

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

**FORMA DE PAGAMENTO:** Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

**BANCO:** 001

**AGÊNCIA:** 1234

**CONTA:** 12345

---

---

**DATA DA TRANSFERENCIA:**

06/04/2021

**NUMERO DO DOCUMENTO:**

321009029801

**VALOR TOTAL:**

1.687,50

**TRANSFERIDO PARA:**

**CLIENTE:** LARISSA BEATRIZ FRANCA OLIVEIRA

**BANCO:** 104

**AGÊNCIA:** 00684

**CONTA:** 000000054970

---

---

**Número da Autenticação**

843269E9CCC9B054

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210090298

**Cidade:** Crato

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** LARISSA BEATRIZ FRANCA OLIVEIRA

**Data do acidente:** 01/09/2020

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 31/03/2021

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE ESCAFÓIDE ESQUERDO. P.1,2,7,10,17,18

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PARAFUSO) E ALTA MÉDICA. P.15

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE PUNHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE PUNHO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## 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 punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

Prontuário: 98717  
 Internação: 616736

Impresso: 01/09/2020 17:58

**DADOS DO PACIENTE**

Paciente	LARISSA BEATRIZ FRANCA OLIVEIRA	Nasc.	25/05/2000	Idade	20	Sexo	F
Matrícula	898003023886328	Responsável	RAYSA BIANCA FRANCA OLIVEIRA				
Endereço	RUA ENGENHEIRO AGRONIMO EDVAN DE SO	Bairro	VILA ALTA		Cep	63132070	
Cidade	CRATO	Telefone	8894304194				
Mãe	ALCILENE DOS PASSOS FRANCA	Pai	JOSE RANILTON AGUIAR OLIVEIRA *				
CPF	082.323.823-76	RG					
Natural	CRATO	Raça	PARDO				
Profissão	VENDEDORA	Est. Civil	SOLTEIRO				

**DADOS DE ATENDIMENTO**

Médico	THAISSA LAVINEA FERNANDES DE ALMEID	Data/Hora	01/09/2020 17:57
Clinica	INTERN. CLINICA	Convênio	SUS INTERNACAO
Setor	ALA FEMININA	Caráter	URGENCIA
Acomodação	AF03	Tipo Acomod	ENFERMARIA
Atendente	AF3.05	Atendente	PEDRONUNES

**RESUMO DE TRATAMENTO**

HDA: -

Fratura de escápula  
 após trauma.

**ANTECEDENTES PESSOAIS**

HAS ( )      DM ( )      AVC ( )      ALERGIA A DROGAS ( )

**EXAME FÍSICO**

Alerta, eupórico, consciente

**SINAIS VITAIS**

PA =      FP =      FR =      TA =

**ACV**

RCR, ZT, JJ

**AR**

MV ⊕ IM AHT

**ABOMEN**

Flácido, RHA ⊕

**NEUROLÓGICO**

**ECG**

AO =      RV =      RM =

**PULSOS**

**CONDUTA**

Inknoamento Clínico

**DIAGNOSTICO DEFINITIVO**

Fratura de escápula

**RESERVADO A RECEPCAO**

**TRANSFER. P/ MEDICO**

**Nº DO UNISUS**

299807

**CONDIÇÕES DE ALTA**

Administrativa

**ASSINATURA**

Anderson

**ALTA EM**

02/09/2020

Raysa Bianca e Inacio Oliveira  
 Paciente/Responsável

Médico(a) THAISSA LAVINEA FERNANDES DE ALMEID

Dra. Thaisa Fernandes  
 CRM: 16.106  
 Hospital São Raimundo

FICHA DE INTERNAÇÃO

N.º quarto: 98717  
Internação: 616880

Impresso: 02/09/2020 14:22

DADOS DO PACIENTE

Paciente	LARISSA BEATRIZ FRANCA OLIVEIRA	Nasc.	25/05/2000	Idade	20	Sexo	F
Matrícula	898003023836328	Responsável	RAYSA BIANCA FRANCA OLIVEIRA				
Endereço	RUA ENGENHEIRO AGRONIMO EDVAN DE SO	Bairro	VILA ALTA	Cep	63132070		
Cidade	CRATO	Telefone	8894304194				
Mãe	ALCILENE DOS PASSOS FRANCA	Pai	JOSE RANILTON AGUIAR OLIVEIRA				
CPF	082.323.823-76	RG					
Natural	CRATO	Raça	PARDO				
Profissão	VENDEDORA	Est. Civil	SOLTEIRO				

DADOS DE ATENDIMENTO

Médico	JOAO GILBERTO GOMES MACEDO	Data/Hora	02/09/2020 14:21
Clínica	INTERN. CIRURGICA	Convênio	PARTICULAR
Setor	APARTAMENTOS	Caráter	URGENCIA
Acomodação	Q04	Tipo Acomod	APARTAMENTO
Leito	Q4.01	Atendente	PEDRONUNES

RESUMO DE TRATAMENTO

*Plat. com fraturas de escapula*  
*m. 6.7*

ANTECEDENTES PESSOAIS

HAS ( )      DM ( )      AVC ( )      ALERGIA A DROGAS ( )

EXAME FÍSICO

SINAIS VITAIS      PA =      FP =      FR =      TA =

ACV

AR

ABDOMEN

COLOGICO

ECG      AO =      RV =      RM =

PULSOS

DIAGNÓSTICO

CONDUTA - *Ortopedia de escapula*

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

RESERVADO A RECEPÇÃO

N.º DO UNISUS

TRASN. P/ MEDICO

CONDIÇÕES DE ALTA

ALTA EM

*Curado*  
*04/09/20*

Paciente/Responsável

*João Gilberto S. Macedo*  
Médico(a) JOAO GILBERTO GOMES MACEDO  
CRM-CE 143224

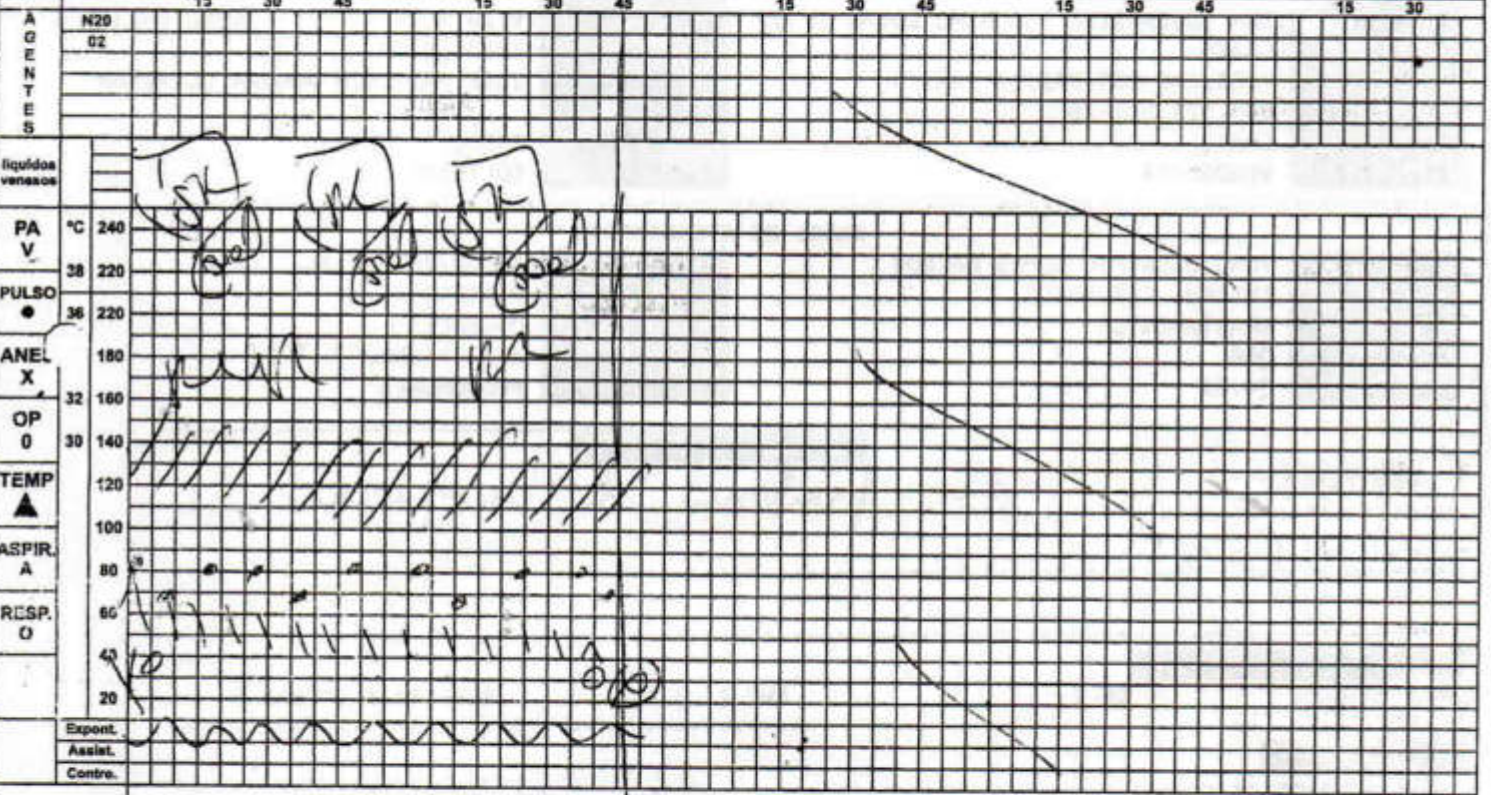
NOME DO PACIENTE Larim Beatriz F. Alves

IDADE \_\_\_\_\_ DATA 03/09/20 CLÍNICA \_\_\_\_\_ APTO./LEITO \_\_\_\_\_

CIRURGIÃO João Gilberto ANESTESISTA Moacir

PRÉ-MEDICAÇÃO-DOSE-HORA-EFEITO

08:10 09:10



SÍMBOLOS OT

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A. Fentanil	100 - 100	AD 30	Monitoriz Bloqueio de pleo braquial v. intrascapular + axilar + siboc.
B. Xilocaína	clv - 200		
C. alfaxolol	20 - 200		
D. Dexamet	10 - 100		
E. Naloxona	4 - 100		
F. Dipirone	20 - 200		
G. Tumor	20 - 100		
LÍQUIDOS		CÂNULA - NASO/ORO FARÍNGEA NASO/OROTRAQUEAL - CEGA BAL - TAMP - CALIBRE DO TUBO SOB - MÁSCARA DIFICULDADE TÉCNICA	
500, g/l - 1000			
500, g/l - 1000			
pl - 1000			
TOTAL		TEMPO DE ANESTESIA	

OPERAÇÃO Fuam de susp. de ariz

ANESTESISTA Mariana Ribeiro D. L... CIRURGIÃO \_\_\_\_\_

Laringo-Espasmo-Excesso Secre. Hemorragia-Arritmia  
Depressão Respiratório-Hipoxia Bradi-Taquicardia-Choque  
"BUCKING" - Vômito

PERDA SANGUÍNEA \_\_\_\_\_





Hospital São Raimundo/Fundação Leandro Bezerra de Menezes

ANOTAÇÕES TÉCNICAS DE ENFERMAGEM

PACIENTE LARISSA BEATRIZ FRANCA OLIVEIR [REDACTED] 616880  
OPERADOR SOLANGE [REDACTED]  
DATA/HORA 02/09/2020 NOITE [REDACTED] Q4.01

TEMPO OPERADOR/INSTRUMENTADO

PACIENTE ADULTA EM PRÉ OPERATÓRIO COM DRº JOÃO GILBERTO.

ESTADO GERAL

BOM.

NÍVEL DE CONSCIENTE

CONSCIENTE.

NÍVEL DE ORIENTAÇÃO

ORIENTADA.

PARÂMETROS DE BSW

DENTRO DAS NORMALIDADES.

QUEIXA DO QUENTE

QUEIXA-SE DE ALGIA EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

ITENS RELACIONADOS A PRESCRIÇÃO

REALIZADO MEDICAÇÃO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.

DRENOS

AUSENTE.

SONDAS

AUSENTE.

CURATIVO

COM TALA GESSADA EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

OUTRAS AÇÕES/ENFERMAGENS REALIZADAS

REALIZADO CUIDADOS GERAIS.

PENDÊNCIAS

TEM SOLICITAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS.

*Solange*

SOLANGE MATIAS DA SILVA  
COREN:1125455-CE

**EVOLUÇÃO MÉDICA**

PACIENTE: LARISSA BEATRIZ FRANCA OLIVEIRA      LEITO: AF3.05  
ATEND: 616736      CONVÊNIO: SUS INTERNACAO      DATA/HORA: 02/09/2026 12:43

---

**EVOLUÇÃO CLÍNICA:**

**#HD:** FRATURA DE ESCAFÓIDE

**#APP:** NÃO

**# MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO:** NEGA

**#ATB:** NÃO

**#ADMISSÃO:** PACIENTE COM HISTÓRIA DE TRAUMA.

**#EVOLUÇÃO:** PACIENTE EVOLUI ESTÁVEL, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE. ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES. ACEITANDO ALIMENTAÇÃO VIA ORAL. SEM MAIS INTERCORRÊNCIAS.

**#EXAME FÍSICO:** ORIENTADO, CONSCIENTE, EUPNÉICO, NORMOTENSO  
ACV: RCR, 2T, SEM SOPRO, BNF  
AR: MV + EM AHT, SEM RA  
ABD: FLÁCIDO, INDOLOR À PALPAÇÃO, RHA+

**#EXAMES:** SOLICITADO

**#CONDUTA:** SUPORTE CLÍNICO  
AGUARDA CIRURGIA

*Dra. Thaisa Lavinea Fernandes  
CRM: 16106-CE  
Direção Clínica  
Hospital São Raimundo*

Médico THAISSA LAVINEA FERNANDES DE ALMEIDA LOPES  
CRM:16106-CE

Hospital São Raimundo/Fundação Leandro Bezerra de Menezes

ANOTAÇÕES TÉCNICAS DE ENFERMAGEM

PACIENTE LARISSA BEATRIZ FRANCA OLIVEIR [REDACTED] 616880  
OPERADOR SOLANGE [REDACTED]  
DATA/HORA 02/09/2020 NOITE [REDACTED] Q4.01

TEMPO OPERADOR/OPERANTE/OPERANDO

PACIENTE ADULTA EM PRÉ OPERATÓRIO COM DRº JOÃO GILBERTO.

ESTADO GERAL

BOM.

NÍVEL DE CONSCIENTE

CONSCIENTE.

NÍVEL DE ORIENTAÇÃO

ORIENTADA.

PARÂMETROS DE BSW

DENTRO DAS NORMALIDADES.

QUEIXA DO PACIENTE

QUEIXA-SE DE ALGIA EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

TIENS RELACIONADAS ÀS PRESCRIÇÕES

REALIZADO MEDICAÇÃO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.

DRENOS

AUSENTE.

SONDAS

AUSENTE.

CURATIVO

COM TALA GESSADA EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

OUTRAS ATRIBUIÇÕES REALIZADAS

REALIZADO CUIDADOS GERAIS.

PENDÊNCIAS

TEM SOLICITAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS.

*Solange*

SOLANGE MATIAS DA SILVA  
COREN:1125455-CE

**PRESCRIÇÃO ( LETRÔNICA DO PACIENTE ( ÉDICA )  
HOSPITAL SAO RAIMUNDO**

Prescrição: 15690  
**IXZ11**

Paciente: **LARISSA BEATRIZ FRANCA OLIVEIRA**  
Data Solc.: 03/09/2020 07:32:12  
Data Pr Ini: 03/09/2020 8H  
Data Atend.: 11/08/2015 12:58:00

Sexo: **FEMININO**  
Convênio: **SUS AMBULATORIAL**  
Data Pr Enc: **04/09/2020 8H**  
Atendimento: 318104 (E)  
Dt Nasc: 25/05/2000 20A 3M 9D  
Prescrição: 15690  
Leito:

Item	Item Código	Descrição	Dose	Via	Frequência	Qtda Total	Centro da Custo
001	01	00000140 DIETA LIVRE APÓS RECUPERAÇÃO ANESTESICA -			1		

Item	Item Código	Descrição	Dose	Via	Frequência	Qtda Total	Centro da Custo
<b>Medicações</b>							
002	01	00000007 SOL. RINGER C/LACTATO; 500ML FRASCO-AMP	<i>500 500</i>				
Horários:	08	20					
003	01	00000037 DIPIRONA SODICA; 500MG/ML 2ML AMPOLA	<i>500 500</i>				
Horários:	08	14 20 02					
004	01	00000438 (C)TRAMADOL, CLORIDRATO DE; 50MG/ML 2ML AMPOLA	<i>50 22 04</i>				
Horários:	08	16 09					
		100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA -	<i>14 22 06. SIN</i>				
005	01	00000015 BROMOPRIDA; 5MG/ML 2ML AMPOLA	<i>500</i>				
Horários:	08	16 09					
		01 AMP + AD EV DE 8/8H SE NAUSEAS OU VÔMITOS -	<i>SIN</i>				
006	01	00000426 OMEPRAZOL; 20MG COMPRIMIDO	<i>08</i>				
Horários:	08	09					
		TOMAR 01 COMP VO EM JEJUM -	<i>SIN</i>				
007	01	00000396 CAPTOCORL; 25MG COMPRIMIDO	<i>08</i>				
Horários:	08	16 09					
		TOMAR 01 COMP VO DE 8/8H SE NAUSEAS OU VÔMITOS -	<i>SIN</i>				
008	01	00000222 (A)CEFALOTINA SODICA; 1G FRASCO-PO	<i>16 04 08</i>				
Horários:	08	16 09					
		1G EV DE 8/8H -	<i>SIN</i>				
009	01	00000598 CETOPROFENO; FRASCO-PO 100GR PO LIOSILIZADO	<i>08 04 08</i>				
Horários:	08	16 09					
		(A)CEFALOTINA SODICA; 1G FRASCO-PO	<i>SIN</i>				

Dr. João Gilberto G. Masedo  
Oftalmologia / Traumatologia  
CRM-CE 14822/TEOT 16248

Dose: *08* via: *08* Frequência: *08* Qtda Total: *08* Saída: *08*

Item Item Código Descrição

Impresso em 03/09/2020 07:34:25 pelo Usuário GILBERTO

Medicação Administrada Por: *11/09/20* COREN *85885*

Medicação Administrada Por: *22-08* COREN *1051880*

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE: LARISSA BEATRIZ FRANCA OLIVEIRA  
Nº: 318104 SUS AMBULATORIA

DATA: 03/09/2020 07:29

HD: FRATURA DO TERÇO MEDIO DO ESCAFOIDE ESQ

POI DE OSTEOSINTESE DE FRATURA DO TERÇO MEDIO DO ESCAFOIDE ESQ COM PARAFUSO DE HERBERT. PROCEDIMENTO REALIZADO SEM INTERCORRÊNCIAS

CD  
ANALGESIA  
ATBPROFILAXIA  
RX DE CONTROLE  
MANTER TALA GESSADA EM MSE  
MANTER MÃO ELEVADA  
ORIENTAÇÕES EM GERAL

Dr. João Gilberto G. Macedo  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-CE 14822 / TEOT 16346

Médico JOAO GILBERTO GOMES MACEDO  
CRM: 014822-CE

Hospital São Raimundo/Fundação Leandro Bezerra de Menezes

INFORMAÇÕES GERAIS DO PACIENTE

PACIENTE LARISSA BEATRIZ FRANCA OLIVEIR [REDACTED] 616880  
OPERADOR ALANA [REDACTED]  
DATA/HORA 03/09/2020 NOITE [REDACTED] Q4.01

TEMPO OPERATÓRIO/INTERVENÇÃO [REDACTED]  
PACIENTE ADULTA PÓS-OPERATÓRIO.

ESTADO GERAL [REDACTED]  
BEM.

NÍVEL DE CONSCIENTIA [REDACTED]  
CONSCIENTE.

NÍVEL DE ORIENTAÇÃO [REDACTED]  
ORIENTADA.

SINAIS DE VIDA [REDACTED]  
DENTRO DAS NORMALIDADES.

QUEIXA DO QUEIXANTE [REDACTED]  
NEGA QUEIXA NO PERÍODO.

SINAIS RELACIONADOS A PRESENTAÇÃO [REDACTED]  
MEDICADA CONFORME PRESCRITA.

DIENOS [REDACTED]  
SEM.

SONDAS [REDACTED]  
SEM.

CURATIVO [REDACTED]  
FERIDA OPERATÓRIA IMOBILIZADA COM TALA GESSADA.

OUTRAS ASSISTÊNCIAS REALIZADAS [REDACTED]  
REALIZADO RX DE CONTROLE E ANEXO.

PENDÊNCIAS [REDACTED]  
NENHUMA.

Alana Cecília Bezerra do Nascimento  
[REDACTED]  
CENTRO

ALANA CECÍLIA BEZERRA DO NASCIMENTO  
COREN:1057890-CE

Hospital São Raimundo/Fundação Leandro Bezerra de Menezes

INFORMAÇÕES GERAIS DO PACIENTE

PACIENTE: LARISSA BEATRIZ FRANCA OLIVEIR [REDACTED] 616880  
OPERADOR: MARIAJESUS [REDACTED]  
DATA/HORA: 03/09/2020 M/T [REDACTED] Q4.01

TEMPO OPERATÓRIO/ANESTESIA(S)

PACIENTE ADULTA COM 20 ANOS DE IDADE, EM PRÉ-OPERATÓRIO.

ESTADO GERAL

BEM.

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

CONSCIENTE.

NÍVEL DE ORIENTAÇÃO

ORIENTADA.

PARÂMETROS DE SSV

DENTRO DAS NORMALIDADES.

QUEIXA DO PACIENTE

NEGA QUEIXA NO PERÍODO.

ITENS RELACIONADOS A PRESCRIÇÃO

MEDICADA CONFORME PRESCRITA.

DRENOS

SEM.

SONDAS

SEM.

CURATIVO

FERIDA OPERATÓRIA IMOBILIZADA COM TALA GESSADA.

OUTRAS ASSISTÊNCIAS REALIZADAS

REALIZOU EXAMES LABORATORIAIS, RESULTADOS EM ANEXO. ENCAMINHADA AO CENTRO CIRÚRGICO, RETORNOU EM PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO.

PENDÊNCIAS

FALTA RAIOS X DE CONTROLE.

Maria de Jesus Bandeira  
Téc. em Enfermagem  
CRM - CE 862485

MARIA DE JESUS BANDEIRA  
CR:862485-CE

Hospital São Raimundo/Fundação Leandro Bezerra de Menezes

PACIENTE: LARISSA BEATRIZ FRANCA OLIVEIR  
OPERADOR: ALANA  
DATA/HORA: 03/09/2020 NOITE  
ATENDIMENTO: 616880  
QUADRANTE: Q4.01

TEMPO OPERATÓRIO/INTERNAÇÃO:  
PACIENTE ADULTA PÓS-OPERATÓRIO.

ESTADO GERAL:  
BEM.

NÍVEL DE CONSCIENTIA:  
CONSCIENTE.

NÍVEL DE ORIENTAÇÃO:  
ORIENTADA.

SINAIS DE VIDA:  
DENTRO DAS NORMALIDADES.

QUEIXA DO QUEIXANTE:  
NEGA QUEIXA NO PERÍODO.

DIAGNÓSTICO RELACIONADO A PRESCRIÇÃO:  
MEDICADA CONFORME PRESCRITA.

DIAGNÓSTICO:  
SEM.

SONDAS:  
SEM.

TRATAMENTO:  
FERIDA OPERATÓRIA IMOBILIZADA COM TALA GESSADA.

OUTRAS ASSISTÊNCIAS REALIZADAS:  
REALIZADO RX DE CONTROLE E ANEXO.

PENDÊNCIAS:  
NENHUMA.

Alana Cecília Bezerra do Nascimento  


ALANA CECÍLIA BEZERRA DO NASCIMENTO  
COREN:1057890-CE

Hospital São Raimundo/Fundação Leandro Bezerra de Menezes

Admissão: [REDACTED] - [REDACTED]

PACIENTE LARISSA BEATRIZ FRANCA OLIVEIR [REDACTED] 616880  
OPERADOR DANIELLE [REDACTED]  
DATA/HORA 04/09/2020 MANHÃ [REDACTED] Q4.01

TEMPO OPERATÓRIO/OPERAMENTOS [REDACTED]

PACIENTE COM ACOMPANHANTE, EM PÓS-OPERATÓRIO.

ESTADO GERAL [REDACTED]

BEM.

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA [REDACTED]

CONSCIENTE.

NÍVEL DE ORIENTAÇÃO [REDACTED]

ORIENTADA.

PARÂMETROS DE SSV [REDACTED]

DENTRO DAS NORMALIDADES.

QUEIXA DO PACIENTE [REDACTED]

NEGA QUEIXA NO PERÍODO.

ITENS RELACIONADOS À PRESENTAÇÃO [REDACTED]

APÓS VISITA MÉDICA SAIU DE ALTA HOSPITALAR.

DRENOS [REDACTED]

SEM.

SONDAS [REDACTED]

SEM.

CURATIVO [REDACTED]

FERIDA OPERATÓRIA IMOBILIZADA COM TALA GESSADA.

OUTRAS ASSISTÊNCIAS REALIZADAS [REDACTED]

CUIDADOS GERAIS, RETIRADO ACESSO VENOSO

PENDÊNCIAS [REDACTED]

NENHUMA.



DANIELLE JUSTINO DA SILVA  
COREN: 812000-CE

RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE: LARISSA BEATRIZ FRANCA OLIVEIRA

IDADE: 20a 3m

-----  
DESCRIÇÃO CIRURGICA

PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA ; ATBPROFILAXIA  
ASSEPSIA - ANTI SEPSIA DO MSE  
APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS  
GARROTEAMENTO DO MSE  
REALIZADO ACESSO VOLAR DE HENRY  
DIVULSÃO POR PLANOS  
EVIDENCIADO FRATURA DO ESCAFOIDE COM DESVIO IMPORTANTE  
REALIZADO REDUÇÃO DIRETA  
PASSADO FIO GUIA E FREZADO  
FIXADO FRATURA COM PARAFUSO DE HERBERT 18  
EVIDENCIADO ALINHAMENTO SATISFATÓRIO DA FRATURA NO AP E PERFIL  
LAVAGEM COM SF 0,9%  
RETIRADO GARROTE  
REVISÃO DA HEMOSTASIA  
SUTURA POR PLANOS  
CURATIVO ESTÉRIL  
TALA GESSADA

Crato, 3 de setembro de 2020

Dr. João Gilberto G. Macedo  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-CE 14822 / TEOT 16348

JOAO GILBERTO GOMES MACEDO  
CRM: CRM:014822-CE

Hospital São Raimundo/Fundação Leandro Bezerra de Menezes

NOTA DE ENFERMAGEM

PACIENTE LARISSA BEATRIZ FRANCA OLIVEIRA 616880  
OPERADOR TAVARES  
DATA/HORA 02/09/2020 TARDE

TEMPO OPERACIONAL/INTERVENÇÃO

PACIENTE ADMITIDA NESSE SETOR PROVENIENTE DA ALA FEMININA, EM TRATAMENTO CIRÚRGICO COM DRº GILBERTO

ESTADO GERAL

ESTADO GERAL REGULAR

NÍVEL DE CONSCIENTE

CONSCIENTE

NÍVEL DE ORIENTAÇÃO

ORIENTADA

PADRÃO DE SSVV

PADRÕES DE SSVV EM NORMALIDADE

PERÍODO DE OBSERVAÇÃO

SEM QUEIXAS DE DOR NO PERÍODO

ITENS RELACIONADOS A PRESCRIÇÃO

MEDICADA CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA

PREÇOS

NÃO SE APLICA

SONDAS

NÃO SE APLICA

CURATIVO

COM TALA GESSADA

OUTRAS ATIVIDADES REALIZADAS

CUIDADOS GERAIS DE ENFERMAGEM

PENDÊNCIAS

TEM SOLICITAÇÃO DE EXAME LABORATORIAL

*Alana*

ALANA ALEXANDRE TAVARES  
COREN: 1291978-CE

PRESCRIÇÃO (ELETÔNICA DO PACIENTE (MÉDICA))  
HOSPITAL SAO RAIMUNDO

Prescrição: 15690  
FIXZ11

Paciente: **LARISSA BEATRIZ FRANCA OLIVEIRA**

Data Solic: 03/09/2020 07:32:12 - Data Pr Im: 03/09/2020 08

Sexo: FEMININO  
Convênio: SUS AMBULATORIO

Dr. Nasc: 25/05/2000-20M-3M-9D  
Presc: 15690 Atend: 318104

Item Nam Código Descrição  
010 01 00000186 SINNAIS VITAIS - SSVV  
100MG + SF 0,9 % 100ML EV DE 12/12H -

Dose 1  
Uní Via Freqüência Qtde Total Salda  
12/12 2

Ass. Prestador: JOAO GILBERTO GOMES MACEDO (CRM 014822)

Ass Paciente

Impresso em 03/09/2020 07:34:25 pelo Usuário GILBERTO

Versão 510.3.0

Dr. Joao gilberto G. Macedo  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-CE 148227 TEOT 1654f

04/09/2020

Acto

Dr. Breno A. Macedo Cruz  
Ortopedia - Traumatologia  
Cirurgia do Membro Superior / Coloproctologia  
CRM-CE 148227 TEOT 1654f

# ETOPLE SOLUÇÕES

Paciente: LARISSA BEATRIZ FRANCA OLIVEIRA

Data : 04/09/2020 ID: 98717

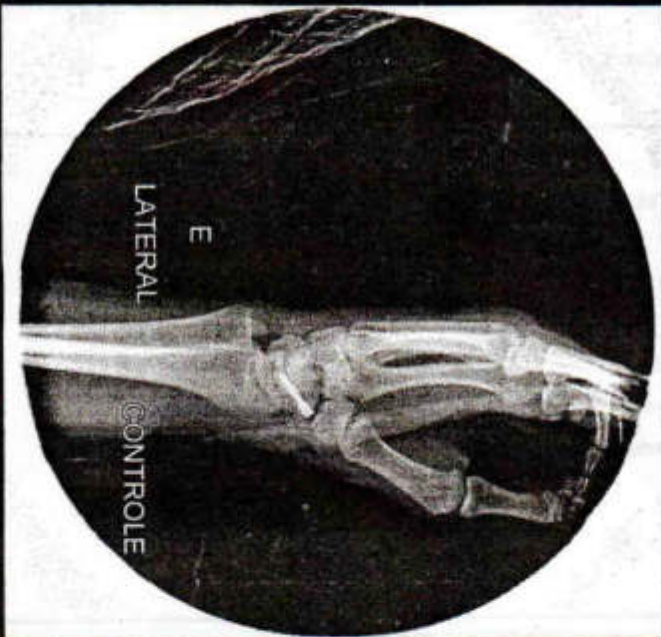
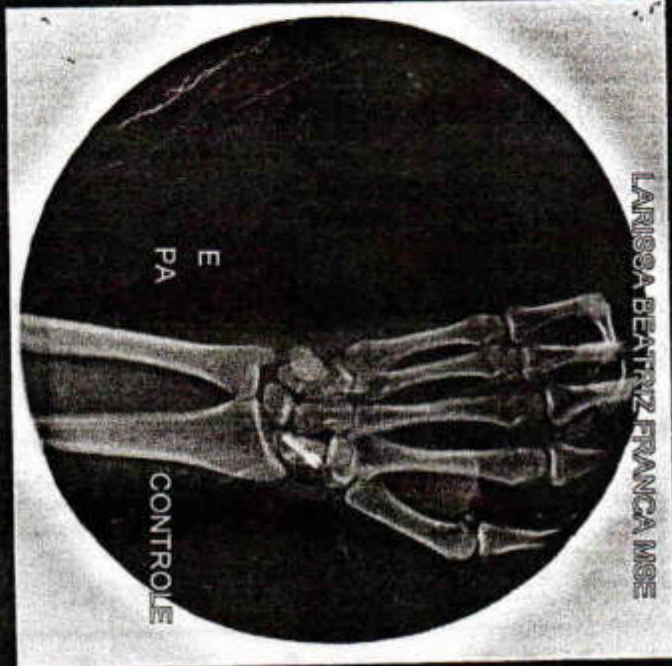
EXAME:

PACIENTE: LARISSA BEATRIZ FRANCA OLIVEIRA  
ID: 98717

HOSPITAL SAO SAUL/UNIVERSIDADE LARISSA BEATRIZ FRANCA OLIVEIRA  
98717

coloreado  
10.21.32

ELVINO PEDRO  
10.25.33



Z: 100%  
W: 4056 L: 1048

Z: 100%  
W: 4056 L: 1048

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME  
EVERARDO DE SOUSA LEITE



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF  
113053686 SSP CE

CPF DATA NASCIMENTO  
346.395.783-34 13/12/1967

FILIAÇÃO  
FRANCISCO NUNES DE SOUSA  
ANTONIA LEONI LEITE SOUSA

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.  
AD

Nº REGISTRO VALIDADE 1ª HABILITACAO  
00742628410 31/03/2021 28/05/1997

OBSERVAÇÕES  
EXERCE ATIV REMUNERADA;

*Everardo de Sousa Leite*

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL DATA EMISSAO  
CRATO, CE 07/06/2016

*Igon Vasconcelos Ponte*  
IGON VASCONCELOS PONTE

70052230453  
CE152745157

ASSINATURA DO EMISSOR



1225575488

1225575488

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
DEPARTAMENTO DE LICENCIAMENTO DE VEÍCULOS  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABILITACAO



EVERARDO DE SOUSA LEITE  
M. NUNES DE SOUSA  
ANTONIA LEONI LEITE SOUSA

501-34180-33



EVERARDO DE SOUSA LEITE  
113053686  
346.395.783-34

00742628410 31/03/2021 28/05/1997



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
PREFEITA FORNABE DO ESTADO DO CEARÁ  
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PROTEÇÃO BIOMÉTRICA



NOME  
LARISSA BEATRIZ FRANCA OLIVEIRA

PROFISSÃO  
JOSÉ RAMILTON AGUIAR OLIVEIRA

ALCILENE DOS PASSOS FRANCA

DATA NASCIMENTO NAT. PALEONDI  
26/05/2000 CRATO - CE  
ORGÃO EMISSOR TIPOFATOR RH  
SSPDS-CE XXX  
OBSERVAÇÃO XXXXXXXXXXXXXXXX

*Larissa Beatriz Franca Oliveira*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

LEI Nº 7.116 DE 29 DE AGOSTO DE 1983

UF 082.323.823-26 CNR XXXXXXXXXXXXXXXX  
REGISTRO GERAL LOCAL DATA DE EMISSÃO OUTRO RG  
2008934096-0 P. 199 12/02/2021 2ª VIA  
REGISTRO CIVIL  
CERT. NASCIMENTO CARTÓRIO. 4º OFÍCIO TERMO.0055061 FOLHA.00000148  
LIVRO-A-0048 CRATO - CE

NOME SOCIAL  
XXXXXXXXXXXXXXXXXX

POLEGAR DIREITO

T. EMISSOR CTRM SERE UF  
090781930779 1315173 0050 CE  
REGISTRO PROF. REGISTRO PROFISSIONAL  
INS. 20208007460 XXXXXXXXXXXXXXXX  
CART. MULTAR XXXXXXXXXXXXXXXX  
XXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX  
706709470654030



*João Alano Aguilão de Azevedo*

ASSINATURA DO DIRETOR

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0077052/21

**Vítima:** LARISSA BEATRIZ FRANCA OLIVEIRA

**CPF:** 082.323.823-76

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

**Data do acidente:** 01/09/2020

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** LARISSA BEATRIZ  
FRANCA OLIVEIRA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

### EVERARDO DE SOUSA LEITE : 346.395.783-34

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### LARISSA BEATRIZ FRANCA OLIVEIRA : 082.323.823-76

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

**O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.**

**A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.**

**A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.**

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 15/03/2021  
Nome: EVERARDO DE SOUSA LEITE  
CPF: 346.395.783-34

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/03/2021  
Nome: EMANUEL HOLANDA DOS SANTOS  
CPF: 023.759.843-40

EVERARDO DE SOUSA LEITE

EMANUEL HOLANDA DOS SANTOS

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210090298

**Cidade:** Crato

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** LARISSA BEATRIZ FRANCA OLIVEIRA

**Data do acidente:** 01/09/2020

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 31/03/2021

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE ESCAFÓIDE ESQUERDO. P.1,2,7,10,17,18

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PARAFUSO) E ALTA MÉDICA. P.15

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE PUNHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE PUNHO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## 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 punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# PROCURAÇÃO PARTICULAR

## OUTORGANTE:

Nome: Carissima Beatriz Franca Oliveira brasileiro (a), estado civil: solteira ;  
Profissão: Autônoma, portador (a) do RG 70087340960, órgão expedidor: SSP  
e do CPF: 082.323.82376, residente no (a): Rua: Edilmar de Souza  
nº 118, bairro: Lila-alta, município: Crato/CE.

## OUTORGADO:

Nome: EVERARDO DE SOUSA LEITE, brasileiro, estado civil: Casado, Profissão: Autônomo, portador  
do RG 1130536-86, órgão expedidor: SSP/CE e do CPF: 346.395.783-34, residente na Rua  
Maurício Almeida n° 26, bairro: Zacarias Gonçalves, município: Crato/Ceara

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e  
outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER  
DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do  
seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e  
poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer  
o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito,  
permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima

LARISSA BEATRIZ FRANCA OLIVEIRA

Declaro que todas as informações prestadas e atos do referente ao pleito são de total responsabilidade do Beneficiário ou  
Representante Legal, ficando assim sujeito as penas da lei caso falte com a verdade.

Car. Ono 2º Ofício  
G. Lobo

Carissima Beatriz Franca Oliveira  
Assinatura do outorgante

Local e data, Crato 12 de Março de 2021

Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) ASSINATURA DE QUEM ASSINA A ROGO

TESTEMUNHAS  
1ª Nome: Larissa Duarte  
CPF: 069.553.532-67  
Larissa Duarte  
Assinatura

2ª Nome: Marcus Silva Costa  
CPF: 087.960.823-48  
Marcus Silva Costa  
Assinatura

GL  
CARTÓRIO GERAL DO LOBO  
RUA SENADOR POMPEU, 304 - Centro  
Reconheço POR AUTENTICIDADE a Firma de LARISSA BEATRIZ  
FRANCA OLIVEIRA, em test. de Verdade. Dou Fe.  
Crato-CE, 12/03/2021.  
MARCELLA FEITOSA LUCIANO GOMES DE MATOS  
SEM 3.07/FE 0.20/SE 1.21/FA 0.15/FR 0.15/SS 16/XT/2011  
VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

SELO DE AUTENTICIDADE

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0077052/21

**Vítima:** LARISSA BEATRIZ FRANCA OLIVEIRA

**CPF:** 082.323.823-76

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

**Data do acidente:** 01/09/2020

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** LARISSA BEATRIZ  
FRANCA OLIVEIRA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

### EVERARDO DE SOUSA LEITE : 346.395.783-34

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### LARISSA BEATRIZ FRANCA OLIVEIRA : 082.323.823-76

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 15/03/2021  
Nome: EVERARDO DE SOUSA LEITE  
CPF: 346.395.783-34

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/03/2021  
Nome: EMANUEL HOLANDA DOS SANTOS  
CPF: 023.759.843-40

EVERARDO DE SOUSA LEITE

EMANUEL HOLANDA DOS SANTOS

**Rio de Janeiro, 11 de Abril de 2021**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3210090298**

**Vítima: LARISSA BEATRIZ FRANCA OLIVEIRA**

**Data do Acidente: 01/09/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: EVERARDO DE SOUSA LEITE**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), LARISSA BEATRIZ FRANCA OLIVEIRA**

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

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

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **LARISSA BEATRIZ FRANCA OLIVEIRA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000684**

Conta: **00000054970-5**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPEAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 082.323.823-76 4 - Nome completo da vítima: LARISSA BEATRIZ FRANÇA OLIVEIRA

**REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012**

5 - Nome completo: LARISSA BEATRIZ FRANÇA OLIVEIRA 6 - CPF: 082.323.823-76  
 7 - Profissão: ATENDENTE 8 - Endereço: RUA EDUARDO SOUSA 9 - Número: 115 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
 11 - Bairro: VILA ALTA 12 - Cidade: PIATO 13 - Estado: CEARA 14 - CEP: 63105000  
 15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel. (DDD): 83976174242

**DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR**

17 - Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_  
 18 - CPF do Representante Legal: \_\_\_\_\_ 19 - Profissão do Representante Legal: \_\_\_\_\_

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
 RECUSO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
 Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
 AGÊNCIA: 0684 CONTA: 54970 5  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)  
 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

**22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE**

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
 25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
 28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Imprensa digital da vítima ou beneficiário (se alfabetizado)  
 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_  
 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_  
 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_

38 - 1ª | Nome: RAIANA DUARTE COSTA  
 CPF: 069.055.353-62  
Raiana Duarte Costa  
 Assinatura da testemunha  
 39 - 2ª | Nome: MATEUS SILVA COSTA  
 CPF: 082.323.823-48  
Mateus Silva Costa  
 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, PIATO 13 de março de 2021  
Larissa Beatriz França Oliveira  
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 446 - 3917 / 2020**

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **LESAO CORPORAL CULPOSA - TRANSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **13/10/2020 16:35:32**  
Data / Hora da Ocorrência: **01/09/2020 16:00:00**  
Endereço da Ocorrência: **AV THOMAZ OSTERNE DE ALENCAR - CRATO/CE**  
Ponto de Referência: **PROX AO BAR DE VALDIR**

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **LARISSA BEATRIZ FRANÇA OLIVEIRA**  
Nascimento: **25/05/2000** CPF: **082.323.823-76**  
RG: **2008934096-0** Orgão Emissor: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
Filiação: **ALCILENE DOS PASSOS FRANÇA**  
**JOSÉ RAMILTON AGUIAR OLIVEIRA**  
Endereço: **RUA ENGENHEIRO EDVAN DE SOUZA, 118**  
Bairro: **VILA ALTA**  
Município: **CRATO/CE** CEP: \_\_\_\_\_  
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 98854-1424**

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **PEP1185** Uf: **CE** Município: **CRATO** Chassi:  
**9C2KD0550BR004692** Renavam: **327324090** Tipo do Veículo:  
**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ES** Ano  
Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**  
Cor: **VERMELHA** Proprietário: **ALCILENE DOS PASSOS FRANÇA**  
Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

**Histórico**

Afirma que no dia 01.09.2020, por volta das 16hs era transportada na garupa da motocicleta HONDA BROZ de placa: PEP-1185, sendo guiada pela irmã, RAYSA BIANCA FRANÇA OLIVEIRA, na Avenida Thomaz Osterne de Alencar, quando nas proximidades do bar do Valdir, foram ultrapassadas por um caminhão que os jogou para fora da via; QUE sofreu lesão no osso escafóide (osso da mão esquerda); QUE foi atendida no hospital São Raimundo, tendo passado por procedimento cirúrgico; QUE sua irmã nada sofreu. E nada mais disse

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATO**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

**FRANCISCO DE PAULA VIANA FILHO - MAT.: 139247-1-6**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

*Larissa Beatriz França Oliveira*

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

**LEVI GONÇALVES LEAL - MAT.: 132616-1-X**