



Número: **0805585-92.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **02/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE ALVES DA CRUZ FILHO (AUTOR)		ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
84174 47	02/03/2020 09:16	Petição Inicial	Petição Inicial
84178 12	02/03/2020 09:16	identidade , cpf e comprovante de res	Documentos
84178 17	02/03/2020 09:16	procuração e declaração de hipo	Procuração
84178 19	02/03/2020 09:16	bo , pedido de seguro e documento do veiculo	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
84178 37	02/03/2020 09:16	laudos medicos	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
84182 57	02/03/2020 09:16	pagamento	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

PETIÇÃO INICIAL



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL
1654689603

PROIBIDO PLASTIFICAR
1654689603

PIAUÍ

Nome: JOSE ALVES DA CRUZ FILHO

DOC IDENTIDADE / ORG EMISSORUF: 2455149 SSP PI

CPF: 006.911.643-12 DATA NASCIMENTO: 09/07/1984

PERMISAO: JOSE ALVES DA CRUZ IRENE DA ROCHA ALVES

PERMISSAO: ACC: CATAB: AD

Nº REGISTRO: 03075689476 VALIDADE: 15/08/2023 Nª HABILITACAO: 03/10/2003

OBSERVAÇÕES: BARR

ASSINATURA DO TITULAR: J. H. L. Cruz Filho

ASSINATURA DO EMISSOR: TEREZINA PI

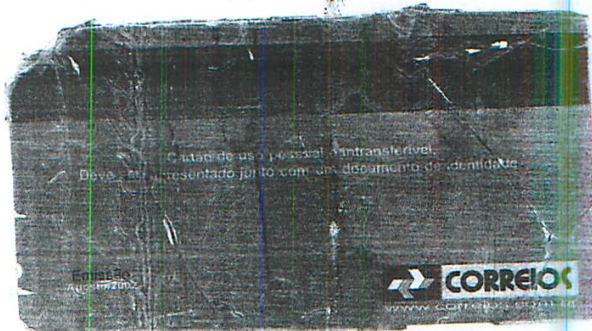
DATA DE EMISSAO: 24/09/2018

27177890469

71320653630

PIAUÍ





ÁGUAS DE TERESINA

2a Imp. TC 4.39
20190910135930

CNPJ 2715747000105 - IE 195965374
Av. Prof Camilo Filho, 1960, Todos os Santos - CEP 64090-040, Teresina - PI
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

MATRÍCULA 12932221-0 FATURA Nº 152863454
MÊS/ANO 9/2019

NOME/ENDEREÇO
MORADOR JOSE ALVES DA CRUZ
CON DIRCEU ARCOVERDE
II, Q-251-C-006-ITARARE-TERESINA-PI-cep: 64078260

LOCALIZAÇÃO 008-00037-000960 GRUPO 008 NÚMERO DO HIDRÔMETRO A07N381195

HISTÓRICO DE CONSUMO	LIDO	FATURADO	ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA
MÊS/ANO TIPO			1 Residencial - Normal
08/2019 Media	18	18	
07/2019 Lido	18	18	
06/2019 Lido	21	21	
05/2019 Lido	91	18	
04/2019 Media	00	21	
03/2019 Media	00	21	

DATA 12/08/2019 LETURA 2050 CONSUMO MÊS M3 19 LIS 12.7402012
ANTERIOR 10/09/2019 2089 PIS-PASEP: 25x1,65% = 1,39
CORINS 84,25x7,60% = 6,40

TABELA DE TARIFAS	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA
RESIDENCIAL FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (%)	DESCRIÇÃO VALOR
0 18 9.7120 00	VALOR REFERENTE AGUA - 82,07
25 9.99999 9.0610 00	> Residencial-Normal 19,0 m3 82,07
	DUROS POR ATRASO 001/001 0,39
	MULTA POR ATRASO 001/001 1,79

NÃO RESIDENCIAL
FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (%)
VENCIMENTO 23/09/2019 TOTAL A PAGAR 84,25

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

MENSAGEM
SEJA AMIGO DO NOSSO LEITURISTA.
SE SEU HIDRÔMETRO FOR NA PARTE INTERNA DO IMÓVEL,
FACILITE O ACESSO AO MEDIDOR DE ÁGUA.

NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços, conforme Lei Federal nº. 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº. 8.987/95, Art. 6º, §3º, inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	2878	2877	1	1,39	0,2-5,0 mg/l
COR APARENTE	3197	3176	19	4,51	Inferior a 15
PH	2852	2815	39	6,84	6,00-9,50
TURBIDEZ	3204	3180	24	1,39	Inferior a 5
COLIFORMES TOTAIS					

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
ESCHERICHIA COLI	1145	1144	1	Ausente	Ausente
	1145	1145	0	Ausente	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 10/09/2019 HORA DA EMISSÃO: 13:58





ALEXANDRE RAMON

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE: JOSE ALVES DA CRUZ FILHO	
NACIONALIDADE: BRASILEIRO	ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: Autônomo	RG: 2.455.149
CPF: 006.911.643-12	ENDEREÇO: Conjunto Dirceu
Ancoverde, Quadra 251, Casa 006, Itororó, Teresina-PI CEP 64018-260	

OUTORGADOS: ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO, brasileiro, advogado, casado, inscrito na OAB/PI nº 5795, com escritório profissional situado na Rua Elizeu Martins, 2240, Edifício Espírito Santo, Sala 103, Centro - Teresina - PI, CEP 64.000-120.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração nomeia e constitui seu bastante procurador e advogado devidamente qualificado acima, com a cláusula "**AD JUDICIA ET EXTRA**", para, agindo, representá-lo (a) perante repartições públicas e qualquer juízo, instância ou tribunal, estando o mandatário autorizado, a propor contra quem de direito as competentes ações ou a defendê-la nas adversas, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe também, poderes especiais para confessar, transigir, variar, desistir, **fazer acordos**, receber e dar quitações, requerer o que convier, firmar compromissos, assinar termos, receber citações, notificações, intimações e alvará judicial, representar o (a) outorgante em audiências, perante os juízos deprecante e deprecado e em qualquer instância, podendo substabelecer o presente mandato com ou sem reservas de poderes, praticando, enfim, tudo o mais que se tornar necessário à defesa do (a) outorgante e ao bom e fiel cumprimento do presente mandato.

Teresina, PI, 17 de Fevereiro 2020.

OUTORGANTE: Jose Alves da Cruz Filho

Rua Elizeu Martins, 2240, Edifício Espírito Santo, Sala 103, Centro, Teresina - PI - CEP 64000-120
telefones: 994643330/(what Zap: 994523253)

E-mail: alexandraramon@jur.adv.br / www.alexandraramon.jur.adv.br



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

DECLARANTE: JOSE ALVES DA CRUZ FILHO	
NACIONALIDADE: BRASILEIRO	FONES:
PROFISSÃO: Autônomo	ESTADO CIVIL: Solteiro
RG: 2.455.149	CPF: 006.911.643-12
ENDEREÇO: Conjunto Dique Arcoride, Quadra 253, Casa 006, Itanovi, Teresina-PI, CEP 64078-260	
E-MAIL:	

Eu, acima qualificado, declaro para os devidos fins, que sou pobre na forma da Lei, não tendo condições de arcar com despesas processuais e honorários de advogado, sem prejuízo do meu próprio sustento e de minha família, que por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

Teresina-PI, 27 de Fevereiro de 2020.


Jose Alves da Cruz Filho
DECLARANTE





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.004079/2019-24

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Res. pelo Registro: Narceiza De Maria Chaib Lima

Data/Hora: 23/10/2019 - 10:50

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

06/10/2019 - 23:19

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Bairro

TABOCA DO PAU FERRADO

Endereço

AV: PRINCIPAL DA TABOCA DO PAU FERRADO, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOSE ALVES DA CRUZ FILHO

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 2455149

Mãe: IRENE DA ROCHA ALVES

Pai: JOSE ALVES DA CRUZ

Endereço: QUADRA 251 CASA-06, Nº

Bairro: ITARARE

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9928-3545 86-9546-6558

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE CONDUZIA A MOTO HONDA/CG 125 FAN KS, ANO 2009 E 2010, PLACA-NIC-5431-PI, DE PROPRIEDADE DE: JESSE DA ROCHA ALVES. CPF.060.301.513-12, RELATA A VITIMA QUE VINHA NA VIA ACIMA CITADA, QUANDO UM CARRO INVADIU A PREFERENCIAL E BATEU CAIU SENDO SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HUT. PRONTUARIO.29892. ERA O QUE TINHA A REGISTRAR.

Narceiza De Maria Chaib Lima - Mat.
ESCRIVÃO DE POI

JOSE ALVES DA CRUZ FILHO - Noticiante
Responsável pela Informação

Luccy Kelko Leal Parafina
Delegado Geral da Polícia Civil-PI
Mat.: 196.331-7



Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 006.911.64312 4 - Nome completo da vítima: JOSE ALVES DA CRUZ FILHO

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

5 - Nome completo: JOSE ALVES DA CRUZ FILHO 6 - CPF: 006.911.64312

7 - Profissão: Recusa 8 - Endereço: Q 251 CASA 06 9 - Número: _____ 10 - Complemento: _____

11 - Bairro: ITAPAGE 12 - Cidade: TERESINA 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64078 260

15 - E-mail: _____ 16 - Tel (DDD): 86 999283545

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____

18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3389 CONTA: 53502 4

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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.

22 - 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar vivos: _____ falecidos: _____

30 - Vítima deixou nascituro (vários)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar vivos: _____ falecidos: _____

33 - 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.

34 - _____

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido _____

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido _____

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido _____

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha _____

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha _____

40 - Local e Data, Terresina 08/01/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Jose Alves da Cruz Filho

43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____

1 Assinatura do Representante Legal (se houver) _____



SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PI Nº 013030515612 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
WWW.SEGURADORALIDER.COM.BR
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018
DATA EMISSÃO 5/2/2018
NIC-5431

RENDA 06030151312
ANO FAB. 2009
ANO MOD. 2010
COMBUSTÍVEL GASOLINA
CATEGORIA PARTIC
COF. POT. 192122177
COF. PREDOMINANTE 2010
VENO COTA UNICA 002P/124CC
VENO COTAS 1ª IPVA
2ª
3ª PAGO

PREMIO TARIFARIO 902JC4110AR015310
192122177
HONDA/CG 125 FAN KS
09
185,50
4,15
0,70
185,50
31/01/2018
SEGUROADORA LIDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PI 9020170142514 Nº 013030515612
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO
VENO COTA UNICA 002P/124CC
VENO COTAS 1ª IPVA
2ª
3ª PAGO

EXERCÍCIO 2018
DATA EMISSÃO 5/2/2018
NIC-5431
RENDA 06030151312
ANO FAB. 2009
ANO MOD. 2010
COMBUSTÍVEL GASOLINA
CATEGORIA PARTIC
COF. POT. 192122177
COF. PREDOMINANTE 2010
VENO COTA UNICA 002P/124CC
VENO COTAS 1ª IPVA
2ª
3ª PAGO

SEGURO
SEM RESTRIÇÕES
TERESINA
5/2/2018



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE ALVES DA CRUZ FILHO** (Prontuário: 29892)
Endereço: QD 205 CS 06 - TABOCA - TERESINA - PI CEP: 64000-000
Nascimento: 09/07/1984 Idade: 35a2m29d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 745199
Requisição: 1009275 Solicitação: 07/10/2019 Solicitante: ISMAEL PEREIRA MAURIZ
Controle: 1328738 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 07/10/2019

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES AXIAL, SAGITAL E CORONAL.

RELATÓRIO:

- FOCO HEMORRÁGICO EM SUBSTÂNCIA BRANCA FRONTAL À ESQUERDA.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 07/10/2019

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE ALVES DA CRUZ FILHO** (Prontuário: 29892)
Endereço: QD 205 CS 06 - TABOCA - TERESINA - PI CEP: 64000-000
Nascimento: 09/07/1984 Idade: 35a3m1d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 745199
Requisição: 1009274 Solicitação: 07/10/2019 Solicitante: ISMAEL PEREIRA MAURIZ
Controle: 1328737 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040051

Data Exame: 07/10/2019

MEMBRO SUPERIOR DIREITO

O estudo radiológico do braço foi realizado nas incidências em pa/perfil.
os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura fragmentada recente desalinhada na diafise distal do rádio.
- Luxação radio-ulnar distal.
- Aumento de volume de partes moles.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 10/10/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Joana Luísa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Pag: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE ALVES DA CRUZ FILHO** (Prontuário: 29892)
Endereço: QD 205 CS 06 - TABOCA - TERESINA - PI CEP: 64000-000
Nascimento: 09/07/1984 Idade: 35a3m1d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 745199
Requisição: 1009274 Solicitação: 07/10/2019 Solicitante: ISMAEL PEREIRA MAURIZ
Controle: 1328735 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 07/10/2019

PUNHO DIREITO

O estudo radiológico do punho direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Fratura fragmentada recente desalinhada na diafise distal do rádio.
- Luxação radio-ulnar distal.
- Aumento de volume de partes moles.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 10/10/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Joana Luísa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAMEX HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE ALVES DA CRUZ FILHO** (Prontuário: 29892)
Endereço: QD 205 CS 06 - TABOCA - TERESINA - PI CEP: 64000-000
Nascimento: 09/07/1984 Idade: 35a3m1d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 249111
Requisição: 1009567 Solicitação: 07/10/2019 Solicitante: FLAVIO MACIEL BARBOSA DE SANTANA COUTINHO
Controle: 1329383 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 229 LEITO 06

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040019

Data Exame: 07/10/2019

ANTEBRACO DIREITO

O estudo radiológico do antebraço direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura recente alinhada na diafise distal do rádio fixado com placa e parafusos metálicos.
- Fio metálico de sindesmose radio-ulnar distal.
- Aumento de volume de partes moles.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 10/10/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Joana Luísa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47300
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE ALVES DA CRUZ FILHO** (Prontuário: 29892)
Endereço: QD 205 CS 06 - TABOCA - TERESINA - PI CEP: 64000-000
Nascimento: 09/07/1984 Idade: 35a3m1d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 249111
Requisição: 1009567 Solicitação: 07/10/2019 Solicitante: FLAVIO MACIEL BARBOSA DE SANTANA COUTINHO
Controle: 1329384 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 229 LEITO 06

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 07/10/2019

PUNHO DIREITO

O estudo radiológico do punho direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Fratura recente alinhada na diafise distal do rádio fixado com placa e parafusos metálicos.
- Fio metálico de sindesmo radio-ulnar distal.
- Aumento de volume de partes moles.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 10/10/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matricula: 47390
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL





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, 21 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200011388

Vítima: JOSE ALVES DA CRUZ FILHO

Data do Acidente: 06/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE ALVES DA CRUZ FILHO

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =

R\$ 1.687,50

Recebedor: **JOSE ALVES DA CRUZ FILHO**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000003389**

Conta: **0000053502-4**

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,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

