





Número: **0804164-04.2019.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **20/02/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>FRANCISCO BARBOSA DANTAS (AUTOR)</b>	<b>GUSTAVO HENRIQUE MACEDO DE SALES (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
11255 701	11/08/2020 09:43	<a href="#"><u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u></a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

Rio de Janeiro, 18 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **FRANCISCO BARBOSA DANTAS**

Nº Sinistro: **3180321624**  
Vitima: **FRANCISCO BARBOSA DANTAS**  
Data do Acidente: **15/04/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180321624**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13107618



Rio de Janeiro, 31 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **FRANCISCO BARBOSA DANTAS**  
Nº Sinistro: **3180321624**  
Vitima: **FRANCISCO BARBOSA DANTAS**  
Data do Acidente: **15/04/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **NELLE ROZE SOARES MARQUES**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180321624**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Pág. 006551/006552 - carta\_03 - INVALIDEZ

0040326  


A documentação deve ser entregue na **Sabermi Seguradora S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Carta nº 13167459

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,  
**Seguradora Líder-DPVAT**



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 11/08/2020 09:43:55  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081109435481800000010664891>  
Número do documento: 20081109435481800000010664891

Num. 11255701 - Pág. 2



## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número de Sinistro ou ASL: 348.036.373-34 CPF da Vítima: Francisco Barbosa Dantas Nome completo da vítima:

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
<u>Francisco Barbosa Dantas</u>	<u>348.036.373-34</u>	<u>Balconista</u>
Endereço	Número	Complemento
<u>R. São Gonçalo</u>	<u>7645</u>	<u>Casa</u>
Bairro	Cidade	Estado
<u>Vila Trindade</u>	<u>Teresina</u>	<u>PR</u>
Email	CEP	Telefone (DDD)
	<u>64040-340</u>	<u>(86) 3353-4104</u>

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> PECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> DE R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
RS 1.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	RS 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	RS 7.001,00 ATÉ RS 10.000,00	ACIMA DE RS 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA Nº:	D/V	CONTA Nº:	D/V
<u>3603</u>	<u>41203</u>	<u>41203</u>	<u>41203</u>
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos): BANCO VÍMEX			
AGÊNCIA Nº:	D/V	CONTA Nº:	D/V
<u>3603</u>	<u>41203</u>	<u>41203</u>	<u>41203</u>
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

LADER SEGURADORA S/A

Teresina 03 de Julho de 2018

Local e Data

12 JUL 2018

Francisco Barbosa Dantas

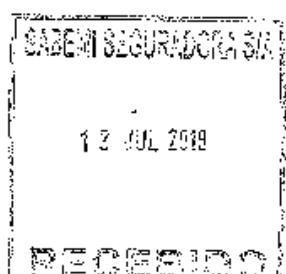
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPF1.001 V004/2017

Num. 11255701 - Pág. 3





Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 11/08/2020 09:43:55  
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081109435481800000010664891>  
Número do documento: 20081109435481800000010664891

Num. 11255701 - Pág. 4



Governo do Estado do Piauí  
Secretaria de Segurança Pública  
Delegacia Geral de Polícia Civil  
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.001784/2018-99

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Cláudio Costa De Sousa

Data/Hora: 07/06/2018 - 11:00

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

RUA ALVARO FREIRE, Nº:

Complemento

Bairro

CRISTO RE:

Ponto de Referência

COLEGIO SIMÕES FILHO

Data/Hora

15/04/2018 - 16:00

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FRANCISCO BARBOSA DANTAS

Tipo Envio v.: VITIMA/Noticiante

RG: 331226 FI

Mês: ANA DA SILVA ARAUJO DANTAS

Endereço: RUA SÃO CONRADO, Nº 7645

Bairro: ANGÉLIM

Cidade: TERESINA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATÓRIO  
RELAÇÃO QUE CONDUZIA A MOTO DE SUA PROPRIEDADE, MARCA HONDA/CB 150 TITAN ES, PLACA LVJ-8255-PI, COR PRETA, RENAVAM 891540516, E QUE TRAFEGAVA PELA VIA CITADA, QUANDO COLIDIU EM UM AUTOMÓVEL DE PLACA NÃO IDENTIFICADA QUE TRAFEGAVA NO SENTIDO CONTRÁRIO. FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HUT. (PRONT. 473735). DECLARAÇÕES DO NOTICIANTE.

Cláudio Costa De Sousa - Mat. 1005166  
AGENTE DE POLÍCIA

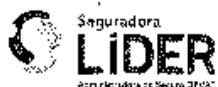
Francisco Barbosa Dantas  
FRANCISCO BARBOSA DANTAS - Matr. 613  
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

12/06/2018

RECEBIDO





## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima: Francisco Barbosa Dutra CPF da Vítima: 348.036.373-34 Data do Acidente: 16/04/2018

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal:	CPF do Representante legal
Email:	Telefone (DDD): 86 3303-4104

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

#### Assinatar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu veículo de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal (IML), concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

SABEM SEGURODORA S/A

13 JUL 2018

Teresina, 03 de Julho de 2018

Lugar e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

0415.001 V001/2017





Estado do Piauí  
Prefeitura Municipal de Teresina

**REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR**  
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU



Versão: 27.11.2011



# 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: 10/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO BARBOSA DANTAS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01607

CONTA: 000000041729-1

---

Nr. da Autenticação 1C9C2E41B4369B92



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 11/08/2020 09:43:55  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081109435481800000010664891>  
Número do documento: 20081109435481800000010664891

Num. 11255701 - Pág. 8

 Eletrobras  
Distribuição Brasil

para o consumo de 3  
bimestres, referente  
mes de 06/2018

1347065-5

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PARANÁ  
Av. Presidente Vargas, 1000 - Centro - CEP 80000-000  
São Paulo - São Paulo - Brazil  
www.energiasul.com.br  
E-mail: atendimento@energiasul.com.br

NP da Nota Fiscal:  
006584586  
A Fatura Sobre o Consumo de 06/2018 - 06/06/2018  
pode ser emitida de 10/06/2018 a 20/06/2018

12/06/2018 12/06/2018 93 51,40

ISOLANDA GOMES DA SILVA  
R. SAO CONRADO 2645 2645 VILA IRMA DULCE  
CPF: 20051738749316

Até:	Até:
9952	05/06/2018
9859	24/05/2018
1.000	06/07/2018
93	24/06/2018
93	05/06/2018

FCAM 05/06/2018

Classe/Série	Lotação	Número Medidor	Pasta	Código Sét.	Mês 12 meses
<b>RECEBOS PREVISTOS</b>					
MAL/18	85	CONSUMO	36 A R\$ 0,266732 =	8,96	
ABR/18	116		63 A R\$ 0,2557267 =	28,82	
MAR/18	116	CONTR. ILUMINAÇÃO PÚBL. (COSIP)		3,24	
FEV/18	97	CONFIRMAÇÃO DE TARIFA		33,45	
AN/18	169	LEVENSAGAO BAIXA REAJA		26,04	
DEZ/17	115	CORREÇÃO MONETÁRIA IG 24/12-02		0,30	
Nov/17	238	MULTA POR ATRASO 04/12-00		1,17	
SET/17	118	VALOR DE MORA DE INCO 04/12-00		0,48	
SET/17	121	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	0,39		
AGO/17	93	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	0,36		
<b>VALOR TOTAL</b>					
			0,36 + 0,3394		
			0,36 + 0,3394		

Mes/Ano Valor R\$ **Informada consumidor suspeito de fornecimento de energia elétrica à parte da Eletrobras. O fornecimento pode ser suspeito temporária e incluído no total do consumo da Série 93. Caso haja dúvida o fornecedor deve encaminhar este à Eletrobras.**

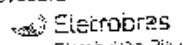
**SISTEMA SEGURADORAS S.A.**

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

12 JUL 2018

RESERVADO AO FISCO	RESERVADO AO FISCO
0469.7183.F084.0F08	0247.338E.0144.C57L
0,00	Base de Cálculo
15,15	Alíquota IPI
28,79	Valor de IPI
4,53	Alíquota PIS
4,22	Valor de PIS
19,20	Alíquota COFINS
	Valor de COFINS

**RECEBIDO**

5,19 10,39 20,77 3,36 8,73 13,45 2,94  
0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00  
04/2018 18,77  
SEU CÓDIGO 1347065-5 TOTAL A PAGAR - R\$ 51,40  
ROT: 3.001.28.19.11-4800  
 Eletrobras  
Distribuição Brasil  
COMPANHIA ENERGÉTICA DO PARANÁ  
Av. Presidente Vargas, 1000 - Centro - CEP 80000-000  
São Paulo - São Paulo - Brazil  
www.energiasul.com.br  
E-mail: atendimento@energiasul.com.br

MES FATURADO 06/2018 VENCIMENTO 12/06/2018

NP da Nota Fiscal: 006584586 FCAM

5363000000 4 5140017002 1 30200001347 4 06550613008 5



SEQ.: 20137 UC: 1247065-5 DT. LEIT.: 05/06/2018 T. ENTR.: 04  
LECTURA: 9952 NORMAL TOTAL: 51,40 CARGA: 016  
DT. VENC.: 12/06/2018 IRREG.: 000 COLETOR: 0572



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 11/08/2020 09:43:55  
http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008110943548180000010664891  
Número do documento: 2008110943548180000010664891

Num. 11255701 - Pág. 9





## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### 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 SUSEP 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 COAF<sup>2</sup>.

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

<sup>2</sup> 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 Nelle Rose Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 846.173.123-91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Francisco Carlesca Pontes inscrito (a) no CPF sob o Nº 343.036.373 / 34 do sinistro de DPVAT cobertura T-PA da Vítima Francisco Carlesca Pontes inscrito (a) no CPF sob o Nº 343.036.373 / 34 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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 24 de Janeiro</u>	Número	<u>544</u>	Complemento	<u>Sala</u>
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Teresina</u>	Estado	<u>PI</u>
E-mail		Telefone comercial (DDD)	<u>(86) 3303-4104</u>	Telefone celular (DDD)	<u>(86) 9534-5565</u>

**SEU MÉ SEGURADORA S/A**

12 JUL 2018

Local e Data

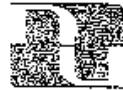
Teresina, 04 de Julho de 2018

**RECEBIDO**

Assinatura do Declarante

DLEDR-001-V001/2017





NEUROCENTRO

Nome: **FRANCISCO BARBOSA DANTAS**  
 Convênio: **PARTICULAR**  
 Solicitante: **Dr(a) JUSTIVAN SERGIO LEAL TEIXEIRA**  
 Código: **280248.01** RG 991226 ssp pi

Idade: **48** anos  
 Sexo: **Masculino**  
 Data: **23/04/2018 16:42**  
 CPF: **34803637334**

### RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO TÓRAX

#### TÉCNICA

Sequências axiais T1 e T2, coronais T1 e T2, axiais e coronais com contraste endovenoso paramagnético.

#### RELATÓRIO:

Opacidades consolidativas/atelectásicas nos lobos inferiores de ambos os pulmões, de aspecto inespecífico pela ressonância magnética.

Restante do parênquima pulmonar sem alterações grosseiras ao método.

Traquéia e brônquios-fonte com morfologia e calibres preservados.

Aorta e artérias pulmonares de trajeto e calibres normais.

Não se observam linfonodomegalias mediastinais ou hilares.

Ausência de lesões pleurais no presente estudo.

#### CONCLUSÃO:

Opacidades consolidativas/atelectásicas nos lobos inferiores de ambos os pulmões, de aspecto inespecífico pela ressonância magnética.

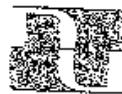
SABEM SEGUROADORA S/A

12 JUL 2018

RECEBIDO

*Edvaldo Bruno Jobato Martins*  
 Dr. Edvaldo Bruno Jobato Martins  
 CRM 3672 - PI





NEUROCENTRO

Nome: FRANCISCO BARBOSA DANTAS  
Convênio: PARTICULAR  
Solicitante: Dr(a) JUSTIVAN SERGIO LEAL  
TEIXERA  
Código: 280248.01 RG 991226 ssp pi

Idade: 48 anos  
Sexo: Masculino  
Data: 23/04/2018 16:42  
CPF: 34803637334

## RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO OMBRO ESQUERDO

### Sequências:

Axial DP com saturação de gordura e coronal e sagital T1 e T2 com saturação de gordura.

### Achados:

Edema de partes moles envolvendo a porção lateral da clavícula, principalmente no ligamento coracoclavicular, que parece estar relacionado com estiramento / rotura, se estendendo no tecido capsuloligamentar acromioclavicular com aumento do espaço articular que chega 1,4 cm, que deve estar relacionado com injúria mecânica.

Acrônio ganchoso e com esporão inferior que reduz o espaço acromioumeral.  
Edema com distensão líquida da bursa subdeltoideanasubacromial.

Edema nos tendões supraespinhal e infraespinhal, ambos em contato com o esporão inferior do acrônio e com textura heterogênea por tendinopatia inflamatória, sem roturas.

Tendão bíceps cabeça longa tópico, com morfologia, espessura e sinal normal.  
Tendão subescapular sem alterações significativas.

Não há sinais de lesão do complexo ligamentar labrocapsular.

Cartilagens da articulação glenoumeral com espessura habitual.

Ausência de derrame articular glenoumeral.

Ventres musculares com sinal normal.

Feixes neurovasculares integros.

### Conclusão:

Ressonância magnética do ombro esquerdo evidencia lesão capsuloligamentar na articulação acromioclavicular, com aumento do espaço articular chega 1,4 cm e edema na topografia dos ligamentos coracoclaviculares, com aspecto que sugere estiramento / rotura.

Síndrome do manguito rotador com acrônio ganchoso determinando impressão nos tendões supraespinhal e infraespinhal, ambos com tendinopatia inflamatória, sem roturas.

Discreto sinal de bursite subdeltoideanasubacromial.

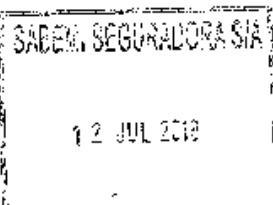
Documento assinado digitalmente em 24/04/2018 por:  
Dr. Fábio Augusto Costa Martins

  
Fábio Augusto Costa Martins  
CRM-2832





NOME DO PACIENTE: Francisco Barbosa Dantas  
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 473735



RECEBIDO  
SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME  
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO  
INTERESSADO REPRODUIR CÓPIAS NECESSÁRIAS  
À SUA UTILIZAÇÃO".



HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA  
Rua Dr. Otto Lito 1820  
CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02  
TÉLEFONE: 86 3229 4872

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: FRANCISCO BARBOSA DANTAS		Prontuário: 473735
Mãe: MARIA DA SILVA BRAJIO DANTAS	Pai:	
End. Resid.: RUA SAO CORRADO S 7645 - VILA IRMA DULCE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 12/09/1969	Idade: 48a:7m:3d	Sexo: Masculino
Responsável: RIZANAR		CPF: 86-96027-693
Profissão: BALCONISTA		CNS:
G. Instrução: Não informado	EXAME: (ANAM)	E.Civil: Casado(a)
End. Local.: - - -	DATAS: 15/04/18 à 18:40h	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 660231	Data: 15/04/2018	Condução: AMBULANCIA DO SAMU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convenio: S U S
Acid. Trab.: Não	Trajetos: Não	CID Secundário: V299
Tipico: Não		

DADOS CLÍNICOS:

Possível vítima de acidente motorológico, sem perda da consciência, sem roncos.  
A: Vias aéreas livres, com colar flexível (não se observa lesão ao pescoço).  
B: Sopro 95%, AR: INAHIT SI AN  
C: TEE < 2P, FC = 93  
D: Sem déficit focal, abdome tópico  
E: Infecções em tórax, face, ouvido direito, esguicho

Diagnóstico inicial:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Sobretudo: Ralo X de tórax e de		DATA: 15/04/2018
peito irregular, TC de coluna lombosacra		REALIZADO
lombosacra e tórax		DATA: 15/04/2018
ALTA: ( ) Melhorado ( ) Administrativa		UNIDADE: ( ) Internar à Unid.
( ) Curado ( ) por Indisciplina		TIPO: ( ) Transfereência
( ) Inalterado ( ) Por Evasão		DATA SAÍDA: 15/04/2018
( ) A Pedido		TÉCNICO: ( )
ÓBITO: ( ) Até 24 hs ( ) Família		( ) Internação na Unidade
( ) De 24 a 48 hs ( ) I.M.E.		Proced. Solicitado:
( ) Após 48 hs ( ) Anat. Patol.		CID Compatível:
		Prof. Solicitante:
		Internação:

Assinatura Pároco ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE

## HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

Rua Dr. Otto Tito 1820  
TERESINA-PI CEP: 64017-720 CNPJ: 11.111.111/0001-11

Data: 15/04/2018 15:53:09

EVALWENICE GOMES

## FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

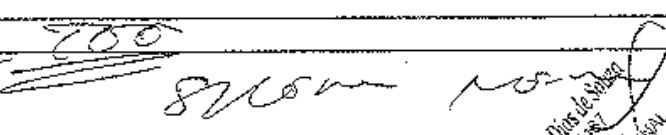
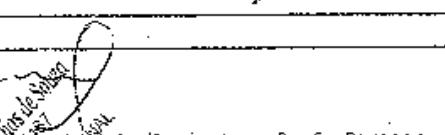
## DADOS DO PACIENTE:

Nome: FRANCISCO BARBOSA DANTAS		Prontuário: 473735
Mãe: ANA DA SILVA ARRUDA DANTAS	Pai:	
End. Resid.: RUA SAC COFRADIA N 7645 - VILA IRMA DOLCE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 12/06/1969	Idade: 48a:7m:36	Sexo: Masculino
Responsável: RIBAMAR	CNS:	
Profissão: BRONQUISTA	Documento:	
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Casado(a)	
End. Local.: - - -		

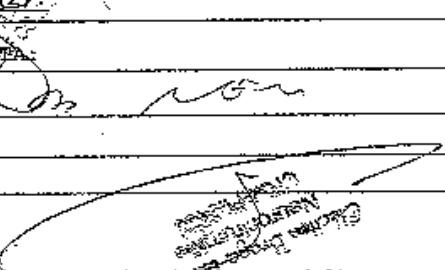
## DADOS DO ATENDIMENTO:

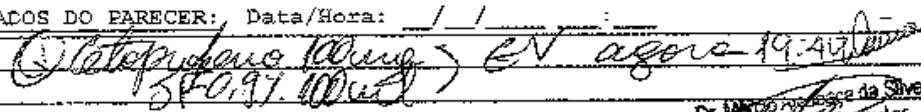
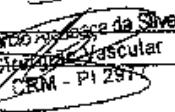
Código: 660231	Data: 15/04/2018 15:53:09	Clas. Cor: Indefinido
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VITIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S

## DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 15/04/18 17:22	ESPECIALISTA: Neurologista
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Acidente de trânsito - motociclista - em menor número C. I. D. I.	
DADOS DO PARECER: Data/Hora: 15/04/18 17:22	
  Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	

## DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: 15/04/18 17:22	ESPECIALISTA: Neurologista
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: C. I. D. I. - menor número	
 Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: 15/04/18 17:22
 Dr. EDNANE SOARES COUTINHO Neurologista CRM - PI 2971
En. fisiol - tec. fisiol na óptica, visual limitada, orient. devir n. óptica cd. oft. (D)
 Carimbo/Assinatura Prof. Parecer





**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**  
Rua Dr. Octavio Pinto 1820 - Redenção - Fone: 86 3216 5463  
TERESINA-PI CEP: 64017-170 CNEC: 05.522.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO BARBOSA DANTAS** (Prontuário: 473735)  
Endereço: RUA SAO CORRADO N 7645 - VILA IRMA DULCE - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 12/09/1969 Idade: 48a87m3d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 660231  
Requisição: 829857 Solicitação: 15/04/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA  
Controle: 1028558 Convênio: S U S

## RELATÓRIO:

Conf. SIA: 02008010028

Data Exame: 15/04/2018

## T.C. DE COLUNA LOMBAR

EXAMES REALIZADO ATRAVÉS DE CORTES AXIAIS COM 5MM DE ESPESSURA E 4MM DE INCREMENTO, DE 35 AO SACRO, MOSTROU:

- ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEAS CONSERVADAS.
  - CORPOS VERTEBRAIS, LÂMINAS E PEDÍCULOS ÍNTEGROS.
  - ARTICULAÇÕES INTERAPOFISÁRJAS SEM ALTERAÇÕES.
  - CANAL MEDULAR ÓSSEO COM DIMENSÕES NORMAIS.
  - NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE PROTRUSÕES DISCAIS SIGNIFICATIVAS NOS NÍVEIS ESTUDADOS, SEJA DIFUSA OU LOCALIZADA.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL

TERESINA - PI 15/04/2018

RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS

CPF: 940.719.343-87 CRM 3646

*Jane Sámano* (Ribeirão das Neves)  
Documento: 007467  
Série: 188  
CONF-11-2000 O ORIGINAL





## HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otávio Rito 1620 - Redenção - Fone: 86 3218 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

2018-04-15

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO BARBOSA DANTAS** (Prontuário: 473735)

Endereço: RUA SAC CORRADO N 7845 - VILA IRMA DULCE - TERESINA - PI CEP: 64000-010

Nascimento: 12/09/1969 Idade: 48a7m3d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 660231

Requisição: 629856 Solicitud: 15/04/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA

Controle: 1026559 Convênio: SUS

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010036

Data Exame: 15/04/2018

#### I.C. DE COLUNA TORACICA

TÉCNICA: Foram realizado através da aquisição helicoidal de 10 mm de espessura com incremento de 10 mm.

- Corpos vertebrais, pedículos, lâminas posteriores, apófises transversas, espinhosas e facetas articulares com morfologia e coeficientes de atenuação normais.
- Ausência de imagens de hérnia discal.
- Canal vertebral ósseo nos segmentos estudados com dimensões dentro dos limites da normalidade.
- Medula espinhal com coeficientes de atenuação normais.

CONCLUSÃO: Exame de aspecto normal.

JOÃO ANTONIO

TERESINA - PI 15/04/2018

**RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS**

CPF: 940.719.343-87 CRM 3645

Profissional Responsável

*João Silveira Lobo Dias de Souza*  
Médico Radiologista da HUT  
CRM: 3645  
CONFERIDO ORIGINAL





**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**  
Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5445  
TERESINA-PI CEP: 64010-770 CNPJ: 03.522.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO BARBOSA BANTAS** (Prontuário: 473735)  
Endereço: RUA SAC CORRADO N 7645 - VILA IRMA DULCE - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 12/09/1969 Idade: 48a7m3d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 660231  
Recuperação: 829869 Solicitação: 15/04/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA  
Controle: 1026560 Convênio: SUS

### RELATÓRIO:

Data Exame: 15/04/2018

Cod. SIA: 0206020031

### T.C. DE TORAX

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE AQUISIÇÃO HELICOITAL E RECONSTRUÇÕES COM 10MM DE ESPESSURA E 10MM DE INCREMENTO, MOSTROU:

- OPACIDADES RETICULARES ASSOCIADAS A ÁREAS EM "VIDRO FOSCO" LOCALIZADAS NAS PORÇÕES POSTERIORES DE AMBOS OS PULMÕES, COM PREDOMÍNIO NAS BASES.
- GRANULOMA CALCIFICADO, RESIDUAL, NO LOBO SUPERIOR DO PULMÃO ESQUERDO.
- TRAQUÉIA E BRÔNQUIOS-FONTE PERMEÁVEIS.
- AUSÊNCIA DE DERRAME PLEURAL.
- NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE LINFONODOMEGLIAS MEDIASTINAIS E/OU HILARES.
- ESTRUTURAS MEDIASTINAIS SEM ALTERAÇÕES.
- FRATURAS NO 1º ARCO COSTAL DIREITO E NO 1º E 2º ARCO COSTAL ESQUERDO.

TERESINA - PI 15/04/2018

JOACANTONIC:

**RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS**

CPF: 940.719.343-87 CRM 3645

Profissional Responsável





REUMATOLOGIA E CLÍNICA MÉDICA

కృతిపత్రం వెదురు

Então, novo só deixa ser, que o Sr. Francisco Buttao Dantas, presidente do auditório de São Paulo, afundou braçada em fogo na avenida Espírito Santo, Praia Grande, Aracruz, submetendo-se à falarmos de Elaissi Courval, a quem não tem dor e fome para acreditá-la perda em PSE, fui fazer para acreditar de perda em PSE, convencimento perda fundada de 40%. Eles em alta dificuldade desde maio/18.

Aug. 18.

Dra Fabiola Ferreira H. Veras  
Clínica Médica/Reumatologia  
CRM 2374

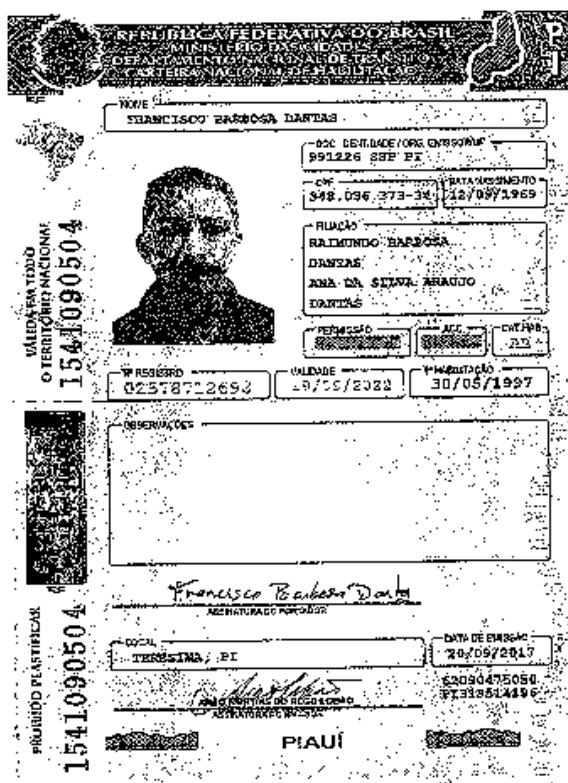
MEDICARCI Rua Lisandro Nogueira, 2042 - Centro | Fone: 3301-4343 - 3221-1000

CARREMI SECURADORA S/A

29 AGO 2018

## RECEBIDO



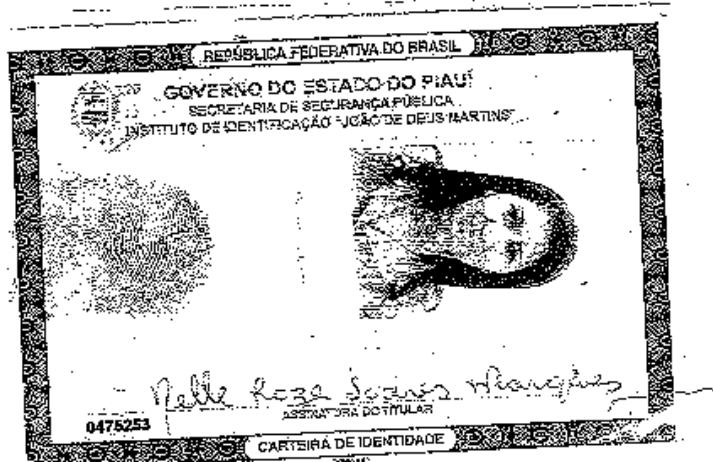


SABESP SEGURODORA SIA  
12 JUL 2008  
RECEBIDO



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 11/08/2020 09:43:55  
<http://tjpi.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008110943548180000010664891>  
Número do documento: 2008110943548180000010664891

Num. 11255701 - Pág. 21



REGISTRO		VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
GERAL	4.119.262	DATA DE EXPEDIÇÃO	23/09/14
NOME			
NELLE ROZE SOARES MARQUES			
PILHAZO			
CÍCERA MARQUES JUCUNDE ANTONIO SOARES JUCUNDE NATURALIZADA		DATA DE NASCIMENTO	
		22/05/1971	
CRATEUS-CE			
DOC. ORIGEM			
CERT. NASC. 529 L A1/F 141 EXP. CRATEUS-CE 25/09/2014 TERESA - PI			
840.173.173-91 ASSINATURA DO DIRETOR			
LEI N° 7.116 DE 29/06/1983 - DECRETO N° 89.250/83			





Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **840.173.173-91**

Nome: **NELLE ROZE SOARES MARQUES**

Data de Nascimento: **22/05/1971**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **11/03/1998**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **12:18:31** do dia **27/06/2018** (hora e data de Brasília).  
Código de controle do comprovante: **3A7F.D3E8.5938.2C8E**



Este documento não substitui o “Comprovante de Inscrição no CPF”.

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

[https://www.receita.fazenda.gov.br/Aplicacoes/SSL/ATCTA/CPF/ConsultaSituacao/...](https://www.receita.fazenda.gov.br/Aplicacoes/SSL/ATCTA/CPF/ConsultaSituacao/) 27/06/2018



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 11/08/2020 09:43:55  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081109435481800000010664891>  
Número do documento: 20081109435481800000010664891

Num. 11255701 - Pág. 23

SASEMI SEGURODOR 810

12 JUL 2012

RECEBIDO



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180321624      **Cidade:** Teresina      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO BARBOSA DANTAS      **Data do acidente:** 15/04/2018      **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 31/08/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE 1º E 2º ARCOS COSTAIS ESQUERDOS E 1º À DIREITA.  
TRAUMA CONTUSO EM OMBRO ESQUERDO COM LESÃO LIGAMENTAR

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

### ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

**CRM:** 533427

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180321624      **Cidade:** Teresina      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO BARBOSA DANTAS      **Data do acidente:** 15/04/2018      **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 31/07/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE 1º E 2ºARCOS COSTAIS ESQUERDOS E 1º À DIREITA.  
TRAUMA CONTUSO EM OMBRO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** APRESENTAR RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO, EXAMES DE IMAGEM DA LESÃO E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO MÉDICO, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE E DATA DE REALIZAÇÃO E SUMÁRIO DE ALTA.

### 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
		Total	0 %	R\$ 0,00



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180321624      **Cidade:** Teresina      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO BARBOSA DANTAS      **Data do acidente:** 15/04/2018      **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 31/08/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE 1º E 2º ARCOS COSTAIS ESQUERDOS E 1º À DIREITA.  
TRAUMA CONTUSO EM OMBRO ESQUERDO COM LESÃO LIGAMENTAR

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>



