

**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



GOVERNO DA PARAIBA
Secretaria de Estado do Trabalho e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00347.01.2020.105.101

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: A(s) 14:41 horas do dia 16 de outubro de 2020, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comunicação de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Rubemita da Nóbrega Regis, matrícula 1573560, ao 1356062, é lavrado por Alexandre José Nunes de Sousa Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Gabriel Vieira Coura Burdick**, conhecido(a) por Bici, CPF nº 117.818.024-75, final assinado, compareceu **Gabriel Vieira Coura Burdick**, conhecido(a) por Bici, CPF nº 117.818.024-75, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Adêlia 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 "mikaia", na cidade de Campina Grande/PB, telefone(s) para contato (83) 98805-6654.

Dados do(a) Futuro:

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: 11/02/20 17:30h, Tipificação
em tese, capitalidade not(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.**

(b)(5) Envolvidos:

(I) Moto, modelo SPEED 150, marca DAFRA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor CTNZ, ano 2009/2009, IPI: PD, placa NMF-5345, chassi 95VCA1A299M003916, renavam 0015273251-5, características gerais: Demais Dados do Veículo No C.T.V.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

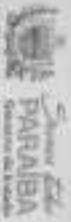
QUANDO ESTAVA PILOTANDO O REFERIDO VEÍCULO NO LOCAL, AMBOS JÁ DESCRITO ANTERIORMENTE ACIMA, FOI ATINGIDO POR UM VEÍCULO DO TIPO AUTOMÓVEL EM ALTA VELOCIDADE E QUE NEM O CONDUTOR NEM AS CARACTERÍSTICAS DO VEÍCULO FORAM IDENTIFICADAS, SENDO QUE AMBOS SE EVADIRAM DO LOCAL DOS FATOS SEM PRESTAR QUALQUER 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 DESTA ESTADO.

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

Procedimiento Policial 00047 01.2020.1.05.101



13/02/2020



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DO MUNICÍPIO DE PARAITINGA
 Av. Mal. Floriano Peixoto, 4780 - Maracanã, Campina Grande - PR, CEP: 55432-809
 Data: 13/02/2020
 Paciente: GABRIEL VIEIRA COUZA BUNOLIC - Idade: 023 - Nº ATEND: 2106110

ACIDENTE DE TRABALHO: NÃO
 DATA: 13/02/2020 HORA: 18:24:44

ESPECIALIDADE: ORTOPEDIA

MOTIVO: ACIDENTE DE MOTO
 ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO: MOTO X CARRO

SINAIS VITAIS

HGT: SAT O2: PA: TEMP: FC: FR: PISO:

DIABETES () SIM (X) NÃO HAS () SIM (X) NÃO
 DEF. MOTORA () SIM (X) NÃO

ALERGIAS: NENHA
 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 () DIARREIA () EXANTEMA
 () PRURIDO () DISPNEIA (X) DOR () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAIS
 () ANAFILAXIA () FLUÍDE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAIS
 () EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELÉNIA () SÍNDIOS () TOSSSE



ESCALA DE DOR: DOR BASTANTE FORTE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:
 ALTO

HISTÓRIA-PATOLÓGICA

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA	DO
						ENFERMEIRO/COREN	

DEIX:

ENFERMEIRO/COREN

João Carlos Mariano
 Enfermeiro COREN-PR 55432-809





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Av. Mal. Floriano Peixoto, 1200 - Maracajá, CEP 59090-000 - RN
Fone: (51) 3211-1234

CNPJ: 06.779.348/0001-42
Data: 06/03/2020



PARAIBA
Secretaria de Saúde

Número do Prontuário: 128082

DATA DA CIRURGIA: 06/03/2020

Número do Atendimento: 2106167 - Clin: ORTOPEdia 1 - Fm: 2 / Lc: 4

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: GABRIEL VIEIRA COURA BURDICK

Data da Internação: 13/02/2020

Atendimento: 2106167

Diagnóstico Pré-Operatório: FRATURA EXPOSTA DORSO DO PÉ D

Diagnóstico Pós-Operatório:

Cirurgia: ROTCAO DE RETALHO E ENXERTIA DE FELE
Cirurgia: 06/03/2020

Data da

Equipe:

Cirurgião: DR DIRCEU

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador:

Anestesiista:

Tipo de anestesia:

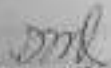
Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Atm:

Acidente Durante Operação:

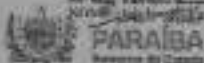
Descrição da Operação: ANTISSEPSIA COM CLOREXIDINA
PREPARO DE RETALHO FASCIOCUTANEO
ACOMODACAO DO RETALHO
SURA COM MONONYL ON 3-0
ENXERTIA DE PELA DAS AREAS CRUENTAS
CURATIVO COM GAZE VASELINADA

Data: 06/03/2020


Assinatura/Carimbo
Dirceu Melo De Carvalho

Digitalizada com CamScanner





Número do Prontuário: 428882

DATA DA CIRURGIA: 17/03/2020

Número do Atendimento: 2106167 - Ctx: CIRURGICA - Enf: 9 - Lei: 4

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: GABRIEL VIEIRA COURA BURDICK

Data da Internação: 13/02/2020

Atendimento: 2106167

Diagnóstico Pré-Operatório: NECROSE DE RETALHO NO PÉ DIREITO

Diagnóstico 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:

Anestesiista: MARCIO ROSSANI FARIAS DE BRITO

Tipo de anestesia: RAQUIANESTESIA

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ator:

Acidente Durante Operação: NÃO HOUE

Descrição da Operação: ANTISSEPSE 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 - Ortopedia
17/03/2020





HOSPITAL DE ESPECIALIDADES E TRAUMATISMO LUIZ GONZAGA FIGUEIREDO
Av. N.º 100 - Fátima - Fátima - 51400-000 - Curitiba - PR - 91.000-000
Fone: (41) 3333-1111

CNPJ nº 16.340.819/02
Data: 16/02/2020



Número da Prontuário: 124882

DATA DA CIRURGIA: 26/02/2020

Número de Atendimento: 2106167 Clin: ORTOPEDIA / / Enf: 6 / Le: 2

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: GABRIEL VIEIRA COURA BURDICK

Data da Internação: 13/02/2020

Atendimento: 2106167

Diagnóstico Pré-Operatório: NECROSE EM DORSO DE PÉ D

Diagnóstico Pós-Operatório:

Cirurgia: LMC+ DESBRIDAMENTO

Data da Cirurgia: 26/02/2020

Equipe:

Cirurgião: RODRIGO AMORIM

Aux 1: EVERLAN

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador: ANDRE

Anestesiista: ISABELA

Tipo de anestesia: RAQUIANESTESIA

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no At: NÃO

Acidente Durante Operação: NÃO

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

2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA E APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS

3. OBSERVADA 1. 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/Carmem
Everlan Da Silva Meira

[Handwritten signature of Everlan Da Silva Meira]



Número do Prontuário: 125882

DATA DA CIRURGIA: 23/03/2020

Número do Atendimento: 2106167 Cln: ORTOPEDIA 2 / Esp: 8 / Lec: 4

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: GABRIEL VIEIRA COURA BURDICK

Data da Internação: 13/02/2020

Atendimento: 2106167

Diagnóstico Pré-Operatório: FRATURA EXPOSTA DE PÉ E

Diagnóstico 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:

Anestesiista:

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 ANTISSEPSIA

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
WAGNER LUIZ EGITO DE ARAUJO
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA



28/03/2020

HTCC-Paraná Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campos Gerais - PR
NOME: Vespaziano Quintaes Guerra

CNPJ: 18.778.266/0036-52
Data: 28/03/2020



PARANÁ
Governos do Estado



PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO

Número do Prontuário: 128882

DATA DA CIRURGIA: 28/03/2020

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

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: GABRIEL VIEIRA COURA BURDICK

Data da Internação: 13/02/2020

Atendimento: 2106167

Diagnóstico Pré-Operatório: PERDA DE SUBSTANCIA EM PÉ DIREITO

Diagnóstico 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:

Anestesiista: JOVANDE

Tipo de anestesia:

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:

Acidente Durante Operação: NÃO HOUE.

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

Digitalizada com CamScanner





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do direito ou RS: 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 SUPRE Nº 445/2002

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 (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 POUPEIRAS (Somente para as contas acima. Anotar uma opção)
☐ Bradesco (234) ☐ Itaú (340)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 0001 CONTA: 44164167 2
(informar o dígito de verificação) (informar o dígito de verificação) (informar o dígito de verificação)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que não há impossibilidade de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo acima, solicito o encaminhamento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, considerando, desde já, em mi submetido à avaliação médica do médico da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta documentação não significa qualquer concordância com a futura avaliação médica da perícia do Conselho de Contas, ou a decisão do seu Conselho.

DECLARAÇÃO DE VÍCIOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou CIV) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima estava acompanhada? ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou algum herdeiro, informar o nome completo:
28 - Vítima tem filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não 30 - Vítima deixou algum herdeiro? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima tem irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não 33 - Vítima deixou algum parente vivo? ☐ Sim ☐ Não
Então declaro de que a Seguradora LIDER pagará, com desconto, a indenização do Seguro DPVAT por morte apenas beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, quando o caso, uma vez que qualquer renúncia ou declaração em contrário poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilização criminal por infração do artigo 200 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina a requisição: 35 - CPF legível de quem assina a requisição: 36 - CPF legível de quem assina a requisição: 37 - (*) Assinatura de quem assina a requisição: 38 - 1º Nome: CPF: Assinatura da testemunha: 39 - 2º Nome: CPF: Assinatura da testemunha:

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Procurador (se houver):

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

Digitalizada com CamScanner







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.)

Digitalizada com CamScanner





CAGEPA

CENTRO DE APOIO GERENCIAL E PEDAGÓGICO

Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 20.123.654/0001-67

NOTIFICAÇÃO DE DÉBITOS

GERALDA MARIA DOS SANTOS

RUA JOSÉ HAMILTON ALVES, 119 - NOVO CRUZEIRO

CAMPINA GRANDE - PB 58411-190

Inscrição

SMI

Quantidade de Economias

Valor da Dívida

Valor da Parcela

Valor da Parcela



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE(S):

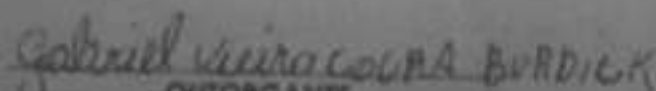
Gabriel Viana Coura Burdick, brasileiro, solteiro,
desempregado, registrado no CPF nº 117.818.024-75,
Residente e Domiciliado na Avenida José Hamilton
Alves, nº 119, Bairro Distrito Industrial, Campina Grande-PB, CEP
58.411-190

OUTORGADOS: MEDEIROS ASSESSORIA, Fábio Marcaja de Almeida Carneiro
brasileiro, solteiro, advogado, devidamente inscrito na OAB/PB nº 22.725, com
endereço profissional sito na Rua. José Florentino Junior, 136, sala 02, Tamborão,
João Pessoa/PB.

PODERES: Por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes
procuradores os outorgados, concedendo-lhe os poderes inerentes da cláusula "ad iudicia et
extra", para o foro em geral, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou
administrativas, assinar termo, oferecer defesa, direta ou indireta, interpor recursos, quitar ações
e conduzir os respectivos processos, solicitar documentos, solicitar e receber laudos e
perícias médicas, providenciar e ler acesso a documentos de qualquer natureza, requerer
junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, sendo a presente
instrumento de mandato oneroso e contratual, podendo substabelecer este a outrem, com ou
sem reserva de poderes, dando tudo por bom e válido, a fim de praticar todos os demais atos
necessários ao fiel desempenho deste mandato, atuando estes causídicos em conjunto ou
separadamente, independentemente de ordem de nomeação.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga aos Advogados acima descritos, os
poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido,
transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou
acordos, receber valores, dar e receber quitação, receber e dar quitação, levantar ou receber
RPV e ALVARÁ, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica,
em atenção com os termos do art. 105 da Lei 13.105/2015. Requerer junto à qualquer
seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, assinar recibos,
assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização
de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da indenização de Sinistro DPVAT.

João Pessoa - PB, 14 de Janeiro de 2021


OUTORGANTE



SINISTRO 3200401343 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA GABRIEL VIEIRA COURA BURDICK**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO** RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev

Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

BENEFICIÁRIO GABRIEL VIEIRA COURA BURDICK**CPF/CNPJ:** 11781802475**Posição em 08-01-2021 13:42:18**

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
23/12/2020	R\$ 3.375,00	R\$ 0,00	R\$ 3.375,00





PODER JUDICIÁRIO

ESTADO DA PARAÍBA

COMARCA DE CAMPINA GRANDE – 10ª VARA CÍVEL

Processo nº 0800394-45.2021.8.15.0001

DESPACHO

Visto etc.

1. Defiro os benefícios da Justiça Gratuita.

2. Tendo em vista que demandas desta natureza normalmente exigem a produção de prova pericial para que as partes encontrem estímulos para se conciliar, à luz do princípio da duração razoável do processo e da eficiência, art. 5º, XXXVI, da CF e art. 8º cc. 139, II, ambos do NCPC, deixo de designar a incontinenti audiência de conciliação do art. 334 do NCPC, que poderá ser apazada em outro momento, na forma do art. 139, V, deste Diploma.

3. **CITE-SE** a parte requerida, por carta com AR, para contestar no prazo de 15 (quinze) dias, nos termos do art. 335 do NCPC, sob pena, não o fazendo, ser considerada revel (art. 344 do NCPC). Voltando o AR negativo, cite-se por oficial de justiça, uma vez recolhidas as custas respectivas, se for o caso, inclusive intimando-se para tanto, no prazo de 15 (quinze) dias, sob pena de indeferimento da inicial.

4. Apresentada contestação, a parte autora deve ser **intimada** para que se manifeste no prazo de 15 (quinze) dias, conforme os arts. 350 e 351 do NCPC, podendo, inclusive, corrigir eventual irregularidade ou vício sanável no prazo de 30 (trinta) dias, nos termos do art. 352 do NCPC.

5. Após a apresentação da impugnação, ou esgotado o prazo, as partes devem **especificar as provas** que pretendem produzir, nos termos do art. 370 do NCPC, justificando-as, sob pena de indeferimento, conforme o art. 370, parágrafo único, do NCPC. Na mesma oportunidade, as partes deverão informar se existe interesse na tentativa de conciliação. **Assinalo o prazo de 05 (cinco) dias.**

Diligências necessárias.

Campina Grande, data eletrônica.



Flávia de Souza Baptista

Juíza de Direito em substituição

