



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	<a href="#">Petição Inicial</a>	Petição Inicial
84178 12	02/03/2020 09:16	<a href="#">Identidade , cpf e comprovante de res</a>	Documentos
84178 17	02/03/2020 09:16	<a href="#">procuração e declaração de hipo</a>	Procuração
84178 19	02/03/2020 09:16	<a href="#">bo , pedido de seguro e documento do veiculo</a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
84178 37	02/03/2020 09:16	<a href="#">laudos medicos</a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
84182 57	02/03/2020 09:16	<a href="#">pagamento</a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

## PETIÇÃO INICIAL



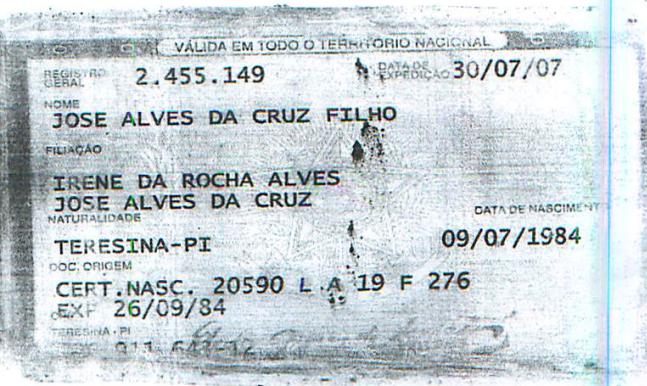
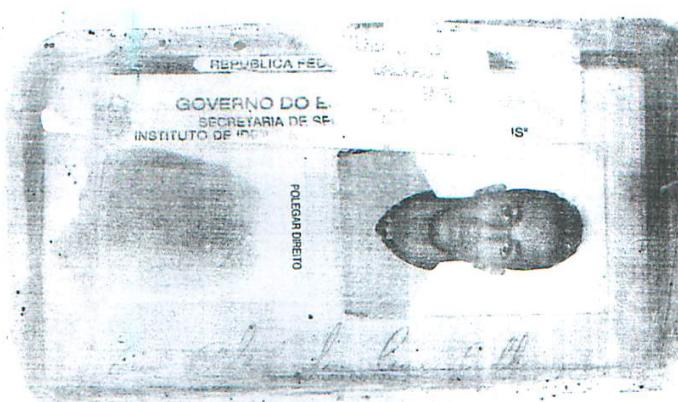
Assinado eletronicamente por: ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO - 02/03/2020 09:15:17  
<https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20030209151791300000008039300>  
Número do documento: 20030209151791300000008039300

Num. 8417447 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO - 02/03/2020 09:15:19  
<https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20030209151877000000008039613>  
Número do documento: 20030209151877000000008039613

Num. 8417812 - Pág. 1



**ÁGUAS DE  
TERESINA**

CNPJ 27357474000106 - 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 TI, Q-251-C-006-ITARARE-TERESINA-PI-cep: 64078260					
LOCALIZAÇÃO 008-00037-000960	GRUPO 008 NÚMERO DO HIDRÔMETRO A07N381195				
HISTÓRICO DE CONSUMO MÊS/ANO TIPO LIDO FATURADO	ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA 1 Residencial - Normal				
08-2019 Média 60 18 17-2019 Lido 16 18 26-2019 Lido 21 21 35-2019 Lido 81 18 44-2019 Média 80 21 3-2019 Média 80 21					
DATA ANTERIOR 02/08/2019 2050	CONSUMO MÊS M3 19				
ATUAL 10/09/2019 2089	PIS/PASEP 12.24162012 1.39 CORFIS 84.25x7.65% = 6.48				
TABELA DE TARIFAS					
RESIDENCIAL FAIXA DE CONSUMO R\$ /M3 E (%)	DESCRIÇÃO VALOR REFERENTE ÁGUA - 82,07 REF. 19,0 m3 82,07 > Residencial-Normal 001/001 0,39 JUROS POR ATRASO 001/001 1,79 MULTA POR ATRASO				
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 Leis Federais 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	2577	1	1,39	0,2-5,0 mg/l
COR APARENTE	5197	5178	19	4,51	Inferior a 15
pH	2852	2815	39	6,84	6,00-9,50
TURBIDEZ	3204	3180	24	1,59	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	Ausência	Ausente
	1145	1145	0	Ausência	Ausente
DATA DA EMISSÃO: 10/09/2019 HORA DA EMISSÃO: 13:58					



**PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"**

<b>OUTORGANTE:</b> JOSE ALVES DA CRUZ FILHO	
NACIONALIDADE: BRASILEIRO	ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: Autônomo	RG: 2.455.149
CPF: 006.911.643-12	ENDEREÇO: Conjunto Dicen
Ancoverde, Amodra 255, Lote 006, Itororó, Teresina-PI CEP 64078-260	

**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, 37 de Fevereiro 2020.

**OUTORGANTE:** Jose Alves da Cruz Filho





### 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 Dircen Arcourde, Quadra 253, Casa 006, Itanori, 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, 31 de Fevereiro de 2020.



Jose Alves da Cruz Filho  
DECLARANTE

Rua Elizeu Martins, 2240, Edifício Espírito Santo, Sala 103, Centro, Teresina - PI - CEP 64000-120 telefones:  
994643330 (what Zap: 994523253)  
E-mail: alexandreramonadvocacia@hotmail.com





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, pelo Registro: Narceiza De Maria Chaib Lima

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

#### DADOS DA OCORRÊNCIA

**Unidade Policial Responsável**

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

**Data/Hora**

06/10/2019 - 23:19

**Tipo Local**

VIA PÚBLICA

**Município**

TERESINA

**Endereço**

AV. PRINCIPAL DA TABOCA DO PAU FERRADO, N°:

**Complemento**

**Bairro**

TABOCA DO PAU FERRADO

**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, N°

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 BATEL 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 Parabá  
Delegado Geral da Polícia Civil-PI  
Mat.: 196.331-7





## 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:  JOSÉ ALVES DA CRUZ FILHO.

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

5 - Nome completo: <input type="text"/> JOSÉ ALVES DA CRUZ FILHO.	6 - CPF: <input type="text"/> 006.911.64312		
7 - Profissão: <input type="text"/> RECUSO	8 - Endereço: <input type="text"/> Q 25L CASA 06.	9 - Número: <input type="text"/>	10 - Complemento: <input type="text"/>
11 - Bairro: <input type="text"/> DIPAKARI	12 - Cidade: <input type="text"/> TERRASSA	13 - Estado: <input type="text"/> PR	14 - CEP: <input type="text"/> 64078 260.
15 - E-mail: <input type="text"/> 86 9928 3545.			

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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):

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

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)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

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

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

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 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 discordo do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima: _____
--	-------------------------------------

25 - Grau de Parentesco com a vítima: <input type="checkbox"/> 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
---	---

28 - Vítima teve filhos, informar: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	30 - Vítima deixou nascituro (varônico): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	33 - Vítima deixou pais/vivos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	---	--	--	---	--

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

34	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º   Nome: _____ CPF: _____
----	--	-------------------------------------

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	Assinatura da testemunha
---	--------------------------

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º   Nome: _____ CPF: _____
--	-------------------------------------

40 - Local e Data, <input type="text"/> 08/01/2020 k Jose Alves da Cruz Filho	Assinatura da testemunha
--	--------------------------

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	43 - Assinatura do Procurador (se houver)
---	---

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	43 - Assinatura do Procurador (se houver)
---	---



ESTE E O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT		PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO	
WWW.SEGURADORA.DPVAT.COM.BR		AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA	
SAC DPVAT 0800 022 1204		TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT	
5/5/2018		DPVAT	
Nº 06030515612		RENTAR	
192222177 HONDA/CB 125 FAN KS		AND/EIA - FOLHOS	
2009 09 9C2JGCA110AR01530		PREMIO TAFIRIO	
81,28 9,03 90,33		81,28	
185,50		4,15	
0,70		A.15	
PRFCE-00		31/01/2019	
SEGURADORA DPVAT		CHAM 09.245.005.000-04	





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



Assinado eletronicamente por: ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO - 02/03/2020 09:15:21  
<https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20030209152100900000008039937>  
Número do documento: 20030209152100900000008039937

Num. 8417837 - Pág. 1



**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 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: 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 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: 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 Luisa Mendes de Mesquita  
Matrícula: 47380  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL



Assinado eletronicamente por: ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO - 02/03/2020 09:15:21  
<https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20030209152100900000008039937>  
Número do documento: 20030209152100900000008039937

Num. 8417837 - Pág. 4



**HOSPITAL DE URGÉNCIA 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 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 Luisa Mendes de Mesquita  
Matrícula: 47390  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL



Assinado eletronicamente por: ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO - 02/03/2020 09:15:21  
<https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20030209152100900000008039937>  
Número do documento: 20030209152100900000008039937

Num. 8417837 - Pág. 5



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:  
[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

