

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 (DESPEAS 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: 449.782.488-84
Profissão: Agricultor Endereço: Rua Paquim de Sousa Filho Número: 90 Complemento: casa
Bairro: Nova Elda Cidade: Pombal Estado: PB CEP: 58840-000
E-mail: f.euerton@hotmail.com Tel (DDD): (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

☒ 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 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: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 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: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão
original da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data: Pombal - PB 26 DE DEZEMBRO DE 2020
Nome: Stefano Keven Machado Lopes
CPF: 449.782.488-84

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Stefano Keven Machado Lopes

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)



6277 8012 3070 3971

STEFANO KEVEN M LOPES

0732 013 00024860 B 07/21

elo

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 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 TEMPORO 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 casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim ☐ () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim ☐ () Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**DOR A PALPAÇÃO EM ARTICULAÇÃO TEMPORO 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 (*).

☐ () "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

☐ () "Sem sequela permanente"

(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):

LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

% 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.

Assinatura d(a) 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: 449.782.488-84
Profissão: Agricultor Endereço: Rua Paquim de Sousa Filho Número: 90 Complemento: casa
Bairro: Nova Elda Cidade: Pombal Estado: PB CEP: 58840-000
E-mail: f.euerton@hotmail.com Tel (DDD): (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

☒ 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 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: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 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: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: Pombal - PB 26 DE DEZEMBRO DE 2020
Nome: Stefano Keven Machado Lopes
CPF: 449.782.488-84

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
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)



6277 8012 3070 3971

STEFANO KEVEN M LOPES

07/21

elo

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



☐ AZUL ☐ VERDE ☐ AMARELA ☐ LARANJA ☐ VERMELHA

NFERMARIA: _____ LEITO: _____

ACIENTE:
OME: Stefano Kevin Machado Lopes
OR: moreno DATA DE NASCIMENTO: 23/12/1987 IDADE: 30 SEXO: M
OME DA MÃE: Jaqueline Machado Lopes PROFISSÃO: Agricultor
ARTÃO DO SUS: _____ RG/CNH: 3.507.897
UNICÍPIO: Pombal ENDEREÇO: Jardim Racional
STADO: PB CEP: 58.84000 CODIGO DO MUNICÍPIO: _____ DATA DE ATEND: 10/09/2019
INAIS VITAIS:
A: _____ SPO: _____ FC: _____ R: _____ HGT: _____

EDICAÇÃO EM USO: _____
LÉRGICO: () SIM () NÃO SE SIM, AO QUE: _____

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

XAMES REALIZADOS NA UNIDADE:

IPOS: _____

ESULTADOS: _____

RESCRIÇÃO MÉDICA/MATERIAL UTILIZADO:

1° SFO, 5% 500 ml (EV)
2° Dipirona: 02 FA no SFO
3° Ranitidina: 01 FA + AD (EV)
4° Mauveolon: 01 FA + AD (EV)

06:00

PA: 120 x 70 mmHg

As 8:00h

1° Dipirona 01 FA no SFO, 9%.

2° _____

3° _____

4° _____

5° De 1m a 1.

Danusa Montenegro
Médica
CRM-PB/11998
Deus é fiel

Ramaysanny de O. Freitas Leite
Enfermeira
COREN 296.984

Danilo Montenegro e Silva
Médico
CRM-PB 11540
CPS 704897000405740

22/09

2

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

DIVANETE DOS SANTOS FELIX
RUA JOAQUIM DE SOUSA FILHO, 90 - NOVA VIDA
POMBAL/PB CEP: 58940000 (AG: 227)

Ligação: MONOFÁSICO
Classe: RES-MTCB1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Ratão: 3 - 227 - 40 - 2510 Referência: Fev/2020
Medidor: 00601354211 Emissão: 05/02/2020

ENERGISA
ENERGIA PARABÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
R. 200, Km 25 - União Redenção - João Pessoa/PB - CEP: 54071-680
CNPJ: 03.046.153/0001-40 Ins. Est. 16.015.023-0
Nota Fiscal: Conta de Energia Eletrônica nº 08 307 240
Cód. para Dab. Automático: 00009181018

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

Conta referente a: **Fev/2020** Apresentação: **05/02/2020** Data prevista da próxima leitura: **06/03/2020** CPF/CNPJ/RANI: **062.086.034-61** Ins. Est.

UC (Unidade Consumidora): **5/12101-2**

Canal de contato
Contribua e Gise nos canais de atendimento virtual do WhatsApp?
Eu posso te ajudar com orientações sobre débitos,
enviar a segunda via da conta de energia e até fazer pedido
de Relação. Saiba nosso número e
nos chame sempre que precisar. (03) 90145-5540

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
05/01/20	9247	05/02/20	9349	1	102	28

Demonstrativo		Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Alq. Ecos (R\$)	Base Calc. (R\$)	Valor (R\$)	Cobrança (R\$)
CC - Descrição		Unidade	Tarifa (R\$)	Valor Base Calc. (R\$)	Alq. Ecos (R\$)	Base Calc. (R\$)	Valor (R\$)	Cobrança (R\$)
0001 Consumo em kWh		102,000	0,805750	82,13	82,13	27	22,17	82,13
0001 Adc. El. Atividade				1,84	1,84	27	0,44	1,84
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS								
0007 CONTRIBUIÇÃO ILUMIN. PÚBLICA				0,00	0,00	0	0,00	0,00
0004 JUROS DE MORA 01/2020				0,12	0,00	0	0,00	0,00
0005 MULTA 01/2020				1,58	0,00	0	0,00	0,00

CC: Código de Classeificação de Serviço TOTAL 14,49 85,77 22,61 85,77 0,76 3,62

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

Histórico de Consumo (kWh)
0 | 30 | 0 | 12 | 31 | 31 | 30 | 0 | 0 | 30 | 47 | 99
Fev/19 Mar/19 Abr/19 Mai/19 Jun/19 Jul/19 Ago/19 Set/19 Out/19 Nov/19 Dez/19 Jan/20

VS: 8489.189d.5612.6e64.7580.e8c2.0af1.40fc.

Indicadores de Qualidade 12/2019 - Ponto				Composição do Faturamento		
	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
QV. MENSAL	5,91	0,00	NOMINAL 220	Serviço de Dist. de Energia PB	72,30	73,83
QV. TRIMESTRAL	11,82			Compra de Energia	27,90	28,42
QV. ANUAL	23,64		CONTRATADA 207	Serviço de Transmissão	3,31	3,40
FC. MENSAL	3,73	0,00		Encargos Setoriais	3,35	3,45
FC. TRIMESTRAL	6,72		LIMITE INFERIOR 231	Impostos e Serviços de Energia	27,75	28,63
FC. ANUAL	13,46			Outros Serviços	0,41	0,03
EMC	5,46	0,00		Total	94,49	100,00
DCR	12,22					

Valor de FUSD (Set. 12/2019) R\$ 14,57

ATENÇÃO
- Leitura confirmada

Faturas em atraso

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 JARISIO EVERTON PEREIRA OLIVEIRA inscrito (a) no CPF sob o nº 064.153.474, 46, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário STEFANO KEVEN MACHADO LOPES inscrito (a) no CPF sob o nº 444.782.488, 84, do sinistro de DPVAT cobertura INVÁLIDA da Vítima STEFANO KEVEN MACHADO 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
Email	<u>T.EVERTON@GMAIL.COM</u>		Telefone comercial(DDD)	<u>(13) 99900 8530</u>		

POMBAL - PB, 26 de FEVEREIRO de 2020
Local e Data

Jarísio Everton Pereira Oliveira
Assinatura do Declarante

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 CBM, com intervenção alcoólica, com relato de queda de cene ao qual foi encetada (SIC). Apneurada e UMI. Foi avaliada, medicada e segue em observação.

ASS./COREN:

Ramiro Panny de O. Freitas Leite
Enfermeira
COREN 298.994

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 L.
☐ 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
0301060000	222	51	21

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

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHAMENTO OU RESPONSÁVEL

OU POLEGIA

Helena da Silva

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

**SUS**Sistema Único de 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

4 - SEXO
Mas. ☐ Fem. ☐

5 - Nº DO PRONTUÁRIO

6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 - DATA DE NASCIMENTO

8 - RAÇA/COR

9 - ETNIA

10 - NOME DA MÃE

11 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

12 - NOME DO RESPONSÁVEL

13 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

14 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

16 - Cód. IBSG MUNICÍPIO

17 - UF

18 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

19 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

20 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

21 - QTD.

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

22 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

24 - QTD.

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

27 - QTD.

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

30 - QTD.

31 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

33 - QTD.

34 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

35 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

36 - QTD.

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

37 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

38 - CID10 PRINCIPAL, 39 - CID10 SECUNDÁRIO, 40 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

41 - OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - DATA DA SOLICITAÇÃO

44 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

47 - () CNS () CPF

AUTORIZAÇÃO

48 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

50 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

51 - DOCUMENTO

52 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

53 - () CNS () CPF

54 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

56 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

57 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

58 - CNES



FICHA DE INTERNAÇÃO

INTERNAÇÃO	66315	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		
ENDEREÇO	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

Stefano Machado LOP

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

Paciente vítima de acidente motorístico 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), parosteia
em lábio superior e asa do nariz (e).

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratoriais)

DIAGNÓSTICO *Fratura de zygomatic bone* CID

DADOS DA SAÍDA

Data *03/10/19* Hora ____ H ____ Min

MOTIVO

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

MÉDICO/CRM

Nome do Paciente: Stepano Kuan M. Lopes N° P: _____

Data da Cirurgia: 01/10/2019 Enf.: _____ Leito: _____

Cirurgião: Dr. Kwiff 1° Auxiliar: Dr. Ewerton

2° Auxiliar: _____ 3° Auxiliar: _____ Instrumentador: _____

Anestesia: Dr. Taurio Tipo de Anestesia: Anestesia Geral

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: _____

Acidente Durante a Cirurgia: NDN

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

- ① Paciente PDH sob anestesia geral
- ② Anteróxima Exta + Intra Oral + aproxima de
- ③ Redução cirúrgica de fratura de Zygomatico lado
- ④ lado esquerdo com gancho
- ⑤ 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:

Afudamento em região ginecológica

DIAGNÓSTICO:

ID-10:

Fúria ginecológica

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Procedimento ginecológico

EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS:

N/D

ORIENTAÇÕES APÓS A ALTA:

Depto. ginecológico

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

DESTINO () Residência () Atendimento domiciliar

() Transferência para

PATOS/PB, 03 DE outubro DE 2019.

Dr. Luciano Pires Figueiredo
MÉDICO CRM

QT.: 16	LEITO: 06	CONVÊNIO: SUS	IDADE: 31	REGISTRO: 34940
CIRURGIÃO: Nat. Zizomaa		CIRURGIÃO: Dr. Kiciia		
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 OFO 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	Neosala	1	Atadura de Crepom 10 cm
1	Malotano		Atadura de Crepom 20 cm
1	Thionerabuta		Atadura Gessada 10 cm
1	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nesogástrica
1	Dorminid		Êter Sulfúrico
1	Fetanil 0,05 mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaina a 2%	X	Esparadrapo
	Etodimide	X	Xilocaina 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
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
1	Fortit		Fio Cromado 1 s/ agulha
1	Cefalotina 19 g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
1	Bixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
1	Plesil		Cat-gut Simples 0 c/ agulha
	Dipirona		Cat-gut Simples 0 s/ agulha
	Aspirin 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
	Abbocate 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	nyba

REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome Stefano 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

União: Fratura de 7ª costela UE.

Nega comorbidades

Nega drogas.

Tobacagista (>1 maço/dia) e álcool.

As exame: ECG, WTE, RRA, ramaçada.

ACV: RCE em 2º, 3º, 5º. PC = 42 bpm

AR: MV+ em RCT, SRA. Satur = 99.1.

Abdome depressível, indur., SMC, RUT

Baço aumentado; sem edema.

PA: 120 x 80 mmHg

ECG: SVE

Risco cirúrgico: Baixo Risco.

DR. FABRÍCIO CARVAL
CRM 6169

Data 20/09/19

PECUARIAS:

PECUARIAS PARA OS PEQUENOS
FILIOS QUE, SENDO
RELEVANTE MANTER O
POSSUÍVEL A
PROTEÇÃO DO INTERESSE
NESTE TIPO DE
01/10/13 CIP. SDR
SE ENVOLVENDO DE
ALTA AMBULATÓRIA.

08/10/13

Assessoria Jurídica
Serviço de Atendimento
Pós-Graduação - Fatores

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



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.

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~~ax~~ 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, a quem compete, exclusivamente, concluir o diagnóstico e decidir a conduta a ser seguida. O relator se coloca
médico/dentista para quaisquer esclarecimentos necessários.



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL 3.507.897

DATA DE
EXPIRAÇÃO 29/11

NOME
STÉFANO KEVEN MACHADO LOPES

RELACÃO
MANOEL RUFINO LOPES
JOAQUINA MACAHADO LOPES

NATURALIDADE
POMBAL-PB

DATA
23/12

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

CPF
CARTORIO POMBAL PB

M. Machado

SECRETARIA DE RECEITAS

MINISTÉRIO DA FAZENDA

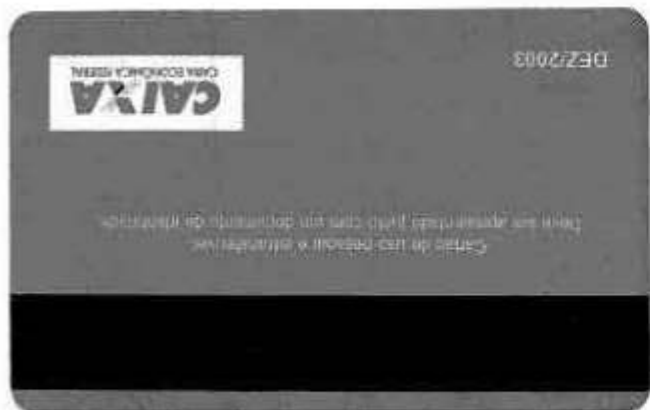
 **Receita Federal**
Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
449.782.488-84

Nome
STEFANO KEVEN MACHADO LOPES

Nascimento
23/12/1987

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIDADE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 010333944043

1 0083544945-9 00/00000000 2014

FRANCISCO MOURA DOS SANTOS

51610396120

MND1018/PB

NOVO PB 9C6KE044040072154

GAS/MOTOR/CIL/ANO ADIC

GASOLINA

YAMAHA/YBR 125K

2004 2004

2 P/124 /CI

PARTIC

PRETA

IPVA PAGO EM

16/01/2014

0

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 16/01/2014

SEM RESERVA DE DOMINIO

POMBAL-PB
34259

28/01/2014

PB Nº 010333944043 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO
2014

51610396120

PLACA
MND1018/PB

BILHETE DE SEGURO DPVAT

PB Nº 010333944043

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2014 28/01/2014

51610396120

PLACA
MND1018/PB

00835449459

YAMAHA/YBR 125K

2004

9

9C6KE044040072154

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)
SEGURO

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO
P A G O

☐ SOTA UNICA

PAGAMENTO

☐ 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 Kever 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: Jarcisio Eulenton 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 Kever Machado Lopes, ocorrido em 10/09/2019, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza invalidez.

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 Kever 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 a firma de STEFANO KEVER MACHADO LOPES. Em test. da verdade. Dou fe.
POMBAL-PB, 17/02/2020.



ANDRÉ LUIZ ELIAS DE QUEIROGA
Selo Digital de Autenticação Tipo Normal B-A-23632-GVB8
Confira os dados do ato em: <https://selodigital.tpb.jus.br>
EMOLUM. R\$ 11,88 FAREN R\$ 0,28 FEPJ 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

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 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