



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO
CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO**

**RECIBO DO PROTOCOLO
PETICIONAMENTO INTERMEDIARIA - PRIMEIRO GRAU**

Dados Básicos

Foro: Crato
Processo: 02023002120228060071
Classe do Processo: Contestação
Data/Hora: 23/02/2023 17:22:56

Partes

Solicitante: Seguradora Líder do
Consórcio do Seguro DPVAT

Arquivos

Petição: 2880447_CONTESTACAO_0
1 - 1-8.pdf
Documentação: SEGURADORA_LIDER_2018
- 1-9.pdf
Documentação: SEGURADORA_LIDER_2018
- 10-18.pdf
Documentação: SEGURADORA_LIDER_2018
- 19-20.pdf
Documentação: 2880447_CONTESTACAO_A
nexo_03 - 1-19.pdf
Documentação: 2880447_CONTESTACAO_A
nexo_03 - 20-29.pdf
Procuração/Substabeleciment
o: SUBSTABELECIMENTO_SU
PERVISAO_2018 - 1-2.pdf

Nota: Alguns dos arquivos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

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
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

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

ABDOMEN

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 Franca 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
Clinica	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 escápula
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 escápula*

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

RESERVADO A RECEPÇÃO

N.º DO UNISUS

TRASN. P/ MEDICO

CONDIÇÕES DE ALTA

ALTA EM

*Curado
04/09/20*

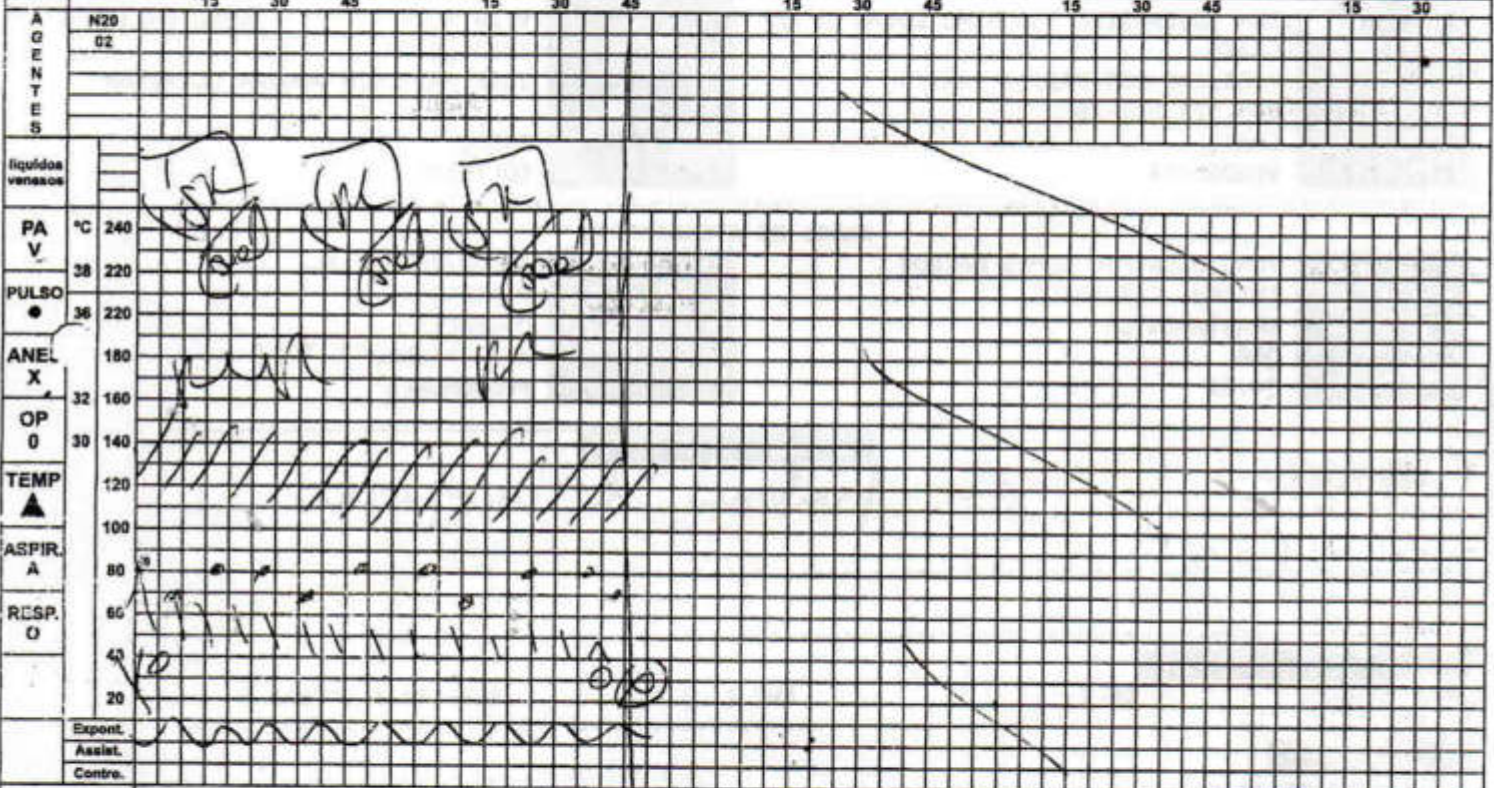
Paciente/Responsável

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	<i>AD 30</i>	Monitor Bloqueio de pleo bronquial v- intrascapular + axilar + Sidaey.
B. Xilocaína	clv - 200		
C. alfaprodol	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	
<i>510, 9.1 - 100</i>			
<i>510, 9.1 - 100</i>			
<i>pl - 100</i>			
TOTAL		TEMPO DE ANESTESIA	

OPERAÇÃO *Fuam de sus...* Laringo-Espasmo-Excesso Secre. Hemorragia-Arritmia
 Depressão Respiratório-Hipoxia Bradi-Taquicardia-Choque
 "BUCKING" - Vômito

ANESTESISTA *Mariana Ribeiro D. L...* CIRURGIÃO *João Gilberto* 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 CONSCIENTIA

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
CRM: 16106-CE
Direção Clínica
Hospital São Raimundo

Médico THAISSA LAVINEA FERREIROS 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/OPERADO

PACIENTE ADULTA EM PRÉ OPERATÓRIO COM DRº JOÃO GILBERTO.

ESTADO GERAL

BOM.

NÍVEL DE CONSCIENTE

CONSCIENTE.

NÍVEL DE ORIENTAÇÃO

ORIENTADA.

PARÂMETROS DE SSV

DENTRO DAS NORMALIDADES.

QUEIXA DO PACIENTE

QUEIXA-SE DE ALGIA EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

TRATAMENTO PRESTATO

REALIZADO MEDICAÇÃO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.

DRENOS

AUSENTE.

SONDAS

AUSENTE.

CURATIVO

COM TALA GESSADA EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

OUTRAS AÇÕES 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:

Dieta

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

Medicações

Item Item Código	Descrição	Nome de Segurança	Opção Comercial	Dose	Unid	Via	Frequência
002 01 00000007	SOL. RINGER C/LACTATO; 500ML FRASCO-AMP		SOL. RINGER C/LACTATO	1	FAM	EV	12/12
Horários: 08 20							
003 01 00000037	DIPIRONA SODICA; 500MG/ML 2ML AMPOLA		DIPIRONA SODICA	1	AMP	EV	06/06
Horários: 08 14 20 02	01 AMP + AD EV DE 6/6 -						
004 01 00000438	(C)TRAMADOL; CLORIDRATO DE; 50MG/ML 2ML AMPOLA		TRAMAL	1	AMP	EV	08/08
Horários: 08 16 09	100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA -						
005 01 00000015	BROMOPRIDA; 5MG/ML 2ML AMPOLA		BROMOPRIDA	1	AMP	EV	08/08
Horários: 08 16 09	01 AMP + AD EV DE 8/8H SE NAUSEAS OU VÔMITOS -						
006 01 00000426	OMEGAESTROL; 20MG COMPRIMIDO		OMEGAESTROL	1	CPR	VO	24/24
Horários: 08	TOMAR 01 COMP VO EM JEJUM -						
007 01 00000396	CAPTOPRIL; 25MG COMPRIMIDO		CAPTOCORD	1	CPR	VO	08/08
Horários: 08 16 09	TOMAR 01 COMP VO DE 8/8H SE NAUSEAS OU VÔMITOS -						
008 01 00000022	(A)CEFALOXINA SODICA; 1G FRASCO-PO		CEFALOXINA SODICA	1	FPO	EV	08/08
Horários: 08 16 09	1G EV DE 8/8H -						
009 01 00000598	CETOPROFENO; FRASCO-PO 100GR PO LIOSILIZADO		ATRININD	1	FPO	EV	
Horários: 08 16 09							

Dr. João Gilberto G. Maseds
Ortopedia / Traumatologia
CRM-CE 14822 / TEOT 16248

Dose: 1g via Frequência: qda total Saída:

Item Item Código Descrição

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

Medicação Administrada Por: **MACIEL** COREN 85885

Medicação Administrada Por: **A. Loma** COREN 1051880

Horário: 14:00 Data: 03/09/2020

Horário: 22:00 Data: 03/09/2020

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] ATENDIMENTO: 616880
OPERADOR: ALANA [REDACTED]
DATA/HORA: 03/09/2020 NOITE [REDACTED] Q4.01

TEMPO OPERATÓRIO/ANESTESIA: [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.

SISSINS 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
[Handwritten Signature]

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 SSVV

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

REGISTRO DE ENFERMAGEM

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

TEMPO OPERATORIO/INTERNAÇÃO
PACIENTE ADULTA PÓS-OPERATÓRIO.

ESTADO GERAL
BEM.

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
CONSCIENTE.

NÍVEL DE ORIENTAÇÃO
ORIENTADA.

PARÂMETROS DE SEM
DENTRO DAS NORMALIDADES.

QUEIXA DO QUEIXANTE
NEGA QUEIXA NO PERÍODO.

DENS RELACIONADOS A PRESCRIÇÃO
MEDICADA CONFORME PRESCRITA.

DENS
SEM.

SONDAS
SEM.

CURATIVO
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 A PACIENTE [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 ELETRÔNICA DO PACIENTE (MÉDICA)
HOSPITAL SAO RAIMUNDO

Prescrição: 15690
FIXZ11

Paciente: **LARISSA BEATRIZ FRANCA OLIVEIRA** Sexo: FEMININO Dt. Nasc: 25/05/2000 - 20A - 3M - 9D

Data Solic: 03/09/2020 07:32:12 - Data Pr Im: 03/09/2020 08 Convênio: SUS AMBULATORIO Presc: 15690 Atend: 318104

Ítem	Item	Código	Descrição	Dose	Uní	Via	Freqüência	Qtde	Total	Salda
010	01	00000186	SINAIS VITAIS - SSVV	1						
			100MG + SF 0,9 % 100ML EV DE 12/12H -				12/12	2		

Horários: 08 20

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
CRM-CE 148227 TEOT 1654f

ETOPLE SOLUÇÕES

Paciente: LARISSA BEATRIZ FRANCA OLIVEIRA

Data : 04/09/2020 ID: 98717

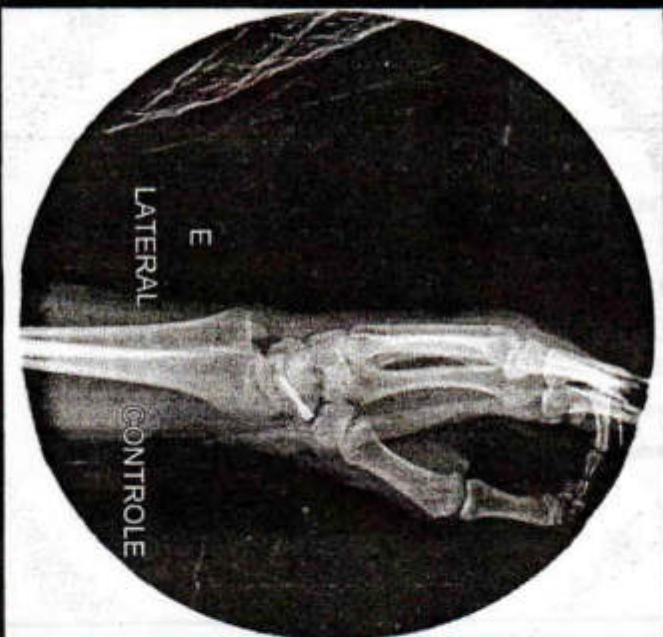
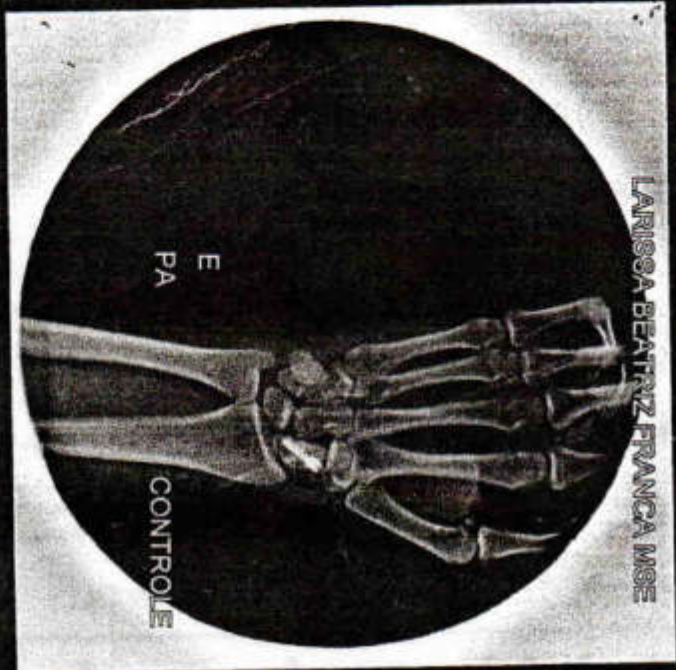
EXAME:

PACIENTE: LARISSA BEATRIZ FRANCA OLIVEIRA
ID: 98717

HOSPITAL SAO SAUL/UNIVERSIDADE LARISSA BEATRIZ FRANCA OLIVEIRA
98717

colored
10.21.32

colored
10.25.33



Z: 100%
W: 60% L: 100%

Z: 100%
W: 60% L: 100%

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

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 HABILITAÇÃO
00742628410 31/03/2021 28/05/1997

OBSERVAÇÕES
EXERCE ATIV REMUNERADA;

Everardo de Sousa Leite

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL DATA EMISSÃO
CRATO, CE 07/06/2016

Igon Vasconcelos Ponte

ASSINATURA DO EMISSOR

70052230453
CE152745157



1225575488

1225575488

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

vivo

EVERARDO DE SOUSA LEITE
MANTENDO A VALIDADE DA HABILITAÇÃO
ATUALIZANDO O VALOR DO CONTRIBuinte

501-34180-33

vivo

EVERARDO DE SOUSA LEITE

00742628410	31/03/2021	28/05/1997
-------------	------------	------------

00742628410 31/03/2021 28/05/1997

00742628410 31/03/2021 28/05/1997



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PROVA BIOMÉTRICA



NOME
LARISSA BEATRIZ FRANCA OLIVEIRA
FILIAÇÃO
JOSÉ RAMILTON AGUIAR OLIVEIRA
ALCILENE DOS PASSOS FRANCA

DATA NASCIMENTO NAT. RALENCIA
26/05/2000 CRATO - CE
ORGÃO EMISSOR TIPO RATOR 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 PROF. REGISTRO PROF. REGISTRO PROF.
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

Titular do CPF: LARISSA BEATRIZ
FRANCA OLIVEIRA

CPF de: Próprio

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 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
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

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/1.931
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 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.

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: 63105-000
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): 83 976174242

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 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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