



Número: **0800412-73.2020.8.15.0301**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Pombal**

Última distribuição : **05/11/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.125,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
STEFANO KEVEN MACHADO LOPES (AUTOR)	TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA (ADVOGADO) ALINE RODRIGUES GOMES (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37630 132	09/12/2020 14:25	<u>2771905_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	Outros Documentos



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 26 de Março de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200094323 Vítima: STEFANO KEVEN MACHADO LOPES

Data do Acidente: 10/09/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), STEFANO KEVEN MACHADO LOPES

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\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%
Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: STEFANO KEVEN MACHADO LOPES

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000000732

Conta: 0000024860-8

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, retorno 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,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	449.782.488-84	Stefano Keren Machado Hooper	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:			CPF:
Stefano Keren Machado Hooper			449.782.488-84
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Agricultor	duas fazendas de Sozinha Filha	90	casa
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Novo Rio	Pombal	PB	58840-000
E-mail:	Tel (DDD): (83)99900-0530		
stevenon@hotmail.com			

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

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0732 CONTA: 24860 8

(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 Lider 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.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteira Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúva Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avôs vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

Inserir data digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Pombal - PB, 26 DE FEVEREIRO DE 2020
 Nome: Stefano Keren Machado Hooper
 CPF: 449.782.488-84

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
 Stefano Keren Machado Hooper

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/12/2020 14:25:09
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120914250901100000035900611>
Número do documento: 20120914250901100000035900611

Num. 37630132 - Pág. 3

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3200094323
Nome do(a) Examinado(a): Stefano Keven Machado Lopes
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Joaquim de Sousa Filho, S/N
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PB] 3507897
Data local do acidente: [10/09/2019]
Data local do exame: [13/03/2020] Pombal [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
TRAUMA DE FACE FRATURA DO ARCO ZIGOMÁTICO A ESQUERDA

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 10/09/2019 COM DIAGNÓSTICO DE TRAUMA DE FACE FRATURA DO ARCO ZIGOMÁTICO A ESQUERDA. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA REALIZAÇÃO DE REDUÇÃO INCRUENTA NO DIA 01/10/2019, RECEBEU ALTA APÓS 48 HORAS. TRAZ EXAME DE TOMOGRAFIA DATADO DE 18/09/2019 ONDE EVIDENCIAR FRATURA COM DESALINHAMENTO DO SEIO MAXILAR, ARCO ZIGOMÁTICO E DA ASA MAIOR DO ESFENOIDE A ESQUERDA. FOI ACOMPANHADO EM CARATER AMBULATORIAL E NAO REALIZOU SESSOES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA DEFINITIVA.
Complicações: PACIENTE APRESENTA AUMENTO DE VOLUME EM REGIÃO ANTERIOR E LATERAL EM TERRITÓRIO DO ARCO ZIGOMÁTICO A ESQUERDA, ASSIMETRIA DE FACE DE MODERADA INTENSIDADE, ALTERAÇÃO DE SENSIBILIDADE EM REGIÃO DA ORBITA ESQUERDA.
Data da Alta: 03/10/2019

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

AO EXAME DA FACE: APRESENTA AUMENTO DE VOLUME EM REGIÃO ANTERIOR E LATERAL EM TERRITÓRIO DO ARCO ZIGOMÁTICO A ESQUERDA (2+/4+), ASSIMETRIA DE FACE DE MODERADA INTENSIDADE, DOR A PALPAÇÃO EM ARTICULAÇÃO TÉMPORO MANDIBULAR ESQUERDA, DIMINUIÇÃO DA ABERTURA DA CAVIDADE BUCAL EM 2,5 CM, DOR DURANTE A MASTIGAÇÃO DE ALIMENTOS COM MAIOR CONSISTÊNCIA, ESTALIDOS MODERADOS DURANTE A ABERTURA DA CAVIDADE BUCAL, ALTERAÇÃO DE SENSIBILIDADE EM REGIÃO DA ORBITA ESQUERDA.

- IV. Nexo de causalidade: 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:

DOR A PALPAÇÃO EM ARTICULAÇÃO TÉMPORO MANDIBULAR ESQUERDA
DIMINUIÇÃO DA ABERTURA DA CAVIDADE BUCAL EM 2,5 CM
DOR DURANTE A MASTIGAÇÃO DE ALIMENTOS COM MAIOR CONSISTÊNCIA
ESTALIDOS DURANTE A ABERTURA DA CAVIDADE BUCAL

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 quantitativo correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento" () "Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias
(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Tiago Martins Formiga

Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Traumatologia
8085 CRM-PB / 24411 CRM-PE
TEOT 14830

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





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
3ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
19ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
1ª DELEGACIA DISTRITAL DE POLÍCIA CIVIL DE POMBAL
Rua Prof. Newton Seixas, Sn. Boa Esperança / Fone (83) 3431-2206

GOVERNO DA PARAÍBA
1ª DELEGACIA DISTRITAL
DE POLÍCIA CIVIL DE POMBAL
1º E 2º DD

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 076/2019

Versando sobre: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data do fato: **10/09/2019** - Horário: **19h 00min**

Local do ocorrido: **ao lado do Colégio Arruda Câmara, Pombal/PB**

Data e hora em que a Delegacia tomou conhecimento: **22/02/2020 - 09h 28min**

COMUNICANTE: STEFANO KEVEN MACHADO LOPES, alcunha ; **Filiação:** Manoel Rufino Lopes e de Joaquina Machado Lopes; **Profissão:** agricultor; **Estado Civil:** solteiro; **Naturalidade:** Pombal - PB; **Nacionalidade:** brasileira; **Data de Nascimento:** 23/12/1987; **Endereço Residencial:** Rua Joaquim de Sousa Filho, 90, Nova Vida, Pombal - PB; **Endereço Profissional:** **; **Telefone** : Portador da CI/RG nº: 3.507.897 - SSP/PB.

HISTÓRICO: Que afirma o comunicante que no dia, hora e local acima referenciados conduzia o veículo MOTO YAMAHA YBR 125K, placa MND1018/PB, NIV 9C6KE044040072154, cor PRETA, ano 2004/2004, licenciado (a) em nome de FRANCISCO MOURA DOS SANTOS, quando caiu ao chão devido fechada de um carro, até o momento não identificado; Que fora socorrido(a) por/pelo populares e levado (a) para Hospital Regional de Pombal; Que devido ao acidente teve a(s) seguinte(s) lesão(ões): fraturas no rosto; Que apresenta como testemunha deste fato: Maria Helena da Silva, residente no(a) Rua Joaquim de Sousa Filho, Nova Vida, Pombal e , residente no(a) ; Que vem comunicar o fato para fins de direito.

AUTORIDADE POLICIAL: Del. Pol. CLENALDO QUEIROZ DE MEDEIROS.

COMUNICANTE: Stefano Keven Machado Lopes

Heromar P. Trigueiro
Escrivão de Polícia

Mat. 156.597-4
Heromar Pereira Trigueiro
Escrivão de Polícia
Mat. 156.597-4





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	449.782.488-84	Stefano Kevan Machado Hooper	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012.			
Nome completo:	Stefano Kevan Machado Hooper		CPF:
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Agricultor	duas fazendas de Sozinha Filha	90	casa
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Novo Rio	Pombal	PB	58840-000
E-mail:	Tel (DDD): (83)99900-0530		
steveon@hotmail.com			

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

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0732 CONTA: 24860 8
(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 Lider 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.

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 por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções):**

- 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteira Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúva Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avôs vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

Inserir data digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data: Pombal - PB, 26 DE FEVEREIRO DE 2020
Nome: Stefano Kevan Machado Hooper
CPF: 449.782.488-84

(*) Assinatura de quem assina A RODO

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/12/2020 14:25:09
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120914250901100000035900611>
Número do documento: 20120914250901100000035900611

Num. 37630132 - Pág. 7

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL

"SENADOR RUI CARNEIRO"



AZUL

VERDE

AMARELA

LARANJA

VERMELHA

NFERMARIA: _____ LEITO: _____

ACIENTE:

OME: Stéfano Kevyn Machado Solet

DR: Morais DATA DE NASCIMENTO: 23/12/1987 IDADE: 30 SEXO: M

OME DA MÃE: Socorro Machado Solet PROFISSÃO: Agricultor

ARTÃO DO SUS: _____ RG/CNH: 3.507.897

MUNICÍPIO: Pombal ENDEREÇO: Jardim Rosário

ESTADO: PI CEP: 58.840-000 CODIGO DO MUNICÍPIO: _____ DATA DE ATEND: 20/09/2014

NAIS VITais:

A: _____ SPO: _____ FC: _____ R: _____ HGT: _____

EDICAÇÃO EM USO: _____

LÉRGICO: () SIM () NÃO SE SIM, AO QUE: _____

Paciente trazido pelos Bombeiros com queixa de quebra de moto, o mesmo viajava sem capacete, não apresenta nenhuma ou outras pincas do acidente.

XAMES REALIZADOS NA UNIDADE:

IPOS: _____

ESULTADOS: _____

RESCRIÇÃO MÉDICA/MATERIAL UTILIZADO:

1º 500,5% 500 ml (EV) 22h00

2º Gim Jelva: 02 FA no SF 0,9% 2

3º Ranitidina: 91 FA + AD (EV)

4º Paracetamol: 91 FA + AD (EV)

5º 06:00

PA-120x70m-1kg

0º

1º AS 8:00h

2º ① Dipirona 01 FA no SF 0,9%.

3º

4º

5º An. r. -

Danusa Montenegro
Médica
CRM-PB 11998
Deus é Fiel

Suel
Danusa Montenegro e Silveira
CRM-PB 11540
004897000405744
Ranitidina de 0 Freitas Leite
Enfermeira
COREN 298.984



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: 20/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: STEFANO KEVEN MACHADO LOPES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00732

CONTA: 000000024860-8

Nr. da Autenticação 3EB727EC8D1BC123



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/12/2020 14:25:09
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120914250901100000035900611>
Número do documento: 20120914250901100000035900611

Num. 37630132 - Pág. 9

DIVANETE DOS SANTOS FELIX
RUA JOAQUIM DE SOUSA FILHO, 90 - NOVA VIDA
POMBAL/PB CEP: 58840000 (AG: 227)

Ligação MONOFASICO
Cof. Sec. RES-MTC-B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Rastro: 3-227-40-2510 Referencia Fev/2020
Mellor: 00881354011 Emissao: 05/02/2020

energisa
ENERGISA SISTEMA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
B1295, Km 25 - Unidade Residencial - Juiz de Fora (PB) CEP: 58071-000
CNPJ: 00.016.155/0001-40 - Ins. Est: 16.015.023-0
Nota Fiscal/Carta de Energia Elétrica: P009307240
Cód. para Des. Automático: 00009121010

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Fev / 2020	05/02/2020	06/03/2020	062.068.034-61
			inc Est

UC (Unidade Consumidora):

5/12101-2

Canal de contato

Confira a Guia de atendimento virtualizada acima?
Se pode levar a conta com outras questões ou se deseja
retratar a segunda via da conta de energia só fazer pedido
de Relação. Selecione o número e
nos chame no tempo que preferir: (031) 9911-55510

Anterior	Leitura	Atual	Leitura	Constante	Consumo	Dias
DAT01/20	9247	05/02/20	9349	1	162	28
Demonstrativo						
CCN - Descricao Quantidade Tarifa C. Valor Base Calc. Alq. Interessante Bás. Calc. Paf/B. Cdes/B.						
0001 Consumo em kWh	102.000 0.005750	82.13	82.13 27	27.17	82.13	0,77 356
0001 Adm. B. Amarrado		1,84	1,84 27	0,44	1,84	0,01 0,07
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0001 CONTINUAÇÃO ALUMINÍUMICA	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0001 JUROS DE MORA 01/2020	0,13	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005 MULTAS/DIÁRIAS	1,59	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CCN Código de Classificação da Leitura TOTAL 162,89 162,77 12,81 83,17 0,76 3,63

Mês/últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
37	12/02/2020	R\$ 94,49

Histórico de Consumo (kWh)

0	30	0	17	31	31	30	0	5	30	47	99
Fev/19	Mar/19	Abr/19	Maio/19	Jun/19	Jul/19	Agosto/19	Set/19	Out/19	Nov/19	Dez/19	Jan/20

VALOR PAGO ATÉ AGO
8489.189d.5612.6e64.7580.e8c2.0af1.40fc.

Indicadores de Qualidade 127.000 Pontos			Comportamento do Consumo		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Descrição	Valor (R\$)	%
0,01	0,00	NOMINAL	Serviço de Tensão Normal/PB	72,30	73,80
0,02	0,00	220	Segurança de Tensão	31,80	32,42
0,04	0,00	220	Regras de Tensão:	3,31	3,60
0,35	0,00	220	Encargos Sistêmicos	3,38	3,65
0,72	0,00	220	Imposto Serviços Encargos	27,75	29,90
0,40	0,00	220	Outros Serviços	0,01	0,03
0,46	0,00	220	Total	94,49	100,00
0,22			Valor de R\$0,00 (Ref. 12/2019)R\$ 14,87		

ATENÇÃO

- Leitura confirmada

faturas em atraso



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/12/2020 14:25:09
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120914250901100000035900611>
Número do documento: 20120914250901100000035900611

Num. 37630132 - Pág. 10



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de Identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JARCISO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 044.153.474-46, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário STEVANO KEVEN MACHADO LOPEZ inscrito (a) no CPF sob o Nº 449.782-488-84, do sinistro de DPVAT cobertura 71/VAN012 da Vítima STEVANO KEVEN MACHADO LOPEZ, inscrito (a) no CPF sob o Nº 449.782-488-84, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Rua Joaquimos de Melo, 105	Número	115	Complemento	APT: 103
Bairro	Centro	Cidade	PONTEAL	Estado	PB
Email	T.EWERTON@GMAIL.COM	Telefone comercial(DDD)	—	Telefone celular (DDD)	(03) 99900-0530

Pontal - PB 06 de dezembro de 2020
Local e Data

Suelio Ewerton Pereira Oliveira

Assinatura do Declarante

PROJETO DOIS - LÍDER-DPVAT



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/12/2020 14:25:09
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120914250901100000035900611>
Número do documento: 20120914250901100000035900611

Num. 37630132 - Pág. 11

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"

DIAGNÓSTICO MÉDICO/CID:

OBSERVAÇÕES DA ENFERMAGEM:

Paciente deu entrada neste setor, trazido pela CBM, c/ intoxicação alcoólica, com relato de queda de Cérebro que foi encantado (Sic). Apresentava e UMTI. Foi realizada, medida e segue as observações.

ASS./COREN:

Ramires Danny de G. Freitas Leite
Enfermeira
COREN 298.984

CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:

NATUREZA DA CONSULTA:

CONSULTA BÁSICA (PAD):

CONSULTA ESPECIALIZADA:

PROCEDIMENTO

TIPO DE ATENDIMENTO:

- 01 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA;
- 02 - PRIMEIRA CONSULTA;
- 03 - CONSULTA SUBSEQUENTE;
- 04 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE;
- 05 - VACINAÇÃO DE ROTINA;
- 06 - VACINAÇÃO DE BLOQUEIO (SURTO OU SITUAÇÕES PARTICULARES);
- 07 - VACINAÇÃO DE CAMPANHA;
- 08 - PRIMEIRA CONSULTA ANUAL COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE;
- 09 - CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE.

MEDICAÇÃO:

- 1 - PRESCRIÇÃO
- 2 - APLICADA

OBSERVAÇÃO
 OUTRO HOSPITAL

ENCAMINHAMENTO:

- RESIDÊNCIA
- ÓBITO
- INTERNAÇÃO
- OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

0230110160129

ATIV. PROF.

2/2

TIPO ATEND.

51

GRUPO

21

ASS. DO (S) PROFISSIONAL (IS) ASSITENTE (S) - CARIMBO (S)

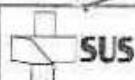
ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHAMENTO OU RESPONSÁVEL

OU POLEGAS

Collarina Helena da Silva

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO





Sistema Único de da Saúde Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

fls. 1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

Stefano Kevan Machado Lopes

4 - SEXO

Mas. Fem.

5 - N° DO PRONTUÁRIO

Mas. Fem.

6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 - DATA DE NASCIMENTO

8 - RACIAÇÃO

9 - ETNIA

9 - NOME DA MÃE

10 - FONE DE CONTATO
DDD N° DO FONE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - FONE DE CONTATO
DDD N° DO FONE

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

20 - QTDE

TCE de úario

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - QTDE

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - QTDE

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - QTDE

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

30 - QTDE

35 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

35 - QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

37-CID10 PRINCIPAL 38-CID10 SECUNDÁRIO 39-CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

TCE

40 - OBSERVAÇÕES

Iniciante vitais da TCE seu quadro motorial, apresentando paroxismo em hiperfase (E) Cxº=8

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Alzira Freire

42 - DATA DA SOLICITAÇÃO

18/09/19

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

Alzira Freire
Médica
CRM 9140/PB

43 - DOCUMENTO

44 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

F 00005166878102

AUTORIZAÇÃO

45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

46 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO (APAO)

48 - DOCUMENTO

49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

55 - CNES

COMPLEXO HOSPITALAR
REGIONAL DEPUTADO
JANDUHY CARNEIRO

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE
ESTADO DA SAÚDE

SUS +

1506-1606

FICHA DE INTERNAÇÃO

INTERNACÃO	66315	PRONTUÁRIO	34940
DATA	19/09/2019	HORA	15:26
OCORRÊNCIA	URGÊNCIA	OPERADOR	LCEA
CLASSIF. RISCO			
ORIGEM	OUTRA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE		
MÉDICO	LUCIANO PIRES FIGUEIREDO		
MOTIVO	EDEMA.		
PACIENTE	STEFANO KEVEN MACHADO LOPES	IDADE	31a 8m GÊNERO MASCULINO
FILIAÇÃO I	JOAQUINA MACHADO LOPES		
FILIAÇÃO II	MANOEL RUFINO LOPES		
CIDADE	POMBAL	PB	58840000
ENDEREÇO	RUA NANITA DE SOUSA NOBREGA		
CEP	38050-000		
PAÍS	BRAZIL		
NATURALIDADE	JARDIM ROGERIO		
TELEFONE	POMBAL	CELULAR	
C.N.S.	705005266270956	IDENTIDADE	3507897
C.P.F.	449.782.488-84	REG. NAC.	
NASCIMENTO	23/12/1987	COR	PARDO
EST. CIVIL	SOLTEIRO	PROFISSÃO	AJUDANTE PEDREIRO

RESPONSÁVEL STEFANO KEVEN MACHADO LOP Ass. Resp./Paciente

Joaquina Machado Lop

ANAMNESE (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários).

Paciente retorna de acidente metacártico há 8 dias. Negava vícios, doencas de base e alergias.

EXAMES OBJETIVOS (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos).

Apresenta degrau em região infraorbital (e), paresthesia em lábio superior e area de nariz (e).

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratoriais)

DIAGNÓSTICO Fratura de zigomática bfr CID _____

DADOS DA SAÍDA

Data 03/10/19 Hora ____ M ____ Min

MOTIVO

- () Alta Curado (X) Alta Melhorado () Alta a Pedido
() Transferência () Evasão () Óbito

DICO/CRM



COMPLEXO
HOSPITALAR
REGIONAL
DE JANDUHY CARREIRO



SECRETARIA DE
ESTADO DA SAÚDE

Nome do Paciente:

Stephens Kuan M. Lopes

Nº Pe

Data da Cirurgia:

01/10/2019

Enf.:

Leito:

Cirurgião:

Dr. Kwiff

1º Auxiliar:

Dr. Ewerton

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador

Anestesia:

Dr. Távio

Tipo de Anestesia:

Anylana G

Diagnóstico Pré- Operatório:

História de fratura de zigomáto esquerdo + c

Tipo de Cirurgia:

Redução Cirúrgica de fratura de Zigomáto lado

Diagnóstico Pós- Operatório:

NDN

Relatório Imediato do Patologista:

NDN

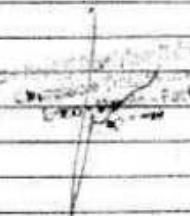
Exame Radiológico no ato:

Acidente Durante a Cirurgia:

NDN

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

- ① Paciente D.O.H nos auscultos regular
- ② Anteriormente Extra + Intra Oral + aparelho de redução com auxílio de pinças de fole de Zygomatico lado Frac esquerdo com gombo
- ③ Sutura + curativo



RELATÓRIO DE CIRURGIA



RESUMO DE ALTA

Nº ATENDIMENTO 66315 PRONTUÁRIO 34940
DATA 19/09/2019 HORA 15:26 OPERADOR LCLEA
MÉDICO LUCIANO PIRES FIGUEIREDO

PACIENTE STEFANO KEVEN MACHADO LOPES IDADE 31a 8m

RESUMO CLÍNICO:

A fundamentos da língua filosófica

DIAGNOSTICO:

Future generations

PROCEDIMENTS REALITZATS:

Bright orange before sunset

EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS:

26

OBSTENTACÕES ABÓS A ALTA:

Pato luxurians

CONDICÕES DE ALTA/TRANSFERÊNCIA () Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito

() Residência () Atendimento domiciliar

Transferência para

PATOS/PB, 63 DE outubro DE 2019.

MÉTACOM



QT:	LEITO:	CONVÉNIO:	IDADE:	REGISTRO:
36	06	SUS	31	34040
CIRURGIA:	CIRURGÃO:			
anot. Zigmara	Dr. Kiliç			
ANESTESIA:	ANESTESISTA:			
geral	Dr. Fábio			
INSTRUMENTADORA:	DATA:	INÍCIO:	FIM:	
—	03.10.19	9:45		

NOTA DE SALA - MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAIS
	TX. de Instrumentador	1	Equipo p/ soro e sangue
X	TX. Capnógrafo	5	Scalp 3FO 90°
	TX. Bomba de Infusão	1	Luva Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Bisturi 15
X	TX. Monitor Cárdio-Respirador		Sonda Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
X	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
X	TX. Sala		Seringa 5 ml
X	TX. Bisturi Elétrico	1	Seringa 10 ml
X	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
X	TX. Oxímetro de Pulso	1	Eletrodos desc.
1	Nesacain prosonel	1	Atadura de Crepom 10 cm
1	Holotano suco suave	1	Atadura de Crepom 20 cm
1	Thionembutal aerocutto		Atadura Gessada 10 cm
1	Quelicín		Sonda Uretral
1	Pavulon		Sonda Nesogástrica
1	Dorminid		Éter Sulfúrico
1	Fetanil 0,05 mg		Dreno Penrose
	Xiletestin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaina a 2%	X	Espadrapo
	Etodimidate	X	Xilocaina Gel
	Ketalar	X	Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%	X	PVP Tintura
	Dimorf	X	Gases
	Lanexat 0,5 ml	X	Algodão Hidrófilo
	Narcan		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam		Aguilha Descartável
	Água destilada 10 ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalinha		Fio Cromado 1 c/ agulha
1	efortit		Fio Cromado 1 s/ agulha
1	Cefalotina 19 g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
1	Dixtal tioxametesona		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
1	Plasit		Cat-gut Simples 0 c/ agulha
	Dipirona		Cat-gut Simples 0 s/ agulha
	Soproto 5000 VI		Cat-gut Simples 2-0 c/ agulha
	Tilitil		Cat-gut Simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500 mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalec
	Aguilha de Raque Descartável		Cat-gut Simples 3-0 c/ agulha
	Abocate 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha		nylon



REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome	Stéjano Kevio Machado		
Da Clínica	Cirurgia	Enfermaria	1606
A Clínica	Cardiologia	Leito	
Motivo da consulta (especificar os dados sobre os quais deseja opinião e numerar os principais sintomas do enfermeiro)			

Data		19/09/19	
Assinatura do Médico Consultante			

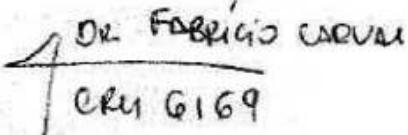
PARECER:

Idade: 31 anos
União: Futebol de Futebol de Volei.
Nenhum comorbidade
Nenhum alergia.
Tabagista (>1 paço/dia) e alitista.

As exames: ECG, URG, RRA, náuseas.
ACV: RCB em 2T, SNC, STS. FC = 72 bpm
AR: MV+ em AIT, SRA. Sat2 = 99%
Abdome desprotegido, indolor, SYNS, RUM+
Pressões: normais.

PA: 120x80 mmHg

ECG, SVE
Risco muito Baixo Risco.


Dr. Fábio Carvalho
CRM 6169

20/09/19



Petrushov:

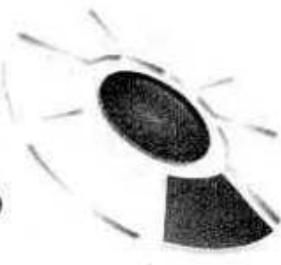
PELICANUS PELICANUS OS PELICANUS
PESQUIS OUT, STREAMS
KELVIN MACHARAS IDIOTAS
PESQUIS SUBMERSITATIS A
PROTECTORIS VERSUS INTEGRITATIS
MESSIS CIBARUM DIA
01/10/18 CIP. SDZ
SE ENVIAMINOS DE
PESQUIS AMBIENTALISTAS.

5

11/18/13

Rua Horácio Nóbrega, S/N - Belo Horizonte
Tel.: (31) 3413-2741 - Patos - PR





Paciente: STEFANO KEVEN MACHADO LOPES

Data de Nascimento: 23/12/1987

Data do Exame: 18/09/2019

Sexo: M

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MULTISLICE DA FACE

INDICAÇÃO CLÍNICA:

Avaliação após trauma.

TÉCNICA:

Exame realizado em aparelho de tomografia computadorizada, com colimação, filtros e reconstruções específicas para o segmento de interesse, sem a administração endovenosa do meio de contraste.

RESULTADO:

Desvio do septo nasal para a esquerda.

Hipertrofia de cornetas nasais inferiores à direita.

Diminuto cisto de retenção / pólipos no seio maxilar esquerdo.

Cistos de retenção / pólipos no seio maxilar direito.

Moderado espessamento mucoso de aspecto polipóide no antrum maxilar esquerdo.

Traços de fratura desalinhados comprometendo o seio maxilar, o arco zigomático e a asa maior do esfenóide à esquerda.

Hemossinus maxilar esquerdo.

Provável osteoma no seio frontal esquerdo.

Prováveis cárries dentárias relacionadas ao incisivos central e lateral maxilar à esquerda.

Óstios de drenagem dos seios maxilares, fendas olfatórias e recessos fronto e esfeno-ethmoidais pérviros.

Cavum anatômico.

Partes moles perissinusais sem alterações.



Santa Cecília

CENTRO DE DIAGNÓSTICO

CONCLUSÃO:

Desvio do septo nasal para a esquerda.
Hipertrofia de cornetas nasais inferiores à direita.
Diminuto cisto de retenção / pólipos no seio maxilar esquerdo.
Cistos de retenção / pólipos no seio maxilar direito.
Moderado espessamento mucoso de aspecto polipóide no antro maxilar esquerdo.
Traços de fratura desalinhados comprometendo o seio maxilar, o arco zigomático e a asa maior do esfenóide à esquerda.
Hemossinus maxilar esquerdo.
Provável osteoma no seio frontal esquerdo.
Prováveis cárries dentárias relacionadas ao incisivos central e lateral maiores esquerda.



**Assinado Eletronicamente por: Dr Nivaldo Borges Nunes Jun
123136-SP | Médico-radiologista RQE 33010-SP CRM ES-196
Laudo Radiológico Criado em 18/09/2019 12:28:12 GMT -3 (Brasil)**

Este documento contém informações de saúde identificáveis que são objeto de proteção legal. Esta informação destina-se ao instituição mencionada acima. Este é um exame complementar à consulta clínica. Descrições e hipóteses diagnósticas aqui confidencialmente isoladamente, mas correlacionadas com as demais informações (anamnese, exame físico e outros exames) pelo paciente, a quem compete, exclusivamente, concluir o diagnóstico e decidir a conduta a ser seguida. O relator se coloca médico/dentista para quaisquer esclarecimentos necessários.

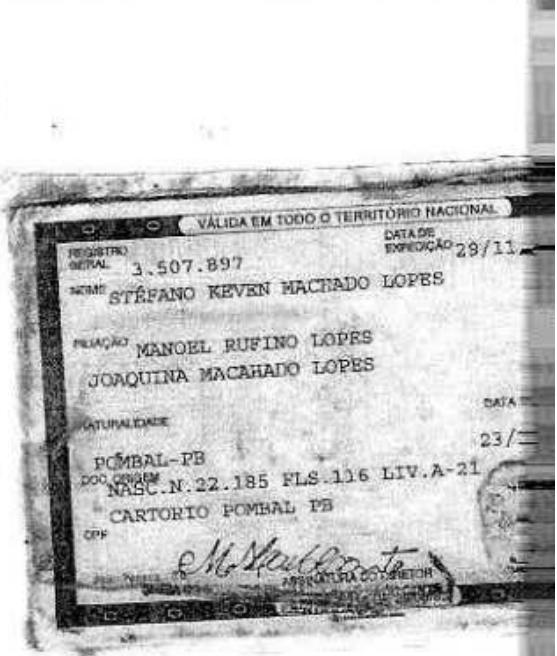
Unidade 1: Coronel João Carneiro, 368 / Centro - Pombal - PB Fone: (83) 3431-2020 / 9 99989-0097
Unidade 2: Rua Padre Sandoval Ferrer, s/n / Centro - São Bento - PB Fone: (83) 3444-2946 / 9 9989-0237
Unidade 3: Rua Venâncio Neiva, s/n / Centro - Catolé do Rocha - PB Fone: (83) 3441-3567 / 9 9820-2114





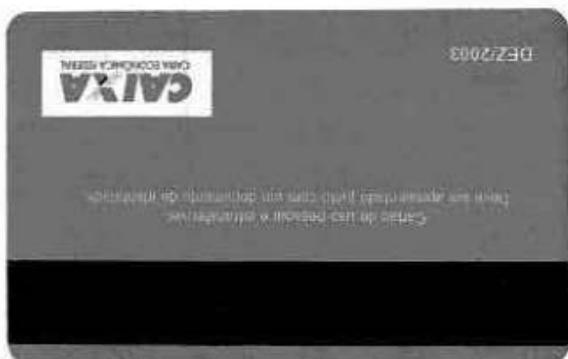
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/12/2020 14:25:09
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120914250901100000035900611>
Número do documento: 20120914250901100000035900611

Num. 37630132 - Pág. 22



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/12/2020 14:25:09
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120914250901100000035900611>
Número do documento: 20120914250901100000035900611

Num. 37630132 - Pág. 23



Assinado eletronicamente por: SUELI MOREIRA TORRES - 09/12/2020 14:25:09

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/12/2020 14:23:09
<http://pie.tibp.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120914250901100000035900611>

Número do documento: 20120914250901100000035900611

Núm. 37630132 - Pág. 24

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB N° 010333944043
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA - COD. HENR. PRT 20140900000360-9
1 0083544945-9 00/00000000 2014
HOME
FRANCISCO MOURA DOS SANTOS

CHASSI	PLACA		
NOVO PB	MND1018/PB		
9C6KE044040072154			
GÁS/MOTOCICLETA/NEO-BICICLETA	CATEGORIA		
YAMAHA/YBR 125K	PARTIC		
2 P/124 /CI	PRETA		
DATA DE MANUTENÇÃO	DATA DE MANUTENÇÃO		
IPVA PAGO EM 16/01/2014	VENDE COTA UNICA		
PARA IPVA 0	VENDE COTA UNICA		
*****	1 ^o		
*****	2 ^o		
*****	3 ^o		
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
*****	*****	SEGURO P A G O	16/01/2014
SEM RESERVA DE DOMÍNIO			
POMBAL-PB 34259			
28/01/2014			

DENATRAN

OBORIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS A PELA PROTEÇÃO DE VÉHICULOS AUTOMOTORES DE USO PESSOAL E POR SUA CARGA PESSOAL X TRANSPORTADAS DENTRO DE SEGURO DPVAT

PB N° 010333944043 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO 2014

CPF / CNPJ 51610396120

PLACA MND1018/PB

BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO 2014 DATA DE EMISSÃO 28/01/2014

VIA 51610396120

RENAVAM 00835449459 MARCA / MODELO YAMAHA/YBR 125K

ANO FABRICAT. 2004 N° CHASSI 9C6KE044040072154

PRÉMIO TARIFÁRIO

FND (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
***** ***** *****

VALOR DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL (R\$) DATA DE QUITAÇÃO

***** SEGURADO PAGAMENTO 16/01/2014

SOTA UNICA PARCELADO

**Seguradora Líder dos Consórcio:
do Seguro DPVAT-S/A**
CNPJ: 09.248.608/0001-04
31054-1252516-20140128



PROCURAÇÃO

Outorgante: Stefano Keven Machado Lopes, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão agricultor, residente e domiciliado à Rua Joaquim de Souza Filho nº 90, bairro Nova Vida, Município de Pombal, Estado de(o) Paraíba, Cep.: 58840-000, portador(a) do RG nº 3.507.897, SSP/PB e CPF nº 449.782.488 - 84.

Outorgado: Tarcísio Crisóstomo Pereira Oliveira, brasileiro(a), estado civil casado, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Domingos de Medeiros, nº 115, bairro Bento, Município de Pombal, Estado de (o) Paraíba, Cep.: 58840-000, portador (a) do RG nº 285.8545, SSP/ PB e CPF nº 064.153.474 - 46.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Stefano Keven Machado Lopes, ocorrido em 10/09/2019, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.
Processo de natureza invalidiz.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Pombal-Paraíba, 17 de fevereiro de 2020.

X Stefano Keven Machado Lopes
Outorgante
CPF Nº 449.782.488 - 84

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

CARTÓRIO AVELINO ASSIS DE QUEIROGA
Reconheço POR AUTENTICIDADE E PRAZO de STEFANO KEVEN MACHADO LOPEZ, Em test. _____ de verdade. Dou fé.
POMBAL-PB, 17/02/2020.

ANDRÉ LUIZ ELIAS DE QUEIROGA
Selo Digital de Fiscalização Tipo Normal B-AV23632-GVBS
Confira os dados do ato em: <http://selodigital.tjpb.jus.br>
EMOLUM R\$ 11,89 FARFEN R\$ 0,29 FEPJ R\$ 0,00

2º TABELIONATO DE REGISTRO
DE TÍTULOS/DOCIMENTOS/
NOTAS E PROTESTO POMBAL-PB
André Luiz E. de Queiroga
Tabelião Substituto



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0075227/20

Vítima: STEFANO KEVEN MACHADO LOPES

CPF: 449.782.488-46

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 10/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: STEFANO KEVEN
MACHADO LOPES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA : 064.153.474-46

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

STEFANO KEVEN MACHADO LOPES : 449.782.488-84

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: 02/03/2020
Nome: TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA
CPF: 064.153.474-46

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/03/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200094323 Cidade: Pombal Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: STEFANO KEVEN MACHADO LOPES Data do acidente: 10/09/2019 Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA DE FACE FRATURA DO ARCO ZIGOMÁTICO A ESQUERDA

Descrição do exame AO EXAME DA FACE: APRESENTA AUMENTO DE VOLUME EM REGIÃO ANTERIOR E LATERAL EM TERRITÓRIO DO FÍSICO: ARCO ZIGOMÁTICO A ESQUERDA (2+/4+), ASSIMETRIA DE FACE DE MODERADA INTENSIDADE, DOR A PALPAÇÃO EM ARTICULAÇÃO TÊMPORO MANDIBULAR ESQUERDA, DIMINUIÇÃO DA ABERTURA DA CAVIDADE BUCAL EM 2,5 CM, DOR DURANTE A MASTIGAÇÃO DE ALIMENTOS COM MAIOR CONSISTÊNCIA, ESTALIDOS MODERADOS DURANTE A ABERTURA DA CAVIDADE BUCAL, ALTERAÇÃO DE SENSIBILIDADE EM REGIÃO DA ORBITA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: PACIENTE ENCONTRA-SE ATUALMENTE COM SEQUELA EM FACE DE FORMA LEVE

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 13/03/2020

Conduta mantida:

Observações:

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 de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
		Total	25 %	R\$ 3.375,00

