

# CAGEPA

COMPANHIA DE ABASTECIMENTO

Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe - João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 06.120.954/0001-97

## NOTIFICAÇÃO DE DÉBITOS

GERALDA MARIA DOS SANTOS

RUA JOSÉ HAMILTON ALVES, 119 - NOVO CRUZILHO

CAMPINA GRANDE - PB 58411-190

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias
-----------	-----	-------------------------



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 2106110 CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52 Data: 13/02/2020  
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Mafiminas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809  
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07

PACIENTE: GABRIEL VIEIRA COURA CEP: 58400002

BURDICK  
Endereço: EMILIANO ROSENDO DA SILVA

Cidade: Campina Grande

Nome da Mãe: ADELIA PATRICIA COURA  
BURDICK

Responsável:

Estado Civil:

VEICULO: INCIDENTE DE MOTO MOTO X CARRO

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)

1. Abordagem	19. Fratura óssea fechada
2. Amputação	20. Fratura óssea aberta
3. Avulsão	21. Hematoma
4. Contusão	22. Inguurgimento venoso
5. Crepitação	23. Laceração
6. Dor	24. Lesão tendinosa
7. Edema	25. Luxação
8. Empalmeamento	26. Mordedura
9. Enfisema subcutâneo	27. Movimento torácico paradoxal
10. Emagrecimento	28. Objeto Encaixado
11. Equimose	29. Otite aguda
12. F. Arma branca	30. Paralisia
13. F. Arma de fogo	31. Paralisia
14. F. Contuse	32. Paralisia
15. F. Contato	33. Quelimadura
16. F. Corte-contuso	34. Rinite aguda
17. F. Perfuro-contuso	35. Síncope de isquemia
18. F. Perfuro-contato	36.

OBS:

QUETIMADURA: Superfície corporal lesada = % Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau  
DIAGNOSTICO / CID:

## EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS ( ) Fotorreagentes ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( )

Glasgow PA HGT: SatO2

EXAMES SOLICITADOS:

( ) Laboratoriais

( ) Gasometria arterial

( ) Tomografia Computadorizada

( ) Ultrassonografia:

( ) Radiografias:

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista:

Especialista:

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

## PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

## HORÁRIO REALIZADO

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Tratamento com analgésico	13:07:2020
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

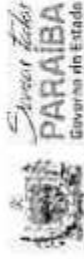
**SERVIÇOS REALIZADOS:**

( ) Centro cirúrgico \_\_\_\_\_  
( ) Alta hospitalar / ( ) A reavida  
( ) Internação (setor) \_\_\_\_\_  
( ) Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL \_\_\_\_\_  
( ) Trabalho \_\_\_\_\_

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

213



**PARAÍBA**  
GOVERNO DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52  
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 13/02/2020

Data: 13/02/2020

Paciente: GABRIEL VIEIRA COURA BURDICK Idade: 023 N° ATEND: 2106110

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO

DATA: 13/02/2020 HORA : 18:24:44

ESPECIALIDADE : ORTOPEDIA

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO

ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : MOTO X CARRO

SINAIS VITAIS

HGT: SAT 02: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES ( ) SIM (X) NÃO HAS ( ) SIM (X) NÃO

DEF. MOTORA ( ) SIM (X) NÃO

ALERGIAS : NEGA

MEDICAÇÃO EM USO :

ESTADO GERAL : BOM

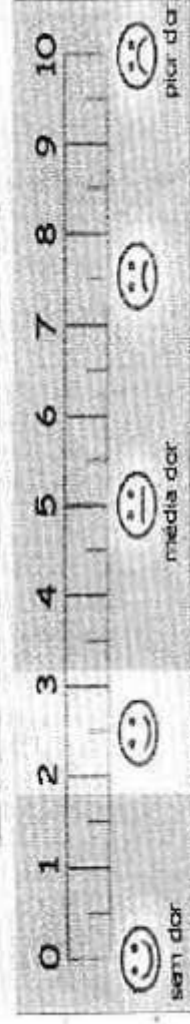
AValiação NEUROLÓGICA

( ) CONVULSÃO ( ) INCONSCIENTE (X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO  
( ) DESORIENTADO ( ) AGITADO ( ) COOPERATIVO ( ) DEPRESSIVO ( ) APÁTICO  
( ) IRRITADO ( ) DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

(X) FEBRE ( ) VÔMITO ( ) DIARRÉIA ( ) EXANTEMA  
( ) PRURIDO ( ) DISPNEIA (X) DOR ( ) INAPETÊNCIA ( ) ALTERAÇÕES VISUAL  
( ) ANAFILAXIA ( ) FLEBITE ( ) INAPETÊNCIA ( ) ALTERAÇÕES VISUAL  
( ) EPIGASTRALGIA ( ) CONSTIPAÇÃO ( ) MELENA ( ) SÍBILOS ( ) TOSSE

Escala de Intensiidade da Dor



ESCALA DE DOR: DOR BASTANTE FORTE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :

AMARELO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS:

ENFERMEIRO/COREN  
acolhimento

Jane Evelyn Mariano  
COREN-PB 264.338-ENF



PARAÍBA  
GOVERNO DO ESTADO



PARAÍBA  
GOVERNO DO ESTADO

Número do Prontuário: 128882

DATA DA CIRURGIA: 17/03/2020

Número do Atendimento: 2106167 Clin: CIRURGICA / Enf: 9 Lei: 4

### DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: GABRIEL VIEIRA COURA BURDICK

Data da Internação: 13/02/2020

Atendimento: 2106167

Diagnostico Pré-Operatório: NECROSE DE RETALHO NO PÉ DIREITO

Diagnostico Pós-Operatório: O MESMO

Cirurgia: DEBRIDAMENTO CIRURGICO

Data da Cirurgia: 17/03/2020

Equipe:

Cirurgião: ISIS ISMAEL LACERDA

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador:

Anestesista: MARCIO ROSSANI FARIAS DE BRITO

Tipo de anestesia: RAQUIANESTESIA

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:

Acidente Durante Operação: NÃO HOUE

Descrição da Operação: ANTISSEPISIA COM CLOREXIDINA 2%  
DEBRIDAMENTO DE TECIDO DESVITALIZADO DE RETALHO EM DORSO DO PÉ  
DIREITO  
HEMOSTASIA  
CURATIVO COM COLAGENASE

Data 17/03/2020

Assinatura/Carimbo  
Isis Ismael Lacerda

Isis Ismael Lacerda  
Cirurgião - ORÇAMENTO  
2020/03/17

## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <i>Carla Maria Costa</i>			IDADE	SEXO: <i>M.</i>	COR: <i>P.</i>
DATA: <i>23/05/2020</i>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESSO	ALTURA	
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLUCEMIA	URÉIA	OUTROS	
	URINA						
AP. RESPIRATÓRIO: <i>11 de 3RA</i>					ACMA	BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO: <i>25 de 20, 20, 20</i>					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO: <i>Fez JM</i>			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO		
ESTADO MENTAL: <i>NONE</i>			ATRAVANCOS	CORTICÓIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <i>Carla Maria Costa (D)</i>					ESTADO FÍSICO		RISCO
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA: <i>(8.30 - 9.30h)</i>				APLICADA	AS	EFEITO	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>AGENTES ANESTÉSICOS</p> <p>LIQUÍDOS</p> <p>CÓDIGOS: VP - ARTERIAL; O - PULSO; O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA; O - OPERAÇÃO</p> <p>SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES</p> </div> <div> <p>260</p> <p>240</p> <p>220</p> <p>200</p> <p>180</p> <p>160</p> <p>140</p> <p>120</p> <p>100</p> <p>80</p> <p>60</p> <p>40</p> <p>20</p> <p>0</p> </div> <div> <p>INDUÇÃO</p> <p>Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____</p> <p>Laringo espasmo: _____ Lenta: _____</p> <p>Náuseas: _____ Vômitos: _____</p> <p>Outros: _____</p> <p>MANUTENÇÃO</p> <p><i>3 de 30 de 29</i></p> <p><i>1 de 30 de 10</i></p> <p><i>1 de 30 de 29</i></p> <p><i>1 de 30 de 31</i></p> <p>ANESTESIA SATISF. Sim _____ Não _____</p> <p>Não, por quê? _____</p> <p>DESPERTAR</p> <p>Reflexos na SO: _____</p> <p>Opstr.: _____ Co.: _____ Excit.: _____</p> <p>Náuseas: _____ Vômitos: _____</p> <p>Outros: _____</p> <p>Com cânula: _____</p> <p>Para o Leito Sim _____ Não _____</p> <p>CONDIÇÕES:</p> </div> </div>							
<p>POSICÃO: <i>Op. Pericardio Op.</i></p> <p>AGENTES: <i>Clorpromazina (5mg) (2) Noradrenalina 0.01</i></p> <p>TÉCNICA: <i>Subcutâneo venoso</i></p> <p>OPERAÇÃO: <i>Pericardio</i></p> <p>CHIRURGIOS: <i>Dr. Ricardo de Almeida</i></p> <p>ANESTESISTAS: <i>Dr. Carlos Costa</i></p> <p>OBSERVAÇÕES: <i>(Clorpromazina 5mg) (2) Noradrenalina 0.01</i></p>							
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E OUTRAS NECESSÁRIAS							

PERDA SANGÜÍNEA



## Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Gabriel Viana Pires Burdick	Idade:	43
Convênio:	SUS	Data:	23/03/20
Procedimento:	limpeza + desbridamento cirurgico em HII		
Cirurgião:	Dr Ricardo	Auxiliar:	R2 Wagner
		Anestesista:	Dr Selenio
Início:	07:50	Término:	09:20
		Anestesia:	Raque

[illegible][illegible][illegible]



Número do Prontuário: 128882

DATA DA CIRURGIA: 26/02/2020

Número do Atendimento: 2106167 Clin: ORTOPEDIA I / Enf: 6 / Lei: 2

### DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: GABRIEL VIEIRA COURA BURDICK

Data da Internação: 13/02/2020

Atendimento: 2106167

Diagnostico Pré-Operatório: NECROSE EM DORSO DE PÉ D

Diagnostico Pós-Operatório:

Cirurgia: LMC+DESBRIDAMENTO

Data da Cirurgia: 26/02/2020

Equipe:

Cirurgião: RODRIGO AMORIM

Aux 1: EVERLAN

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador: ANDRE

Anestesista: ISABELA

Tipo de anestesia: RAQUIANESTESIA

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato: NÃO

Acidente Durante Operação: NÃO

Descrição da Operação: 1. PACIENTE EM DDH, SOB ANESTESIA

2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA E APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS

3. OBSERVADA EXTENSA ÁREA DE NECROSE EM DORSO DE PÉ D COM PRESENÇA DE FIBRINA + EXPOSIÇÃO ÓSSEA + AUSÊNCIA DE TENDÕES EXTENSORES

4. REALIZADO DESBRIDAMENTO CIRÚRGICO ATÉ ÁREA CRUENTA + LMC EXAUSTIVA COM SF

5. CURATIVO

6. PARECER DA C. PLÁSTICA

Data 26/02/2020

Assinatura/Carimbo  
Everlan Da Silva Meira



## NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

[illegible]

[illegible]

### Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Georgina Souza Faria Dandara	Idade:	33 anos
Convênio:		Data:	26/02/20
Procedimento:	LME + desbridamento em classe de p 10		
Cirurgião:	Dr. Rodrigo	Auxiliar:	Dr. Carlos
	Dr. Carlos	Anestesista:	Dr. André
Início:	14:30	Término:	15:30
		Anestesia:	Rapida

[illegible][illegible][illegible]



# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: *Gabriel Vieira Coura Bierdick DW 07/05/96*

QI *1* LEITE *05* CONVÊNIO *SUS* IDADE *23 a* REGISTRO *2106167*

CIRURGIA *Desbridamento cirurgico de les* CIRURGIÃO *Dr. Marcio*

ANESTESIA *Raqui* ANESTESIA *Dr. Marcio*

INSTRUMENTADORA DATA *17/03/2020* INICIO *13:40* FIM *14:10*

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS
	Adrenalina amp.		Cafel p/ Oxi		Catgut cromado Sertix
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix
	Diazepam amp.	<i>01</i>	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix
<i>01</i>	Dimore amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples
	Dolantina amp.		Cetonoide		Catgut Simples Sertix
<i>01</i>	Efrane ml <i>ml de efrane</i>		Dreno		Catgut Simples Sertix
	Fenogam amp.		Dreno Kerr n°		Catgut Simples Sertix
	Fentanil ml		Dreno Penrose n°		Cera p/ osso
	Inova ml		Dreno Pezzer n°		Ethibond
	Ketalar ml	<i>01</i>	Equipo de Macrogotas		Ethibond
	Mercaina % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond
	Nubain amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix
	Protigmine amp.	<i>9/1</i>	Esparadrapo Largo cm		Fio de Algodão Sutapak
	Protóxido im	<i>9/1</i>	Furacim ml		Fio de Algodão Sutapak
	Quelicin ml	<i>9/1</i>	Gase Pacote de 10 unidades		Fila cardiaca
	Rapifer amp.		H.O. ml		Mononylon
	Thionembuta ml		Intracath Adulto		Mononylon
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix

Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi n° 23
	Agua Destilada amp.	<i>01</i>	Lâmina de Bisturi n° 11
<i>01</i>	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi n° 15
<i>02</i>	Dipirona amp.	<i>01</i>	Luvas 7/0
<i>01</i>	Flaxidol amp <i>Endo de efrane</i>	<i>01</i>	Luvas 7/5
	Fiebecortid amp.		Luvas 8/0
	Geramicina amp.		Luvas 8/5
	Glicose amp.		Oxigênio im
	Glucon de Cálcio amp.		Polifix
	Haemacel ml		PVPI Degemante ml
	Heparema ml		PVPI Tópico ml
	Kanaxion amp.		Sabão Antisséptico
	Lasix amp	<i>04</i>	Saco coletor
	Medrotilnazol.	<i>01</i>	Seringa desc. 10 ml -
	Plasil amp		Seringa desc. 20 ml
	Prolamina	<i>02</i>	Seringa desc. 05 ml
	Revivan amp		Sonda
	Stuptanon amp.		Sonda folley
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogátrica

Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Steridrem ml
	Agulha desc. 25 x 7		Torneirinha
	Agulha desc. 28 x 28		Vaselina ml
	Agulha desc. 3 x 4,5	<i>05</i>	Gelcon 18
<i>01</i>	Agulha p/ raque n° <i>22</i>		Látex
	Alcool de Enfermagem		
	Alcool Iodado ml		
	Aluduras de Crepon		
	Aluduras de Gessada		
	Azul metileno amp.		
	Benzina ml		

Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Steridrem ml
	Agulha desc. 25 x 7		Torneirinha
	Agulha desc. 28 x 28		Vaselina ml
	Agulha desc. 3 x 4,5	<i>05</i>	Gelcon 18
<i>01</i>	Agulha p/ raque n° <i>22</i>		Látex
	Alcool de Enfermagem		
	Alcool Iodado ml		
	Aluduras de Crepon		
	Aluduras de Gessada		
	Azul metileno amp.		
	Benzina ml		

Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Steridrem ml
	Agulha desc. 25 x 7		Torneirinha
	Agulha desc. 28 x 28		Vaselina ml
	Agulha desc. 3 x 4,5	<i>05</i>	Gelcon 18
<i>01</i>	Agulha p/ raque n° <i>22</i>		Látex
	Alcool de Enfermagem		
	Alcool Iodado ml		
	Aluduras de Crepon		
	Aluduras de Gessada		
	Azul metileno amp.		
	Benzina ml		

Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Steridrem ml
	Agulha desc. 25 x 7		Torneirinha
	Agulha desc. 28 x 28		Vaselina ml
	Agulha desc. 3 x 4,5	<i>05</i>	Gelcon 18
<i>01</i>	Agulha p/ raque n° <i>22</i>		Látex
	Alcool de Enfermagem		
	Alcool Iodado ml		
	Aluduras de Crepon		
	Aluduras de Gessada		
	Azul metileno amp.		
	Benzina ml		



EQUIPAMENTOS	
<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso	<input type="checkbox"/> Foco Auxiliar
<input type="checkbox"/> Serra	<input checked="" type="checkbox"/> Eletrocautério
<input type="checkbox"/> Desfibrilador	<input checked="" type="checkbox"/> Oxícapnógrafo
<input checked="" type="checkbox"/> Foco Frontal	<input checked="" type="checkbox"/> Cardiomonitor
<input type="checkbox"/> Fonte de Luz	<input checked="" type="checkbox"/> Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

*Dr. João Oliveira*





**PARAÍBA**  
Governo do Estado



**PARAÍBA**  
Município de Campina Grande

Número do Prontuário: 128882

DATA DA CIRURGIA: 23/03/2020

Número do Atendimento: 2106167 Clín: ORTOPEDIA 2 / Enf: 8 / Lei: 4

### DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: GABRIEL VIEIRA COURA BURDICK

Data da Internação: 13/02/2020

Atendimento: 2106167

Diagnostico Pré-Operatório: FRATURA EXPOSTA DE PÉ E

Diagnostico Pós-Operatório:

Cirurgia: LMC

Data da Cirurgia: 23/03/2020

Equipe:

Cirurgião: RICARDO AMORIM FILHO

Aux 1: WAGNER LUIZ E DE ARAUJO

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador:

Anestesista:

Tipo de anestesia:

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:

Acidente Durante Operação:

Descrição da Operação: 01 PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA

02 ASSEPSI E ANTISSEPISIA

03 APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS

04 REGULARIZAÇÃO DE NAVICULAR EM PE ESQUERDO + LIMPEZA MECANICO

CIRURGICO + RETIRADA DE TECIDOS DESVITALIZADOS

05 LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF(0,9%)

06 CURATIVO

Data 23/03/2020

Assinatura/Carimbo  
Wagner Luiz Egito de Araujo

CRM - PB 8926  
DR. ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA  
WAGNER LUIZ EGITO DE ARAUJO



# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

QI: Gabriel Vieira Costa Buzdeck DN. 07/05/96  
LEITE: Solo O5 CONVÊNIO: SUS IDADE: 23a. REGISTRO: 21.05.167

CIRURGIA: Compensa + ultrabidamento  
cirurgico em H2O

CIRURGIÃO: Dr. Ricardo - R2 Wagner

ANESTESIA: Regim

ANESTESIA: Dr. Sidiáutha

INSTRUMENTADORA: Keia

DATA: 23/03/20

INÍCIO: 08:50

FIM: 09:20

GOVERNO DA PARAIBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de  
Emergência e Trauma Dom  
Luiz Gonzaga Fernandes

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Boia Colostoma	Qtd.	FIOS
	Adrenalina amp.	01	Calor. p/ Oxi		Catgut cromado Sertix
	Atropina amp.		Calor. Da Urinar Sist. Fech		Catgut cromado Sertix
	Diazepam amp.	03	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix
01	Dindre amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples
	Dolantina amp.		Cotonóide		Catgut Simples Sertix
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix
	Fenogam amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix
01	Fentanil ml		Dreno Perrose nº		Cera p/ osso
01	Injua ml <u>Medazolam</u>		Dreno Pezzer nº		Ethibond
	Ketalar ml	0	Equipo de Macrogotas		Ethibond
01	Medicina % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond
	Nutalin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix
	Protigmine amp.	45	Esparadrapo Largo cm		Fio de Algodão Sutupak
	Protóxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak
	Quelcion ml	95	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardíaca
	Rapifen amp.		H <sub>2</sub> O ml		Monotylon
	Trasimbital ml		Intracath Adulto		Monotylon
	Trasium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix

Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi nº 23
03	Água Destilada amp.	01	Lâmina de Bisturi nº 11
	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15
02	Dipirona amp.	02	Luvas 7.9
	Flaxidol amp.	02	Luvas 7.5
	Fleboportil amp.	03	Luvas 8.9
	Geramicina amp.		Luvas 8.5
	Glicose amp.	40	Oxigênio l/m 22/min
	Glucor de Cálcio amp.		Poliifix
	Haemazol ml	85	PVPi Degemante ml
	Heparina ml		PVPi Tópico ml
	Kanaklon amp.	95	Sabão Antisséptico
	Lasix amp.		Saco coletor
	Medrolinazol	01	Seringa desc. 10 ml
02	Rilascion	01	Seringa desc. 20 ml
	Protamina	01	Seringa desc. 05 ml
	Revivan amp.		Sonda
	Stuplanon amp.		Sonda Foley
02	Besolona 1g <u>Cupazolone</u>		Sonda Nasogástrica
01	Fenoxicoz		Sonda Uretral nº
			Slerydrem ml
			Tornatinha

Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml
02	Agulha desc. 25 x 7	01	Gelcon T5
	Agulha desc. 28 x 28		Látex
	Agulha desc. 3 x 4.5	03	<u>Yodolone</u>
02	Agulha p/ raque nº 25/24	03	<u>Sacos p/ uso</u>
9.5	Alcool de Enfermagem		
	Alcool Iodado ml		
04	Ataduras de Crepon		
	Ataduras de Gossard		
	Azul metileno amp.		
	Benzina ml		

Qtd.	FIOS
	Catgut cromado Sertix
	Catgut cromado Sertix
	Catgut cromado Sertix
	Catgut Simples
	Catgut Simples Sertix
	Catgut Simples Sertix
	Catgut Simples Sertix
	Cera p/ osso
	Ethibond
	Ethibond
	Ethibond
	Fio de Algodão Sertix
	Fio de Algodão Sertix
	Fio de Algodão Sutupak
	Fio de Algodão Sutupak
	Fila cardíaca
	Monotylon
	Monotylon
	Prolene Sertix
	Prolene Sertix
	Prolene Sertix
	Prolene Sertix
	Vicryl Sertix
	Vicryl Sertix
	Vicryl Sertix

Qtd.	SOROS
	SG Normotérmico fr 500 ml
01	SG Gelado fr 500 ml
	SG Hiperlêrmico fr 500 ml
	SG Ringr fr 500 ml
01	SG fr 500 ml <u>plasma</u>

Qtd.	ORTESE E PRÓTESE

EQUIPAMENTOS	
( ) Oxímetro de Pulso	( ) Foco Auxiliar
( ) Serra	( ) Eletrocautério
( ) Desfibrilador	( ) Oxícapiógrafo
( ) Foco Frontal	( ) Cardiomonitor
( ) Fonte de Luz	( ) Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

(M. Pimenta 123.400-2)

MON. 058

CLEAN  
VAPOR / STEAM  
INTEGRADOR QUÍMICO  
Tipo 3 ISO 1146-1  
CLAS 200419  
Referência:  
Atividade de acordo com o padrão ISO 9001:2015  
mais seguro que a cor de verde

**PARAÍBA**  
Governo do EstadoSua Excelência  
**PARAÍBA**  
Governo do Estado

Número do Prontuário: 128882

DATA DA CIRURGIA: 28/03/2020

Número do Atendimento: 2106167 Clin: NEUROBUCA / Enf: 8 / Lei: 4

**DESCRIÇÃO CIRÚRGICA**

Nome do Paciente: GABRIEL VIEIRA COURA BURDICK

Data da Internação: 13/02/2020

Atendimento: 2106167

Diagnostico Pré-Operatório: PERDA DE SUBSTANCIA EM PÉ DIREITO

Diagnostico Pós-Operatório: AUTOENXERTIA EM PÉ DIREITO

Cirurgia: AUTOENXERTIA

Data da Cirurgia: 28/03/2020

Equipe:

Cirurgião: VESPAZIANO QUINTAES GUERRA

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador:

Anestesista: JOVANDE

Tipo de anestesia:

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:

Acidente Durante Operação: NÃO HOUVE

Descrição da Operação: ASSEPSIA, ANTISSEPSIA, COLOCAÇÃO DOS CAMPOS OPERATÓRIOS, LIMPEZA, DESBRIDAMENTO, HEMOSTASIA E AUTOENXERTIA DE PELE EM (PARCIAL) EM PÉ DIREITA. CURATIVOS OCLUSIVOS, PACIENTE DEIXA S.O SEM ANORMALIDADES.

Data 28/03/2020

Assinatura/Carimbo


Vespaziano Quintaes Guerra

  
Vespaziano Quintaes Guerra  
CRM: 4511

OBS: A cirurgia foi em 27/03/2020

  
Vespaziano Quintaes Guerra  
CRM: 4511

# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <i>Carla Maria da Silva</i>						 <b>GOVERNO DA PARAÍBA</b> <small>SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE</small> <b>Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes</b>
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO		
CIRURGIA			CIRURGIÃO			
ANESTESIA			ANESTESIA			
INSTRUMENTADORA		DATA	INÍCIO	FIM		

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostomia	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	Cafel. p/ Oxi		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.	Cafet. De Urinar Sist. Fech		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	Compressa Grando		Catgut cromado Sertix	
01	Dimora amp.	Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.	Colonoide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml	Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.	Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
20ml	Fentanyl ml	Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Indova ml	Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
01	Mercaina 0,5% % ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubatin amp.	Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.	Esparradrapo Largo cm		Fio de Algodão Sutopak	
	Protóxido 1/m	Furacim ml		Fio de Algodão Sutopak	
	Quelicin ml	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Racifen amp.	H.O. ml		Mononylon	
	Thiopentobarbital ml	Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.	Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
	Água Destilada amp.	Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
01	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix	
01	Dipirona amp.	Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
	Flaxidol amp.	Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.	Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Geramiona amp.	Luvas 8.5			
	Glicose amp.	Oxigênio 1/m			
	Glucon de Cálcio amp.	Polifix			
	Haemacel ml	PVPI Degemante ml			
	Heparema ml	PVPI Tópico ml	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.	Sabão Antisséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrotilnazol	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Piasil amp.	Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina	Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml	
	Revivan amp.	Sonda			
	Suption amp.	Sonda Isley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
	Cefalotina 1g	Sonda Nasogátrica			
		Sonda Uretral nº			
		Sterydren ml			
		Tornelinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaselina ml			
03	Agulha desc. 25 x 7	Gelcon 18			
	Agulha desc. 28 x 28	Látex			
	Agulha desc. 3 x 4,5				
01	Agulha p/ raque nº				
	Alcool de Enfermagem				
	Alcool Iodado ml				
02	Ataduras de Crepon				
02	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

EQUIPAMENTOS	
( ) Oxímetro de Pulso	( ) Foco Auxiliar
( ) Serra	( ) Eletrocautério
( ) Desfibrilador	( ) Oxímetro
( ) Foco Frontal	( ) Cardiomonitor
( ) Fonte de Luz	( ) Eletrocoagulador

**Gabriel Eduardo Mendonça**  
**COREN-PB 1035.620-TE**  
**CIRCULANTE RESPONSÁVEL**



## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECCG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <i>Solimar Viana Loure Barcellos</i>		EDADE: <i>23</i>	SEXO: <i>M</i>	COR:
DATA: <i>20/07/20</i>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
TIPO SANGÜINEO	HEMACIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	UREIA	OUTROS
	URÉIA					
AP. RESPIRATÓRIO				ARTEIRA BRONQUITE		
AP. CIRCULATÓRIO				ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO		DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO		
ESTADO MENTAL		ATÁXICOS	CONSCÍELES	ANESTESIA		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				ESTADO FÍSICO		
ANESTESIAS ANTERIORES				RISCO		
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO
AGENTES ANESTÉSICOS						INDUÇÃO
LIQUIDOS						Satisf. _____ Excit. _____ Tosse _____
						Laringo espasmo: _____ Lenta: _____
						Náuseas: _____ Vômitos: _____
						Outros: _____
						MANUTENÇÃO
						ANESTESIA SATISF. Sim _____ Não _____
						Não por quê? _____
						DESPERTAR
						Reflexos na SO: _____
						Obstr. _____ Co. _____ Excit. _____
						Náuseas: _____ Vômitos: _____
						Outros: _____
						Com cânula: _____
						Paro o Lento Sim _____ Não _____
						CONDIÇÕES:
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES						
POSIÇÃO						
AGENTES						
TECNICA						CÂNULAS
OPERAÇÃO						
CHIRURGIOS						
ANESTESISTAS						
OBSERVAÇÕES						
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.						PERDA SANGÜINEA



## Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Arborel Lima	Idade:	23 anos
Convênio:		Data:	27/03/20
Procedimento:	Auto coletor de pele		
Cirurgião:	Dr. Vitoriano	Auxiliar:	
		Anestesista:	Dr. Juciano
Início:		Término:	
		Anestesia:	Roxana + Solução

[illegible][illegible]

Observações:	
Assinatura Anestesiista	Circulante



Número do Prontuário: 128882

DATA DA CIRURGIA: 06/03/2020

Número do Atendimento: 2106167 Clín: ORTOPEDIA 1 / Enf: 2 / Lei: 4

### DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: GABRIEL VIEIRA COURA BURDICK

Data da Internação: 13/02/2020

Atendimento: 2106167

Diagnostico Pré-Operatório: FRATURA EXPOSTA DORSO DO PÉ D

Diagnostico Pós-Operatório:

Cirurgia: ROTCAO DE RETALHO E ENXERTIA DE PELE

Data da

Cirurgia: 06/03/2020

Equipe:

Cirurgião: DR DIRCEU

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador:

Anestesiista:

Tipo de anestesia:

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:

Acidente Durante Operação:

Descrição da Operação: ANTISSEPISIA COM CLOREXIDINA

PREPAERO DE RETALHO FASCIOCUTANEO

ACOMODAÇÃO DO RETALHO

SURA COM MONONYLON 3-0

ENXERTIA DE PELA DAS AREAS CRUENTAS

CURATIVO COM GAZE VASELINADA

Data 06/03/2020

Assinatura/Carimbo

Dirceu Melo De Carvalho



C. Infectaria / P. Ortopedia / C. plástica

# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

Nº 01/05/1996

PACIENTE: Gabriel Vieira Lima Burick				
QI 02/04	LEITE Sala 11:2	CONVÊNIO SUS	IDADE 73 anos	REGISTRO 2106167
CIRURGIA enxerto de pele x Redução de abdômen + drenos entorçidos		CIRURGIÃO Dr. Salazar		
ANESTESIA Kapani + Sedação		ANESTESIA Dr. Marcilio		
INSTRUMENTADORA		DATA 06/03/20	INÍCIO 8:00	FIM 10:00

GOVERNO DA PARAIBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Qtd.	FIOS	CÓDIGO
02	Adrenalina amp.	01		Catet. primado Serfix	
	Atropina amp.				
	Diazepam amp.				
01	Dimof amp.				
	Dolarina amp.				
	Efrane ml				
	Fenegan amp.				
01	Fentanil ml				
	Inova ml				
	Ketalar ml	01			
01	Nubain amp.				
	Pavulon amp.				
	Protigmine amp.	Q.N			
	Protóxido lfm				
	Quelicin ml	08			
	Rapifen amp.				
	Thionembatal ml				
	Tracrium amp.				
Qtd.	MEDICAÇÕES		Qtd.	SOROS	
04	Água Destilada amp.	01			
01	Decadron amp.	02			
01	Dipirone amp.	01			
01	Flaxidol amp.	03			
	Flieboctid amp.	03			
	Geramicina amp.	Q.N			
	Glicose amp.	Q.N			
	Glucoc de Cálcio amp.	Q.N			
	Haemace ml	Q.N			
	Heparema ml				
	Kanaktion amp.	03			
	Lasix amp.	04			
	Medrotriazol	01			
	Piasil amp.	02			
	Prolamina	03			
	Revivan amp.				
	Suptanon amp.				
	Cefalotina 1g				
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Qtd.	ORTOSE E PROTESE	
02	Agulha desc. 25 x 7				
02	Agulha desc. 28 x 28	02			
03	Agulha desc. 30 x 22				
01	Agulha p. raque nº 25	05			
Q.N	Alcool de Enfermagem				
	Alcool Iodado ml	01			
04	Ataduras de Crepon				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

CLEAN VAPOR / STEAM INTEGRADOR QUÍMICO

TÍPO 5 / ISO 11145-1

REFERÊNCIA: CL5150819

VAL: 15-AGO-2021

Catgut Simplex Serfix

Cera p/ osso

Ethacrid

Ethacrid

Fio de Algodão Serfix

Fio de Algodão Serfix

Fio de Algodão Sutupak

Fio de Algodão Sutupak

Fio de Algodão Sutupak

Fio de Algodão Sutupak

Fio de Algodão Sutupak

Fio de Algodão Sutupak

Fio de Algodão Sutupak

Fio de Algodão Sutupak

Fio de Algodão Sutupak

Fio de Algodão Sutupak

Fio de Algodão Sutupak

Fio de Algodão Sutupak

Fio de Algodão Sutupak

Fio de Algodão Sutupak

Fio de Algodão Sutupak

Fio de Algodão Sutupak

Fio de Algodão Sutupak

Fio de Algodão Sutupak

Fio de Algodão Sutupak

Fio de Algodão Sutupak

Fio de Algodão Sutupak

Fio de Algodão Sutupak

Fio de Algodão Sutupak

Fio de Algodão Sutupak

Fio de Algodão Sutupak

Fio de Algodão Sutupak

Fio de Algodão Sutupak

Fio de Algodão Sutupak

Fio de Algodão Sutupak

Fio de Algodão Sutupak

Fio de Algodão Sutupak

Fio de Algodão Sutupak

Fio de Algodão Sutupak

Fio de Algodão Sutupak

Fio de Algodão Sutupak

Fio de Algodão Sutupak

Fio de Algodão Sutupak

Fio de Algodão Sutupak

Fio de Algodão Sutupak

Fio de Algodão Sutupak

Fio de Algodão Sutupak

Fio de Algodão Sutupak

Fio de Algodão Sutupak

Fio de Algodão Sutupak

Fio de Algodão Sutupak

Fio de Algodão Sutupak

Fio de Algodão Sutupak

Fio de Algodão Sutupak

Fio de Algodão Sutupak

Fio de Algodão Sutupak

Fio de Algodão Sutupak

Fio de Algodão Sutupak

Elizabeth Lopes de Souza  
COREN-PB 1.201.551-7F

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Conden 1202. 551

GABRIEL VIEIRA COURA BURDICK

FILIAÇÃO

F. STANLEY VIEIRA BURDICK

AV. DA INDEPENDÊNCIA, 100 - BURDICK

NASCIMENTO

21/05/1996

SEXO, MASCULINO

ESTADO CIVIL

SOLTEIRO

NATURALIDADE

GOIÂNIA - GO

DOCUMENTO

CN 090094 LV A 085 FLS 234 - 21/05/1996 - 4º CARTÓRIO

DO REGISTRO CIVIL - GOIÂNIA - GO

LEI Nº 9.049, DE 16 DE MAIO DE 1995

Cpf

117.819.024-75

CNH

TÍT. ELEITOR

SEÇÃO

ZONA

LOCAL/DATA DE EMISSÃO GRTE CAMPINA GRANDE/PB 05/06/2013

Assinatura do titular do documento e do responsável pelo documento

212.76710.38-2

3446979

0040

PE

Gabriel Vieira Coura Burdick





Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **117.818.024-75**

Nome: **GABRIEL VIEIRA COURA BURDICK**

Data de Nascimento: **07/05/1996**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **26/06/2012**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **08:50:29** do dia **06/11/2020** (hora e data de Brasília).  
Código de controle do comprovante: **1036.E3EC.2AE4.C7DA**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

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

# MINISTÉRIO DAS CIDADES

2 DETRAN - AL000000000000 N° 013785476980  
 Q CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 VIA COD. RENAVAM RNTRO EXERCÍCIO  
 9 01 00152732535 2018

1 NOME  
 7 CYNARA OLIVEIRA DA SILVA  
 0 \*\*\*\*\*  
 0 \*\*\*\*\*  
 1 \*\*\*\*\*

0 CPF/CNPJ PLACA  
 6 03421683476 NMF5345

2 PLACA ANT/UF CHASSI  
 1 NMF5345 AL 95VCA1A299M003916

ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL  
 PAS/MOTOCICLO/NENHUMA GASOLINA

MANEJA/MODELO ANO FAB ANO LIC  
 DAFRA/SPEED 150 2009 2009

CAP/POT/CIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE  
 2P/150CC PARTIC CINZA

COTA UNICA		VENC. COTA UNICA	VENC/COTAS
I P V A	IPVA PAGO		1ª *****
	FAIXA IPVA	PARCELAMENTO/COTAS	2ª *****
	01	*****	3ª *****

PRÊMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
 26072018

00 OBSERVAÇÕES  
 SEM RESERVA DE DOMINIO

MACEIO -AL 19/02/201  
 0608246 ADRILDO DE LIMA CATÃO 060824

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200401343 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GABRIEL VIEIRA COURA BURDICK **Data do acidente:** 13/02/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

**Data da análise:** 01/12/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE PÉ DIREITO COM LESÃO EXTENSA DE PARTES MOLES EM DORSO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - DEBRIDAMENTO/ENXERTO DE PELE. ALTA.  
P 4/5/7/8/12.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PÉ DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE PÉ DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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:

117.818.024-75

4 - Nome completo da vítima:

GABRIEL VIEIRA COURA BURDICK

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 465/2012

5 - Nome completo:

GABRIEL VIEIRA COURA BURDICK

6 - CPF:

117.818.024-75

7 - Profissão:

RECUSO

8 - Endereço:

AV JOSÉ HAMILTON ALVES

9 - Número:

119

10 - Complemento:

11 - Bairro:

DISTRITO INDUSTRIAL

12 - Cidade:

CAMPINA GRANDE

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58411-190

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(83) 98805-6654

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abertos. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **NU PAGAMENTOS S A**

AGÊNCIA:

0001

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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

## 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale 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 assinado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

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

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

☐ Sim

☐ Não

30 - Vítima deixou herdeiros?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

☐ Sim

☐ Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34 - Assinatura da vítima/beneficiário (se houver)

35 - Nome legível de quem assina a raso/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a raso/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a raso/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **JOÃO PESSOA, 17/12/2020**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

*Gabriel Vieira Coura Burdick*

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0318680/20

**Vítima:** GABRIEL VIEIRA COURA BURDICK

**CPF:** 117.818.024-75

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

**Data do acidente:** 13/02/2020

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** GABRIEL VIEIRA COURA BURDICK

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

**GABRIEL VIEIRA COURA BURDICK : 117.818.024-75**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/11/2020  
Nome: GABRIEL VIEIRA COURA BURDICK  
CPF: 117.818.024-75

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/11/2020  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

GABRIEL VIEIRA COURA BURDICK

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001            AGÊNCIA: 1769-8            CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 23/12/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

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

CLIENTE: GABRIEL VIEIRA COURA BURDICK

BANCO: 260

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000044164167-2

---

Nr. da Autenticação 3543E42E28F11567

---

**Rio de Janeiro, 09 de Dezembro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200401343**

**Vítima: GABRIEL VIEIRA COURA BURDICK**

**Data do Acidente: 13/02/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), GABRIEL VIEIRA COURA BURDICK**

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 30 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200401343

Vítima: GABRIEL VIEIRA COURA BURDICK

Data do Acidente: 13/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), GABRIEL VIEIRA COURA BURDICK**

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\$ 3.375,00
Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 50%) 25,00%	
Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =	R\$ 3.375,00

Recebedor: **GABRIEL VIEIRA COURA BURDICK**

Valor: **R\$ 3.375,00**

Banco: **260**

Agência: **000000001**

Conta: **000044164167-2**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# 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 ASI: 3 - CPF da vítima: 117.818.024-75 4 - Nome completo da vítima: Gabriel Vieira Coura Burdick

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

5 - Nome completo: Gabriel Vieira Coura Burdick 6 - CPF: 117.818.024-75  
7 - Profissão: RUA 8 - Endereço: Jurema Hamilton Alves 9 - Número: 110 10 - Complemento: CASA  
11 - Bairro: NOVO CRUZILHO 12 - Cidade: Campina Grande 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58411-190  
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 83 98805 6654

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: NU PAGAMENTOS SA

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0003 CONTA: 44164167 (Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vairascor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso ocorra, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles 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 pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Campina Grande 06/11/20

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 00347.01.2020.1.05.101**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00347.01.2020.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:41 horas do dia 16 de outubro de 2020, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Rubenita da Nóbrega Regis, matrícula 1356062, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Gabriel Vieira Coura Burdick**, conhecido(a) por Biel, CPF nº 117.818.024-75, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Adélia Patrícia Coura Burdick e Cristiano Vieira Burdick, natural de Goiânia/GO, nascido(a) em 07/05/1996 (24 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Avenida José Hamilton Alves, Nº 119, complemento CASA, bairro Distrito Industrial, tendo como ponto de referência Próximo Ao Mercadinho de "mikaela", na cidade de Campina Grande/PB, telefone(s) para contato (83) 98805-6654.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Via Pública, Próximo Do, Posto de Combustível "petrobrás", Campina Grande/PB, bairro Novo Cruzeiro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 13/02/20 17:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

**Objeto(s) Envolvido(s):**

(1) **Moto**, modelo SPEED 150, marca DAFRA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor CINZA, ano 2009/2009, UF: PB, placa NMF-5345, chassi 95VCA1A299M003916, renavam 0015273253-5, características gerais: Demais Dados do Veículo No C.r.l.v.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUANDO ESTAVA PILOTANDO O REFERIDO VEÍCULO NO LOCAL, AMBOS JÁ DESCRITO ANTERIORMENTE ACIMA, FOI ATINGIDO POR UM VEÍCULO DO TIPO AUTOMÓVEL EM ALTA VELOCIDADE E QUE NEM O CONDUTOR NEM AS CARACTERÍSTICAS DO VEÍCULO FORAM IDENTIFICADAS, SENDO QUE AMBOS SE EVADIRAM DO LOCAL DOS FATOS SEM PRESTAR QUALQUER TIPO DE ASSISTÊNCIA AO DECLARANTE QUE FOI SOCORRIDO POR TERCEIROS PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES DA CIDADE DE CAMPINA GRANDE/PB, ONDE DEU ENTRADA PARA OS PRIMEIROS PROCEDIMENTOS MÉDICOS EMERGENCIAIS E POSTERIORES PROCEDIMENTOS MÉDICOS CIRÚRGICOS PERTINENTE AO CASO, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL, SENDO QUE POR ESTE MOTIVO VEIO ATÉ ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL PARA PODER REGISTRAR ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL PARA PODER TOMAR AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS LEGAIS JUNTO AOS ÓRGÃOS COMPETENTES DENTRO DAS NORMAS DA LEI OBSERVAÇÃO: ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL TEM APENAS A VALIDADE DE TRINTA (30) DIAS A CONTAR DESTA DATA, PORÉM O MESMO PODERÁ SER REVALIDADO POR APENAS MAIS DUAS (02) VEZES EM QUALQUER DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DESTE ESTADO.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expago a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.





Lucena/PB, 16 de outubro de 2020.

  
ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA  
Agente de Investigação

  
GABRIEL VIEIRA COURA BURDICK  
Noticiante



# 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 ASI: 3 - CPF da vítima: 117.818.024-75 4 - Nome completo da vítima: Gabriel Vieira Coura Burdick

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

5 - Nome completo: Gabriel Vieira Coura Burdick 6 - CPF: 117.818.024-75  
7 - Profissão: RUA 8 - Endereço: Jurema Hamilton Alves 9 - Número: 110 10 - Complemento: CASA  
11 - Bairro: NOVO CRUZEIRO 12 - Cidade: Campina Grande 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58411-190  
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 83 98805 6654

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: NU PAGAMENTOS SA

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0003 CONTA: 44164167 (Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vairascor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso ocorra, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles 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 pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Campina Grande 06/11/20

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)