

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 07/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.037,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCIA MENDES LINS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01600-4

CONTA: 000000078166-5

Nr. da Autenticação D1CC23EF10463852

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180587592

Cidade: Carmópolis

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARCIA MENDES LINS

Data do acidente: 18/07/2018

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO. HEMATOMA INTRA AXIAL FRONTO PARIETAL DIREITO. FRATURA FECHADA, COMINUTIVA, DE CLAVÍCULA MEDIAL ESQUERDA.

Descrição do exame físico: DEAMBULANDO COM AJUDA DE TERCEIROS. SENTA-SE E PERMANECE NA POSIÇÃO. RESPONDE ADEQUADAMENTE ÀS SOLICITAÇÕES, SEM ALTERAÇÕES NA ESFERA COGNITIVA. ROMBERG POSITIVO POSTERIOR, IMPOTÊNCIA FUNCIONAL MODERADA À EXTENSÃO E ELEVAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: RETORNO DA DEAMBULAÇÃO, ESTA COM AJUDA DE TERCEIROS, EM RAZÃO DA TONTURA CONSTANTE. RETORNO DA MOBILIDADE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM IMPEDIMENTO DO LIVRE DESLOCAMENTO CORPORAL E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO OMBRO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 27/02/2019

Conduta mantida:

Observações: ANALISADO RX IDENTIFICADO E DATADO DE 15/08/2018 PARA A DESCRIÇÃO DA FRATURA. TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO, DATADA DE 22/07/2018 E ASSINADA PELO DR. LUCIANO NASCIMENTO SILVA, CRM AL 4505 SINALIZA A CRANIOTOMIA FRONTO TEMPORO PARIETAL DIREITA. RELATA USO DE MEDICAÇÃO ESPECÍFICA PARA TONTURA, MAS NÃO APRESENTOU RECEITA.

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
Lesões neurológicas que cursem com impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			22,5 %	R\$ 3.037,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180587592

Cidade: Carmópolis

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARCIA MENDES LINS

Data do acidente: 18/07/2018

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO. HEMATOMA INTRA AXIAL FRONTO PARIETAL DIREITO. FRATURA FECHADA, COMINUTIVA, DE CLAVÍCULA MEDIAL ESQUERDA.

Descrição do exame físico: DEAMBULANDO COM AJUDA DE TERCEIROS. SENTA-SE E PERMANECE NA POSIÇÃO. RESPONDE ADEQUADAMENTE ÀS SOLICITAÇÕES, SEM ALTERAÇÕES NA ESFERA COGNITIVA. ROMBERG POSITIVO POSTERIOR, IMPOTÊNCIA FUNCIONAL MODERADA À EXTENSÃO E ELEVACÃO DO OMBRO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: RETORNO DA DEAMBULAÇÃO, ESTA COM AJUDA DE TERCEIROS, EM RAZÃO DA TONTURA CONSTANTE. RETORNO DA MOBILIDADE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM IMPEDIMENTO DO LIVRE DESLOCAMENTO CORPORAL E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO OMBRO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 27/02/2019

Conduta mantida:

Observações: ANALISADO RX IDENTIFICADO E DATADO DE 15/08/2018 PARA A DESCRIÇÃO DA FRATURA. TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO, DATADA DE 22/07/2018 E ASSINADA PELO DR. LUCIANO NASCIMENTO SILVA, CRM AL 4505 SINALIZA A CRANIOTOMIA FRONTO TEMPORO PARIETAL DIREITA. RELATA USO DE MEDICAÇÃO ESPECÍFICA PARA TONTURA, MAS NÃO APRESENTOU RECEITA.

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
Lesões neurológicas que cursem com impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			22,5 %	R\$ 3.037,50

Rio de Janeiro, 14 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180587592

Vítima: MARCIA MENDES LINS

Data do Acidente: 18/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MACKYSUEL MENDES LINS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARCIA MENDES LINS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.037,50

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: MARCIA MENDES LINS

Valor: R\$ 3.037,50

Banco: 001

Agência: 000001600-4

Conta: 0000078166-5

Tipo: CONTA CORRENTE

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.



DEPARTAMENTO DE SAISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

13 DEZ 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Da Paz, 1864 - Sl. 17
Maceió - AL

USO OBRIGATÓRIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 8.906/94)

TEM SE PUBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

13621342



ASSINATURA DO PORTADOR

Mackysuel Mendes Lins



CONSERVAÇÕES

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DE ALAGOAS
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME

MACKYSUEL MENDES LINS

FILIAÇÃO

PAULO CESAR MOURA LINS

MARCIA MENDES LINS

NACIONALIDADE

MACÊIO-AL

RG

32420277 - SEDS/AL

DOADOR DE ÓRGÃOS E TECIDOS

NÃO

INSCRIÇÃO:
14794



DATA DE NASCIMENTO

02/08/1993

CPF

095.707.194-94
VIA EXPEDIENTE EM

01 21/09/2016

FERNANDA MARTINEZ DE SOUSA SANTOS

PRESIDENTE

HOSPITAL UNIMED



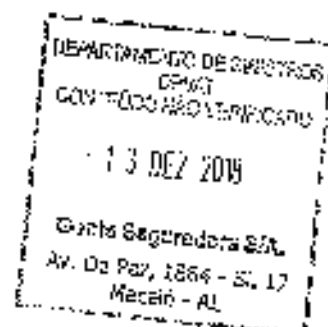
RELATÓRIO MÉDICO

Paciente Márcia Mendes Lima, admitida nesta unidade hospitalar em 20/07/18, vítima de politrauma (18/07/18) com TCE e hematoma subdural, submetida a Lobectomia temporal direita (Contusão). Ainda com necessidade de cirurgia ortopédica por fratura de clavícula, sem previsão de alta hospitalar até o momento.

CID 10 S 06

RCM
Roberto César de Araújo
Classe Médica: 123456789
CRM/SP: 12345

Aracaju, 01 de agosto de 2018



São Paulo, 04 de Agosto de 2018.

Relatório Médico

Marcia Mendes Lins

47 anos

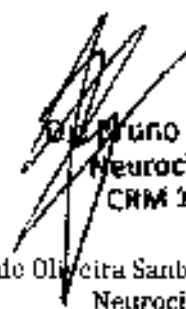
CID 10 S06.8- Traumatismo craniano

Marcia Mendes Lins foi transferida do HUSE devido a politrauma por acidente automobilístico no dia 18/07 com relato de perda de consciência. Foi realizada TC crânio no serviço de origem com presença de hematoma subdural agudo frontotemporo-parietal II a contusão frontotemporal D.

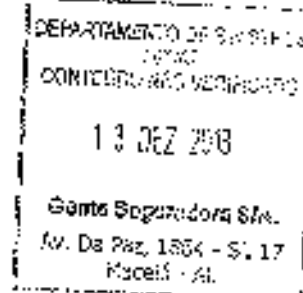
Foi transferida para o Hospital Unimed, sendo mantida conduta inicialmente conservadora. Evoluiu com piora progressiva das tomografias de controle com inchaço hemisférico direito e desvio de linha média significativo acompanhado de rebaixamento do nível de consciência, quando foi indicado tratamento cirúrgico.

Em 21/07/2018 foi submetida a drenagem de contusão temporal direita, assim como de hematoma subdural agudo laminar, associado a descompressão hemisférica com "Tucci flap" e implante de cateter para monitorização da pressão intracraniana. Foi mantida sedada no pós-operatório com medidas de controle de hipertensão intracraniana de primeira linha, apresentando melhora nas tomografias de controle que demonstraram reversão do desvio de linha média. Após alguns dias de medidas clínicas para controle de hipertensão intracraniana, foi retirada sedação e desmamada da ventilação mecânica, sendo extubada, apresentando excelente evolução neurológica. Hoje está afebril, com hemodinâmica estável, Glasgow 15, pupilas isocóricas e fotorreagentes, movimentando os 04 membros e ferida operatória de bom aspecto.

Atenciosamente,


Dr. Bruno Fernandes
Neurocirurgião
CRM 152439

Bruno Fernandes de Oliveira Santos - CRM 152439
Neurocirurgião - Unifesp
Mestre em Tecnologia e Atenção à Saúde - Unifesp
Membro da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia
Membro da Sociedade Brasileira de Radiocirurgia



Avan de Cirurgia : 23081

Sala : 0001

SALA 1

Paciente : 3985918

MARCIA MENDES LINS

Atendimento : 678449

Convênio Alterm. : 8

UNIMED

Carteira : 00650010003077818

Leito : 409

UTI 1

Idade : 47 Anos

Qt. Início : 21/07/2018 13:32

Qt. Fim : 21/07/2018 18:32

Cid-Pré-Operatório : 8068

OUTROS TRAUMATISMOS INTRACRANIANOS

Cid Pós-Operatório : 8068

OUTROS TRAUMATISMOS INTRACRANIANOS

Procedimento : 31401300

TRATAMENTO CIRURGICO DO HEMATOMA INTRACRANIANO (PRINCIPAL)

Convênio : 008

UNIMED

Procedimento : 30404128

RESSECCAO DO OSSO TEMPORAL

Convênio : 008

UNIMED

Procedimento : 30215049

RECONSTRUCAO CRANIANA OU CRANIOFACIAL

Convênio : 008

UNIMED

Procedimento : 30216021

Craniotomia descompressiva

Convênio : 008

UNIMED

Procedimento : 30101868

Reconstrucao com retalhos de galea aponeurotica

Convênio : 008

UNIMED

Procedimento : 31401082

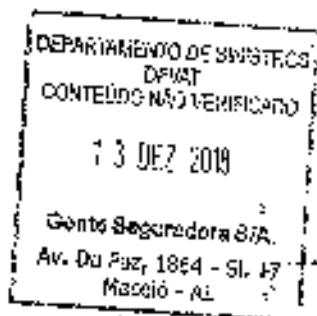
Implante de cateter intracraniano

Convênio : 008

UNIMED

Anestesia : 45

GERAL ENDOVENOSA + INALATORIA SEM REINALCAO



CIRURGIÃO

3818 BRUNO FERNANDES DE OLIVEIRA SANTOS

CIRURGIÃO

1212 JOSE GALASANS DOS SANTOS

Descrição Cirúrgica :

INSTRUMENTADA JONATAS COSTA

EQUIPE:

CIRURGIÃO: BRUNO FERNANDES CRM 3918

1 AUXILIAR JOSE GALASANS CRM 1213

Dr. Bruno Fernandes
Neurocirurgião
CRM 3918

- 1- PACIENTE ENCAMINHADO PARA CENTRO CIRURGICO APÓS CONVERSA COM FAMILIARES (FILHOS) OS QUAIS ENTENDEM A GRAVIDADE DO QUADRO ASSIM COMO OS RISCOS INERENTES AO PROCEDIMENTO CIRURGICO
- 2- PACIENTE SOB ANESTESIA GERAL EM DOH. ANTISSEPSIA, ASSEPSIA E PUNÇÃO VENOSA PROFUNDA SOB TÉCNICA DE BELDINGER E COLOCAÇÃO DE CATETER VENOSO CENTRAL SEM INTERCORRENCIAS
- 3- CABEÇA FIXA AO MAYFIELD. TRICOTOMIA, ANTISSEPSIA, ASSEPSIA E COLOCAÇÃO DE CAMPO ESTÉRIL DESCARTÁVEL.
- 4- INCISÃO EM QUESTION MARK À DIREITA E HEMOSTÁZIA RIGOROSA.
- 5- CRANIOTOMIA FRONTOTEMPOROPARIETAL (30215021 CRANIOTOMIA DESCOMPRESSIVA) COM USO DE KIT DE CRANIOTOMIA.
- 6- CRANIECTOMIA TEMPORAL COM RESSECCÃO DE OSSO TEMPORAL COM USO DE FRESA ESFERICA CORTANTE (30404128 RESSECCAO DE OSSO TEMPORAL)
- 7- ANCORAMENTO DURAL À BORDA ÓSSEA E DURAOTOMIA ARCIFORME. OBSERVAMOS CÉREBRO EXTREMAMENTE INCHADO E COM PULSATILIDADE REDUZIDA.
- 8- REALIZAÇÃO DRENAGEM DE HEMATOMA SUBDURAL AGUDO E LOBECTOMIA TEMPORAL ANTERIOR DIREITA COM DRENAGEM DE CONTUSÃO TEMPORAL DIREITA, COM AUXÍLIO DE 02 UNIDADES DE COMPRESSAS NEUROCIRURGICAS (31401008 TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA INTRACRANIANO)
- 9- HEMOSTÁZIA RIGOROSA COM USO DE BIPOLAR, CABO DE BIPOLAR E HEMOSTÁTICO EM PQ.
- 10- IMPLANTE DE CATETER DE PIC PARA MONITORIZAÇÃO DE PRESSÃO INTRACRANIANA E EXTERIORIZAÇÃO POR CONTR. ABERTURA (31401082 IMPLANTE DE CATETER INTRACRANIANO)
- 11- DURAOTOMIA EXPANSORA COM USO DE 02 UNIDADES DE DURAEM; 01 UNIDADE DE DURAEM E ENXERTO DE GALEA APONEUROTICA (30101868 RECONSTRUCAO COM RETALHO DE GALEA APONEUROTICA).

SÃO MARCOS HOSPITALAR LTDA- HOSPITAL UNIMED

Dr. Bruno Fernandes
Neurocirurgião
CRM 3918

Data Realizado

Data Exatidão

Nome Mariana Mendes LimaIdade 30 Sexo F Cor BCirurgião Dr. Fernando Anestesiologista Dr. Carlos DISTRIBUIÇÃOTipo de Anestesia SuplementarCirurgia Realizada Implante de prótese de PSC + Periclitomia temporal direita + descompressão doCirurgião Implante de prótese de PSC + Periclitomia temporal direita + descompressão doPré-anestesia 30/10/2013 14h30 a 15h30 Hora 15h30 Resultado OKInício Anest. 15h30 Fim Anest. 17h30 Anest. Anest. 15h30 Risco Operatório 1-2-3-4 Estado Físico 1-2-3-4-5

MONITOR FOG ☒ OXÍMETRO PULSO ☒ CAPNÓGRAFO ☒ PAIN NÃO INVASIVA ☒ BISTURI ELÉTRICO ☒ SERRA ☒
 MICROSCÓPIO ÓPTICO ☒ RX SALA ☒ INTENSIFICADOR IMAGEM ☒ FURADEIRA ELÉTRICA ☒ BOMBA INFUSÃO ☒ OUTRO ☒

HR	RR	SpO2	BP	MAP	Temp	Observações
70	12	98	120/80	60	36.5	
75	14	98	120/80	60	36.5	
80	16	98	120/80	60	36.5	
85	18	98	120/80	60	36.5	
90	20	98	120/80	60	36.5	
95	22	98	120/80	60	36.5	
100	24	98	120/80	60	36.5	
105	26	98	120/80	60	36.5	
110	28	98	120/80	60	36.5	
115	30	98	120/80	60	36.5	
120	32	98	120/80	60	36.5	
125	34	98	120/80	60	36.5	
130	36	98	120/80	60	36.5	
135	38	98	120/80	60	36.5	
140	40	98	120/80	60	36.5	
145	42	98	120/80	60	36.5	
150	44	98	120/80	60	36.5	
155	46	98	120/80	60	36.5	
160	48	98	120/80	60	36.5	
165	50	98	120/80	60	36.5	
170	52	98	120/80	60	36.5	
175	54	98	120/80	60	36.5	
180	56	98	120/80	60	36.5	
185	58	98	120/80	60	36.5	
190	60	98	120/80	60	36.5	
195	62	98	120/80	60	36.5	
200	64	98	120/80	60	36.5	
205	66	98	120/80	60	36.5	
210	68	98	120/80	60	36.5	
215	70	98	120/80	60	36.5	
220	72	98	120/80	60	36.5	
225	74	98	120/80	60	36.5	
230	76	98	120/80	60	36.5	
235	78	98	120/80	60	36.5	
240	80	98	120/80	60	36.5	
245	82	98	120/80	60	36.5	
250	84	98	120/80	60	36.5	
255	86	98	120/80	60	36.5	
260	88	98	120/80	60	36.5	
265	90	98	120/80	60	36.5	
270	92	98	120/80	60	36.5	
275	94	98	120/80	60	36.5	
280	96	98	120/80	60	36.5	
285	98	98	120/80	60	36.5	
290	100	98	120/80	60	36.5	
295	102	98	120/80	60	36.5	
300	104	98	120/80	60	36.5	
305	106	98	120/80	60	36.5	
310	108	98	120/80	60	36.5	
315	110	98	120/80	60	36.5	
320	112	98	120/80	60	36.5	
325	114	98	120/80	60	36.5	
330	116	98	120/80	60	36.5	
335	118	98	120/80	60	36.5	
340	120	98	120/80	60	36.5	
345	122	98	120/80	60	36.5	
350	124	98	120/80	60	36.5	
355	126	98	120/80	60	36.5	
360	128	98	120/80	60	36.5	
365	130	98	120/80	60	36.5	
370	132	98	120/80	60	36.5	
375	134	98	120/80	60	36.5	
380	136	98	120/80	60	36.5	
385	138	98	120/80	60	36.5	
390	140	98	120/80	60	36.5	
395	142	98	120/80	60	36.5	
400	144	98	120/80	60	36.5	
405	146	98	120/80	60	36.5	
410	148	98	120/80	60	36.5	
415	150	98	120/80	60	36.5	
420	152	98	120/80	60	36.5	
425	154	98	120/80	60	36.5	
430	156	98	120/80	60	36.5	
435	158	98	120/80	60	36.5	
440	160	98	120/80	60	36.5	
445	162	98	120/80	60	36.5	
450	164	98	120/80	60	36.5	
455	166	98	120/80	60	36.5	
460	168	98	120/80	60	36.5	
465	170	98	120/80	60	36.5	
470	172	98	120/80	60	36.5	
475	174	98	120/80	60	36.5	
480	176	98	120/80	60	36.5	
485	178	98	120/80	60	36.5	
490	180	98	120/80	60	36.5	
495	182	98	120/80	60	36.5	
500	184	98	120/80	60	36.5	
505	186	98	120/80	60	36.5	
510	188	98	120/80	60	36.5	
515	190	98	120/80	60	36.5	
520	192	98	120/80	60	36.5	
525	194	98	120/80	60	36.5	
530	196	98	120/80	60	36.5	
535	198	98	120/80	60	36.5	
540	200	98	120/80	60	36.5	
545	202	98	120/80	60	36.5	
550	204	98	120/80	60	36.5	
555	206	98	120/80	60	36.5	
560	208	98	120/80	60	36.5	
565	210	98	120/80	60	36.5	
570	212	98	120/80	60	36.5	
575	214	98	120/80	60	36.5	
580	216	98	120/80	60	36.5	
585	218	98	120/80	60	36.5	
590	220	98	120/80	60	36.5	
595	222	98	120/80	60	36.5	
600	224	98	120/80	60	36.5	
605	226	98	120/80	60	36.5	
610	228	98	120/80	60	36.5	
615	230	98	120/80	60	36.5	
620	232	98	120/80	60	36.5	
625	234	98	120/80	60	36.5	
630	236	98	120/80	60	36.5	
635	238	98	120/80	60	36.5	
640	240	98	120/80	60	36.5	
645	242	98	120/80	60	36.5	
650	244	98	120/80	60	36.5	
655	246	98	120/80	60	36.5	
660	248	98	120/80	60	36.5	
665	250	98	120/80	60	36.5	
670	252	98	120/80	60	36.5	
675	254	98	120/80	60	36.5	
680	256	98	120/80	60	36.5	
685	258	98	120/80	60	36.5	
690	260	98	120/80	60	36.5	
695	262	98	120/80	60	36.5	
700	264	98	120/80	60	36.5	
705	266	98	120/80	60	36.5	
710	268	98	120/80	60	36.5	
715	270	98	120/80	60	36.5	
720	272	98	120/80	60	36.5	
725	274	98	120/80	60	36.5	
730	276	98	120/80	60	36.5	
735	278	98	120/80	60	36.5	
740	280	98	120/80	60	36.5	
745	282	98	120/80	60	36.5	
750	284	98	120/80	60	36.5	
755	286	98	120/80	60	36.5	
760	288	98	120/80	60	36.5	
765	290	98	120/80	60	36.5	
770	292	98	120/80	60	36.5	
775	294	98	120/80	60	36.5	
780	296	98	120/80	60	36.5	
785	298	98	120/80	60	36.5	
790	300	98	120/80	60	36.5	
795	302	98	120/80	60	36.5	
800	304	98	120/80	60	36.5	
805	306	98	120/80	60	36.5	
810	308	98	120/80	60	36.5	
815	310	98	120/80	60	36.5	
820	312	98	120/80	60	36.5	
825	314	98	120/80	60	36.5	
830	316	98	120/80	60	36.5	
835	318	98	120/80	60	36.5	
840	320	98	120/80	60	36.5	
845	322	98	120/80	60	36.5	
850	324	98	120/80	60	36.5	
855	326	98	120/80	60	36.5	
860	328	98	120/80	60	36.5	
865	330	98	120/80	60	36.5	
870	332	98	120/80	60	36.5	
875	334	98	120/80	60	36.5	
880	336	98	120/80	60	36.5	
885	338	98	120/80	60	36.5	
890	340	98	120/80	60	36.5	
895	342	98	120/80	60	36.5	
900	344	98	120/80	60	36.5	
905	346	98	120/80	60	36.5	
910	348	98	120/80	60	36.5	
915	350	98	120/80	60	36.5	
920	352	98	120/80	60	36.5	
925	354	98	120/80	60	36.5	
930	356	98	120/80	60	36.5	
935	358	98	120/80	60	36.5	
940	360	98	120/80	60	36.5	
945	362	98	120/80	60	36.5	
950	364	98	120/80	60	36.5	
955	366	98	120/80	60	36.5	
960	368	98	120/80	60	36.5	
965	370	98	120/80	60	36.5	
970	372	98	120/80	60	36.5	
975	374	98	120/80	60	36.5	
980	376	98	120/80	60	36.5	
985	378	98	120/80	60	36.5	
990	380	98	120/80	60	36.5	
995	382	98	120/80	60	36.5	
1000	384	98	120/80	60	36.5	

ANESTESIA Suplementar Dr. Carlos Dr. Fernando Dr. Carlos Dr. Fernando Dr. Carlos Dr. Fernando Dr. Carlos



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ANESTESIA E SEDAÇÃO

Unimed SE
Sergipe

Itens Revisados:

Itens Excluídos:

Dados do paciente

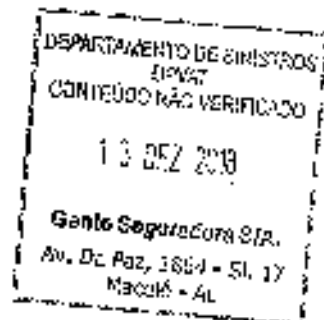
Nome: Marcelo Paulo Mendes Lima
 D7 de Nascimento: 28/01/1974 Idade: 45 Sexo: Feminino
 Data de admissão: 30/01/2018 Nº de atendimento: 678449 Convênio: Unimed

Autorizo o Dr(a) Ana Patrícia S. de Oliveira CRM: 4281, ou
 outro médico credenciado ao Hospital Unimed SE a realizar o procedimento de
 anestesia/sedação para o procedimento ou Exame:
Exatoma a qual serei submetido
 em 31/01/18. A proposta desse procedimento anestésico/sedação possui
 benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas que me foram explicações
 claramente. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que me foram respondidas
 satisfatoriamente. Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem
 obtidos, mas que serão realizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos
 disponíveis no hospital em busca do melhor resultado.
 Autorizo qualquer outro procedimento, exames, tratamento ou cirurgia, incluindo
 transfusão de sangue e hemocomponentes, em situações imprevistas que possam ocorrer e
 necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos. Confirmo que recebi
 explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos, e que me foi dada a
 oportunidade de anular qualquer espaço em branco, palavras ou parágrafos com o qual não
 concordei.

PACIENTE / RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: Marcelo Paulo Mendes Lima RG: 323206092493
 Data de nasc.: 28/01/1974 Grau de parentesco: Filho
 Aracaju, 21 de Jan de 2018

Marcelo Paulo Mendes Lima
 Assinatura do Paciente / Responsável legal



ESTADO DE ALAGOAS

SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA
PERICIA OFICIAL - FOMAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DE MARIO PEDRO DOS SANTOS



Polegar Direito



sem espelho direito

ARTIGO 107 - BRASIL

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REGISTRO GERAL 2003091066336
NOME MARCIA MENDES LINS
FILIAÇÃO ANARO MENDES DE OLIVEIRA
MARTA LEITE DA SILVA
NATURALIDADE MACEIO - AL
DATA DE NASCIMENTO 28/01/1971
DOC. CANCER CERTIDÃO CAS 3622 FLS 11 LIV 8 11AUX
CPF MACEIO - AL
786.358.884-72
2 VIA
MARCIA MENDES LINS
MARCIA MENDES LINS
LEI Nº 7.116 DE 29/09/83
P 325

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE EXPEDIÇÃO 08/06/2016

DEPARTAMENTO DE SAISTROS
OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

13 DEZ 2018

Gente Seguradora S/A.
Av. Da Paz, 1864 - SL 17
Maceio - AL

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ OMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

NR do acidente ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

786.358.884-72

Moisés Mendes Lima

Nome completo:

CPF:

Número:

Complemento:

Profissão:

Endereço:

Estado do Rio Grande

786.358.884-72

758.181.091-04

Cidade:

Estado:

Recife

Forma:

CLP

57046295

E-mail:

moisesmendeslimaz@email.com

11.10000

82.49923850

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

RENDIMENTO:

☐ RENDIMENTO

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDIMENTO

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DECLARAÇÃO DO BENEFICIÁRIO - ASSINAR

☐ CONTA POUPEMANHA (somente para beneficiários maiores de 18 anos)

☒ CONTA CORRENTE (para beneficiários)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA:

CONTA:

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 realizar a conta bancária informada, de minha titularidade, a fim de possibilitar o recebimento do Seguro DPVAT e a realização de outras operações bancárias, desde que a mesma esteja em nome de titularidade total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSEN

DECLARAÇÃO DO IML PARA RECONHECIMENTO

DECLARAÇÃO PARA COBERTURA DE INVALIDEZ

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para fins de reconhecimento de invalidez do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência ou

☒ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Meu motivo assinado, sob as penas da lei, de não comparecimento ao IML para fins de reconhecimento de invalidez do Seguro DPVAT por invalidez permanente, sob as penas da lei, é a seguinte: (assinale uma das opções):
esta sorçica, estendo a vida, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a perda da cobertura de invalidez e a futura avaliação médica no âmbito do IML de contestação, caso discorde de seu resultado.

DEPARTAMENTO DE BENEFÍCIOS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Av. Da Paz, 1554 - SL 17

DECLARAÇÃO DO BENEFICIÁRIO - ASSINAR

DECLARAÇÃO DO IML PARA RECONHECIMENTO

DECLARAÇÃO PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☒ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva

Data do ato do acidente:

Gravidez da vítima: ☐ Sim ☐ Não

Vitima deixou companheiro(s): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo:

Vitima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vitima deixou filhos? ☐ Sim ☐ Não

Vitima deixou filhos? ☐ 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 sorçica, estendo a vida, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a perda da cobertura de invalidez e a futura avaliação médica no âmbito do IML de contestação, caso discorde de seu resultado.

Assinatura:

Local e Data:

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A SOGO

Assinatura de vítima/beneficiário (declarar se)

Assinatura da Representante Legal (se houver)

Assinatura do Proprietário (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não afetado deve escolher outra pessoa, diferente de si, para preencher e assinar a presente formulário, a SEU RGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, cumprimentando-se a cada uma delas com o cumprimento de costume, antes de preencher e assinar. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Para mais detalhes, consulte o site: WWW.geseguradordados.com.br ou, ainda, por telefone através de um dos canais abaixo:
 Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capital e Regiões Metropolitanas: 0800-1595 / Outras regiões: 0800-022.12.04 / Das 8h às 20h
 SAC (para dúvidas e reclamações): 0800-022.8189
 SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022.12.06
 Ouvidoria: 0800-021.91.35

INSTRUÇÕES IMPORTANTES

1. Não preencha o formulário como ato de fé, com dados falsos, sem rasuras e de forma legível.
2. Os dados da vítima e dos beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos, pais e avós vivos e falecidos, herdeiros (aqueles que está sendo quem é, mesmo que não nascidos).
4. Os beneficiários/vítimas com idade entre 0 e 18 anos ou a quem não curador deverão ser representados pelos pais, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida por um dos pais dos beneficiários/vítimas e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários/vítimas com idade entre 19 e 18 anos deverão ser assistidos pelos pais ou tutor. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada por um dos beneficiários/vítimas e, também, por seu representante legal, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Em caso de indenização por morte ou invalidez de um beneficiário, preencha um formulário para cada beneficiário.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

13 DEZ 2018

Gesseguradora S/A,
 Av. Da Paz, 1804 - SL 17
 Marquês - RJ

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo


Número do Sinistro: 3180587592
Nome do(a) Examinado(a): Marcia Mendes Lins
Endereço do(a) Examinado(a): Estrada do Gama, 758
Serraria Maceio AL CEP: 57046-295
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / AL] 2003001066334
Data local do acidente: [18/07/2018]
Data local do exame: [27/02/2019] Maceio [AL]

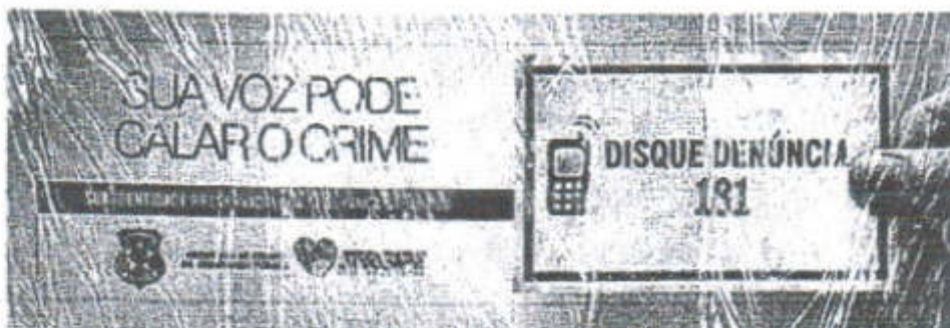
Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO. HEMATOMA INTRA AXIAL FRONTO PARIETAL DIREITO. FRATURA FECHADA, COMINUTIVA, DE CLAVÍCULA MEDIAL ESQUERDA.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA A CORREÇÃO DO TRAUMA CRANIANO COM CRANIOTOMIA FRONTO TEMPORO PARIETAL DIREITA. TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA A APOSIÇÃO DE PLACA E 6 PARAFUSOS NA CLAVÍCULA.
Complicações: NÃO HOUVE.
Data da Alta: VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
DEAMBULANDO COM AJUDA DE TERCEIROS. SENTA-SE E PERMANECE NA POSIÇÃO. RESPONDE ADEQUADAMENTE ÀS SOLICITAÇÕES, SEM ALTERAÇÕES NA ESFERA COGNITIVA. ROMBERG POSITIVO POSTERIOR, IMPOTÊNCIA FUNCIONAL MODERADA A EXTENSÃO E ELEVAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO.
- IV. Nexa de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
ALTERAÇÃO LEVE NA ESFERA INTRACRANIANA, COM SINALIZAÇÃO PELA TONTURA, COM ROMBERG POSITIVO POSTERIOR, APÓS A REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. IMPOTÊNCIA FUNCIONAL MODERADA NA EXTENSÃO E ELEVAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO.
- Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | <input type="checkbox"/> "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|--|--|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela):
LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM IMPEDIMENTO DO LIVRE DESLOCAMENTO CORPORAL
% do dano: <input checked="" type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve
<input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo | Região Corporal (Sequela):
OMBRO - Lado Esquerdo
% do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve
<input checked="" type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):
% do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve
<input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve
<input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.
ANALISADO RX IDENTIFICADO E DATADO DE 15/08/2018 PARA A DESCRIÇÃO DA FRATURA. TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO, DATADA DE 22/07/2018 E ASSINADA PELO DR. LUCIANO NASCIMENTO SILVA, CRM AL 4505 SINALIZA A CRANIOTOMIA FRONTO TEMPORO PARIETAL DIREITA. RELATA USO DE MEDICAÇÃO ESPECÍFICA PARA TONTURA, MAS NÃO APRESENTOU RECEITA.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM




Dra. Iara Santos de Albuquerque
CPF - 453.599.204-59
CRM/AL - 5424



COPCI-COORDENADORIA DE POLÍCIA DO INTERIOR

RUA DUQUE DE CAXIAS, 537, CENTRO FONE: (79)3214-0193

RPO - Registro Policial de Ocorrência 2018/09945.0-000065

DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: COPCI-COORDENADORIA DE POLÍCIA DO INTERIOR

Endereço: RUA DUQUE DE CAXIAS, 537, CENTRO FONE: (79)3214-0190

FATO

Data e Hora do Fato: 16/07/2018 - 18:00 até 18/07/2018 - 18:00

Endereço: Número: Complemento: CEP: 49000-000

Bairro: BF-101 Cidade: CARMOPOLIS - SE Circunscrição: COPCI-COORDENADORIA DE POLÍCIA DO INTERIOR

Tipo de Loc: VIA PÚBLICA Meio Emprego: MENHURA

VÍTIMA-NOTIFICANTE

Nome: MARCIA MENDES LINS

Nome do pai: RAFAEL DE OLIVEIRA Almeida da Silva MARIA LEITIA SILVA

Faixa: PISPA CPF/CGC: 000.000.000-00 R\$: 230,00 066338-11-AL Órgão expedidor:

Naturalidade: MACÉIO Data de Nascimento: 28/01/1971 Sexo: Feminino Cor da Cúria:

Profissão: ENFERMEIRA Estado civil: Casado Grau de Instrução:

Endereço: RUA ANOSVALDO PEREIRA COUTO Nº 153 Complemento: RESIDENCIAL LE PAIÇUÊ

CEP: 49000-000 Bairro: SERRARIA Cidade: MACÉIO UF: AL

Proximidades: Tivelaia: (R2) 59992-385

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

BL. 06 APT. 104.

13 DEZ 2018

Gente Seguradora S/A.

Av. Da Paz, 1864 - SL. 17
Maceió - AL

PERÍCIAS E ATENDIMENTO HOSPITALAR

Perícia: 01 - 16/07/2018

Descrição: EXAME DE LESÕES CORPORAIS - MARCIA MENDES LINS

HISTÓRICO

Relata a notificante que no dia, hora e local supracitado ocorreu um acidente de trânsito. QUE estava no grupo de moto Honda/NXR 150 BRGS, cor vermelha, placa MNM-5727, sendo esta conduzida por RAFAELA SUELE OLIVEIRA DOS SANTOS, RG nº. 31187171/AL. QUE elas tinham saído de Macéio/AL com destino a Aracaju/SE, no entanto ao passar pela cidade de Carmópolis/SE um animal invadiu a via pública, o que forçou a condutora a desviar a moto em direção ao acostamento, fazendo com que ela entrasse em contato com um buraco no local. QUE ao fazer essa manobra perdeu o controle da moto e caiu no chão. QUE a noticiante foi jogada de cima da moto. QUE a condutora sofreu várias contusões no corpo e uma leve pancada na cabeça. QUE a noticiante bateu com a cabeça no asfalto, fraturando o crânio e a clavícula esquerda, além de sofrer algumas escoriações. QUE as duas estavam usando capacete. QUE o acidente não parou para socorrer as vítimas. QUE elas foram socorridas pelo SAMU e encaminhadas para o HUSC, neste capital. QUE a condutora da moto recebeu alta médica no mesmo dia, porém a noticiante ficou internada no HUSC até o dia seguinte, quando foi transferida para o Hospital Municipal de Carmópolis. QUE a noticiante ficou em cama de enfermaria até o dia 31 de julho, passando todo esse período no UTI, QUE a noticiante recebeu alta com acompanhamento médico no dia 03 de agosto e que durante o período em que ficou internada passou por dois procedimentos cirúrgicos na cabeça e na clavícula esquerda.

Data e hora da cor. Atuação: 18/10/2018 às 10:50

Última Atuação: 18/10/2018 às 10:46

OBS.: As informações registradas pelo notificante/relatador são de sua inteira responsabilidade, cabendo a responsabilidade penal daquela que falhar com a verdade no fornecimento das informações nos termos do art. 340 do Código Penal Brasileiro: art. 340 - Praticar a ação de autoridade, com intenção de a ocorrência do crime de que se trata não se ver verificada. Pena - detenção de 1 (um) a seis meses, ou multa.

Marcia Mendes Lins
MARCIA MENDES LINS
Assinatura e carimbo da delegada

Dogo Henrique Siqueira de Araújo
Responsável pelo atendimento



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
SUPERINTENDÊNCIA DA POLÍCIA CIVIL

POLÍCIA ON-LINE



COPCI-COORDENADORIA DE POLÍCIA DO INTERIOR

RUA DUQUE DE CAXIAS, 537, CENTRO FONE: (79) 3214-0590

RPO - Registro Policial de Ocorrência 2018/09995.0-000065

DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: COPCI-COORDENADORIA DE POLÍCIA DO INTERIOR
Endereço: RUA DUQUE DE CAXIAS, 537, CENTRO FONE: (79) 3214-0590

FATO

Data e Hora do Fato: 18/07/2018 - 18:00 até 18/07/2018 - 18:00
Endereço: Número: Complemento: CEP: 49000-000
Bairro: BR-101 Cidade: CARMÓPOLIS - SE Circunscrição: COPCI-COORDENADORIA DE POLÍCIA DO INTERIOR
Tipo de local: VIA PÚBLICA Meio Empregado: NENHUM

VÍTIMA-NOTICIANTE

Nome: MARCIA MENDES LINS
Nome do pai: AMARO MENDES DE OLIVEIRA Nome da mãe: MARIA LEITE DA SILVA
Pessoa: Física CPF/CGC: 000.000.000-00 RG: 2003001066336 UF: AL Órgão expedidor:
Naturalidade: MACEIO Data de nascimento: 28/01/1971 Sexo: Feminino Cor da pele:
Profissão: ENFERMEIRA Estado civil: Casado Grau de instrução:
Endereço: RU: APOISVALDO PEREIRA CINTRA Número: 758 Complemento: RESIDENCIAL LE PARQUE, BL. 08, APT. 104.
CEP: Bairro: SERRARIA Cidade: MACEIO UF: AL
Proximidades: Telefone: (12) 98992-3850

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 FEV 2019

Gente Seguradora S.A.
Av. Da Paz, 1884 - BL. 17
Maceió - AL

PERÍCIAS E ATENDIMENTO HOSPITALAR

Perícia: IML G.F. de Fátima
Descrição: EXAME DE LESÕES CORPORAIS - MARCIA MENDES LINS

HISTÓRICO

Relata a notificante que no dia, hora e local supracitado sofreu um acidente de moto. QUE estava na garupa da moto Honda/NXR 150 BROS, cor vermelha, placa NMH-5/27, sendo este conduzida por RAFAELA SUELE GOMES DOS SANTOS, RG nº: 31187743/AL. QUE elas tinham saído de Maceió/AL com destino a Aracaju/SE, no entanto ao passar pela cidade de Carmópolis/SE um caminhão invadiu a contramão, o que forçou a condutora a desviar a moto em direção ao acostamento, freando bruscamente em razão de um buraco no local. QUE ao fazer essa manobra perdeu o controle do moto e caiu no chão. QUE a notificante foi jogada de cima da moto. QUE a condutora sofreu várias escoriações no corpo e uma leve pancada na cabeça. QUE a notificante bateu com a cabeça no meio-fio, fraturando o crânio e a clavícula esquerda. TEM como sofrendo algumas escoriações. QUE as duas estavam usando capacete. QUE o caminhão não parou para socorrer as vítimas. QUE elas foram socorridas pelo SAMU e encaminhadas para o HUSE, neste hospital. QUE a condutora da moto recebeu alta médica no mesmo dia, porém a notificante ficou internada no HUSE até o dia seguinte, quando foi transferida para o UNIMED Sergipe. QUE a notificante ficou em coma desde o dia do acidente até o dia 31 de julho, passando quase todo esse tempo na UTI. QUE a notificante recebeu alta com acompanhamento médico no dia 08 de agosto e que durante o período em que ficou internada precisou por dois procedimentos cirúrgicos na cabeça e um na clavícula esquerda.

Data e hora da comunicação: 11/10/2018 às 10:50

Data e hora da comunicação: 07/02/2019 às 08:07

OBS.: As informações fornecidas pelo detentor/vítima são de sua inteira responsabilidade, cabendo inclusive a pena penal de quele que falsa com a verdade no fornecimento das informações, nos termos do artigo 340 do Código Penal Brasileiro. Art. 340 - Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado: Pena - detenção, de 1m a seis meses, ou multa.

Marcia Mendes Lins
MARCIA MENDES LINS
Responsável pela comunicação

Delegado de Polícia Civil
Delegado de Polícia Civil
Delegado de Polícia Civil


RELATÓRIO 01095 / 2018 REFERENTE À OCORRÊNCIA

NÚMERO: 1807200002 / ESUS - SAMU

O **SAMU 192 SERGIPE** foi acionado às **00h05min** do dia **20 de Julho de 2018**, para transferência de vítima identificada como **Marcia Mendes Lins**, que se encontrava no **Hospital de Urgência de Sergipe - HUSE** do município de **Aracaju**, com relato de **acidente motociclistico**.

A equipe da **Unidade de Suporte Básico - Aracaju** removeu a vítima para o **Hospital da Unimed** do município de **Aracaju**, onde deixou a paciente aos cuidados da equipe.

Aracaju, 30 de Julho de 2018


Tiemi S. M. Oki Fontes
Coordenadora Médica
SAMU 192 - Sergipe
CRM 4553

Tiemi Sayuri Meneses Oki Fontes

Coordenadora Médica

SAMU 192 SERGIPE

