



Número: **0801286-48.2019.8.18.0030**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara da Comarca de Oeiras**

Última distribuição : **07/08/2019**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                                                     |                    | Procurador/Terceiro vinculado                      |                         |
|------------------------------------------------------------|--------------------|----------------------------------------------------|-------------------------|
| MARIA FRANCISCA DE SOUSA (AUTOR)                           |                    | BENOAR FRANCISCO DE SOUSA (ADVOGADO)               |                         |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU) |                    |                                                    |                         |
| Documentos                                                 |                    |                                                    |                         |
| Id.                                                        | Data da Assinatura | Documento                                          | Tipo                    |
| 5897922                                                    | 07/08/2019 11:33   | <a href="#">Petição Inicial</a>                    | Petição Inicial         |
| 5897924                                                    | 07/08/2019 11:33   | <a href="#">Doc. MARIA FRANCISCA SOUSA 01</a>      | Documentos              |
| 5897930                                                    | 07/08/2019 11:33   | <a href="#">Doc. MARIA FRANCISCA SOUSA 02</a>      | DOCUMENTO COMPROBATÓRIO |
| 5897934                                                    | 07/08/2019 11:33   | <a href="#">QUESITOS PARA PERÍCIA MÉDICA DPVAT</a> | Documentos              |

EXCELENTÍSSIMA SENHORA DOUTORA JUIZA DE DIREITO DA 2ª VARA DA COMARCA DE OEIRAS - ESTADO DO PIAUÍ.

**MARIA FRANCISCA SOUSA**, brasileira, casada, dona de casa, Cédula de Identidade nº 4.884.967 SSP/PI, e CPF nº 033.218.683-00, residente e domiciliado na Localidade Uberaba s/n, zona rural, Oeiras- PI, por meio de seu advogado infra-assinado, procuração em anexo, com escritório estabelecido na Av: Duque de Caxias nº 18, centro, Oeiras – Piauí, (89)98805-6510, onde recebe as intimações e notificações, vem respeitosamente à presença de Vossa Excelência, propor a presente:

### **AÇÃO DE COBRANÇA DE COMPLEMENTAÇÃO DE SEGURO DPVAT**

Em face da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, pessoa jurídica de Direito Privado, CNPJ: 09.248.608/0001-04, com sede na Rua Senador Dantas, N.º 74, 5º, 6º, 9º, 14º e 15º andares, Centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP 20.031-205, pelos motivos de fato e de direito que passa a expor:

## **I- PRELIMINARMENTE**

A Autora informa que ajuizou anteriormente outra ação idêntica a esta perante o Juizado Especial Cível e Criminal desta Comarca de Oeiras-PI, Processo nº 0010366-65.2018.818.0075, porém, o Juiz titular daquele Juizado extinguiu o processo sem resolução de mérito sob o argumento de necessidade de realização de Perícia Médica, o que foge da competência daquele Juízo, motivo pelo qual o Autor vem ajuizar a presente ação perante esse Juízo.

### **III. DA ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA**

A parte autora é hipossuficiente, encontra-se desempregada, não dispõe de condições financeiras para arcar com as custas processuais e honorários advocatícios sem que com isso incorra em prejuízo ao seu sustento e ao de sua família.

Dessa forma, faz-se necessário conceder e desde já se requer, o benefício da **GRATUIDADE DA JUSTIÇA**, com base no que vaticina a Lei nº 1.060/50, art. 98 e seguintes do NCPC, uma vez que o indeferimento de tal benefício impedirá a parte demandante o acesso à justiça. Para comprovação da situação narrada, junta-se aos autos, para apreciação de Vossa Excelência, cópia da carteira de trabalho da requerente.

### **IV. DOS FATOS**

A parte autora no dia 02 de outubro de 2017, conforme consta no registro de ocorrência policial (Documento Anexo), sofreu acidente de trânsito, estando na situação de garupa de uma motocicleta pela Anel Viário, momento em que o condutor da motocicleta colidiu com outra motocicleta que fez uma manobra ilegal a sua frente, provocando assim um grave acidente, do evento, restou a demandante com acentuadas lesões corporais.

Posteriormente ao fato, a requerente foi encaminhada para atendimento médico na Unidade de Pronto Atendimento Médico-UPA, Oeiras-PI, sendo diagnosticado que a mesma sofrera fratura no **Membro Superior Esquerdo**, conforme se faz provar pelo Prontuário Médico, cópia da documentação em anexo.

Ademais, necessitou o segurado, em virtude da fratura sofrida, passar por procedimento cirúrgico, conforme se demonstra pela documentação em anexo.

Pois bem Excelência, em decorrência das lesões sofridas e dos fatores acima expostos, **restou a requerente com acentuada limitação física, além de sentir dores intensas e constantes, tem limitação nos movimentos e na força do membro afetado**, ou seja, as atividades mais simples do dia a dia, como movimentar a perna, caminhar, praticar algum exercício físico, trabalhar, tornaram-se verdadeiramente, tarefas tormentosas de serem desempenhadas.

A parte autora sofreu fratura no Membro Superior Esquerdo, passou por delicado



procedimento cirúrgico, recomendando-se posteriormente a realização de fisioterapia e afastamento das atividades habituais por prazo considerável.

Contudo, após buscar a reparação do dano ocasionado pelo sinistro, restou a demandante com considerável limitação física, que ainda hoje lhe impede, de forma acentuada a retomar as suas atividades normais, encontra-se debilitada, sente dores, não movimenta a perna com facilidade, sente dificuldades ao erguer, flexionar e realizar qualquer outro movimento com o membro afetado.

Consideráveis foram os prejuízos e as limitações ocasionadas em razão da fratura sofrida, **prejuízo esses que acompanham a requerente até os dias atuais e que possivelmente lhe acompanharão por toda a vida.**

Portanto, por questão de Justiça e respeito à previsão legal, o segurado buscou amparo através de pedido de indenização de forma administrativa junto à **SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT**.

Desta forma, ocorrido o acidente de trânsito, sofrendo a parte autora lesões, no caso em tela, **comprovadamente com caráter de invalidez permanente**, faz jus ao mesmo ao recebimento de indenização do seguro DPVAT/INVALIDEZ.

Preenchendo os requisitos para o recebimento da indenização, conforme já mencionado, o autor encaminhou seu pedido à **SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT**, juntamente com os documentos pertinentes, legalmente previstos e que são costumeiramente solicitados pela ré, requerendo administrativamente a quantia a que faz jus em decorrência do Seguro Obrigatório (DPVAT/INVALIDEZ).

Certo do recebimento da indenização em conformidade com a gravidade de sua invalidez, a parte autora aguardou resposta da ré. **Tamanha fora a surpresa da Autora, pois a SEGURADORA REQUERIDA** negou o pedido administrativo requerido pelo Autor, sob o pretexto de que o autor não fez juntada da documentação de forma correta para receber o benefício, deixando assim de efetuar o valor da indenização ao autor, o que lhe é de direito, conforme preceitua a norma legal.

#### **V. DOS FUNDAMENTOS JURÍDICOS**

Tem-se, que a parte autora ajuizou a presente ação fundada no direito assegurado pela Lei nº LEI Nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974, prevendo esta, a indenização por danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre.

O seguro DPVAT, comumente conhecido como seguro obrigatório, cumpre importante função social, dando um amparo mínimo às pessoas vítimas de acidente de trânsito. Foram os riscos existentes no trânsito que obrigaram o legislador a estabelecer uma espécie de seguro.

A Lei 6.194/1974 instituiu no sistema jurídico brasileiro o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre – DPVAT. Posteriormente, a Lei 8.441/1992 veio ampliar a indenização, com o intuito de torna-la mais compatível com o fim ao qual se destina.

Importante citar trecho encontrado no próprio site da demandada in verbis:

*O Seguro de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre, mais conhecido como Seguro DPVAT, existe desde 1974. É um seguro de caráter social que indeniza vítimas de acidentes de trânsito, sem apuração de culpa, seja motorista, passageiro ou pedestre. O DPVAT oferece coberturas para três naturezas de danos: morte, invalidez permanente e reembolso de despesas médicas e hospitalares (DAMS).*

*A atual responsável pela administração do Seguro DPVAT é a Seguradora Líder-DPVAT, que tem o objetivo de assegurar à população, em todo o território nacional, o acesso aos benefícios do Seguro DPVAT. O diretor presidente da Seguradora Líder-DPVAT, Ricardo Xavier, explica que o procedimento para o recebimento do seguro pelas vítimas de trânsito é simples e alerta para o fato de que não é necessário intermediário para dar entrada no pedido de indenização. “Ninguém melhor que o próprio cidadão para preservar seus direitos. Há seguradoras em todo o Brasil para receber as vítimas de trânsito. Basta apresentar os documentos na seguradora escolhida no prazo de três anos a contar da data da ocorrência do acidente,” afirma.*



*O pagamento da indenização é feito em conta corrente ou poupança da vítima ou de seus beneficiários, em até 30 dias após a apresentação da documentação necessária. O valor da indenização é de R\$ 13.500 no caso de morte e de até R\$ 13.500 nos casos de invalidez permanente, variando conforme o grau da invalidez, e de até R\$ 2.700 em reembolso de despesas médicas e hospitalares comprovadas. O prazo para solicitar a indenização por Morte ou Reembolso de Despesas Médicas e Hospitalares é de 3 anos a contar da data do acidente. No caso de indenização por Invalidez Permanente este prazo é de 3 anos a contar da ciência da Invalidez Permanente pela vítima.*

*Os recursos do Seguro DPVAT são financiados pelos proprietários de veículos, por meio de pagamento anual. Do total arrecadado, 45% são repassados ao Ministério da Saúde (SUS), para custeio do atendimento médico-hospitalar às vítimas de acidentes de trânsito em todo país. 5% são repassados ao Ministério das Cidades (DENATRAN), para aplicação exclusiva em programas destinados à prevenção de acidentes de trânsito. Os demais 50% são voltados para o pagamento das indenizações e reservas.*

Sendo assim Excelência, fazem jus ao recebimento de indenização coberto **pelo seguro DPVAT**, todas as vítimas de acidente de trânsito que se enquadrem nas hipóteses previstas no art. 3º da Lei 6.194/74.

Cite-se o art. 3º do referido diploma legal in verbis:

*Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:*

*I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte;*

*II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente; e*

*III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.*

Em consonância com a Lei e enquadrando-se no caso em tela, importante se faz, mencionar Jurisprudência do Egrégio Tribunal de Justiça deste Estado, deixando evidente e indiscutível o direito ao qual pleiteia à demandante:

**APELAÇÃO CÍVEL. SEGUROS. DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. INVALIDEZ PERMANENTE. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO DEVIDA. GRADUAÇÃO DA INVALIDEZ. 1. Demonstrada a ocorrência do acidente e da invalidez permanente da parte autora, nos termos do art. 5º, caput, da Lei nº 6.194/74, é devida a indenização securitária. 2. Graduação da invalidez. Mostra-se necessária a graduação da invalidez para fins de cobrança do seguro obrigatório DPVAT. Questão pacificada em razão do julgamento do REsp 1.246.432, submetido ao regime dos Recursos Repetitivos (art. 543-C do Código de Processo Civil) e Súmula 474 do STJ. 3. Complementação de indenização devida, considerando o grau de invalidez apurado na perícia judicial e o pagamento administrativo realizado. 4. Correção monetária incidente a partir do pagamento administrativo. Sentença reformada, no ponto. 5. Distribuição da sucumbência mantida, considerado o decaimento das partes. APELAÇÃO PARCIALMENTE PROVIDA. (Apelação Cível Nº 70069102705, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Isabel Dias Almeida, Julgado em 29/06/2016). (grifou-se).**

**APELAÇÃO. SEGUROS. AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT). INDENIZAÇÃO PAGA NA VIA ADMINISTRATIVA. COMPLEMENTAÇÃO DEVIDA. Presente prova de que a extensão das lesões é superior ao constatado na perícia administrativa, imperiosa se faz a complementação da indenização securitária decorrente do seguro obrigatório DPVAT. Precedentes. APELO DESPROVIDO. UNÂNIME. (Apelação Cível Nº 70067253906, Sexta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Rinez da Trindade, Julgado em**



07/04/2016). (grifou-se).

**APELAÇÃO CÍVEL. SEGUROS. DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. INVALIDEZ PERMANENTE. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO DEVIDA. GRADUAÇÃO DA INVALIDEZ. 1. Demonstrada a ocorrência do acidente e da invalidez permanente da parte autora, nos termos do art. 5º, caput, da Lei nº 6.194/74, é devida a indenização securitária. 2. Graduação da invalidez. Mostra-se necessária a graduação da invalidez para fins de cobrança do seguro obrigatório DPVAT. Questão pacificada em razão do julgamento do REsp 1.246.432, submetido ao regime dos Recursos Repetitivos (art. 543-C do Código de Processo Civil) e Súmula 474 do STJ. 3. Complementação de indenização devida, considerando o grau de invalidez apurado na perícia e o pagamento administrativo realizado. 4. Descabida correção do valor da indenização do seguro DPVAT. RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO, EM DECISÃO MONOCRÁTICA. (Apelação Cível Nº 70066950957, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Isabel Dias Almeida, Julgado em 10/02/2016) (grifou-se).**

Dessa forma, comprovado o acidente de trânsito, restando o demandante com lesões que lhe causaram invalidez parcial permanente, é incontestável o direito do mesmo ao recebimento de indenização correspondente ao grau de sua invalidez, conforme entendimento do Respeitável Superior Tribunal de Justiça in verbis:

Súmula 474

***“A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”***

Para tanto, conforme tabela (Incluído pela Lei nº 11.945, de 2009)., faz-se necessário o correto enquadramento da invalidez acometida pela parte autora, procedimento este a ser alcançado através de **Perícia Médica** a ser designada por Vossa Excelência.

Dessa forma, em consonância com o previsto na lei 6.194/74, merece acolhimento o pleito autoral, a fim de que seja condenada a parte ré ao pagamento da indenização do seguro DPVAT à parte autora, **montante este a ser quantificado através de perícia médica e posterior enquadramento da invalidez na tabela de danos segmentares**, ainda, com valor corrigido pelo IGP-M a contar da data do sinistro.

## **VI. DOS PEDIDOS**

**ANTE O EXPOSTO**, evidenciados o interesse e a legitimidade da parte autora para o ajuizamento da presente Ação, bem assim a possibilidade jurídica do pedido e preenchidos todos os requisitos da petição Inicial, previstos no artigo 319 do Código de Processo Civil, **REQUER:**

**a)** Nos termos da Lei 1.060/50 e Art. 98 e seguintes do Código de Processo Civil, considerando que a parte autora não dispõe dos recursos para custear o processo, sem prejuízo do seu sustento ou de sua família, **os benefícios da assistência judiciária gratuita;**

**b)** Seja recebida a presente, autuada e conforme Art. 246 inc. I do Código de Processo Civil, determine-se a citação da demandada no endereço já citado no preâmbulo desta Ação, através de carta AR/MP na pessoa de seu representante legal, para vir responder, querendo, no prazo legal a presente ação, sob pena de revelia, quando, então ao final, deverão ser julgados procedentes os pedidos;

**c)** Conforme previsão no Art. 319 VII do Código de Processo Civil, a parte autora desde já, em virtude da necessidade de realização de **Perícia Médica**, manifesta que não possui interesse na realização de audiência de conciliação;

**d)** **Se digne Vossa Excelência em nomear Perito, conforme art. 465 do Código de Processo Civil, a fim de que seja ratificada a constatação da invalidez permanente remanescente na parte demandante e posteriormente quantificado o real valor devido a esta;**

**e)** Devidamente processado o feito, com o respeito ao devido processo legal, seja a presente ação julgada **PROCEDENTE;**

**f)** Seja declarada devida à parte autora o pagamento da **indenização** correspondente ao seguro DPVAT – Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre;

**g)** Condenar a demandada ao pagamento de indenização referente ao seguro DPVAT, no valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), com atualização monetária desde o evento danoso, casso Vossa Excelência assim não entenda, que o valor efetivamente que o Autor deve



receber, seja quantificado, levando-se em consideração a Perícia Médica a ser realizada, com posterior enquadramento na tabela de danos segmentares constante no artigo 3º da Lei 6.194/74;

h) Condenar a ré ao pagamento de custas judiciais e honorários de sucumbência no importe de 20% sobre o valor da condenação;

i) Requer ainda, a produção de todos os meios de provas em direito admitidas, especialmente prova pericial, documental e outras que se fizerem necessárias no decorrer da instrução processual.

Dá-se, a causa o valor de R\$ -13.500,00 (treze mil e quinhentos reais)

Nestes termos,

Pede deferimento.

Oeiras – PI 18 de julho de 2019.

Benoar Francisco de Sousa

OAB/PI 6602



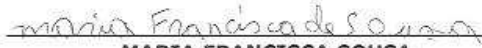
## PROCURAÇÃO AD JUDICIA

**OUTORGANTE: MARIA FRANCISCA SOUSA**, brasileira, casada, dona de casa, portadora da Cédula de Identidade nº 4.884.967 SSP/PI, e CPF nº 033.218.683-00, residente e domiciliada na localidade Uberaba, zona rural, Oeiras - PI.

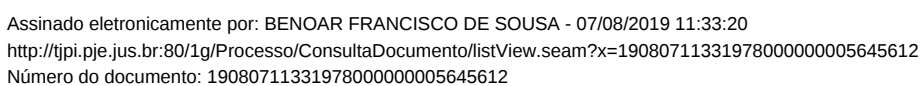
**OUTORGADO: Dr. BENOAR FRANCISCO DE SOUSA**, brasileiro, casado, Advogado, inscrito na OAB/PI sob o nº 6602, com endereço profissional estabelecido na Av. Duque de Caxias nº 18, centro, Oeiras - PI.

**PODERES:** a quem confere amplos e ilimitados poderes para o foro em geral, inclusive os da cláusula ad judícia, ad negotia e et extra, para representá-lo em qualquer Juízo instância ou Tribunal, podendo ajuizar qualquer tipo de ação e usar os recursos legais, poderes específicos para receber e dar quitação, podendo praticar todos os atos do processo, firmar compromisso, transigir, renunciar ao direito sobre acordo, podendo substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, total ou parcialmente em quem lhe aprovar, dando tudo por bom firme e valioso, **pedir justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, (em conformidade com a norma do art. 105 do CPC/15), e finalmente, praticar todos os atos necessários e em direito permitidos ao fiel cumprimento deste mandato.**

Oeiras (PI), 02 de julho de 2019.

  
**MARIA FRANCISCA SOUSA**





**quantum**  
cepisa

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão, 779 - Centro-Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.843.000/0001-99 - Insc. Estadual: 19.391.323-0  
Nota Fiscal / Cota de Energia Elétrica - Item 1.1  
Exatidão e validade da informação para o consumidor

Para contato  
com o consumidor  
ligar para o número

SEU CÓDIGO  
1304983-6

Nº de Nota Fiscal: 021362363

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pela Lei nº 10.439 de 28 de abril de 2002.

CONTAS MES  
MAIO/2019

VENCIMENTO  
14-05-2019

CONSUMO (KWH)  
137

TOTAL A PAGAR (R\$)  
87,94

MARIA FRANCISCA DE SOUSA  
LEITURAS S/N R. RURAL  
CPF: 04008337-1003300  
CEP: 64.500-000 - OLÍMPIAS

ROT: 56.770.06.83.050007

| ÍNDICE DA LEITURA          | DATA   | ÍNDICE DA LEITURA          | DATA       |
|----------------------------|--------|----------------------------|------------|
| Atual                      | 9441   | Atual                      | 07/05/2019 |
| Anterior                   | 9304   | Anterior                   | 06-04-2019 |
| Diferença de Multiplicação |        | Diferença de Multiplicação | 06-04-2019 |
| Consumo Medido             | 137    | Consumo Medido             | 06-05-2019 |
| Consumo Faturado           | 137    | Consumo Faturado           | 07-05-2019 |
| Forma de Pagamento         | NORMAL | Forma de Pagamento         | 29         |

| Consumo Subscrito | Ligação | Medida Padrão | Posto | Código de | Módulo de |
|-------------------|---------|---------------|-------|-----------|-----------|
| RESID. EX. RENTAR | MONO    | A1230246      |       | 2.4.1.1   | 154       |

| HISTÓRICO DE CONSUMO | DESCRIÇÃO DA CONTA             | VALOR                     |
|----------------------|--------------------------------|---------------------------|
| ABR/19 135           | CONSUMO                        | 30 A R\$ 0,287735 = 8,63  |
| MAR/19 100           |                                | 37 A R\$ 0,491750 = 34,52 |
| FEV/19 117           |                                | 37 A R\$ 0,739874 = 27,37 |
| JAN/19 198           | CONTR. ELIMINACAO PLUS (COSIP) | 5,57                      |
| DEZ/18 268           | DIFERENÇA DE TARIFA            | 42,10                     |
| NOV/18 151           | SUBVENÇÃO BAIXA REND           | 30,25                     |
| OUT/18 144           | ADICIONAL QUANTIDADE ANTERIA   | 0,19                      |
| SET/18 168           |                                |                           |
| AGO/18 164           |                                |                           |
| JUL/18 140           |                                |                           |

### NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano Valor R\$  
04/2019 74,30

Atenção: O consumidor recebeu a mensagem de vencimento da conta de energia elétrica a partir de 20-05-2019. Se, por qualquer motivo, o consumidor não recebeu esta mensagem, o não recebimento não é motivo para cancelamento da conta. O consumidor deve pagar a conta no vencimento. O valor da conta é de R\$ 74,30. O valor da conta é de R\$ 74,30. O valor da conta é de R\$ 74,30.

LIGUE 0800 066 0000 PARA PAGAR VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

### RESUMO DO FISCAL

| Descrição  | Valor | Descrição       | Valor  |
|------------|-------|-----------------|--------|
| Energia    | 23,68 | Alíquota ICMS   | 112,62 |
| Tributação | 45,73 | Valor do ICMS   | 22,00% |
| Impostos   | 7,75  | Valor do PIS    | 24,77  |
|            | 8,78  | Valor do COFINS | 1,25   |
|            | 31,70 |                 | 5,70   |

### INDICADORES DE SUSTENTABILIDADE

| Indicador      | Valor | Indicador      | Valor |
|----------------|-------|----------------|-------|
| Emissão de CO2 | 6,03  | Emissão de CO2 | 6,03  |
| Emissão de SO2 | 12,06 | Emissão de SO2 | 12,06 |
| Emissão de NOx | 74,12 | Emissão de NOx | 74,12 |
| Emissão de CH4 | 3,61  | Emissão de CH4 | 3,61  |
| Emissão de HFC | 7,23  | Emissão de HFC | 7,23  |
| Emissão de PFC | 14,45 | Emissão de PFC | 14,45 |
| Emissão de SF6 | 3,54  | Emissão de SF6 | 3,54  |

OTIRAS 02/2019 56,57

ROT: 56.770.06.83.050007

SEU CÓDIGO  
1304983-6

TOTAL A PAGAR - R\$  
87,94

VENCIMENTO  
05/2019 14-05-2019

036000000000 7 87940017000 4 00000001304 5 98360519000 8

021362363 FCAN

SFQ: 00109 UC: 1304983-6 DT. EMISSÃO: 07/05/2019 T. ENTR.: 09

LEITURA: 9441 NORMAL TOTAL: 87,94 CARGA: 004

DT. VENC.: 14-05-2019 IRREG.: 000 COLETOR: 0761





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

788 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 112391.002678/2017-50

Unidade de Registro: 4ª DRPC - Oeiras

Resp. pelo Registro: Paulo Roberto Moura Satiro

Data/Hora: 09/11/2017 - 15:54

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE Oeiras

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

Oeiras

Endereço

ANEL VIÁRIO DE Oeiras-PI, Nº

Complemento

Data/Hora

02/10/2017 - 11:41

Bairro

OUTROS - ZONA URBANA

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MARIA FRANCISCA DE SOUSA

RG: 2033003005/10 SSC CE

Mãe: ANTONIA MARTINS DE SOUZA

Endereço: RUA PROJETADA, Nº S/N

Complemento: UBERABA I

Bairro: OUTROS - ZONA URBANA

Cidade: Oeiras

Telefone(s): 06-9473-9349

Tipo Envolv.: VITIM/Notificante

Nome: LUIZ RODRIGUES DE SOUSA

RG: 1247281 SSP PI

Mãe: MARIA DE JESUS SOUSA

Endereço: RUA PROJETADA, Nº S/N

Complemento: UBERABA I

Bairro: OUTROS - ZONA URBANA

Cidade: Oeiras

Telefone(s): 06-9449-3599

Tipo Envolv.: VITIMA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

| Marca:    | Modelo:          | Ano: | Placa:  | Chassi:           | Renavam:    | Cor:     |
|-----------|------------------|------|---------|-------------------|-------------|----------|
| 1 - HONDA | CG 150 TITAN ESD | 2011 | NIR6202 | 9C2KC1850BR513678 | 00309550316 | Vermelha |

Condutor: LUIZ RODRIGUES DE SOUSA  
End: UBERABA I - Oeiras - PI Número: Complemento:  
Cidade: Oeiras UF: PI Bairro:  
Proprietário: LUIZ RODRIGUES DE SOUSA  
Cidade: Oeiras UF: Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

A notificante procurou a delegacia após sofrer acidente motociclístico do tipo colisão (moto x moto) no dia 02 de Outubro do ano corrente (2017) por volta de 11h41min quando seu esposo Luis Rodrigues de Sousa conduzia o veículo HONDA/CG 150 TITAN ESD PLACA NIR-6202 CHASSI 9C2KC1850BR513678 RENAVAL 00309550316 ANO 2011 NA COR VERMELHA E PROPRIEDADE DE LUIZ RODRIGUES DE SOUSA pelo Anel Viário, ocorreu que uma outra motocicleta não identificada que seguia na mesma via a sua frente e fez uma manobra ilegal à sua frente ocasionou a colisão entre as duas motocicletas. A notificante na condição de passageira caiu da moto na pista juntamente com o condutor ambas foram socorridas e levadas a Unidade de Pronto Atendimento UPA 24h por terceiros. Apresentando a notificante dor intensa em MSE (braço) e encaminhado ao Hospital Getúlio Vargas na cidade de Teresina - PI para tratamento cirúrgico em 26 de Outubro de 2017 de Fraturas da diáfise do úmero. O condutor apresentando dor intensa e corte em 1º quindactilo direito suspeita de fratura em 1º quindactilo esquerdo.

Boletim de Ocorrência emitido em: 09/11/2017 15:55 - SisBO@2011-2017 AT

Página 1/2

*Paulo Roberto Moura Satiro*

*Benício Francisco de Sousa*





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

798 v 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 112391.002678/2017-50

*Paulo Roberto Moura Satiro*  
Paulo Roberto Moura Satiro - Mat. 270148X  
USUÁRIO ADMINISTRATIVO

*Maria Francisca de Sousa*  
MARIA FRANCISCA DE SOUSA - Noticiante  
Responsável pela Informação

*Delegado de Polícia*  
Delegado de Polícia  
Nº: 1086120

Boletim de Ocorrência emitido em: 09/11/2017 19:55 - SisBO@2011-2017 471

Página 2/2



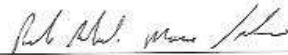
ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA CIVIL JUDICIÁRIA  
GERÊNCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR  
10ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE OEIRAS  
FONE (89) 3462-1313

**Certidão de Inexistência de I.M.L.**

**CERTIFICO** a requerimento das partes interessadas, **Maria Francisca de Sousa e Luiz Rodrigues de Sousa** e por ser a expressão da verdade que, na cidade de OEIRAS-PI e região, não existe IML (Instituto de Medicina Legal), acrescentando que o único do Estado do PIAUÍ está localizado em Teresina-PI, distante 330 km.

Era o que tinha a certificar. Eu, Paulo Roberto Moura Sátiro, escrivão AD-HOC que o digitei.

Oeiras-PI, 09 de Novembro de 2017.



Paulo Roberto Moura Sátiro

Mat. 270148x

Escrivão AD-HOC



UPA 24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO-UPA 24 H

Av. Totonho Freitas, 557 - Oeiras Nova - Fone: 86 3234 7074  
Oeiras-Pi CEP: 64500-000 CNPJ: 06.553.564/0013-71

HRTN - Monome +2

UPA

SENHA: 2017100239116

## BOLETIM DE ENTRADA (BE)

## DADOS DO PACIENTE:

|               |                                                              |              |                               |
|---------------|--------------------------------------------------------------|--------------|-------------------------------|
| Nome:         | LUIZ RODRIGUES DE SOUSA                                      | Fronteiriço: | 37322                         |
| Mãe:          | MARIA DE JESUS SOUSA                                         | Pai:         | JOSE RODRIGUES DE SOUSA FILHO |
| End. Resid.:  | RUA PROJETADA S/N - UBERABA I - Oeiras - PI - CEP: 64500-000 |              |                               |
| Nascimento:   | 21/04/1971                                                   | Idade:       | 46a:6m:11d                    |
| Responsável:  | O MESMO                                                      | Sexo:        | Masculino                     |
| Profissão:    |                                                              | Fone:        | -                             |
| G. Instrução: | Não informado                                                | CNS:         |                               |
| End. Local:   |                                                              | Documento:   | RG: 1.247.281 - SSP-PI        |
|               |                                                              | E. Civil:    | Ignorado                      |

Imp: 02/10/2017 12:19:37  
User: JOASSAN ARAUJO  
Estação: UPA12-PI

## DADOS DO ATENDIMENTO:

|                    |                                              |          |                     |           |       |
|--------------------|----------------------------------------------|----------|---------------------|-----------|-------|
| Código:            | 98741                                        | Entrada: | 02/10/2017 11:41:52 | Convênio: | S U S |
| Motivo da Procura: | ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOQUELISTA PARTICULAR |          |                     |           |       |

## DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |                                                                        |         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------------------------------------------------------------|---------|
| Sinal/Sintoma de Apresentação:                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Área Incidência: | Classificação:                                                         | Cor:    |
| Intercorrência por Trauma                                                                                                                                                                                                                                                                                      | MNSGII           | Dor intensa (>7/10)                                                    | Laranja |
| Breve História Clas. Risco:                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                  | Ass.Profissional Clas. Risco:                                          |         |
| CLIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOQUELISTICO DO TIPO COLISÃO (MOTO X MOTO), DEU ENTRADA DEBILITANDO, ORIENTADO, PASICO E SEM IMOBILIZAÇÃO, APRESENTANDO DOR INTENSA E CORTE EM 1º QUIRODACTILO DIREITO SUSPEITA DE FRATURA EM 1º QUIRODACTILO ESQUERDO, DESCONHECE ALERGIA MEDICAMENTOSA, SABIDAMENTE HIPERTENSO. |                  | BRUCE KAYRA LIRA VALENTIM<br>CONTRATO 44914<br>Em: 02/10/2017 12:05:52 |         |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |               |                               |        |      |            |        |   |       |  |          |   |         |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------------------------|--------|------|------------|--------|---|-------|--|----------|---|---------|--|
| SSVV:                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | (Hora: _____) | Ass.Profissional Clas. Risco: |        |      |            |        |   |       |  |          |   |         |  |
| Peso:                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 0.00 Kg       | Altura:                       | 0.00 M | IMC: | 0.00 Kg/m2 | Pulso: | 0 | Temp: |  | Pressão: | 0 | Temper: |  |
| DADOS CLÍNICOS:                                                                                                                                                                                                                                                                                                |               |                               |        |      |            |        |   |       |  |          |   |         |  |
| CLIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOQUELISTICO DO TIPO COLISÃO (MOTO X MOTO), DEU ENTRADA DEBILITANDO, ORIENTADO, PASICO E SEM IMOBILIZAÇÃO, APRESENTANDO DOR INTENSA E CORTE EM 1º QUIRODACTILO DIREITO SUSPEITA DE FRATURA EM 1º QUIRODACTILO ESQUERDO, DESCONHECE ALERGIA MEDICAMENTOSA, SABIDAMENTE HIPERTENSO. |               |                               |        |      |            |        |   |       |  |          |   |         |  |
| Diagnóstico Inicial:                                                                                                                                                                                                                                                                                           |               |                               |        |      |            |        |   |       |  |          |   |         |  |
| EXAMES COMPLEMENTARES:                                                                                                                                                                                                                                                                                         |               |                               |        |      |            |        |   |       |  |          |   |         |  |
| RX DE MÃO DIREITA E ESQUERDA                                                                                                                                                                                                                                                                                   |               |                               |        |      |            |        |   |       |  |          |   |         |  |
| PRESCRIÇÃO MEDICA:                                                                                                                                                                                                                                                                                             |               |                               |        |      |            |        |   |       |  |          |   |         |  |
| 01 DEXAMETASONA - 01 AMP IM 12:30<br>02 VOLTAREN - 01 AMP IM 12:30<br>ASSOCIAR P FASEE<br>03 Analgésico de 1º linha<br>04 Bandagem para mão                                                                                                                                                                    |               |                               |        |      |            |        |   |       |  |          |   |         |  |
| MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:                                                                                                                                                                                                                                                                                   |               |                               |        |      |            |        |   |       |  |          |   |         |  |
| ENCAMINHADO PARA EXAMES                                                                                                                                                                                                                                                                                        |               |                               |        |      |            |        |   |       |  |          |   |         |  |
| DATA: / / HORA: :                                                                                                                                                                                                                                                                                              |               |                               |        |      |            |        |   |       |  |          |   |         |  |

Assinatura Paciente ou Responsável

JOASSAN FRANCISCO DE ARAUJO  
CRMPI-6173 Em: 02/10/2017 12:19:37

**PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM**

NOME DO PACIENTE: Luiz Rodrigues de Sousa

ALA: \_\_\_\_\_ ENFERMARIA: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_ DATA: 02/10/2012

| DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO |            | CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)               |
|---------------------------|------------|----------------------------------------|
| M<br>A<br>N<br>H<br>Ã     | 0401010023 | CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO  |
|                           | 0401010015 | CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO |
|                           | 0301100071 | CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA             |
|                           | 0301100063 | CUIDADOS COM ESTOMAS                   |
|                           | 0309010101 | SONDAGEM ENTERAL                       |
|                           | 0301100179 | SONDAGEM GÁSTRICA                      |
|                           | 0301100047 | CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO          |
|                           | 0301100055 | CATETERISMO VESICAL DE DEMORA          |
|                           | 0309010047 | NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO             |
|                           | 0309010071 | NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO          |
|                           | 0202010473 | GLICEMIA CAPILAR                       |

| DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO                                                                                                     |            | CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| <u>05/10/2012 Realizado</u><br><u>curativo com Soro fisiológico</u><br><u>esparadrapo aladuro, glicose</u><br><u>poliduro</u> |            | <u>Claudia Francisco Alves de Moura</u><br>COREN-PI 1014227<br>Técnica em Enfermagem |
| T<br>A<br>R<br>D<br>E                                                                                                         | 0401010023 | CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO                                                |
|                                                                                                                               | 0401010015 | CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO                                               |
|                                                                                                                               | 0301100071 | CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA                                                           |
|                                                                                                                               | 0301100063 | CUIDADOS COM ESTOMAS                                                                 |
|                                                                                                                               | 0309010101 | SONDAGEM ENTERAL                                                                     |
|                                                                                                                               | 0301100179 | SONDAGEM GÁSTRICA                                                                    |
|                                                                                                                               | 0301100047 | CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO                                                        |
|                                                                                                                               | 0301100055 | CATETERISMO VESICAL DE DEMORA                                                        |
|                                                                                                                               | 0309010047 | NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO                                                           |
|                                                                                                                               | 0309010071 | NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO                                                        |
|                                                                                                                               | 0202010473 | GLICEMIA CAPILAR                                                                     |

| DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO |            | CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)               |
|---------------------------|------------|----------------------------------------|
| N<br>O<br>I<br>T<br>E     | 0401010023 | CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO  |
|                           | 0401010015 | CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO |
|                           | 0301100071 | CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA             |
|                           | 0301100063 | CUIDADOS COM ESTOMAS                   |
|                           | 0309010101 | SONDAGEM ENTERAL                       |
|                           | 0301100179 | SONDAGEM GÁSTRICA                      |
|                           | 0301100047 | CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO          |
|                           | 0301100055 | CATETERISMO VESICAL DE DEMORA          |
|                           | 0309010047 | NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO             |
|                           | 0309010071 | NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO          |
|                           | 0202010473 | GLICEMIA CAPILAR                       |



## FICHA RETORNO

ATUAL - Gráfica e Papelaria - Telefax: (89) 462-1262 - Oeiras - PI

UNPA 24h

## UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO-UPA 24 H

Av. Totonho Freitas, 697 - Gelinas Nova - Fone: 86 3234 7074  
GEIRAS-PI CEP: 64500-000 CNPJ: 06.563.564/0013-71LIEDX  
LO!UPA  
24h

## BOLETIM DE ENTRADA (BE)

## DADOS DO PACIENTE:

|                                                                           |                                |                   |                     |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------|---------------------|
| Nome: MARIA FRANCISCA DE SOUSA                                            |                                | Prontuário: 34526 |                     |
| Mãe: ANTONIA MARTINS DE SOUSA                                             | Pai: BENEDITO LADINHO DE SOUSA |                   |                     |
| End. Resid.: RUA PROJETADA S/N - UBERABA I - GEIRAS - PI - CEP: 64500-000 |                                |                   |                     |
| Nascimento: 21/02/1980                                                    | Idade: 37a:8m:11d              | Sexo: Feminino    | Fone: 89-99448-3599 |
| Responsável: O MESMO                                                      | CNS: 703008649136175           |                   |                     |
| Profissão:                                                                | Documento: CPF: 933.218.683-00 |                   |                     |
| G. Instrução: Não informado                                               | S. Civil: Ignorado             |                   |                     |
| End. Local: - - -                                                         |                                |                   |                     |

Imp: 02/10/2017 12:49:07

Classe: ATENDIMENTO

Estado: UPA24h

## DADOS DO ATENDIMENTO:

|                                                                 |                              |                 |
|-----------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------|
| Código: 98739                                                   | Entrada: 02/10/2017 11:38:02 | Convênio: S O S |
| Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA PARTICULAR |                              |                 |

## DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |                     |                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Sinal/Sintoma de Apresentação:                                                                                                                                                                                                                                                                          | Área Incidência: | Classificação:      | Cor:                                                                |
| Intervenção por Trauma                                                                                                                                                                                                                                                                                  | MONSTII          | Dor Intensa (>7/10) | Laranja                                                             |
| Sinais/História Clás. Risco:<br>Paciente conduzida por terceiros, deu entrada de cadeira de rodas, consciente, orientada, física, vítima de acidente motociclistico do tipo colisão (moto x moto), apresentando dor intensa em MBE (braço), desconforto alergia medicamentosa, sedadamente hipotensiva. |                  |                     | RAÍCE RANNA LARA VALENTE<br>CRM-11144114<br>Em: 02/10/2017 11:44:14 |

|               |                   |                 |          |         |            |      |
|---------------|-------------------|-----------------|----------|---------|------------|------|
| SSVV:         | (Hora: ____:____) |                 |          |         |            |      |
| Peso: 0,00 Kg | Altura: 0,00 M    | IMC: 0,00 Kg/m2 | Pulso: 0 | Temp: 0 | Pressão: 0 | mmHg |

**DADOS CLÍNICOS:**  
 Paciente conduzida por terceiros, deu entrada de cadeira de rodas, consciente, orientada, física, vítima de acidente motociclistico do tipo colisão (moto x moto), apresentando dor intensa em

|                      |      |
|----------------------|------|
| Diagnóstico Inicial: | CID: |
|----------------------|------|

## EXAMES COMPLEMENTARES:

## PRESCRIÇÃO MÉDICA:

DECASSON + VOLTAREN IN

PAV GRESSLAK  
 PA PZC RZ PVA DR TO PCD

## MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

ENCAMINHADO PARA MEDICAÇÃO DATA: 02/10/2017

Genilda Rodrigues de Sousa  
 Assinatura Paciente ou Responsável

ANTONIO REIS DE CARVALHO JUNIOR  
 CRM-1457 Em: 02/10/2017 11:47:29



Assinado eletronicamente por: BENOAR FRANCISCO DE SOUSA - 07/08/2019 11:33:20

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19080711332017200000005645617

Número do documento: 19080711332017200000005645617

**PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM**

NOME DO PACIENTE: Benício Francisco de Sousa

ALA: UPA ENFERMARIA: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_ DATA: 02/08/19

| DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO |                                                   | CARIMBO DO ENFERMEIRO(A) |
|---------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------|
| M<br>A<br>N<br>H<br>Ã     | 0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO  |                          |
|                           | 0401010015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO |                          |
|                           | 0301100071 CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA             |                          |
|                           | 0301100063 CUIDADOS COM ESTOMAS                   |                          |
|                           | 0309010101 SONDAGEM ENTERAL                       |                          |
|                           | 0301100179 SONDAGEM GÁSTRICA                      |                          |
|                           | 0301100047 CATETERISMO VESICAL DE ALVIO           |                          |
|                           | 0301100055 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA          |                          |
|                           | 0309010047 NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO             |                          |
|                           | 0309010071 NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO          |                          |
|                           | 0202010473 GLICEMIA CAPILAR                       |                          |

| DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO |                                                   | CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)                                                           |
|---------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| T<br>A<br>R<br>D<br>E     | <u>Realizado mobilização em sala</u>              |  |
|                           | 0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO  |                                                                                    |
|                           | 0401010015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO |                                                                                    |
|                           | 0301100071 CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA             |                                                                                    |
|                           | 0301100063 CUIDADOS COM ESTOMAS                   |                                                                                    |
|                           | 0309010101 SONDAGEM ENTERAL                       |                                                                                    |
|                           | 0301100179 SONDAGEM GÁSTRICA                      |                                                                                    |
|                           | 0301100047 CATETERISMO VESICAL DE ALVIO           |                                                                                    |
|                           | 0301100055 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA          |                                                                                    |
|                           | 0309010047 NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO             |                                                                                    |
|                           | 0309010071 NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO          |                                                                                    |
|                           | 0202010473 GLICEMIA CAPILAR                       |                                                                                    |

| DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO |                                                   | CARIMBO DO ENFERMEIRO(A) |
|---------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------|
| N<br>O<br>I<br>T<br>E     | 0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO  |                          |
|                           | 0401010015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO |                          |
|                           | 0301100071 CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA             |                          |
|                           | 0301100063 CUIDADOS COM ESTOMAS                   |                          |
|                           | 0309010101 SONDAGEM ENTERAL                       |                          |
|                           | 0301100179 SONDAGEM GÁSTRICA                      |                          |
|                           | 0301100047 CATETERISMO VESICAL DE ALVIO           |                          |
|                           | 0301100055 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA          |                          |
|                           | 0309010047 NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO             |                          |
|                           | 0309010071 NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO          |                          |
|                           | 0202010473 GLICEMIA CAPILAR                       |                          |





## ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA

Dr. Benoar Francisco de Sousa

Advogado – OAB/PI 6602

---

### QUESITOS PARA PERÍCIA MÉDICA

1. Apresenta a parte Autora lesão(ões) em razão de acidente automobilístico discutido nos autos? Em caso positivo, especificar a extensão da(s) lesão(ões).
2. A(s) lesão(ões) que acarretou(aram) invalidez de tal(is) membro(s) e/ou fução(ões)?.
3. As lesões do item 02 são de natureza permanente ou temporária?
4. As lesões do item 02 são totais ou parciais?
5. Caso haja invalidez permanente parcial, em qualquer dos casos, especificar a percentagem segundo a tabela da FENASEG.

Av: Duque de Caxias N. 18 - Centro - Oeiras-PI.  
Fones: (89) 3462-2472/98805-6510/99444-6499(86) 99971-9394

