



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	2771905_CONTESTACAO_Anexo_02	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, 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,



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 Keven Machado Lopes

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

Nome completo:	CPF:
Stefano Keven Machado Lopes	449.782.488-84
Profissão:	Número:
Agricultor	90
Endereço:	Complemento:
Rua Paquim de Sousa Filho	Casa
Bairro:	Cidade:
Nova Elda	Pombal
Estado:	CEP:
PB	58840-000
E-mail:	Tel (DDD):
stewerton@hotmail.com	(83)99900-0530

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<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)	Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0732 CONTA: 24860 8	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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 Líder 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos: Falecidos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Pombal - PB, 26 DE SETEMBRO DE 2020

Nome: Stefano Keven Machado Lopes

CPF: 449.782.488-84

(*) Assinatura de quem assina A ROGÓ

X Stefano Keven Machado Lopes

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª | 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.



**Lauda 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
Pombal PB CEP: 58840-000
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 EVIDENCIA FRATURA COM DESALINHAMENTO DO SEIO MAXILAR, ARCO ZIGOMÁTICO E DA ASA MAIOR DO ESFENOIDE A ESQUERDA. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES 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 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.
- 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 TÊMPORO 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 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 DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS
% do dano: <input type="checkbox"/> () 10% residual <input checked="" type="checkbox"/> (X) 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 |
| 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.

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


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



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
1ª E 2ª DD

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 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, 90, Nova Vida, Pombal e , residente no(a) ; Que vem comunicar o fato para fins de direito.

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

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

COMUNICANTE:

Stefano Kevén 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 Keven Machado Lopes

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

Nome completo:	CPF:
Stefano Keven Machado Lopes	449.782.488-84
Profissão:	Número:
Agricultor	90
Endereço:	Complemento:
Rua Paquim de Sousa Filho	Casa
Bairro:	Cidade:
Nova Rida	Pombal
Estado:	CEP:
PB	58840-000
E-mail:	Tel (DDD):
stewerton@hotmail.com	(83)99900-0530

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

RENDA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO 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

<input checked="" type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0732 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (Informar o dígito se existir)
CONTA: 24860 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (Informar o dígito se existir)	CONTA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (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.

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 Líder 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
Vivos:	Falecidos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)?
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Pombal - PB, 26 DE SETEMBRO DE 2020

Nome: Stefano Keven Machado Lopes

CPF: 449.782.488-84

(*) Assinatura de quem assina A ROGÓ

X Stefano Keven Machado Lopes

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª | 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.



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



☐ AZUL ☐ VERDE ☐ AMARELA ☐ LARANJA ☐ VERMELHA

ENFERMARIA: _____ LEITO: _____

ACIENTE:

OME: Stefano Kevin Machado Lopes

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

OME DA MÃE: Georgina Machado Lopes PROFISSÃO: Agricultor

ARTÃO DO SUS: _____ RG/CNH: 3.507.897

MUNICÍPIO: Pombal ENDEREÇO: Jardim Raulino

ESTADO: PB CEP: 58.84000 CÓDIGO DO MUNICÍPIO: _____ DATA DE ATEND: 10/09/2019

ANAMNESE:

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

TRATAMENTO EM USO:

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

Paciente trazido pelas Bombeiras com queixa de queda de moto, o mesmo vinha sem capacete, não apresentando feridas ou outros sinais de acidente.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:

IPROS: _____

RESULTADOS: _____

RESCRIÇÃO MÉDICA/MATERIAL UTILIZADO:

1) 500,5% 500 ml (EV) 2200

2) Dipirona: 0,2 FA no S.F.O. 2

3) Ranitidina: 0,1 FA + A.D. (EV)

4) Morfinona: 0,1 FA + A.D. (EV)

5) _____

6) _____

7) _____

8) 06:00

9) PA 120 x 70 mmHg

10) _____

11) As 8:00h

12) 0,2 Dipirona 0,1 FA no S.F.O. 9%.

13) _____

14) _____

15) An 1-1.

Danilo Montenegro e Silva
CRM-PB 11540
CPS 70487/000404740

R. B. Bute

Danusa Montenegro
Médica
CRM-PB 11998
Deus é fiel

Ramya Rany de O. Freitas Leite
Enfermeira
COREN 296.984



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



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 TERACIO EUGENIO PEREIRA OLIVEIRA inscrito (a) no CPF sob o nº 064.153.474, 46 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário STEFANO KEVEN MICHAEL LOPES inscrito (a) no CPF sob o nº 444.782.488, 84 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDADA da Vítima STEFANO KEVEN MICHAEL LOPES inscrito (a) no CPF sob o nº 444.782.488, 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	<u>Rua Domingos de Almeida</u>		Número	<u>115</u>	Complemento	<u>APT. 103</u>	
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>POMBAL</u>	Estado	<u>PB</u>	CEP	<u>58.240-000</u>
Email	<u>T.EUGENIO@HOTMAIL.COM</u>		Telefone comercial (DDD)	<u>—</u>		Telefone celular (DDD)	<u>(35) 99400 1530</u>

POMBAL - PB 26 de FEVEREIRO de 2020
Local e Data

TERACIO EUGENIO PEREIRA OLIVEIRA
Assinatura do Declarante

IMP-001-001-001-001



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, trazida pela CBU, com intoxicação alcoólica, com relato de queda de casa ao qual foi encastada (SIC). Apresentada e UMI. Foi avaliada, medicada e segue em observação.

ASS./COREN:

Ramiroanny de O. 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 U.
☐ 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	ATIV. PROF.	TIPO ATEND.	GRUPO
0301060029	212	51	21

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

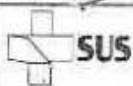
ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHAMENTO OU RESPONSÁVEL

OU POLEGAR

Helena da Silva

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

fls. 172

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE	2 - CNES
--	----------

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE <i>Helaine Keren Machado Lopes</i>	4 - SEXO Mas. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	5 - Nº DO PRONTUÁRIO
6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	7 - DATA DE NASCIMENTO <i>1/1</i>	8 - RAÇA/COR
9 - NOME DA MÃE	10 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE DDD	11 - ETNIA
11 - NOME DO RESPONSÁVEL	12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE DDD	
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	15 - CDD, SGE MUNICÍPIO	16 - UF
		17 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL <i>TC de urina</i>	20 - QDDE
---------------------------------------	---	-----------

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	23 - QDDE
24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	26 - QDDE
27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	29 - QDDE
30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	32 - QDDE
33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	35 - QDDE

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

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO <i>TCE</i>	37 - CID10 PRINCIPAL	38 - CID10 SECUNDÁRIO	39 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS
40 - OBSERVAÇÕES <i>Incidente vitais de TCE sem incidentes motorizados, apresentando paratense em hemiflexão (E) C6-8</i>			

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>Helaine K. A. Neto</i>	42 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>18/09/19</i>	43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
44 - DOCUMENTO () CNS () CPF	45 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>700005168878102</i>	<i>Alzira Freire Médica 9140/PB</i>

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	47 - CDD, ÓRGÃO EMISSOR	48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)
49 - DOCUMENTO () CNS () CPF	50 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE	55 - CNES
---	-----------



FICHA DE INTERNAÇÃO

INTERNAÇÃO	66315	HORA	15:26	PRONTUÁRIO	34940
DATA	19/09/2019			OPERADOR	LCLEA
OCORRÊNCIA	URGENCIA				
CLASSIF. RISCO					
ORIGEM	OUTRA INSTITUICAO DE SAUDE				
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		
ENDERECO	RUA NANITA DE SOUSA NOBREGA				
BARRIO	JARDIM ROGERIO				
NATURALIDADE	POMBAL				
TELEFONE		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

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

Paciente vítima de acidente motorciclístico há 8 dias. Nega
vícios, doenças de base e alergias.

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

Apresenta degraú em região infraorbital (e), parêstesia
em lábio superior e asa do nariz (e).

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratoriais)

DIAGNÓSTICO Fratura de zigomático bcc CID

DADOS DA SAÍDA

Data 03/10/19 Hora H Min

MOTIVO

() Alta Curada (X) Alta Melhorado () Alta a Pedido
() Transferência () Evasão () Óbito

DICO/CRM

Nome do Paciente: <u>Stepano Kuan M. Lopes</u>		Nº P:
Data da Cirurgia: <u>01/10/2019</u>	Enf.:	Leito:
Cirurgião: <u>Dr. Kwiff</u>	1º Auxiliar: <u>Dr. Ewerton</u>	
2º Auxiliar:	3º Auxiliar:	Instrumentador:
Anestesia: <u>Dr. Taurio</u>	Tipo de Anestesia: <u>Anestesia Geral</u>	
Diagnóstico Pré-Operatório:		

Diagnóstico pré-operatório de fratura de Zygomatico esquerdo +

Tipo de Cirurgia: Redução cirúrgica de fratura de Zygomatico esquerdo

Diagnóstico Pós-Operatório: NDN

Relatório Imediato do Patologista: NDN

Exame Radiológico no ato: NDN

Acidente Durante a Cirurgia: NDN

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

- ① Paciente DOH sob anestesia geral
- ② Anestesia Geral + Intubação Oral + aplicação de
- ③ Redução cirúrgica de fratura de Zygomatico esquerdo com gonímetro
- ④ Sutura + curativo



RELATÓRIO DE CIRURGIA



RESUMO DE ALTA

Nº ATENDIMENTO	66315	PRONTUÁRIO	34940
DATA	19/09/2019	HORA	15:26
MÉDICO	LUCIANO PIRES FIGUEIREDO	OPERADOR	LCLEA
PACIENTE	STEFANO KEVEN MACHADO LOPES	IDADE	31a 8m

RESUMO CLÍNICO:

Afudamento em região hipomédica

DIAGNÓSTICO:

ID-10:

Frieira zigomédica

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Procedimento cirúrgico de afudamento

EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS:

N/A

ORIENTAÇÕES APÓS A ALTA:

Depto. de cirurgia / ortopedia

CONDIÇÕES DE ALTA/TRANSFERÊNCIA () Curado (x) Melhorado () Inalterado () Óbito

DESTINO () Residência () Atendimento domiciliar

() Transferência para

PATOS/PB, 03 DE outubro DE 2019.

MÉDICO CRM

003



QT: 16	LEITO: 06	CONVÊNIO: SUS	IDADE: 31	REGISTRO: 34940
CIRURGIA: rat. Zigosma		CIRURGIÃO: Dr. Kiriid4		
ANESTESIA: geral		ANESTESISTA: Dr. Pavio		
INSTRUMENTADORA:	DATA: 01.10.19	INÍCIO: 9:45	FIM:	

NOTA DE SALA - MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador	1	Equipo p/ soro e sangue
X	TX. Capnógrafo	1	Scalp 5F0 9.6
	TX. Bomba de Infusão	1	Luva Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Bisturi 15
X	TX. Monitor Córdio-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	Neocain <i>propofol</i>	1	Atadura de Crepom 10 cm
1	Halotano <i>propofol</i>		Atadura de Crepom 20 cm
1	Thionembatal <i>arbuteno</i>		Atadura Gessada 10 cm
1	Quelicín		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nesogástrica
1	Dorminid		Éter Sulfúrico
1	Fetanil 0,05 mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaína a 2%	X	Espadrado
	Etodimide	X	Xilocaína Gel
	Ketalar	X	Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%	X	PVPI Tintura
	Dimorf	X	Gases
	Lanexat 0,5 ml	X	Algodão Hidrófilo
	Narcan		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam		Agulha Descartável
1	Água destilada 10 ml		Pastilha de Formol
1	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
1	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
1	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
1	efortit		Fio Cromado 1 s/ agulha
1	Cefalotina 19 g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
1	Dixtal <i>ofloxacina</i>		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
1	Plesit <i>tubo 7.0</i>		Cat-gut Simples 0 c/ agulha
	Dipirona		Cat-gut Simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut Simples 2-0 c/ agulha
1	Tilatil		Cat-gut Simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500 mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalec
	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut Simples 3-0 c/ agulha
	Abbocote 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	1	<i>nylon</i>



REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome Stepano Kevin Machado

Da Clínica Cirurgia Enfermaria 7606
A Clínica Cardiologia Leito _____

Motivo da consulta (especificar os dados sobre os quais deseja opinião e numerar os principais sintomas do enfermo)

Data 19, 09, 19

Assinatura do Médico Consultante

PARECER:

Idade: 31 anos

Urinária: Fratura de 7.ª costela L.

Neg. carceradas

Neg. drogas.

Tabaqueira (> 1 maço/dia) e dilata.

As exame: ECG, LCR, RRA, normalidade.

ACV: RCE em 2.ª, 3.ª, 5.ª. FC = 72 bpm

AR: MV+ em RCT, SRA. Satur = 99%.

Abdomen depressível, indol., SMC, RUA+

Baço, pênico; sem edema.

PA: 120 x 80 mmHg

ECG: SVE

Risco cardíaco: Baixo Risco.

Dr. Fabrício Cavali

CRM 6169

20, 09, 19



PECUARIAS:

PECUARIAS PARA OS PEQUENOS
PIRIS QUE, SENDO
RELEVAN MANTER O
POSSIBILIDADE A
PROTEÇÃO DO INTERESSE
NOSSE INTERESSE DIA
01/10/15 CIP. SDR
SE ENVOLVENDO DE
ALTO AMBIENTE.

08/10/15

Rua Horácio Nobrega, S/N - Belo Horizonte
Tel.: (83) 3423-2741 - Patos - PB.



Santa Cecília

CENTRO DE DIAGNÓSTICO



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 cornetos 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 cáries dentárias relacionadas ao incisivos central e lateral maxilar à esquerda.

Óstios de drenagem dos seios maxilares, fendas olfatórias e recessos fronto e eseno-etmoidais pervios.

Cavum anatômico.

Partes moles perissinusais sem alterações.

Unidade 1 - Coronel João Carneiro, 368 / Centro - Pombal - PB Fone: (83) 3431-2020 / 9 99989-0097
Rua Padre Sandoval Ferrer, s/n. / Centro - São Bento - PB Fone: (83) 3444-2246 / 9 9989-0237



Santa Cecília

CENTRO DE DIAGNÓSTICO

CONCLUSÃO:

Desvio do septo nasal para a esquerda.

Hipertrofia de cornetos 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 maxila 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 cáries dentárias relacionadas ao incisivos central e lateral m 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 confid analisadas isoladamente, mas correlacionadas com as demais informações (anamnese, exame físico e outros exames) pelo m paciente, e 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





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL 3.507.897

DATA DE
EXPIRAÇÃO 28/11

NOME
STEFANO KEVEN MACHADO LOPES

RELACÃO
MANOEL RUFINO LOPES
JOAQUINA MACABADO LOPES

NATURALIDADE
POMBAL-PB

DATA
23/12

DOO. CENSO
NASC. N. 22.185 FLS. 116 LIV. A-21

CARTÓRIO POMBAL PB

CPF

M. Machado

ASSINATURA DO DETENTOR

MINISTÉRIO DA FAZENDA

 **Receita Federal**
Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

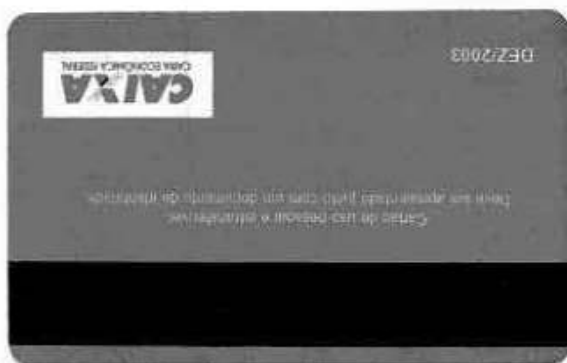
Número
449.782.488-84

Nome
STEFANO KEVEN MACHADO LOPES

Nascimento
23/12/1987

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIDADE





REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 010333944043
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: GOV. HENRIQUE PRT 20140900000360-9 EXERCÍCIO: 2014
1 0083544945-9 00/00000000 2014

NOME: FRANCISCO MOURA DOS SANTOS

CPF/CNPJ: 51610396120

PLACA: MND1018/PB

PLACA ANTERIOR: NOVO PB

CHASSI: 9C6KE044040072154

ESPÉCIE TIPO: GAS/MOTOCICLETA/DIR. ADIC.

COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARCA/MODELO: YAMAHA/YBR 125K

ANOS: 2004 2004

CAP/POT/CIL: 2 P/124 /CI

CATEGORIA: PARTIC

COR PREDOMINANTE: PRETA

COTA ÚNICA: IPVA PAGO EM

VERC COTA ÚNICA: 16/01/2014

PARA IPVA: *****

PARCELAMENTO/COTAS: 0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): *****

IOF (R\$):

PRÊMIO TOTAL (R\$):

DATA DE PAGAMENTO: 16/01/2014

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

POMBAL-PB 34259

LOCAL: POMBAL-PB

DATA: 28/01/2014

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS E MATERIAIS EM VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE PARA TRANSPORTE DE PESSOAS E TRANSPORTAÇÃO DE CARGAS - SEGURO DPVAT

PB Nº 010333944043 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO: 2014

CPF / CNPJ

51610396120

PLACA

MND1018/PB

BILHETE DE SEGURO DPVAT

PB Nº 010333944043

EXERCÍCIO: 2014

DATA EMISSÃO: 28/01/2014

CPF / CNPJ

1 51610396120

PLACA

MND1018/PB

RENAVAM: 00835449459

MARCA/MODELO: YAMAHA/YBR 125K

ANO FAB: 2004

SERIE: 9

Nº CHASSI: 9C6KE044040072154

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$): *****

DENATRAM (R\$): *****

CUSTO DO SEGURO (R\$): *****

CUSTO DO BILHETE (R\$): *****

IOF (R\$):

PLACA DO SEGURO: P A G O

PAGAMENTO: SOTA ÚNICA

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO: 16/01/2014

Seguradora Líder dos Consórcios 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 Sousa Filho nº 90, bairro Nossa Senhora, Município de Pombal, Estado de(o) Paraíba, Cep.: 58.840-000, portador(a) do Rg nº 3.507.897, SSP/PB e CPF nº 449.782.488-89.

Outorgado: Tarcísio Ewerton Pereira Oliveira, brasileiro(a), estado civil casado, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Domingos de Medeiros, nº 115, bairro Centro, 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 449.782.488-89

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

CARTÓRIO AVELINO ASSIS DE QUEIROGA

Reconheço POR AUTENTICIDADE a firma de STEFANO KEVEN MACHADO LOPES. Em test. da verdade. Dou fé. POMBAL-PB, 17/02/2020.



ANDRÉ LUIZ ELIAS DE QUEIROGA
Selo Digital de Fiscalização Tipo Normal B-A-723832-3VBS
Confira os dados do ato em: <https://seledigital.tjpb.jus.br>
EMOLUM. R\$ 11,88 FARENSE R\$ 0,29 PERU R\$ 0,00



2º TABELIONATO DE REGISTRO
DE TÍTULOS/DOCUMENTOS/
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: 449.782.488-84

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

TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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 físico: 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 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

