



ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088/ 99955-5507

Av. Carneiro de Mendonça, 1119, Jockey Club, Fortaleza-Ceará

E-mail: najma.said.adv@gmail.com

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome: <u>Pury Rodrigues Pires</u>		Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>	
Estado Civil: <u>solteira</u>	Profissão: <u>estudante</u>	Carteira de Identidade: <u>2007464221-3</u>	
CPF nº: <u>619.541.163-90</u>	Residência: <u>Rua Gentil Cardoso, 138</u>		
Bairro: <u>Parque Genibau</u>	Cidade: <u>Fortaleza</u>	Estado: <u>CE</u>	CEP: <u>60534-000</u>

OUTORGADA:

NAJMA MARIA SAID SILVA, brasileira, solteira, advogada, devidamente inscrita na OAB/CE sob o nº 28.394, portadora do RG nº 93002103354 SSP/CE e CPF nº 694.678.033-72, com escritório profissional na Av. Carneiro de Mendonça, 1119, Jockey Club – Fortaleza – CEP 60.440-160.

PODERES:

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, a outorgada, sua bastante procuradora, conferindo-lhe os poderes da cláusula "*ad judicium et extra*", podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como conferindo os poderes especiais para promover a Ação Judicial competente para o **recebimento da indenização que lhe cabe, como beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo seguro DPVAT**, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a FENASEG, participante do Convenio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, podendo representar em qualquer juízo com poderes para promover; acordos judiciais e extrajudiciais e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro **receber intimações para audiência e perícias médicas**, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

FORTALEZA (CE), 23 de maio de 20 17.

Pury Rodrigues Pires
outorgante



ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088/ 99955-5507

Av. Carneiro de Mendonça, 1119, Jockey Club, Fortaleza-Ceará

E-mail: najma.said.adv@gmail.com

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA

Eu, Pury Rodrigues Pires, brasileiro(a),
solteiro, portador da Carteira de Identidade/RG nº
2007464221-3 -SSP/CE, e inscrito no CPF/MF sob o nº 619.541.163-90
 residente e domiciliado na cidade de Fortaleza, estado de
 Ceará, na Rua Gentil Cardoso, nº 138,
Parque Genibau, declaro para os devidos fins que possuo hipossuficiência
 financeira, não possuindo condições de arcar com custas processuais e honorários
 advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha família, consoante o que
 dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Fortaleza (CE), 23 de maio de 20 17.

Pury Rodrigues Pires
 Declarante



ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088/ 99955-5507

Av. Carneiro de Mendonça, 1119, Jockey Club, Fortaleza-Ceará

E-mail: najma.said.adv@gmail.com

DECLARAÇÃO

Eu, Lury Rodrigues Pires,
 Brasileiro(a), solteiro, portador da cédula de Identidade Nº
2007464221-3 E CPF Nº 619.541.163-90,
 capaz, nesta oportunidade, DECLARO que resido no seguinte endereço:
R- Gentil Cardoso, 138, Parque Genibau

na Cidade de Fortaleza, Estado Ceará, CEP
60534-000, e forneço os meus dados pessoais, documentos e demais
 declarações para a propositura de Ação Judicial em desfavor de qualquer seguradora
 conveniada DPVAT-FENASEG, sendo de minha total responsabilidade a declaração de
 invalidez ou óbito fornecida.

Fortaleza, 23, de maio, de 2017.

Lury Rodrigues Pires
 DECLARANTE



ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088/ 99955-5507

Av. Carneiro de Mendonça, 1119, Jockey Club, Fortaleza-Ceará

E-mail: najma.said.adv@gmail.com

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Pela presente, o Sr(a) Rury Rodrigues Pires,
declara para os devidos fins de direito que tem total e plena consciência da propositura da
AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT em seu nome, e que a demanda judicial
tramitará no Estado do Ceará, mais precisamente na Comarca de Fortaleza, ressaltando
ainda, que até a presente data, não propõe nenhuma ação judicial contra qualquer seguradora
do consorcio de seguro DPVAT, referente aos fatos narrados e aos documentos ora
representados.

Igualmente, DECLARA, ainda, estar ciente de sua Responsabilidade (civil e criminal),
pelos fatos, informações e documentos apresentados e anexados ao processo Judicial de
Cobrança de seguroDPVAT, principalmente em caso de falsa declaração com o fim de
alterar a licitude sobre fato juridicamente relevante, exonerando a **Dra. NAJMA MARIA
SAID SILVA, OAB/CE Nº 28.394**, de qualquer responsabilidade civil e/ ou criminal.

Fortaleza (CE), 23 de maio de 2017.

Rury Rodrigues Pires

Declarante.

TESTEMUNHAS:

1. NOME:

CPF:

ASSINATURA

2. NOME:

CPF:

ASSINATURA



ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088/ 99955-5507

Av. Carneiro de Mendonça, 1119, Jockey Club, Fortaleza-Ceará

E-mail: najma.said.adv@gmail.com

DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE IRPF

Nome: <u>Pury Rodrigues Pires</u>		Nacionalidade: <u>Brasileira</u>
Endereço: <u>Rua Gentil Cardoso 138</u>		Profissão:
CPF nº: RGn: <u>619.541.163-90 RG. 2007464221-3</u>		Estado Civil: <u>Solteiro</u>
Bairro: <u>Parque Genibau</u>	Cidade: <u>Fortaleza</u>	Estado: <u>CE</u>
CEP: <u>60534-000</u>	Telefone: <u>985 22.8143</u>	

Com a edição da INSTRUÇÃO NORMATIVA RFB Nº 864/2008 DE 25 DE JULHODE 2008, deixou de existir a DECLARAÇÃO ANUAL DE ISENTO, a partir do ano de 2008. Assim, tendo em vista o que dispõe a Lei nº 7.115/83, o (a) acima qualificado (a) DECLARO(A), sob pena das sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável, que NÃO POSSUI RENDIMENTOS SUFICIENTES QUE ENSEJEM A APRESENTAÇÃO DE DECLARAÇÃO DE IRPF JUNTO À SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL.

Declaro (a), ainda, ter ciência do artigo 299 do Código Penal que assim dispõe:

Art. 299 – Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante.

Pena – reclusão, de 1 (um) a 5 (cinco) anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa, se o documento é particular.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente:

Fortaleza-CE, 23 de maio de 2017

Pury Rodrigues Pires
Assinatura

Lei Nº 7.115 de 29 de Agosto de 1983

O PRESIDENTE DA REPUBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º. A declaração destinada a fazer prova de vida, residência, pobreza, dependência econômica, hominímia ou bons antecedentes, quanto firmada pelo próprio interesse ou por procurador bastante, e sob as penas da lei, presume-se verdadeira.

Paragrafo único – O dispositivo neste artigo não se aplica para fins de prova em Processo Penal.

Art. 2º. Se comprovadamente falsa a declaração, sujeitar-se-á o declarante às sanções civis, administrativas e criminais previstas na Legislação aplicável.

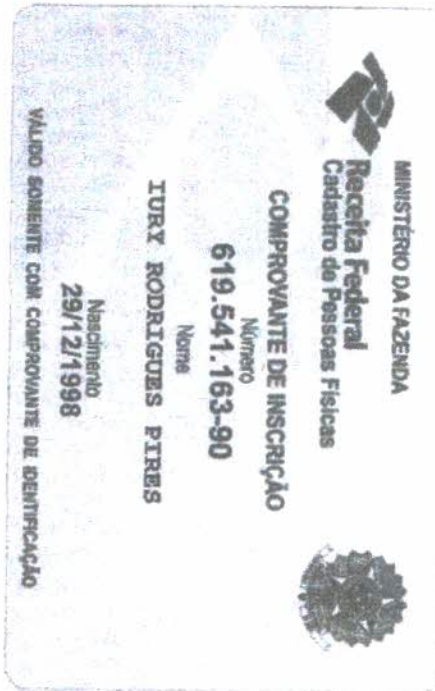
Art. 3º. A declaração mencionará expressamente a responsabilidade do declarante.

Art. 4º. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 5º. Revogam-se disposições em contrário.

Brasília, e, 29 de Agosto de 1983: 162º da Independência e 95º da República.

João Figueiredo / Ibrahim Arbi-Ackel / Hélio Beltrão



Esta é a segunda via de
JUN/2017

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE

2819130

DV **7**

VENCIMENTO

05/08/2017

TOTAL A PAGAR (R\$)

159,40

Rota 14 01240 38 070600
Nome ANTONIA RODRIGUES PIRES
Endereço Postal

Medidor 12219119
Poste 0000 W23W

End. da Unidade RU GENTIL CARDOSO 00138 PARQUE GENIBAU FORTALEZA
Consumidora 60534000

RG / CPF / CNPJ 495.829.253-53

CGF

Classe 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA

Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual 19604 Leitura Anterior 19379 Constante 1 Consumo (kWh) 225 Consumo Incl. 0 Consumo Faturado 225

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade x Tarifa = Valor (R\$)

ENERGIA

Consumo faixa	Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
0-30 Kwh	30	0,25021	7,50
31-100 Kwh	70	0,42895	30,02
101-220 Kwh	120	0,64344	77,21
>200 Kwh	5	0,71493	3,59

OUTROS PAGAMENTOS

MULTA MORATORIA	2,32
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA S. BAIXA RENDA	2,99
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-CAP	11,21
ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079	11,48
SEGURO 3 + 1 - ESPECIAL I	13,08

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação	Prev. Próxima Leitura
21/06/2017	21/07/2017

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

D88C.AAF0.0E85.0350.7EBC.D224.F85F.2F5C

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
118,32	27%	43,42

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	38,76
TRANSMISSÃO	3,87
DISTRIBUIÇÃO	26,33
ENCARGOS SETORIAIS	9,11
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	54,72

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

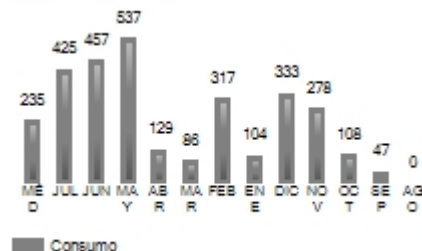
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 29,00

Conjunto PICI

Mês ABR/ 2017

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	4,95	9,91	19,82	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	3,11	6,22	12,45	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	2,77			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica(%CO ₂)
		0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

autenticação mecânica cliente

N° do Cliente:

2819130-7

N° da Nota Fiscal: **482280962**

Total a Pagar (R\$): **159,40**

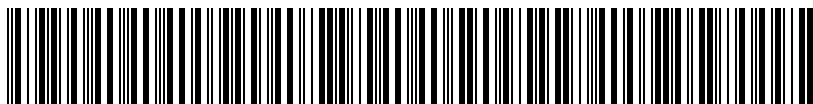
Data de Emissão:

18/07/2017

Referência: **JUN/2017**

N° de Controle: **0002819130 00155 4372 2 17**

83890000001-3 59400031000-0 00028191300-5 01554372220-0





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA METROPOLITANA DE MARACANAÚ



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 204 - 7862 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **02/08/2016 08:54:53**
Data / Hora da Ocorrência: **01/03/2016 21:30:53**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA NOVE**
Complemento:
Bairro: **JEREISSATI II** Município: **MARACANAÚ/CE**
Ponto de Referência: **EM FRENTE AO MERCANTIL LACERDA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **IURY RODRIGUES PIRES**
Nascimento: **29/12/1998** CPF:
RG: **20074642213** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação:
FRANCISCO ANTONIO RODRIGUES PIRES
Endereço: **RUA GENTIL CARDOSO, 138** CEP:
Bairro: **GENIBAU**
Município: **FORTALEZA/CE**
País: **BRASIL** Telefone:

Noticiante(s)

Nome: **SARA RAQUEL RODRIGUES PIRES**
Nascimento: **14/10/1992** CPF: **034.434.603-05** UF:
RG: **2004012027026** Orgão Emissor: **SSP**
Filiação: **ANTONIA RODRIGUES PIRES**
FRANCISCO CARLOS FERREIRA PIRES
Endereço: **RUA GENTIL CARDOSO, 138** CEP:
Bairro: **GENIBAU**
Município: **FORTALEZA/CE**
País: **BRASIL** Telefone:

Histórico

Afirma a noticiante que no dia 01/03/2016, por volta das 21h30min, seu sobrinho de nome Iury Rodrigues Pires trafegava pela Avenida Nove, no Bairro Jereissati II, conduzindo a moto de marca/modelo HONDA/NXR 150 BROS ES, com placa OHY-8539/CE, chassi-9C2KD0550DR203408 registrada em nome de FRANCISCO ANTONIO RODRIGUES PIRES, ocasião em que o mesmo passou no local citado quando um outro veículo de marca corola entrou de uma vez na preferencial e acabou colidindo com a vítima; Que o vítima foi jogado por cima de outro veículo de modelo corsa que estava estacionado, caindo na pista de rolamento já desacordado, declarando que foi socorrido por uma unidade móvel SOS MARACANAÚ, que levou o mesmo para o Hospital Municipal Dr. João Elisio de Holanda, localizado na Maracanaú; Que em face do acidente a vítima teve laceração extensa na coxa direita, decepção no dedo do pé direito; E nada mais disse:///////.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE MARACANAÚ

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

TALISMAR MELO ALVES - MAT.: 198244-1-1

DELEGACIA METROPOLITANA DE MARACANAÚ

Pág. 1 de 2

Impresso em: 02/08/2016 09:21:47



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA METROPOLITANA DE MARACANAÚ



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 304 - 7862 / 2016

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Sana Raquel Rodrigues Pinheiro

VISTO DO DELEGADO(A) :

DIONISIO AMARAL DA PAZ - MAT.: 198765-1-9

DELEGACIA METROPOLITANA DE MARACANAÚ

Pág. 2 de 2

Impresso em: 02/08/2016 09:21:47



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins e a quem interessar possa que o paciente **ILRY RODRIGUES PIRES** foi atendido neste Hospital no dia 01/03/2016 e seus dados foram inseridos em sua Ficha de Atendimento. Segue abaixo dados retificados.

Nome: **ILRY RODRIGUES PIRES**

Data de Nascimento: 29/12/1998

Maracanaú-CE, 30 de março de 2016.

Georgina G. Lima
do Seta Probatos
HMJEH

Atenciosas saudações,



HMDJEH-HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOAO ELISIO DE HOLANDA
REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL
RUA JOAO DE ALENCAR, S/N, CENTRO/MARACANAÚ-CE
CEP: 61900-150 FONE: (85) 35215500



1680620470		01/03/2016 22:09:50		FICHA DE ATENDIMENTO		CLINICA MEDICA	
Paciente		Data Nascimento		Idade		CNE	
YURI RODRIGUES PIRIS		29/12/1998		17 A 2 M 3 D			
Tipo Doc		Documento		Orgão Emissor		Data Emissão	
Ignorado							
Sexo		M		Estado Civil		RaparCor	
Pai		FCO ANTONIO RODRIGUES PIREZ		Naturalidade		MARACANAÚ - CE	
Endereço		RUA - 72 - 1119 - JEREISSATI 2 - PACATUBA - CE		Contatos		Celi: 85986551035 -	
Classe de Risco		Plano Convênio		N da Carteira		Validade	
		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				Autorização	
Tipo de Atendimento		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Sis Prenatal	
PRONTO ATENDIMENTO		Urgência				Peso	
Tipo		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.		Procedência	
SPA							

Atendimentos:

01/03/2016 22:09:50

SADT - Exames Complementares

☐ CTG ☐ ULTRA-SOM ☐ LTC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ DUREZA

Classificação de Risco

Nota de Politrauma
por queda de 2 metros
mat

Código

Assinatura e Carimbo do Médico

Data / Hora / Consultas Especializadas e Procedimentos

Múltiplas
lesões no M.T. e L.

Código

Assinatura e Carimbo do Médico

Data

Código

Assinatura e Carimbo do Médico

Data

Código

Assinatura e Carimbo do Médico

Data

Daniel Araújo Costa

Médico

CRM - 7426

Código

Assinatura e Carimbo do Médico

Data

Assinatura do Paciente ou Responsável

Georgina G. Lima
do Setor Pronto Socorro
HMJEH

CONFERE COM ORIGINAL



Hospital Municipal Dr. João Elísio de Holanda

Encaminhamos o paciente abaixo discriminado, à ABEMP HOSPITAL (referência municipal em traumatologia, conforme decisão do Conselho Municipal de Saúde) para avaliação, conduta e transferência para outro nível (secundário ou terciário) se necessário.

Obs.: A transferência é responsabilidade do hospital que é referência na especialidade.

PACIENTE:

IDADE:

17 anos

SEXO:

M

GLASGOW:

15

SAT O₂:

98

PA:

120

PULSO:

90

DESCRIÇÃO DO QUADRO CLÍNICO / MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

Queda de moto → Trauma no pé
direito com edema / Equimose no
tórax esquerdo

Tramir Costa
Médico
CRM 7426

Ass. R. M. Costa

FRANCISCO MARDÔNIO SALMITO DE ALMEIDA

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA

CREMEC - 4411 - CPF: 122.369.423-20

RELATÓRIO MÉDICO

Relato, para os devidos fins, junto ao DPVAT, que o Sr.(a):

YURI RODRIGUES ALVES

vítima de acidente de trânsito, em 01/03/2016, sofreu:

fratura fechada do 5º metacarpo do
 pé direito com fratura no joelho do
 lado direito. S98.1, S40.1, S81.0

e submeteu-se a tratamento(s):

cirurgia de redução e fixação do 5º metacarpo do
 pé direito com placa e parafusos e com
 mobilização.

encontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente,
 com grau de incapacidade funcional irreversível de:

Deficiência no pé
 direito de 5º metacarpo do
 pé direito e fratura no joelho do
 lado direito com fratura no joelho do
 lado direito no pé e
 sequelas do joelho do
 lado direito e fratura no
 joelho do lado direito.

23/05/16

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida
 ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
 CREMEC 4411 /



Secretaria de Saúde de Maracanaú
SOS Ambulância

CERTIDÃO NARRATIVA

Certificamos, em virtude do direito que lhe é conferido por Lei a esta Coordenação, mediante ao requerimento por escrito da parte interessada que, o SOS AMBULÂNCIA de Maracanaú, prestou atendimento, pré - Hospitalar ao Sr, **IURY RODRIGUES PIRES** RG nº 2007464221-3 SSP/CE, filho de **FRANCISCO ANTONIO RODRIGUES PIRES** e de XXXXXXXXXXXXX, nascida em 29/12/1998, natural de MARACANAÚ - CE, residente à Rua: 72 , Nº 1119, JEREISATI, II – PACATUBA/CE, o qual na data de 01/03/2016, por volta de 21:30h, foi Vítima de colisão no Trânsito.(CARRO X MOTO) A vitima foi conduzida ao Hospital Municipal Dr. João Elísio de Holanda – HMJEH, Maracanaú/CE.

Em anexo, cópia da Ficha de Registro de Ocorrência de Socorro e Urgência.

Maracanaú-CE. 10 de MARÇO de 2016

Fco Gessival Marques dos Santos
Fco Gessival Marques dos Santos

Coordenador do SOS Ambulância

Recebi em 10/03/16

xp Antonio R Pires

CONFERE COM O ORIGINAL

Maracanaú 15/06/16

[illegible]

Nome do Paciente:

Nº da Solicitação:

Materiais Gastos por Paciente

QTE		QTE		QTE	
☐	AAS Comprimido	☐	Hidantal	☐	Traqueostomia Nº 6,0
☐	Abocat Nº 14	☐	Hidrocortizona 100 mg	☐	Traqueostomia Nº 6,5
☐	Abocat Nº 16	☐	Hidrocortizona 500 mg	☐	Traqueostomia Nº 7,0
☐	Abocat Nº 18	☐	Isordil	☐	Tubo Endotraqueal Nº 2,0
☐	Abocat Nº 20	☐	Kit Parto	☐	Tubo Endotraqueal Nº 2,5
☒	Abocat Nº 22	☐	Kit Pequenas Cirurgias	☐	Tubo Endotraqueal Nº 3,0
☐	Abocat Nº 24	☐	Kit Sutura	☐	Tubo Endotraqueal Nº 3,5
☐	Adrenalina	☐	Lâmina de Bisturi	☐	Tubo Endotraqueal Nº 4,0
☐	Água Destilada	☒	Lençol	☐	Tubo Endotraqueal Nº 5,0
☐	Aguilha Descartável 25 x 07	☒	Luvas de Procedimento	☐	Tubo Endotraqueal Nº 5,5
☐	Aguilha Descartável 25 x 08	☐	Luvas Estéril Nº 7,0	☐	Tubo Endotraqueal Nº 6,0
☐	Aguilha Descartável 30 x 07	☐	Luvas Estéril Nº 7,5	☐	Tubo Endotraqueal Nº 6,5
☐	Aguilha Descartável 30 x 08	☐	Luvas Estéril Nº 8,0	☐	Tubo Endotraqueal Nº 7,0
☐	Aguilha Descartável 40 x 12	☐	Máscara Descartável	☐	Tubo Endotraqueal Nº 7,5
☐	Aminofilina	☐	Mononylon Nº 3,0	☐	Tubo Endotraqueal Nº 8,0
☐	Ancoron	☐	Mononylon Nº 4,0	☐	Tubo Endotraqueal Nº 8,5
☒	Atadura 10 cm	☐	Mononylon Nº 5,0	☐	Voltaren
☐	Atadura 15 cm	☐	Nifedipina Caps.	☐	Xilocaína 2%
☒	Atadura 20 cm	☐	Oxigênio - Tempo	☐	
☐	Atropina	☐	Plasil	☐	
☐	Berotec	☐	Polvidina	☐	
☐	Bicarbonato de Sódio 8,4%	☐	Quelcin	☐	
☐	Buscopan	☐	Saco p/ Lixo	☐	
☐	Cateter Nasal	☐	Saco p/ Vômito	☐	
☐	Catopen	☐	Scalp Nº 19	☐	
☐	Cedilanide	☐	Scalp Nº 21	☐	
☐	Cloreto de Sódio 20%	☐	Scalp Nº 23	☐	
☐	Diazepam	☐	Seringa 03 ml	☐	
☐	Dipirona	☐	Seringa 05 ml	☐	
☐	Dolantina	☐	Seringa 10 ml	☐	
☐	Dopamina	☐	Seringa 20 ml	☐	
☐	Dormire	☐	SNG Nº 14	☐	
☐	Dreno de Tórax Adulto	☐	SNG Nº 16	☐	
☐	Dreno de Tórax Infantil	☐	SNG Nº 18	☐	
☐	Efortil	☒	Solução Ringer C/ Lactado	☐	
☐	Envelope Fita Umbilical	☐	Sonda Aspiração Nº 04	☐	
☐	Equipo Macro c/ Inj Lateral	☐	Sonda Aspiração Nº 06	☐	
☐	Equipo Macrogotas	☐	Sonda Aspiração Nº 08	☐	
☒	Equipo Microgotas	☐	Sonda Aspiração Nº 10	☐	
☐	Espadrappo	☐	Sonda Aspiração Nº 14	☐	
☐	Extensor	☐	Sonda Aspiração Nº 16	☐	
☐	Extensor	☐	Sonda Aspiração Nº 18	☐	
☐	Fenergan	☐	Sonda de Foley Nº 10	☐	
☐	Fentanil	☐	Sonda de Foley Nº 12	☐	
☐	Furosemida	☐	Sonda de Foley Nº 14	☐	
☐	Gase Estéril	☐	Sonda de Foley Nº 16	☐	
☒	Gase Alcochoada	☒	Soro Fisiológico 250 ml	☐	
☐	Glicose 25%	☐	Soro Glicosado 5%	☐	
☐	Glicose 50%	☐	Traqueostomia Nº 5,0	☐	
☐	Haldol	☐	Traqueostomia Nº 5,5	☐	

☐ Necessitou de Apoio
☐ Não Necessitou de Apoio

Que tipo de Apoio ?

☐ Polícia
☐ Bombeiros
☐ Denutran
☐ RS Nº
☐ OUTRO _____

OBSERVAÇÕES

DATA: 02/10/31/16

Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3170055497 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA IURY RODRIGUES PIRES**COBERTURA** Invalidez**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** Comprev Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE**BENEFICIÁRIO** IURY RODRIGUES PIRES**CPF/CNPJ:** 61954116390**Posição em 23-05-2017 14:23:27**

Pagamento creditado ao beneficiário de acordo com os dados informados na autorização de pagamento.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
29/03/2017	R\$ 1.350,00	R\$ 0,00	R\$ 1.350,00

ACESSIBILIDADE

 (/Pages/Acessibilidade.aspx)  (/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A O

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)
Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)
Documento Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)
Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO

Como Pagar (/Pages/Pague-Seguro.aspx)
Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx)
Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)

ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)