



18/02/2021

Número: **0800394-45.2021.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **10ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **11/01/2021**

Valor da causa: **R\$ 10.125,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
GABRIEL VIEIRA COURA BURDICK (AUTOR)		FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
39624 905	18/02/2021 13:20	2784790_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



CAGEPA

CENTRO ADMINISTRATIVO DE GESTÃO E PLANEJAMENTO

Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-070 - CNPJ: 06.120.854-0001

NOTIFICAÇÃO DE DÉBITOS

GERALDA MARIADOS SANTOS

RUA JOSÉ HAMILTON ALVES, 119 - NOVO CRUZILHO

CAMPINA GRANDE - PB 58411-190

Inscrição

SMI

Quantidade de Economias

Valor de Cobrança Valor em Dívidas

Scanned with CamScanner





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/02/2021 13:20:43

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021813204341900000037758323

Número do documento: 21021813204341900000037758323

Num. 39624905 - Pág. 2

13/02/2020



SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

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
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 13/02/2020
Bolsim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: acolhimento

PACIENTE: GABRIEL VIEIRA COURA CEP: 58400002 Nascimento: 07/05/1996

BURDICK

Endereço: EMILIANO ROSENDO DA SILVA

Cidade: Campina Grande

Nome da Mãe: ADILIA PATRICIA COURA

BURDICK

Responsável:

Estado Civil:

OBS: ACIDENTE DE MOTO MOTO X CARRO

MECANISMOS DO TRAUMA

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

1. Cabeça
2. Amputação
3. Ausência
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalme
9. Enfiamento subcutâneo
10. Enfiamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Contuso
15. F. Cortante
16. F. Corto-cortado
17. F. Perfuro-cortado
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Hipertermia
23. Laceração
24. Lesão tendão
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torção paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Otite
30. Paralisia
31. Parestesia
32. Pirestesia
33. Queimadura
34. Pincelagem
35. Sinal de Isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

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

10.1.148/projetohc/impreclass.php?contar=2106110&dataatend=2020-02-13&horatend=18:24:44

HTCG-Panel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

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

Glasgow PA HGT: Sat02

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais () Ultrassonografia:
() Gasometria arterial () Radiografias:
() Tomografia Computadorizada

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: as

Especialista: as Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

HORÁRIO REALIZADO

Nº

1

2

3

4

5

6

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:



3/02/2020

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

HTCG-Painel Administrativo

DESTINO DO PACIENTE ____/____/____ às ____:____ hs.

- () Centro cirúrgico
() Internação (setor)
() Transferência a outro setor ou HOSPITAL

() Alta hospitalar / () Já revela
() Decisão Médica
() Óbito

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

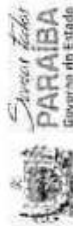
CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE



13/02/2020



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
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 () DIARREIA () EXANTEMA
() PRURIDO () DISPNEIA (X) DOR () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() ANAFLAXIA () FLEBITE () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SÍBILOS () TOSSE



ESCALA DE DOR: DOR BASTANTE FORTE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :
AMARELO

HTCG-Panel Administrativo

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA	DO

OBS:

ENFERMEIRO/COREN
acolhimento

Jane Evelyn Mariano
COREN-PB 764.336-ENF



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA TRAUMA DOMITIZ GONZAGA FERNANDES
Av. 1401, Shopping Buarque, 1º andar - Setor - 50000-000 - João Pessoa - PB

CNPJ: 06.758.268/0001-52
Data: 17/03/2020



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: 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

Isis Ismael Lacerda
Cirurgião - ORL
CRM: 10.100.100.100



HUECCG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <u>Carla Maria Lourenço</u>			IDADE	SEXO: <u>M.</u>	COR: <u>P.</u>
DATA: <u>23/05/2020</u>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESSO	ALTURA	
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLUCEMIA	URICA	OUTROS	
	URINA						
AP. RESPIRATÓRIO: <u>NA DE SPA</u>					ACAS	BRONQUIE	
AP. CIRCULATÓRIO: <u>GENÉRICO 20/1</u>					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO: <u>FEJUN</u>			DENTES	RESIDUO	AP. RINÁRIO		
ESTADO MENTAL: <u>NONE</u>			ATRAQUE	CONTORQUES	ALERGIA	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <u>Colesterol e triglicéridos (D)</u>					ESTADO FÍSICO	RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES:							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA: <u>(8.30 - 9.30h)</u>				APLICADA	AS	EFETO	
AGENTES ANESTÉSICOS LIQUIDOS CÓDIGOS VP ARTERIAL O PULSO O RESPIRAÇÃO AX ANESTESIA O OPERAÇÃO SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES INDUÇÃO Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ Laringo espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____ MANUTENÇÃO 3.0 2.0 1.0 0.5 0.2 0.1 ANESTESIA SATISF. Sim _____ Não _____ Não, por quê? _____ DESPERTAR Reflexos na SO: _____ Opstr.: _____ Co.: _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____ Com cânula: Pelo o Leito Sim _____ Não _____ CONDIÇÕES:							
POSICÃO: <u>AP. Perceção de</u> AGENTES: <u>Propofol 15mg (2) 1.0ml 100.0</u> TECNICA: <u>Subcutâneo</u> OPERAÇÃO: <u>Remoção de um dente</u> CRUQUEIROS: <u>Dr. Ricardo</u> ANESTESISTAS: <u>Dr. João</u> OBSERVAÇÕES: <u>CPA 70/20</u>							

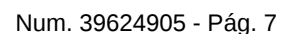
NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E
DURANTE A OPERAÇÃO

PERDA SANGUÍNEA



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Gabriel Vitoria Paves Bandeira		Idade:	93	
Convênio:	SUS		Data:	23/03/20	
Procedimento:	limpeza + desbridamento cirurgico em HII				
Cirurgião:	Dr Ricardo	Auxiliar:	R2 Urologia	Anestésista:	Dr Selenio
Início:	07:50	Término:	09:20	Anestesia	Raque

[illegible][illegible][illegible]

Número do Promatário: 128882

DATA DA CIRURGIA: 26/02/2020

Número do Atendimento: 2106167 Clin: ORTOPEDIA 1 / 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+DESTRIDAMENTO

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 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 EXTENSA ÁREA DE NECROSE EM DORSO DE PÉ D COM PRESENÇA DE
FIBRINA + EXPOSIÇÃO ÓSSEA + AUSÊNCIA DE TENDÕES EXTENSORES
4. REALIZADO DESTRIDAMENTO 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: Gabriel Vieira Costa Buidick DN. 07.05.1995						GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO		
	03	011	23	8106110		
CIRURGIA		CIRURGIA				
ANESTESIA		ANESTESIA				
INSTRUMENTADORA		DATA	INICIO	FIM		
		26.03.2020	09:30	20:15		

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Acronalina amp.	Catet. p/ Oxo.		Catgut cromado Serfix	
	Atropina amp.	Catet. De Unnar Sist. Fech.		Catgut cromado Serfix	
	Diazepam amp.	Compressa Grande		Catgut cromado Serfix	
01	Dinopre amp.	Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.	Cotonóide		Catgut Simples Serfix	
01	Efrase ml	Dreno		Catgut Simples Serfix	
01	Fanegam amp.	Dreno Kerr n°		Catgut Simples Serfix	
	Fentanil ml	Dreno Penrose n°		Cera p/ osso	
01	trova ml	Dreno Pezzer n°		Ethibond	
01	Ketalar ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
01	Mercaina 5% ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubain amp.	Equipo de Sangue		Fio de Algodão Serfix	
	Pavulon amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodão Serfix	
	Proglumina amp.	Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutopak	
	Protóxido l/m	Funacim ml		Fio de Algodão Sutopak	
	Queicin ml	Gasa Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifon amp.	H.O. ml		Mononylon	
	Thiopental ml	Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.	Intracath Infantil		Prolene Serfix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	Lâmina de Bisturi n° 23		Prolene Serfix	
01	Agua Destilada amp.	Lâmina de Bisturi n° 11		Prolene Serfix	
	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi n° 15		Prolene Serfix	
	Dipirona amp.	Luvas 7/3		Vicryl Serfix	
	Flaxidol amp.	Luvas 7/5		Vicryl Serfix	
	Flebocortid amp.	Luvas 2/0		Vicryl Serfix	
	Geramicina amp.	Luvas 2/0			
	Glicose amp.	Oxigênio l/m			
	Glucos de Cálcio amp.	Polidif			
	Haemacel ml	PVPI Degemante ml			
	Reparanta ml	PVPI Tópico ml	Qtd.	SOROS	
	Karakion amp.	Sabão Antisséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	Saco coletor	01	SG Gelado fr 500 ml	
	Medrolinazol	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Piasil amp.	Seringa desc. 20 ml	04	SG Ringr fr 500 ml	
	Protamina	Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml	
	Revivan amp.	Sonda			
	Suption amp.	Sonda folley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
	Cefalotina 1g	Sonda Nasogátrica			
01	Kalligonox	Sonda Uretral n°			
		Sterydrem ml			
		Tomocirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaselina ml			
	Agulha desc. 25 x 7	Gelcon 18			
	Agulha desc. 28 x 28	Látex			
01	Agulha desc. 3 x 4,5				
	Agulha p/ raque n° 25				
	Alcool de Enfermagem				
	Alcool Iodado ml				
02	Ataduras de Crepon				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

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

Circulante Responsável: *Shirley + Colônia*

CLEAN
 VAPOR / STEAM
 INTEGRADOR QUÍMICO
 Referência:
 TPO 5 / ISO 11161-1
 COTR CL040219
 04-FEV-2021
 Atividade se a partir do 1º semestre de 2021 em
 nota de avaliação de 1 a 5 estrelas



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMEIRA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO																																																																																																																																																																																																																									
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <i>Gabriel Viana C. Buehly</i>		IDADE: <i>23</i>	SEXO: <i>M</i>	COR: <i>B</i>																																																																																																																																																																																																																									
DATA: <i>26/2/2021</i>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PEITO	ALTURA																																																																																																																																																																																																																									
TIPO SANGÜÍNEO	HEMACIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLUCEMIA	URINA	OUTROS																																																																																																																																																																																																																									
AP. RESPIRATÓRIO					ASIA	BRONQUIE																																																																																																																																																																																																																									
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA																																																																																																																																																																																																																										
AP. DIGESTIVO			DENTES	PREÇO	AP. UTERINO																																																																																																																																																																																																																										
ESTADO MENTAL			ATRAVANCOS	CORTICÓIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES																																																																																																																																																																																																																									
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO	RISCO																																																																																																																																																																																																																									
ANESTESIAS ANTERIORES																																																																																																																																																																																																																															
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO																																																																																																																																																																																																																									
AGENTES ANESTÉSICOS	<table border="1"> <tr> <td>0'</td> <td colspan="6"><i>20 1L</i></td> </tr> <tr> <td>1'</td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td>2'</td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td>3'</td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td>4'</td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td>5'</td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td>6'</td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td>7'</td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td>8'</td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td>9'</td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td>10'</td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td>11'</td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td>12'</td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td>13'</td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td>14'</td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td>15'</td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td>16'</td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td>17'</td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td>18'</td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td>19'</td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td>20'</td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td>21'</td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td>22'</td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td>23'</td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td>24'</td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td>25'</td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td>26'</td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td>27'</td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td>28'</td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td>29'</td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td>30'</td> <td colspan="6"></td> </tr> </table>						0'	<i>20 1L</i>						1'							2'							3'							4'							5'							6'							7'							8'							9'							10'							11'							12'							13'							14'							15'							16'							17'							18'							19'							20'							21'							22'							23'							24'							25'							26'							27'							28'							29'							30'						
0'	<i>20 1L</i>																																																																																																																																																																																																																														
1'																																																																																																																																																																																																																															
2'																																																																																																																																																																																																																															
3'																																																																																																																																																																																																																															
4'																																																																																																																																																																																																																															
5'																																																																																																																																																																																																																															
6'																																																																																																																																																																																																																															
7'																																																																																																																																																																																																																															
8'																																																																																																																																																																																																																															
9'																																																																																																																																																																																																																															
10'																																																																																																																																																																																																																															
11'																																																																																																																																																																																																																															
12'																																																																																																																																																																																																																															
13'																																																																																																																																																																																																																															
14'																																																																																																																																																																																																																															
15'																																																																																																																																																																																																																															
16'																																																																																																																																																																																																																															
17'																																																																																																																																																																																																																															
18'																																																																																																																																																																																																																															
19'																																																																																																																																																																																																																															
20'																																																																																																																																																																																																																															
21'																																																																																																																																																																																																																															
22'																																																																																																																																																																																																																															
23'																																																																																																																																																																																																																															
24'																																																																																																																																																																																																																															
25'																																																																																																																																																																																																																															
26'																																																																																																																																																																																																																															
27'																																																																																																																																																																																																																															
28'																																																																																																																																																																																																																															
29'																																																																																																																																																																																																																															
30'																																																																																																																																																																																																																															
LIQUIDOS	<table border="1"> <tr> <td>500</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>500</td> <td>500</td> </tr> <tr> <td>500</td> <td></td> </tr> </table>						500	100	500	500	500																																																																																																																																																																																																																				
500	100																																																																																																																																																																																																																														
500	500																																																																																																																																																																																																																														
500																																																																																																																																																																																																																															
COÓRDENAS	<table border="1"> <tr> <td>260</td> <td colspan="6"><i>260 100</i></td> </tr> <tr> <td>240</td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td>220</td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td>200</td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td>180</td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td>160</td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td>140</td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td>120</td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td>100</td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td>80</td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td>60</td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td>40</td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td>20</td> <td colspan="6"></td> </tr> </table>						260	<i>260 100</i>						240							220							200							180							160							140							120							100							80							60							40							20																																																																																																																																				
260	<i>260 100</i>																																																																																																																																																																																																																														
240																																																																																																																																																																																																																															
220																																																																																																																																																																																																																															
200																																																																																																																																																																																																																															
180																																																																																																																																																																																																																															
160																																																																																																																																																																																																																															
140																																																																																																																																																																																																																															
120																																																																																																																																																																																																																															
100																																																																																																																																																																																																																															
80																																																																																																																																																																																																																															
60																																																																																																																																																																																																																															
40																																																																																																																																																																																																																															
20																																																																																																																																																																																																																															
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	<table border="1"> <tr> <td>100-95-15</td> <td colspan="6"><i>circulação 2</i></td> </tr> <tr> <td>clonaz 0.1</td> <td colspan="6"><i>proprio 5ml</i></td> </tr> <tr> <td>clonaz 100</td> <td colspan="6"><i>proprio 10ml</i></td> </tr> </table>						100-95-15	<i>circulação 2</i>						clonaz 0.1	<i>proprio 5ml</i>						clonaz 100	<i>proprio 10ml</i>																																																																																																																																																																																																									
100-95-15	<i>circulação 2</i>																																																																																																																																																																																																																														
clonaz 0.1	<i>proprio 5ml</i>																																																																																																																																																																																																																														
clonaz 100	<i>proprio 10ml</i>																																																																																																																																																																																																																														
POSICÃO	<i>0</i>																																																																																																																																																																																																																														
AGENTES																																																																																																																																																																																																																															
TECNICA	<i>proprio e sedar</i>																																																																																																																																																																																																																														
OPERAÇÃO	<i>proprio e sedar</i>																																																																																																																																																																																																																														
QUIRURGICOS	<i>Dr. A. P. Dr. C. Buehly</i>																																																																																																																																																																																																																														
ANESTESISTAS	<i>Isabela Donato</i>																																																																																																																																																																																																																														
OBSERVAÇÕES	<i>ANESTESIOLOGISTA CRM-PE 4180</i>																																																																																																																																																																																																																														
PERDA SANGÜÍNEA																																																																																																																																																																																																																															

E, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.

PERDA SANGÜÍNEA





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Gabriel Giza Faria Bandeira	Idade:	30 anos
Convênio:		Data:	08/02/20
Procedimento:	LME + desbridamento em classe de p 1		
Cirurgião:	Dr. Rodrigo	Auxiliar:	Dr. Eduardo
Anestesista:	Dra. Fabiana		
Início:	10:30	Término:	10:50
Anestesia:	Rápida		

Hora	PA	Pulso	SAT 02	Responsável	A. Motora	Consciência
10:15	111-56	58	100%	Andréia Torres		
10:45	114-60	54	99%	Andréia Torres		
11:30	121-63	52	98%	Andréia		
12:00	114-55	45	99%	Andréia		

Medicamentos/Materiais	Quantidade

Observações:

Assinatura Anestesista

Circulante



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: *Gabriel Vieira Coura Bierdick Du-* 07/05/96
 QI: *05* LEITE: *05* CONVÊNIO: *SUS* IDADE: *23 a* REGISTRO: *2206367*
 CIRURGIA: *Desbridamento cirurgico de fer* CIRURGIÃO: *Dr. Marcio*
 ANESTESIA: *Rauni* ANESTESIA: *Dr. Marcio*
 INSTRUMENTADORA: *17/03/2020* INICIO: *13:40* FIM: *14:10*



Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS
	Adrenalina amp.		Carel p/ Oxi		Calgut cromado Sertix
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech		Calgut cromado Sertix
	Diazepam amp.	<i>01</i>	Compressa Grande		Calgut cromado Sertix
<i>02</i>	Dimore amp.		Compressa Pequena		Calgut Simples
	Dolantina amp.		Cotonoides		Calgut Simples Sertix
<i>01</i>	Efrane ml		Dreno		Calgut Simples Sertix
	Fenogam amp.		Dreno Kerr n°		Calgut Simples Sertix
	Fentanil ml		Dreno Penrose n°		Cera p/ osso
	Inova ml		Dreno Pezzon 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>01</i>	Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutupak
	Protóxido l/m	<i>01</i>	Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak
	Quelicin ml	<i>01</i>	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca
	Rapifen amp.		H.O. ml		Mononylon
	Thionembuta ml		Intracath Adulto		Mononylon
	Trachum amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix
Qtd.	MEDICAÇÕES	<i>01</i>	Lamina de Bisturi n° 23		Prolene Sertix
	Agua Destilada amp.		Lamina de Bisturi n° 11		Prolene Sertix
<i>01</i>	Decadron amp.		Lamina de Bisturi n° 15		Prolene Sertix
<i>02</i>	Dipirone amp.	<i>01</i>	Luvax 7/0		Vicryl Sertix
<i>01</i>	Flaxido amp	<i>01</i>	Luvax 7/5		Vicryl Sertix
	Fiebo cortid amp.		Luvax 8/0		Vicryl Sertix
	Geramicina amp.		Luvax 8/5		
	Glicose amp.		Oxigenio l/m		
	Glucos de Calcio amp.		Poliflix		
	Haemacel ml		PVPI Degemante ml		
	Heparina ml		PVPI Tópico ml	Qtd.	SOROS
	Kanaxon amp.		Sabão Antiséptico		SG Normotérmico fr 500 ml
	Laxa amp.	<i>04</i>	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml
	Medrolinazol.	<i>01</i>	Seringa desc. 10 ml -		SG Hipertérmico fr 500 ml
	Piasil amp.		Seringa desc. 20 ml		SG Ringir fr 500 ml
	Prolamina	<i>02</i>	Seringa desc. 05 ml	<i>01</i>	SG fr 500 ml
	Revivan amp.		Sonda		
	Stuparon amp.		Sonda folley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogástrica		
			Sonda Uretral n°		
			Sterydrem ml		
			Torneirinha		
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml		
	Agulha desc. 25 x 7		Gelcon 18		
	Agulha desc. 28 x 28		Latex		
	Agulha desc. 3 x 4,5	<i>05</i>	<i>eletrabios</i>		
<i>01</i>	Agulha p/ raque n° 22				
	Alcool de Enfermagem				
	Alcool Iodado ml				
	Ataduras de Crepon				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

EQUIPAMENTOS

☒ Oxímetro de Pulso ☐ Foco Auxiliar
☐ Serra ☒ Eletrocautério
☐ Desfibrilador ☒ Oxícapnógrafo
☒ Foco Frontal ☒ Cardiomonitor
☐ Fonte de Luz ☐ Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Dr. José Oliveira





Número do Prontuário: 128882

DATA DA CIRURGIA: 23/03/2020

Número do Atendimento: 2106167 Clin: 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 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 - RADIATOLOGIA



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Gabriel Vieira Costa Bazzochi DN. 07/05/96				 GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes	
QI: —	LEITE: Solo O5	CONVÊNIO: SUS	IDADE: 23a.	REGISTRO: 21.05.167	
CIRURGIA: Simples + enterostomia			CIRURGIÃO: Dr. Ricardo - R2 Urgência		
ANESTESIA: Regim			ANESTESIA: Dr. Sidiachia		
INSTRUMENTADORA: Kecia		DATA: 23/03/20	INÍCIO: 08:30	FIM: 09:20	

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Boia Colostomia	Qtd.	FIOS
	Adrenalina amp.	01		Catgut cromado Sertix
	Atropina amp.			Catgut cromado Sertix
	Diazepam amp.	05		Catgut cromado Sertix
01	Dilúte amp.			Catgut Simples
	Dolantina amp.			Catgut Simples Sertix
	Efrane ml			Catgut Simples Sertix
	Fenogam amp.			Catgut Simples Sertix
01	Fentanil ml			Cera pl. osso
01	Injua ml			Ethibond
	Ketalar ml	0		Ethibond
01	Medicinal % ml			Ethibond
	Nutalin amp.			Fio de Algodão Sertix
	Pavulon amp.			Fio de Algodão Sertix
	Protigmine amp.	45		Fio de Algodão Sutupak
	Protóxido /m			Fio de Algodão Sutupak
	Quiclor ml	195		Fila cardiaca
	Rapifen amp.			Mononylon
	Truembul ml			Mononylon
	Tracium amp.			Protene Sertix
Qtd.	MEDICAÇÕES	01		Protene Sertix
03	Água Destilada amp.			Protene Sertix
	Decadron amp.			Protene Sertix
02	Digipona amp.	02		Vicryl Sertix
	Flaxidol amp.	02		Vicryl Sertix
	Fieroportid amp.	03		Vicryl Sertix
	Geramicina amp.			
	Glicose amp.	40		
	Glicor de Cálcio amp.			
	Haemácel ml	85		
	Heparina ml			
	Kanakion amp.	195		
	Lasix amp.			
	Medrotilazol	01		
02	Rias amp.	01		
	Protamina	01		
	Rev. van amp.			
	Stuplanon amp.			
02	Gestolona 1g			
01	Fenoxico			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES			
02	Agulha desc. 25x7 40x12	01		
	Agulha desc. 28 x 28			
	Agulha desc. 3 x 4,5	03		
02	Agulha p/ raque nº 25/24	03		
03	Alcool de Enlerragem			
	Alcool Iodado ml			
04	Ataduras de Crepon			
	Ataduras de Gessada			
	Azul metileno amp.			
	Benzina ml			

Qtd.	SOROS
	SG Normotermico fr 500 ml
01	SG Gelado fr 500 ml
	SG Hipertermico fr 500 ml
	SG Ringr fr 500 ml
04	SG fr 500 ml

Qtd.	ORTESE E PRÓTESE

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

CIRCULANTE RESPONSÁVEL
 (M. Kempa 123.700-2)



28/03/2020

HTCG-Panel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

CNPJ: 08.778.268/0038-52

Av. Maj. Floriano Peixoto, 4706 - Malvinas, Campina Grande - PB

Data: 28/03/2020

NOME: Vespaziano Quintaes Guerra



PARAÍBA
Governo do Estado



Servico Público
PARAÍBA
Governo do Estado

Número do Prontuário: 128882

DATA DA CIRURGIA: 28/03/2020

Número do Atendimento: 2106167 Clin: NEUROBUCA / EnE 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
28/03/2020
CRM: 4511

Obs: A cirurgia foi em 27/03/2020

Vespaziano Quintaes Guerra
28/03/2020
CRM: 4511



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

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

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostomia	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	Catet. pl. Oxi.		Catgut cromado Serlix	
	Atropina amp.	Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Serlix	
	Diazepam amp.	Compressa Grande		Catgut cromado Serlix	
	Dimora amp.	Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.	Colonoide		Catgut Simples Serlix	
	Efrane ml.	Dreno		Catgut Simples Serlix	
	Fenegan amp.	Dreno Kerr nº		Catgut Simples Serlix	
	Fontanil ml.	Dreno Penrose nº		Cera pl. osso	
	Inova ml.	Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml.	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mercaina <i>0,5</i> % ml.	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubatin amp.	Equipo de Sangue		Fio de Algodão Serlix	
	Pavulon amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodão Serlix	
	Protigmine amp.	Espandrapo Largo cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Protóxido l/m	Furacim ml.		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelcin ml.	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.	H.O. ml.		Mononylon	
	Thiopentol ml.	Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.	Intracath Infantil		Prolene Serlix	
	Qtd. MEDICAÇÕES	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Serlix	
	Água Destilada amp.	Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Serlix	
	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Serlix	
	Dipirona amp.	Luvas 7.0		Vicryl Serlix	
	Flaxido amp.	Luvas 7.5		Vicryl Serlix	
	Flebosorbid amp.	Luvas 8.0		Vicryl Serlix	
	Geramona amp.	Luvas 8.5			
	Glicose amp.	Oxigênio l/m			
	Glucos de Cálcio amp.	Polifix			
	Haemacel ml.	PVPi Cegemante ml.			
	Heparina ml.	PVPi Tópico ml.	Qtd.	SOROS	
	Kanakon amp.	Sabão Antiséptico		SG Normotermico fr 500 ml	
	Lasix amp.	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrolinazol.	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertermico fr 500 ml	
	Pasli amp.	Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Proamina	Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml	
	Revivan amp.	Sonda			
	Suption amp.	Sonda Bailey	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
	Cefalotina tg	Sonda Nasogástrica			
		Sonda Uretral nº			
		Steridrem ml.			
		Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaselina ml.			
	Agulha desc. 25 x 7	Gelcon 10			
	Agulha desc. 28 x 28	Látex			
	Agulha desc. 3 x 4,5				
	Agulha p/ raque nº				
	Alcool de Enfermagem				
	Alcool Iodado ml				
	Ataduras de Crepon				
	Ataduras de Gossard				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

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

Gabriel Eduardo Mendonça
COREN-PB 1035620-TE
CIRCULANTE RESPONSÁVEL

MOD 666



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECGHOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ENFERMARIA

LEITO

Nº PRONTUÁRIO

FOLHA DE ANESTESIA

NOME

Suelio Vieira Louco Bardechi

IDADE

SEXO

COR

DATA

PRESSÃO ARTERIAL

PULSO

RESPIRAÇÃO

TEMPERATURA

PESO

ALTURA

TIPO SANGÜÍNEO

HEMÁCIAS

HEMOGLOBINA

HEMATÓCRITO

GLICÊMIA

URÉIA

OUTROS

AP. RESPIRATÓRIO

ARTEIRA

BRONQUIE

AP. CIRCULATORIO

ELETROCARDIOGRAMA

AP. DIGESTIVO

DENTES

PESCOÇO

AP. URINÁRIO

ESTADO MENTAL

ALARAXICOS

CONTOLIDES

ALERGIA

HIPOTENSORES

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

lesão pela pós trauma

ESTADO FÍSICO

RISCO

ANESTESIAS ANTERIORES

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

APLICAÇÃO

AS

EFEITO

AGENTES ANESTÉSICOS

LÍQUIDOS

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

SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES

POSIÇÃO

AGENTES

TÉCNICA

OPERAÇÃO

CIRURGIÃO

ANESTESISTAS

OBSERVAÇÕES

INDUÇÃO

Satisf. _____ Excit. _____ Tosse _____

Laríng. 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:

R, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E
PÓS-OPERATÓRIAS.

PERDA SANGÜÍNEA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/02/2021 13:20:43

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021813204341900000037758323>

Número do documento: 21021813204341900000037758323

Num. 39624905 - Pág. 18

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:

Anestesista:

Tipo de anestesia:

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:

Acidente Durante Operação:

Descrição da Operação: ANTISSEPSE COM CLOREXIDINA

PREPARO DE RETALHO FASCIOCUTANEO

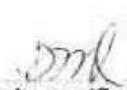
ACOMODAÇÃO DO RETALHO

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 - Infectada / P - Ortopedia / E - plástica

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

06/05/1996

PACIENTE: Gabriel Vieira Leon Barick						 GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO		
02/04	Sala 11:2	Sus	73 anos	2106167		
CIRURGIA: enxerto de pele x Rotação de retalho de fêmur anterior V. de S. de S.					CIRURGIÃO	
ANESTESIA: Kani + Sedação					ANESTESIA: Dr. Marcilio	
INSTRUMENTADORA		DATA	INÍCIO	FIM		
		06/03/20	8:00	10:00		
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Corostoma	Qtd.	FIOS	
02	Adrenalina amp.	01	Catet. p. Oxi		Catet. primário Serfix	
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.			
	Diazepam amp.		Compressa Grande			
01	Dimora amp.		Compressa Pequena			
	Dolantina amp.		Cotonoido			
	Efrane ml		Dreno			
	Fenegan amp.		Dreno Kerr n°			
01	Fentanil ml		Dreno Penrose n°			
	Inova ml		Dreno Pazzo n°			
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas	01		
01	Nubain amp.	01	Equipo de Macrogotas			
	Pavulon amp.		Equipo de Sanguê			
	Protigmine amp.		Equipo de PVC			
	Protóxido lfm		Espatulado Largo cm			
	Queclon ml	08	Furacim ml			
	Rapifen amp.		Gase Pazole p. 10 unidades			
	Thionembatal ml		H.O. ml			
	Tracrium amp.		Intracath Adulto			
			Intracath Infantil			
Qtd.	MEDICAÇÕES		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 7.5			
	Flaxidol amp.	03	Luvas 7.5			
	Fliebecortid amp.	03	Luvas 8.0			
	Geramicina amp.		Luvas 8.5			
	Glicose amp.		Oxigênio lfm			
	Glucos de Cálcio amp.		Polifix			
	Haemace ml		Degemante ml			
	Heparema ml		PVPi Tóxico ml			
	Kanakion amp.	03	Sabão Antiséptico			
	Lasix amp.	04	Saco coletor			
	Medrognazol	02	Seringa desc. 10 ml			
	Piasil amp.	02	Seringa desc. 20 ml			
	Profamina	03	Seringa desc. 05 ml			
	Revivan amp.		Sonda			
	Suptanon amp.		Sonda Foley			
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogátrica			
			Sonda Uretral n°			
			Sterycem ml			
			Torneirinha			
			Vaselina ml			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Gélcron 18			
02	Agulha desc. 25 x 7		LateX			
02	Agulha desc. 28 x 28	02				
03	Agulha desc. 30 x 22	02				
01	Agulha p. raque n°	05				
01	Alcool de Enfermagem					
01	Alcool Iodado ml	01				
04	Ataduras de Crepon					
	Ataduras de Gessada					
	Azul metileno amp.					
	Benzina ml					

CLEAN VAPOR / STEAM INTEGRADOR QUÍMICO

TIPO 5 / ISO 11149-1 Referência: LOTE CL5150619

VAL: 15-AGO-2021

Ativar na cor do quadrado ao igual ou mais escuro que a cor da seta.

Catgut Simplex Serfix

Cera p. osso

Ethibond

Ethibond

Fio de Algodão Serfix

Fio de Algodão Serfix

Fio de Algodão Sutupak

Fio de Algodão Sutupak

Fio cardíaca

Mononylon

Mononylon

Prolene Serfix

Prolene Serfix

Prolene Serfix

Vicryl Serfix

Vicryl Serfix

Vicryl Serfix

SOROS

SG Normotérmico fr 500 ml

SG Gelado fr 500 ml

SG Hipertérmico fr 500 ml

SG Ring fr 500 ml

SG fr 500 ml

ORTESE E PROTESE

EQUIPAMENTOS

Oxímetro de Pulso

Serra

Desfibrilador

Foco Eletrol

Fente de Luz

Foco Auxiliar

Eletrocáuterio

Oxicapnógrafo

Cardiomonitor

Perfurador Elétrico

Elizabeth Lopes de Souza
COREN-PB 1.201.551-17

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Conden 1202.551

900 466



ANEXO 1 - 13/05/2013 - 13/05/2013
13/05/2013 - 13/05/2013



212.76710.38-2

212.76710.38-2

GABRIEL VIEIRA COURA BURDICK

AFILIAÇÃO: GABRIEL VIEIRA BURDICK
NASCIMENTO: 21/05/1996 SEXO: MASCULINO

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
NATURALIDADE: GRIÂNIA - GO
DOCUMENTO: CN 990394 LV A 095 FLS 234 - 21/05/1996 - 4º CARTORIO
DO REGISTRO CIVIL - GOIÂNIA - GO
LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF: 037.819.024-75 CNH: SEÇÃO: ZONA:

LOCAL/ DATA DE EMISSÃO: CRTE CAMPESIA GRANDE/ PB 05/06/2013

3446979 0040 PE

Gabriel Vieira Coura Burdick



Scanned with CamScanner

Scanned with 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.)



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 FABR 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
26072016

OBSERVAÇÕES
00 SEM RESERVA DE DOMINIO

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

Scanned with CamScanner



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: ☐ DÁMS (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 abaixo. Assinalar uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0001 CONTA: 44164167 2
(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, recolhendo 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 (assinalar 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 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 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 contestação, 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 namorado(a) ou parceiro(a)? ☐ 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 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Assinatura da vítima ou do representante legal: 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido:

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha: 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha:

TESTEMUNHAS

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):

FPS-001 V002/2019

Digitalizada com CamScanner



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 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

Pag. 01265/01266 - carta_25 - INVALIDEZ

00010633





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, 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.

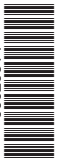
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01227/01228 - carta_15R - INVALIDEZ

00020614





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: 117818024-75 3 - CPF da vítima: 117818024-75 4 - Nome completo da vítima: Gabriel Vieira Sousa 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 Sousa Burdick 6 - CPF: 117818024-75
7 - Profissão: Ricado 8 - Endereço: Jerc Hamilton Alves 9 - Número: 119 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Novo Cruzinho 12 - Cidade: Compinha Grande PB 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) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: NU PAGAMENTOS SA
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0003 CONTA: 44104167 2

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) ☐ 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: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vários)? ☐ 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 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 pedido (a rgo)

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 20/05/2020

Gabriel Vieira Sousa Burdick

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
5ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia de Comarca de Lucena



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

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 DESTA 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.

Procedimento Policial: 00347.01.2020.1.05.101



DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
5ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia de Comarca de Lucena



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

Lucena/PB, 16 de outubro de 2020.

ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA
Agente de Investigação

GABRIEL VIEIRA COURA BURDICK
Noticiante



Procedimento Policial: 00347.01.2020.1.05.101

2/2





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: 117818024-75 3 - CPF da vítima: 117818024-75 4 - Nome completo da vítima: Gabriel Vieira Sousa 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 Sousa Burdick 6 - CPF: 117818024-75
7 - Profissão: Ricado 8 - Endereço: Jerc Hamilton Alves 9 - Número: 119 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Novo Cruzinho 12 - Cidade: Compinha Grande PB 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) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: NU PAGAMENTOS SA
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0003 CONTA: 44104167 2
(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 (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) ☐ 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: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vários)? ☐ 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 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 pedido (a rgo)

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 20/05/2020 06/11/20

Gabriel Vieira Sousa Burdick

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

