



CAGEPA

Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguariúba - João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 16.123.254/0001-07

NOTIFICAÇÃO DE DEBITOS

VERALDA MARIA DOS SANTOS

REAJOSÉ HAMILTON ALVES, 119 NOVO CRISTAL
CAMPISAGRADE, 190

Inscrição

SMI

Quantidade de Economias

DESTINO DO PACIENTE

Centro cirúrgico _____

Internação (setor) _____

Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____

Alta hospitalar / A revolta
 Decisão Médica

Óbito


Ass.: Este paciente não respondeu/ (quando necessário)

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

IDADE CBO

SERVICIOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

IDADE CBO



Número do Prontuário: 128882

DATA DA CIRURGIA: 17/03/2020

Número do Atendimento: 2106167 Clin: CIRURGICA Enf: 9 Let: 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 CIRÚRGICO

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 HOUVE

Descrição da Operação: ANTISSEPSIA 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

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDESFOLHA DE
ANESTESIA

NOME

Barbaro V. de Souza Lourival

ENFERMAGEM

LEITO

Nº PRONTUÁRIO

IDADE

SEXO

COR

DATA
23/03/2000

PRESSÃO ARTERIAL

PULSO

RESPIRAÇÃO

TEMPERATURA

PESO

ALTURA

TIPO SANGUÍNEO

HEMÁCIA

HEMOGLÓBINA

HEMATOCRITO

SÍXEMIA

URINA

OUTROS

URINA

AP. RESPIRATÓRIO

16/16/38

ACRAS

BRONQUITE

AP. CIRCULATÓRIO

200/100/200

ELETROCARDIOGRAMA

AP. DIGESTIVO

Fezes

DENTES

PESO/DOSE

AP. URINÁRIO

ESTADO MENTAL

NOME

ATRAZADOS

CONTROLES

ALTERIA

HIPOTENSORES

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

Doença de Lévi (R)

ESTADO FÍSICO

RISCO

ANESTESIAS ANTERIOR

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

8.30 - 09.50h

APLICADA

AT

EFEITO

8.30

AGENTES ANESTÉSICOS

O

INDICAÇÃO
Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____
Laringo espasmo: _____ Lenta: _____
Náuseas: _____ Vômitos: _____
Outros: _____

LÍQUIDOS

O

MANUTENÇÃO
30/03/00 09.29
- Período 10
- 14h inicia 29
- 16h final 87CÓDIGOS
VP ARTERIAL PULSO: O - RESPIRAÇÃO: O - OPERAÇÃO: AX - ANESTÉSICO: O260
240
220
200
180
160
140
120
100
80
60
40
20ANESTESIA SATISF. Sim: _____ Não: _____
Não, por quê? _____SÍMBOLOS
E ANOTAÇÕES

O

DESPERTAR
Reflexos na SO: _____
Oscil: _____ Co: _____ Excit: _____
Náuseas: _____ Vômitos: _____
Outros: _____Com cânula: _____
Puro o Lesto: Sim: _____ Não: _____

CONDIÇÕES: _____

POSIÇÃO

O

CÁNULAS: _____

AGENTES

O

CÁNULAS: _____

TÉCNICA

O

CÁNULAS: _____

OPERAÇÃO

O

CÁNULAS: _____

CIRURGIÕES

O

CÁNULAS: _____

ANESTESISTAS

O

CÁNULAS: _____

OBSERVAÇÕES

O

CÁNULAS: _____



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Gabriel Viana Paiva Bandeira Idade: 93
Convênio: SUS Data: 23/03/2000
Procedimento: limpeza + desbridamento crurais em H10

Cirurgião: Dr. Ricardo Auxiliar: R. Wagner Anestesista: Dr. Silviano
Início: 08:50 Término: 09:20 Anestesia: Rágis

Observações:

Assinatura Anestesista

Circulante

Número do Prontuário: 128882

DATA DA CIRURGIA: 26/02/2020

Número do Atendimento: 2106167 Clin: ORTOPEDIA 1 / Enf: 6 / Lei: 2

DESCRÍÇÃO 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

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. LASSEPSIA + ANTISSEPSIA E APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
3. OBSERVADA ESXTENSA 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

PACIENTE:

01 | LEITR

1

CONVÉNIO

100

REGISTRO

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de
Emergência e Trauma Dom
Luiz Gonzaga Fernandes

CIRURGIA

ANESTESIA

INSTRUMENTADORA

DATA

CIRURGIAO

ANESTESIA

INICIO

110

20 : 18

2010

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalinha amp.	Calef. p/ Oxyg.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.	Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	55 Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
	Dinolép amp.	Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.	Cotonolide		Catgut Simples Sertix	
	Efane ml	Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenogamamp.	Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml	Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Inova ml	Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mercaina 5% ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubatol amp.	Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Proligmine amp.	55 Espandertape Largo cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Pretoxido 1/m	Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml	95 Gasa Pacote c/ 10 unidades		Fila cardíaca	
	Rapifen amp.	H2O ml		Mononylon	
	Thionembutal ml	Intracath Adulto		Mononylon	
	Tractum amp.	Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	08 Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
	Agua Destilada amp.	Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix	
	Dipirona amp.	Luvas 7/0		Vicryl Sertix	
	Flaxidol amp.	Luvas 7/5		Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.	Luvas 8/0		Vicryl Sertix	
	Geamicina amp.	Luvas 8/0			
	Glicose amp.	Oxigênio 1/m			
	Glucor de Cálculo amp.	Polflix			
	Haemacel ml	PVPI Degemerante ml			
	Heparina ml	PVPI Tópico ml	Qtd.	SOROS	
	Kanaklon amp.	55 Sabão Antiséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	59 Saco coletor	01	SG Gelo fr 500 ml	
	Medrolmazol	01 Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Piasil amp.	Seringa desc. 20 ml	04	SG Ringr fr 500 ml	
	Prol'amina	02 Seringa desc. 05 ml	01	SG fr 500 ml	
	Revivan amp.	Sonda			
	Stupanon amp.	Sonda Foley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
	Cefalotina 1g	Sonda Nasogástrica			
	01 Vial	Sonda Uretral nº			
		Styndrem ml			
		Tomeirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaseline ml		EQUIPAMENTOS	
	Aguilha desc. 25 x 7	Gelcon 18		1) Oxímetro de Pulso	() Foco Auxiliar
	Aguilha desc. 28 x 28	Latese		1) Serra	() Eletrocautério
	Aguilha desc. 3 x 4,5	05 s/ alça		1) Desfibrilador	() Oxicapnógrafo
	Aguilha p/ reque nº 25			1) Foco Frontal	() Cardiomonitor
	Alcool de Enfermagem			1) Fonte de Luz	() Perfurador Elétrico
	Alcool iodado ml				
	Ataduras de Crepon				
	Ataduras de Gosseda				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

CLEAN 
TIP-D 5 / ISO 11140-1
LOT CL040211
04-EV-2021

ORI / STEAM

INTEGRADOR QUIMICO

EQUIPAMENTOS

- Oxímetro de Pulso
 - Foco Auxiliar
 - Serra
 - Eletrocautério
 - Desfibrilador
 - Oxicapnógrafo
 - Foco Frontal
 - Cardiômetro
 - Fonte de Luz
 - Perfurador Elétrico

CÍRCUL ANTE RESPONSÁVEL

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM JUÍZ GONZAGA FERNANDES

ENFERMAGEM

EFEITO

Nº PROTOCOLO

26/07

FOLHA DE
ANESTESIA

NOME

Gabriel Viana C. Machado

IDADE

SEXO

COR

DATA

26/2/2010

PRESSÃO ARTERIAL

PULSO

RESPIRAÇÃO

TEMPERATURA

PELO

ALTURA

TIPO SANGUÍNEO

HEMOCÍTAS

HEMOGLÓBINA

HEMATOCRITO

GLICEMIA

URINA

OUTROS

AP. RESPIRATÓRIO

ASMA

BRONQUIITE

AP. CIRCULATÓRIO

ELETROCARDIOGRAMA

AP. DIGESTIVO

DENTES

PRESOÇO

AP. URINÁRIO

ESTADO MENTAL

ATRAVÉS

CORTICOIDES

AEROSOL

HIPOTENSORES

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

ESTADO FÍSICO

RISCO

ANESTESIAS ANTERIORES

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

APLICADA

AS

EFEITO

AGENTES ANESTÉSICOS

O₂N₂OCO₂H₂SO₂



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Flávia Soárez **Idade:** 32 **Sexo:** F

Convenção: _____ Data: _____

Procedimento: ~~1. Aprender a ler o documento~~ ~~2. Descrever o documento~~ ~~3. Descrever o resultado~~

Cirurgião: Dr. Edmundo Auxiliar: Dr. Bernardo Anestesista: Dra. Fabiana

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

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:

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 ANTISSEPSIA

03 APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS

04 REGULARIZAÇÃO DE NAVICULAR EM PE ESQUERDO + LIMPEZA MECÂNICO

CIRÚRGICO + 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. ORTOPEDISTA - RICARDO AMORIM FILHO
WAGNER LUIZ EGITO DE ARAUJO

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Gabriel Vieira Coimbra Baudach D.N. 07/05/96
Sala 05 905 230. 21/05/164

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de
Emergência e Trauma Dom
Luiz Gonzaga Fernandes

CIRURGIA: *coloprocto + restringidamente*
curvatura em H10

CIRURGÃO:

Dr. Ricardo - R. Wagner

ANESTESIA:

ANESTESIA:

Dr. Gladystha

INSTRUMENTADORA:

DATA:

INÍCIO:

FIM:

Kézia

23/05/20

08:30

09:30

Qtd. MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS

Boisa Colostomia

Qtd. FIOS

Adrenalina amp.

Calet. p/ Oxiq.

Catgut cromado Sertix

Atropina amp.

Calet. Da Urinar Sist. Fech

Catgut cromado Sertix

Diazepam amp.

Compressa Grande

Catgut cromado Sertix

01 Dimex amp.

Compressa Pequena

Catgut Simples

Dolantina amp.

Cotonete

Catgut Simples Sertix

Efrane ml

Dreno

Catgut Simples Sertix

Fenogam amp.

Dreno Kerr n°

Catgut Simples Sertix

01 Fentanil ml

Dreno Petrose n°

Cera p/ osso

01 Inova ml *midazolam*

Dreno Pezzer n°

Ethibond

Ketalar ml

Equipo de Macrogotas

Ethibond

01 Metaceta *etomidato* % ml

Equipo de Macrogotas

Ethibond

Nutahin amp.

Equipo de Sangue

Fio de Algodão Sertix

Pavulon amp.

Equipo de PVC

Fio de Algodão Sertix

Protigmine amp.

Esparradrapo Larco cm

Fio de Algodão Sutupak

Protóxido l/m

Furacim ml

Fio de Algodão Sutupak

Quiclor ml

Gase Pacote c/ 10 unidades

Fita cardíaca

Rapifen amp.

H.O. ml

Mononylon

Thiopental ml

Intracath Aduto

Mononylon

Traumum amp.

Intracath Infantil

Protene Sertix

Qtd. MEDICAÇÕES

Lâmina de Bisturi nº 23

Protene Sertix

03 Agua Destilada amp.

Lâmina de Bisturi nº 11

Protene Sertix

Decadron amp.

Lâmina de Bisturi nº 15

Protene Sertix

Dipirona amp.

Luvas 7.0

Vicryl Sertix

Flaxidol amp.

Luvas 7.5

Vicryl Sertix

Fiehocortid amp.

Luvas 8.0

Vicryl Sertix

Geramicina amp.

Luvas 8.5

Vicryl Sertix

Glicose amp.

Oxigênio l/m 21/min

Vicryl Sertix

Glicor de Cálcio amp.

Polifix

Vicryl Sertix

Haemacel ml

PVPI Degenerante ml

Vicryl Sertix

Hiparental ml

PVPI Tópico ml

Qtd. SOROS

Kanakion amp.

Sabão Antiséptico

SG Normotérmico fr 500 ml

Lasix amp.

Saco coletor

SG Gelado fr 500 ml

Medrotinazol.

Seringa desc. 10 ml

SG Hipertérmico fr 500 ml

02 *metoclopramida*

Seringa desc. 20 ml

SG Ringr fr 500 ml

Prostamina

Seringa desc. 95 ml

SG fr 500 ml

Revvan amp.

Sonda

SG fr 500 ml

Stupitanon amp.

Sonda Ioley

ORTSESE E PRÓTESE

02 *Glucosamina 1g*

Sonda Nasogástrica

01 *metoclopramida*

Sonda Uretral nº

Steridrem ml

Steridrem ml

Tornairinha

Qtd. MATERIAIS / SOLUÇÕES

Vaseline ml

C2 Agulha desc. 25x7 240x12 01

Gelcon 15 20

Aguilha desc. 28x28

Latese

EQUIPAMENTOS

Aguilha desc. 3x4.5

() Oxímetro de Pulso

() Foco Auxiliar

Q3 Agulha p/ raque nº 25/124 03

() Serra

() Eletrocautério

Alcool de Enfermagem

() Desfibrilador

() Oxicapiógrafo

Alcool Iodado ml

() Foco Frontal

() Cardiomonitor

04 Ataduras de Crepon

() Fente de Luz

() Perfurador Elétrico

Ataduras de Gessada

Azul metileno amp.

Benzina ml

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

(Milena 123.400-2

MON 056

TEST

ISO 11604

CL5200419

20-ABR-2021

Referência:

Acumular-se a cura das queimaduras por queimadura ou
mais ancora que a cura da ferida.

CLEAN VAPOR / STEAM INTEGRADOR QUÍMICO

Número do Prontuário: 128882

DATA DA CIRURGIA: 28/03/2020

Número do Atendimento: 2106167 Clin: NEUROBUCO / 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 SUBSTÂNCIA 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:

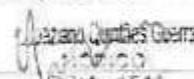
Instrumentador:

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


28/03/2020
CNPJ: 4511

Obs: A cirurgia foi no dia 27/02/2020



27/02/2020
CNPJ: 4511

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

QI	LEITE	CONVÉNIO	IDIADE	REGISTRO
CIRURGIA		CIRURGIÃO		
ANESTESIA		ANESTESIA		
INSTRUMENTADORA		INÍCIO		FIM
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS
	Adrenalina amp.	Catet. p/ Óxg.		Catgut cromado Sertix
	Atropina amp.	Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix
	Diazepam amp.	Compressa Grando		Catgut cromado Sertix
	Dimora amp.	Compressa Pequena		Catgut Simples
	Dolantina amp.	Colonorde		Catgut Simples Sertix
	Efrane ml.	Dreno		Catgut Simples Sertix
	Feneqam amp.	Dreno Kerr n°		Catgut Simples Sertix
	Fentanil ml.	Dreno Penrose n°		Cera p/ osso
	Inova ml.	Dreno Pezzer n°		Ethibond
	Ketalar ml.	Equipo de Macrogotas		Ethibond
	Mercaina % ml.	Equipo de Macrogotas		Ethibond
	Nubatin amp.	Equipo de Sangue		Fio ce Algodão Sertix
	Pavulon amp.	Equipo de PVC		Fio ce Algodão Sertix
	Protigmine amp.	Esparradapa Larco cm		Fio ce Algodão Sutupak
	Protoxido 1/m	Furacum ml		Fio ce Algodão Sutupak
	Quelicin ml.	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca
	Rapifen amp.	H.O. ml		Mononylon
	Thionembutal ml.	Intracath Adulto		Mononylon
	Tracrium amp.	Intracath Infantil		Prolene Sertix
Qtd.	MEDICAÇÕES	Lâmina de Bisturi n° 23	Qtd.	SOROS
	Água Destilada amp.	Lâmina de Bisturi n° 11		Prolene Sertix
	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi n° 1E		Prolene Sertix
	Dipirona amp.	Luvas 7.0		Vicryl Sertix
	Flaxidol amp.	Luvas 7.5		Vicryl Sertix
	Flebocortid amp.	Luvas 8.0		Vicryl Sertix
	Ceramidona amp.	Luvas 8.5		
	Glicose amp.	Oxigênio 1/m		
	Glucos de Cálcio amp.	Polfix		
	Haemacel ml.	PVPI Degemanite ml		
	Heparina ml.	PVPI Tópico ml.	Qtd.	ORTSESE E PRÓTESE
	Kanaklon amp.	Sabão Antiséptico		SG Normotérmico fr 500 ml
	Lesix amp.	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml
	Medrotinazol	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml
	Piasil amp.	Seringa desc. 20 ml		SG Ring fr 500 ml
	Pro-amina	Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml
	Revivan amp.	Sonda		
	Stuptanon amp.	Sonda Isiley	Qtd.	
	Cefalotina 1g	Sonda Nasogástrica		
		Sonda Uretral n°		
		Steridrem ml		
		Torneirinha		
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaselina ml	EQUIPAMENTOS	
	Açulha desc. 25 x 7	Gelcon 18	Oxímetro de Pulso	Foco Auxiliar
	Açulha desc. 28 x 28	Látex	Serra	Eletrocautério
	Açulha desc. 3 x 4.5		Desfibrilador	Oxicapiógrafo
	Açulha p/ raque n°		Foco Frontal	Cardiomonitor
	Álcool de Enfermagem		Fonte de U	Fonte de U
	Álcool Iodado ml		Gabriel Eduardo Mendonça	Fonte de U
	Ataduras de Crepon		COREN-PB 1.035.620-TE	Fonte de U
	Ataduras de Gessada		CIRCULANTE RESPONSÁVEL	
	Azul metileno amp.			
	Bezoaros ml			

GOVERNO
DA PARAÍBA

第10章 MATLAB在数学建模中的应用

Hospital de
Emergência e Trauma Dom
Luiz Gonzaga Fernandes

—
—
—

- | | |
|---------------------|--------------------|
| ✓ Oxímetro de Pulso | ✓ Foco Auxiliar |
| ✓ Serra | ✓ Eletrocautério |
| ✓ Desfibrilador | ✓ Oxicapiôgrafo |
| ✓ Foco Frontal | ✓ Cardiomonitor |
| ✓ Fonte de U | ✓ Gerador Elétrico |

Gabriel Eduardo Mendonça
COREN-PB 1035.620-TE
REQUERIMENTO DE RESPONSAZ

COREL OF CUSCUM-IE
CIRCULANTE RESPONSÁVEL

CIRCULAR DE RESPONSABIL

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG

FOLHA DE
ANESTESIAHOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ENFERMAGIA

LEITO

Nº PRONTUÁRIO

NOME

2341

SEXO

COR

M

20/03/20

PRESSÃO ARTERIAL

PULSO

RESPIRAÇÃO

TEMPERATURA

PESO

ALTURA

TIPO SANGUÍNEO

HEMÁCIAS

HEMOGLÓBINA

HEMATÓCITO

GLICOSA

LÍQUIDA

OUTROS

URÉIA

AP. RESPIRATÓRIO

ALVOS

BRONQUITE

AP. CIRCULATÓRIO

ELETROCARDIOGRAMA

AP. DIGESTIVO

DENTES

FECO/Ó

AP. URINÁRIO

ESTADO MENTAL

ATARÁXICOS

CORTICOIDES

ALCOOL

HOTÓPICO

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

ESTADO FÍSICO

RISCO

ANESTESIAS ANTERIORES

ESTADO FÍSICO

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

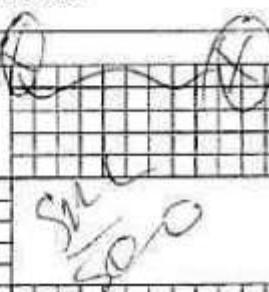
APLICADA

AS.

EFEITO

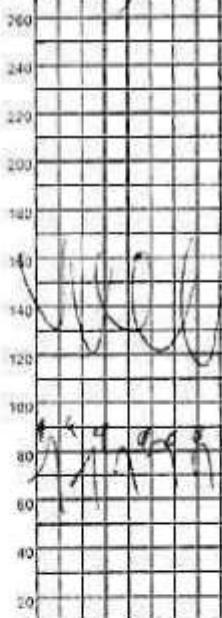
AGENTES
ANESTÉSICOS

D:



SNC

SNC

CÓDIGOS
VP. ARTERIAL O. PULSO O. RESPIRAÇÃO
AX - ANESTESIA O. OPERAÇÃO

INDUÇÃO
Satisf. _____ Excit. _____ Toss. _____
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:

Para o Leito Sim _____ Não _____

CONDIÇÕES:

SÍMBOLOS
E ANOTAÇÕES

Dex - 10 mg

POSIÇÃO

AGENTES

Dipr. 100 mg Syr

TÉCNICA

RADELLI.

CÂNULAS

OPERAÇÃO

Cervicoto.

CRUZHÓDOS

Spazurro

ANESTESTISTAS

Jovando M. F. Junior

Anestesiologista

CRM - P-1117

OBSERVAÇÕES

ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E

PÓS-OPERATÓRIAS.

PERDA SANGUÍNEA



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: <u>Guilherme Lins</u>	Idade: <u>23 anos</u>	
Convênio:	Data: <u>27/03/20</u>	
Procedimento: <u>Endo. dent. dente 4.10</u>		
Cirurgião: <u>Dra. Verpaz</u>	Auxiliar:	Anestesista: <u>Dra. Gentil</u>
Inicio:	Término:	Anestesia <u>Racine + Salic</u>



Número do Prontuário: 128882

DATA DA CIRURGIA: 06/03/2020

Número do Atendimento: 2106167 Clin: ORTOPEDIA 1 / Enf: 2 / Lei: 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 PELE

Data da

Cirurgia: 06/03/2020

Equipe:

Cirurgião: DR DIRCEU

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador:

Anestesista:

Tipo de anestesia:

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:

Acidente Durante Operação:

Descrição da Operação: ANTISSEPSIA COM CLOREXIDINA
PREPAERO DE RETALHO FASCIOCUTANEO

ACOMODAÇÃO DO RETALHO

SURA COM MONONYLON 3-0

ENXERTIA DE PELA DAS ÁREAS CRUENTAS

CURATIVO COM GAZE VASELINADA

Data 06/03/2020

Assinatura/Carimbo

Dirceu Melo De Carvalho

C = Infectada / P = Ontoposia / C = plástica

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

Nº -
05/1996

PACIENTE:

Edinal Vieira Lima Burack

QI

LEITE

CONVÉNIO

IDADE

REGISTRO

CIRURGIA

exente de pele + Rodar
de rotulário + ferro entortado

CIRURGÃO

Dra. Sônia

ANESTESIA

• Nári + Sedan

ANESTESIA

Dra. Marcela

INSTRUMENTADORA

DATA

06/03/20

INICIO

8:00

FIM

10:00

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de
Emergência e Trauma Dom
Luiz Gonzaga Fernandes

Qtd. MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS

01

Bolsa Colostoma

Qtd.

FIOS

CÓDIGO

02 Adrenalinamp.

01

Calet. p. Oxo.

Calet. crômado Sertix

Atropina amp.

01

Calet. De Urinar Sist. Fect.

Diazepan amp.

01

Compressa Grande

Dimetx amp.

01

Compressa Pequena

Dolartina amp.

01

Cotonolito

Efrane ml

01

Dreno

Fenegam amp.

01

Dreno Kerr n°

Fentanil ml

01

Dreno Penrose n°

Inova ml

01

Dreno Pezzer n°

Ketalar ml

01

Equipo de Macropontas

Nicarina 200ml 01

01

Equipo de Macropontas

Nubatin amp.

01

Equipo de Sangue

Pavulon amp.

01

Equipo de PVC

Protogmine amp.

01

Espiratrapo Largo cm

Protóxido im

01

Euracim ml

Quiclon ml

08

Gase Pacote c/ 10 unidades

Rapifen amp.

01

H2O ml

Thionembutal ml

01

Intracath Adulto

Tracnum amp.

01

Intracath Infantil

Qtd. MEDICAÇÕES

01

Lâmina de Bisturi n° 23

04 Agua Destilada amp

01

Lâmina de Bisturi n° 11

01 Decadron amp.

01

Lâmina de Bisturi n° 15

02 Dipirone amp.

01

Luvas 7.0

Flexidol amp.

03

Luvas 7.5

Flebocortid amp.

03

Luvas 8.0

Geramicina amp.

01

Luvas 9.0

Glicose amp.

01

Oxigênio l/m

Glucon de Cálcio amp.

01

Polfix

Haemace ml

01

Degemante ml

Heparina ml

01

PUPP Tóxico ml

Kanakion amp.

03

Sabão Antiséptico

Lasix amp

04

Saco coletor

Medronazol

03

Seringa desc. 10 ml

Pasil amp

02

Seringa desc. 20 ml

Proamina

03

Seringa desc. 05 ml

Revivan amp

01

Sonda

Stuptanon amp

01

Sonda folley

Cefalotina 1g

01

Sonda Nasogástrica

Sonda Uretral n°

01

Sterycrom ml

Torneirinha

01

Torneirinha

Qtd. MATERIAIS / SOLUÇÕES

02

Vaseline ml

02 Aquila desc. 25 x 7

02

Gelcon 18

02 Aquila desc. 28 x 28

02

Látex unid

03 Aquila desc. 34 x 16

02

elásticos

01 Aquila p. aquê n° 25 x 90

05

elásticos

01 Alcool de Enfemagem 10%

01

Fla. de

Alcool Iodado ml

01

Fla. de

04 Ataduras de Crepon 15 x 20

01

Fla. de

Ataduras de Gossada

01

Fla. de

Azul metileno amp

01

Fla. de

Benzina ml

01

Fla. de

EQUIPAMENTOS

Oxímetro de Pulso

Serra

Desfibrilador

Foco Eletrocautério

Foco de Luz

Fenda de Luz

Foco Auxiliar

Eletrocautério

Oxícapiógrafo

Cardiomonitor

Perfurador Elétrico

Elizabeth Lopes de Souza

1.201.651-17

COREN-PB

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Dig. de

Centro 120.551

000 000

GABRIEL VIEIRA COURA BURDICK

PRIMERAS

卷之三

EXCELSIOR

ESTADO CIVICO DE SANTO DOMINGO

NATURAL DYES 69

SOCIAL INNOVATION IN THE 21ST CENTURY

卷之三

EM 90 DAS DE 18 DE MAIO DE 1993

CHM

SECTION

SEYHUG

DATA DE EMISSAO: 05/06/2013
CAMPUS: GRANDE PR

THE JOURNAL OF CLIMATE

212.76710.38-2

60

0040

3446979

Band 1





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**

Dígito 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 - AL 000000000000 N° 013785476980
 Q CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO
 1 VIA COD. RENAVAM RNTRC 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/HF CHASSI
 1 NMF5345 AL 95VCA1A299M003916

ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL
 PAS/MOTOCICLO/NENHUMA GASOLINA

ANOTAS ANO DIA
 MARCA/ MODELO DAFRA/SPEED 150 2009 2009

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

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

PRÉMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
 00 00 00 26072018

OBSERVAÇÕES
 SEM RESERVA DE DOMINIO

MACEIO - AL 19/02/2018
 0608246 / 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:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE		
2 - Nif 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 N° 445/2012			
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: 56411-190	15 - E-mail: 16 - Tel. (DDDD) (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:
Declare, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).		
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:		
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (343) <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos): <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) <input type="checkbox"/> Nome do BANCO: NU PAGAMENTOS S A AGENCIA: <input type="checkbox"/> CONTA: <input type="checkbox"/> AGENCIA: 0001 <input type="checkbox"/> CONTA: 44164167 <input type="checkbox"/> 2 (Informe o dígito se existir) (Informe o dígito se existir) (Informe o dígito se existir) (Informe o dígito se existir)		

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica e custas da Seguradora Lider 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 <input type="checkbox"/> Casado (no civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Vívo	24 - Data do óbito da vítima:				
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informe o nome completo:			
28 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar se vivos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	30 - Vítima deixou nieto(na)?: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmão?: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmão, informar se vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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

34	35 - Nome legível de quem assina a rigo/a pedido	36 - CPF legível de quem assina a rigo/a pedido	37 - (*) Assinatura de quem assina a rigo/a pedido	38 - 1º Nome: CPF: Assinatura da testemunha
				39 - 2º Nome: CPF: Assinatura da testemunha
				40 - Local e Data: JOÃO PESSOA, 17/12/2020 Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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

Gabriel Vieira Coura Burdick

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/02/2020

Titular do CPF: GABRIEL VIEIRA COURA BURDICK

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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 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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

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 Coava 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:	6 - CPF:		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
15 - E-mail:			16 - Tel. (DDD): 83 9 8805 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:		
<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: <input type="text"/>	CONTA: <input type="text"/>	AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo o dendo, desde já e sómente 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 Lider 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (varíssor)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro (DPVAT) por morte áqueles 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):	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____
	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	Assinatura da testemunha: _____
	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____
	40 - Local e Data: _____ x Gabriel Vieira Coava Burdick	Assinatura da testemunha: _____



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 integra: 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 Policia 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 Patricia Coura Burdick e Cristiano Vieira Burdick, natural de Goiania/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) Fato(s):

Local: Via Pública, Próximo Do, Posto de Combustivel "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 TRANSITO**.

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 SOCORRIDOS 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 POLICIA CIVIL, SENDO QUE POR ESTE MOTIVO VEIO ATÉ ESTA DELEGACIA DE POLICIA 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 POLICIA 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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

Procedimento Policial: 00347.01.2020.1.05.101



Lucena/PB, 16 de outubro de 2020.

Alexandre
ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA
Agente de Investigação

Gabriel Vieira Coura Burdick
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 Coava 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:	6 - CPF:		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
15 - E-mail:			16 - Tel. (DDD): 83 9 8805 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:		
<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: <input type="text"/>	CONTA: <input type="text"/>	AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo o dendo, desde já e sómente 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 Lider 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (varíssor)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro (DPVAT) por morte áqueles 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):	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____
	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	Assinatura da testemunha: _____
	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____
	40 - Local e Data: _____ x Gabriel Vieira Coava Burdick	Assinatura da testemunha: _____