Acidente: **7/15/2011**

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);

MEMBRO INFERIOR DIREITO

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.

FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR DIREITO. 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 ATROFIA DE QUADRÍCEPS FEMORAL DIREITO, LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE DO QUADRIL E JOELHO DIREITO, DEFICIT NA DEAMBULAÇÃO, CICATRIZ CIRÚRGICA NA COXA DIREITA.

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

MEMBRO INFERIOR DIREITO

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

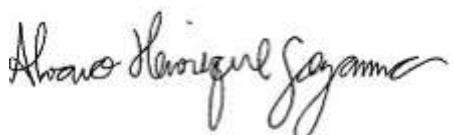
 10% 25% 50% 75%

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:

Médico Perito: GUSTAVO ADOLFO PEREIRA DA SILVA JUNIOR CRM: 6302

Médico Revisor: ALVARO HENRIQUE GOYANNA CRM: 5295990-1



Dr. Alvaro H. Goyanna
Médico
CRM-RJ 52.95990-1

Assinatura do médico revisor - CRM

Informações Complementares

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/03/2013

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO CARMIALINO SAMPAIO SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03880-6

CONTA: 000010014395-4

Nr. da Autenticação 226FF49803E42318



PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS

Av. Desembargador Moreira, 2283 – CEP 60170-002 – Dionísio Torres
Fortaleza-Ce Tel. 244 – 2144 Fax 224-7225
e-mail psa@fortalnet.com.br - C.G.C 07.272.297/0001-93

DECLARAÇÃO DE ACOMPANHAMENTO HOSPITALAR

Atesto e declaro que FRANCISCO CARMIALINO SAMPAIO SILVA, deu entrada neste Hospital no dia 15/07/11, Prontuário N.º 143.903, aos cuidados médicos do DR CLÁUDIO FERNANDES EUFRASIO, paciente internado com laudo médico de FRATURA DO FEMUR DIREITO CID S 72.3 submetido a tratamento cirúrgico, recebeu alta hospitalar dia 20/07/11. Paciente encontra-se em alta médica definitiva.

Fortaleza, 4 de janeiro de 2012.

SAME: SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E ESTATÍSTICA

JEFSON ROCHA
RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

DR. CLÁUDIO EUFRASIO
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CRM: 4078

PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS
CEP 60170-002
Fortaleza-Ce
e-mail psa@fortalnet.com.br - C.G.C 07.272.297/0001-93

VAL SEGUROS
20 DEZ 2012

**PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS**

Av. Desembargador Moreira, 2283 - CEP 60170-002 - Dionísio Torres
Fortaleza-Ce Tel. 3244 - 2144 Fax 3224-7225
e-mail psahosp@vcloxmail.com.br - C.G.C 07.272.297/0001-93

Registro de Atendimento Médico Hospitalar

Atesto e declaro que FRANCISCO CARMELINO SAMPAIO SILVA, deu entrada neste Hospital dia 15/07/11, Prontuário N.º 143.903 aos cuidados médico de DR. CLAUDIO JOSÉ FERNANDES EUFRASIO. Paciente internado com laudo médico de FRATURA DO FEMUR DIREITO CID S 72.3 submetido a tratamento cirúrgico recebeu alta hospitalar dia 20/07/11, retornou dia 02/09/11 submetido a tratamento cirúrgico de fratura do fêmur direito CID S 72.3, recebeu alta hospitalar dia 08/09/11. Paciente encontra-se em tratamento ambulatorial incapacitado de exercer suas atividades com previsão de 120 dias.

Fortaleza, 28 de janeiro de 2013

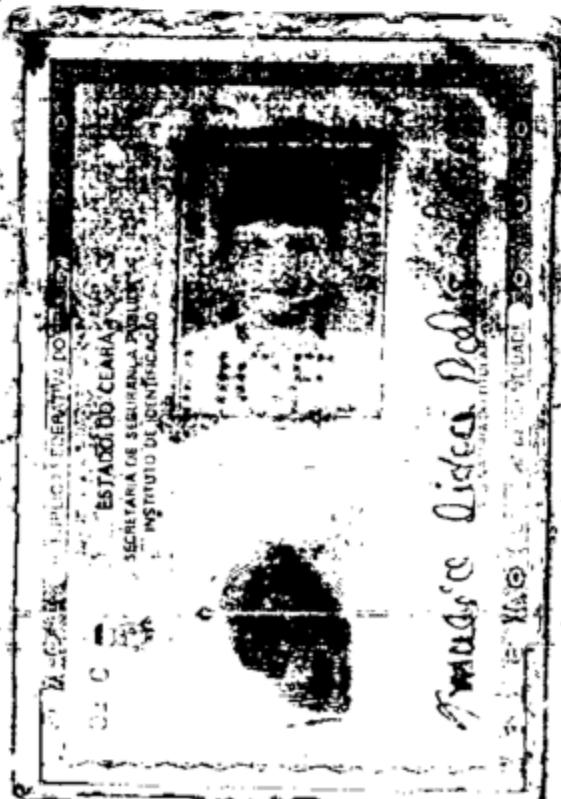
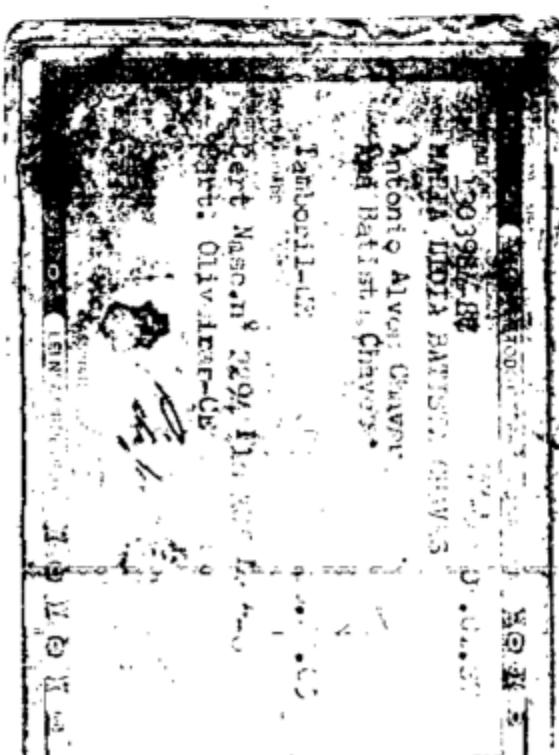
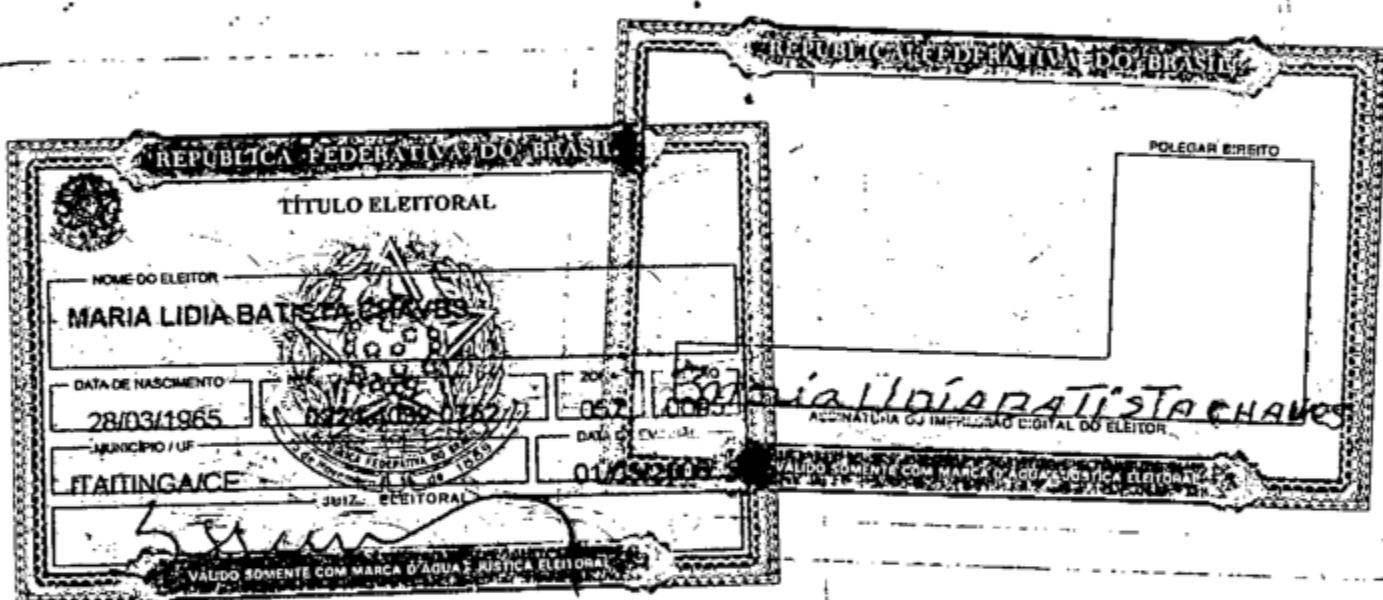
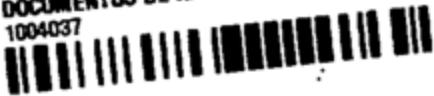
SAME: SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E ESTATÍSTICA

JEFSO ROCHA
RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

Orthopedic Traumatology
Vestibular Pintus/SIC
CPRF 6193



DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO
1004037



Fortaleza, 11 de Dezembro de 2012

REGDATA

OUTROS

1004054



Acc. Analista

Referente: Sinistro 2012/143331- FRANCISCO CARMIALINO
SAMPAIO SILVA

Prezado Analista,

Venho por meio deste informar que não possuo a documentação que estão exigindo para dar continuidade ao meu processo DPVAT. O único prontuário médico que o hospital possui do meu atendimento é o que já lhes enviei, mas que o envio novamente em anexo. Por conta da falta deste documento, para que o meu seguro não seja prejudicado, solicito agendamento de uma perícia com o médico do DPVAT para que possam avaliar a real situação em que me encontro hoje.

Sem mais aguardo resposta.


Maria Lídia Batista Chaves

x





CARTÓRIO ITAITINGA

1º E 2º OFÍCIOS DA CIDADE DE ITAITINGA – ESTADO DO CEARÁ
OFÍCIO DE NOTAS E REGISTROS

Av. Cel. Virgílio Távora, nº 267, Sala 11
Fone (85) 3377-1333 Itaitinga - Ceará
CEP 61.880-000

ANTONIO FRANCISCO DE SOUZA
Titular

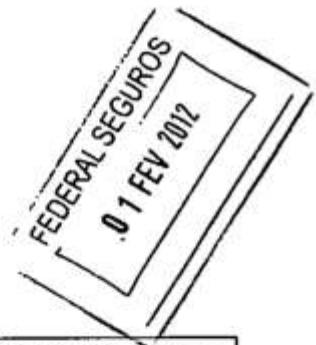


Livro: 024

Folhas: 064

Ato: 1655

PROCURAÇÃO PÚBLICA, na forma abaixo:



SAIBAM quantos este público instrumento de procuração virem, que aos vinte (20) dias do mês de janeiro do ano de dois mil e doze (2012), nesta cidade de Itaitinga, Estado do Ceará, neste Cartório, sítio na Av. Cel. Virgílio Távora, nº 267, Sala 11, Bairro Centro, compareceu (ram) como **OUTORGANTE(S): FRANCISCO CARMIALINO SAMPAIO SILVA**, brasileiro, solteiro, maior, portador da cédula de identidade nº 92002020337 SSP-CE, inscrito no CPF/MF sob o nº 582.026.333-20, residente e domiciliado à Rua Marinheiro Helder de Oliveira, nº 234, Bairro Parque Genezaré, em Itaitinga-CE, o (s) presentes reconhecido (s) pelos documentos apresentados, como o (s) próprio (s) de que trato, de cujas identidade (s) e capacidades jurídicas dou fé. E, pelo (a) outorgante, me foi dito que por este público instrumento de procuração e nos melhores termos de direito, nomeia (m) e constitui (em) seu/sua bastante procurador (a), ora adiante dito simplesmente **OUTORGADO(A): MARIA LÍDIA BATISTA CHAVES**, brasileira, solteira, maior, do lar, portadora da cédula de identidade nº 1303984-87 SSP-CE, inscrita no CPF/MF sob o nº 029.774.763-00, residente e domiciliada à Rua Marinheiro Helder de Oliveira, nº 234, Bairro Parque Genezaré, em Itaitinga-CE, a quem confere, os seguintes **PODERES**: para requerer o seguro DPVAT do(a) outorgante, podendo para tanto, juntar, apresentar, retirar e assinar todos os documentos necessários, dar e receber quitação, apresentar provas e justificações, fazer e assinar requerimentos e petições, assinar termos de responsabilidade, pedir e prestar declarações necessárias, cumprir as exigências legais, promover, praticar, requerer e assinar tudo mais que se fizer necessário ao bom e fiel cumprimento do presente mandato, inclusive substabelecer. FEITA CONFORME MINUTA APRESENTADA. As

CARTÓRIO ITAITINGA
Romário Ferreira da Silva
Ass. 2012

testemunhas instrumentárias foram dispensadas de acordo com o artigo 215, § 5º do Novo Código Civil Brasileiro, com a redação dada pela Lei nº 6952/81. Assim o disse (ram), dou fé, me pediu (ram) e eu lhe (s) lavrei o presente instrumento, o qual feito, lhes sendo lido em voz alta e clara, foi em tudo achada conforme outorgou (ram), aceitou (ram) e assina (m). A rogo do (a) outorgante (já qualificado), em virtude do mesmo não ser alfabetizado, ficando no final desta a impressão dactiloscópica de seu polegar direito, como prova de seu consentimento, assina, Lidia Sales de Queiroz, brasileira, solteira, maior, do lar, portadora da cédula de identidade nº 2003030039601 SSP-CE, inscrita no CPF/MF sob o nº 746.983.383-87, residente e domiciliada à Rua Marinheiro Helder de Oliveira, s/n, Bairro Parque Genezaré, em Itaitinga-CE. Eu, (ass) Romário Félix da Silva, Escrevente Autorizado, digitei. Eu, (ass) Antonio Francisco de Souza, Tabelião, subscrevo e assino em público e raso de que uso. (digital) FRANCISCO CARMIALINO SAMPAIO SILVA; (A rogo) Lidia Sales de Queiroz. Está conforme o original. Dou fé. Trasladada hoje, Itaitinga-CE, 20 de janeiro de 2012.

Em testemunho da verdade

Romário Filho da Silveira

Romário Félix da Silva
Escrevente Autorizado

CARTÓRIO ITAITINGA
Romário Félix da Silva
Escrivão



EMOLUMENTOS R\$ 20,03 + FERMOU R\$ 2,52 + SELO R\$ 3,25
VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE - Nº DO SELO AB 811.345

FEDERAL SEGUROS

01 FEV 2012

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

Obs. 1: 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, Francisco Carmalino Sampaio Silva PORTADOR (A) DO
 RG nº 92002020337 EXPEDIDO POR SSP-CE EM (DATA) 31/10/2008 E
 CPF 582.026.333-20 PROFISSÃO Ferreiro E RENDA MENSAL DE R\$ 600,00 NA
 QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO (A) DO VALOR REFERENTE A INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO
 OBRIGATÓRIO DPVAT DA VÍTIMA Francisco Carmalino Sampaio Silva,
 AUTORIZO A SEGURADORA _____ A EFETUAR O

RESPECTIVO CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

Obs. 2: 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

Nº BANCO _____ Nº AGÊNCIA _____ C/C _____

CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

Nº BANCO 237 Nº AGÊNCIA _____ C/P _____

CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

Nº BANCO 001 Nº AGÊNCIA 3880-6 C/P 14.395-2

CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

Nº BANCO 341 Nº AGÊNCIA _____ C/P _____

CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Nº BANCO 104 Nº AGÊNCIA _____ C/P _____

REGDATA

27 MAR 2012

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.

Francisco Carmalino Sampaio Silva - 27/03/2012

LOCAL / DATA

Francisco Carmalino Sampaio Silva

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO (A)

CHAVES

Atenção

- o Seguro DPVAT garante indenização de R\$ 13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, obedecendo a 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 6194/740 e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares (valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Susep).

- A Circular Susep nº 380/08, que trata da prevenção a 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, alem dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

SISBB - SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL
27/03/2012 - Autoatendimento - 15:19:48
OUVIDORIA BB 0800 729 5578
346970698 0452

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE
DEPOSITO EM POUPANCA - DINHEIRO

FAVORECIDO
CLIENTE FRANCISCO C S SILVA
AGENCIA: 3880-6 CONTA: 14.395-2
VARIACAO
VALOR TOTAL * 2,00
NR. ENVELOPE 2.659.988.063

* Valor sujeito a conferencia.

GUARDE ESTE COMPROVANTE ATÉ A OPERAÇÃO
SER PROCESSADA.

Leia no verso como conservar este documento.
entre outras informações.

Conta Poupança
Ag: 3880-6
Conta: 14.395-2

REGDATA
27 MAR 2012



GOVERNO DO EST/
SECRETARIA DA SI
POLICIA CIVIL
DELEGACIA METROPOLITANA DE ITAITINGA

BOLETIM DE OCORRENCIA

1004026



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 208 - 64 / 2012

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTES - OUTROS

Data / Hora da Comunicação: 18/01/2012 10:20:54

Data / Hora da Ocorrência : 15/07/2011 10:20:54

Endereço da Ocorrência: R. MARINHEIRO HELDER DE OLIVEIRA
PARQUE GENEZARÉ ITAITINGA /CE

Ponto de Referência: PROX AO CAMPINHO DO MARINHEIRO

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: FRANCISCO CARMALINO SAMPAIO SILVA

Nascimento : 28/08/1964

RG: 92802020337 Órgão Emissor: SSP UF: CE - CPF: 58202633320

Filiação: ANDRELINO SAMPAIO LIMA
MARIA DO CARMO DA SILVA

Endereço: R MARINHEIRO HELDER DE OLIVEIRA 234
PARQUE GENEZARÉ
ITAITINGA CE BRASIL

Telefone: 87547552

Histórico

Comunica a vítima QUE, na data acima citada estava caminhando na rua sentido Campinho do marinheiro à sua residência de dados acima mencionados, quando de repente um veículo de mesmo sentido, colidiu na vítima, QUE, o veículo causador do acidente não foi identificado, como também os dados do veículo, pois o condutor do mesmo, evadiu-se do local, não socorrendo a vítima, QUE, o mesmo suspeita que o condutor estivesse embriagado, pois não estava em "fimha teta", QUE, a vítima foi socorrida pela população, que deu entrada no Hospital Pronto Socorro de Acidentados no dia 15/07/2011, aos cuidados do médico Dr Cláudio fernandes Eufálio, foi internado com laudo médico de Fratura Do Femur Direito CID S 72.3, submetido a tratamento cirúrgico, e recebeu alta hospitalar dia 20/07/2011. E, nada mais disse!!!!

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE ITAITINGA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

MATRÍCULA: 029763-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A):





GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria de Segurança Pública
Notícia Social
Perícia Forense do Estado do Ceará

Ofício nº: 547/2008-PEFOCE/SSPDS.

Fortaleza, 20 de outubro de 2008

Em resposta a solicitação contida em requerimento datado de 09/10/2008, informamos que no Estado do Ceará existe Instituto Médico Legal nos municípios de Juazeiro do Norte, Quixeramobim, Sobral, Canindé e Fortaleza.

Atenciosamente,

Maximiano Leite Barbosa Chaves
 Dr. Maximiano Leite Barbosa Chaves
 Técnico-Científico da Pefoce

