

ACOLHIMENTO, 0 - - CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 854292

RX



Identificação do paciente

ID 923292	Nome KATIANA RODRIGUES CORREIA GAMA	Sexo Feminino
Data de nascimento 20/03/1990	Idade 25 anos 4 meses 7 dias	Estado civil CASADO(A)
Mãe ALAIDE RODRIGUES CORREIA	Religião CATOLICA	Prontuário
Educação SUPERIOR INCOMPLETO	Responsável (Parentesco) HELLEN KARINA GAMA LOPES GOMES - CUNHADO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988160969	DDD Fixo
Tipo documento CPF	Número documento 08855726455	Fone Fixo
Local de procedência MANGABEIRA	Nº Cns	
Email	UF PB	
Naturalidade	CBO/R	

Endereço

CEP 58057153	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB
Número 149	Logradouro Laura Tavares Formiga	Bairro Mangabeira

Admissão

Data e Hora Prevista 27/07/2015 19:23:29	Número da pulseira 3362357	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica CLINICA TRAUMA E GERAL	
Classificação de risco VERMELHA	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento URGENCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Sim
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA x mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

Dados clínicos

Diagnóstico

CID

27/07/2015 19:32



3362357 BE.: 854292
KATIANA RODRIGUES CORREIA GAMA
DT. NASC.: 28/03/1990
RAE: ALAIDE RODRIGUES CORREIA

END.: Laura Távares Formiga
N. 148 - Mangabeira
JORO PESSOA
FONE: ()
CELULAR: (03) 996160969
IDADE: 25
DT. ENTRADA: 27/07/2015 10:23:29



Primeiro Atendimento Médico

HEETSIL

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

B.E.

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

DATA:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Vítima de acidente automobilístico em baixa velocidade, colisão com traseiro de veículo em movimento, com lesões em coxa e braço direito. Hemorragias e fraturas esternas, fratura da costela 6.

EXAME PRIMÁRIO

VIAS

AÉREAS ☒ Pervas ☐ Obstruídas

CERVICAL IMOBILIZADA: ☐ Sim ☒ Não

VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☒ Sim ☐ Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☒ Sem dificuldade ☐ Com dificuldade

☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA

☐ APNÉIA

AUSCUTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

HTD ☒ Presente e normal ☐ Rude ☐ Diminuído ☐ Ausente
HTE ☒ Presente e normal ☐ Rude ☐ Diminuído ☐ Ausente

2 - RUÍDOS

☐ sim ☒ Não
HTD ☐ Roncos ☐ Sibilos ☐ Estertores
HTE ☐ Roncos ☐ Sibilos ☐ Estertores

FR: _____ imp SaO₂: _____ %

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE: ☒ Normal ☐ Pálida ☐ Cianótica ☐ Pletórica ☐ Ictérica

TEMPERATURA DA PELE ☒ Normal ☐ Quente ☐ Fria

PULSO ☒ Normal ☐ Aumentado ☐ Fino ☐ Ausente

AUSCUTA CARDÍACA

RÍTIMO ☐ Regular ☐ Irregular ☐ Ausente

BULHAS ☐ Normotonéticas ☐ Hipofonéticas

☐ Hipofonéticas ☐ Ausente

SOPRO ☐ Presente ☐ Ausente

BE OU B4 ☐ Sim ☐ Não

FC: _____ bpm PA: _____ X _____ mmHg T: _____ °C

ECG: _____

ABDOMEN:

indolor, flácido

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: ☒ Fotorreagente ☐ Paralisadas ☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas (diferença = _____ mm)

Escala de Glasgow:

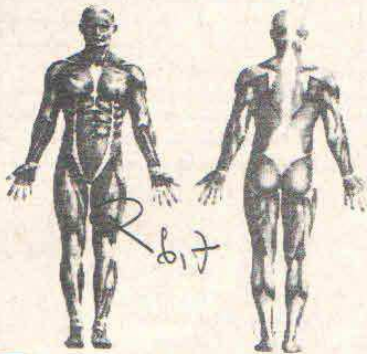
ABERTURA OCULAR	MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)	MELHOR RESPOSTA MOTORA
Espontânea	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	Obedece aos comandos
A solicitação verbal	Confuso / Chora, mas é consolável	Localiza a dor
Ao contínuo estímulo	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	Retira o Membro
Nenhuma	Sons incompreensíveis / Inquieto	Flexão anormal (decorticação)
	Nenhuma / Nenhuma	Extensão Anormal (decerebração)
		Nenhuma

EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: ☐ Não ☐ Sim: _____
 MEDICAMENTOS: ☐ Não ☐ Sim: _____
 IMUNIZAÇÃO ☐ Não ☐ Sim: _____
 PATOLOGIA ☐ Não ☐ Sim: _____
 ALIMENTOS INGERIDOS: * ☐ Não ☐ Sim: _____

LOCAL DA LESÃO

Identifique o local com o número correspondente ao lado →



- | | |
|------------------------|---------------------------------|
| 1 Abrasão | 19 Fratura Óssea Fechada |
| 2 Amputação | 20 Fratura Óssea Aberta |
| 3 Avulsão | 21 Hematoma |
| 4 Contusão | 22 Ingurgitamento Nervoso |
| 5 Crepitação | 23 Laceração |
| 6 Dor | 24 Lesão Tendínea |
| 7 Edema | 25 Luxação |
| 8 Empalamento | 26 Mordedura |
| 9 Eflusma subcutâneo | 27 Movimento torácico paradoxal |
| 10 Esmagamento | 28 Objeto Encravado |
| 11 Equimose | 29 Otorragia |
| 12 F. Arma Branca | 30 Paralisia |
| 13 F. Arma de Fogo | 31 Paresia |
| 14 F. Contuso | 32 Parestesia |
| 15 F. Cortante | 33 Queimadura |
| 16 F. Corto-Contuso | 34 Rinorragia |
| 17 F. Perfuro-Contuso | 35 Sinais de Isquemia |
| 18 F. Perfuro-Cortante | 36 |

OBS.:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma%) _____ % Graus de queimadura: ☐ 1º grau ☐ 2º grau ☐ 3º grau

EXAMES SOLICITADOS

☒ Radiografias *base, coxa, joelho e perna* ☐ Lavado peritoneal
☐ Ultrassonografia (FAST) ☐ Gasometria arterial
☐ Tomografia computadorizada ☐ Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1. Atendimento		 Rafael Carvalho CRM/PB 8678
2. Suporte de vida + AD IV		
3. Sonda NG + AD IV		
4. Sonda de aspiração		
5. Lavado peritoneal		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da _____ às _____ do dia ____ / ____ / ____
 Solicito parecer da _____ às _____ do dia ____ / ____ / ____

DESTINO DO PACIENTE

DATA _____
 DIA _____
 MÊS _____
 HORAS: _____

☐ Centro cirurgico
☐ Transferência (unidade de saúde)
☐ Internado (setor) _____
☐ Alta hospitalar ☐ Decisão médica ☐ A pedido ☐ A reavalia ☐ Desistência
☐ Óbito ☐ Até 48 hs. ☐ Após 48 hs. ☐ Família ☐ JIML ☐ SVO

ASSINATURA/CARIMBO

ASSIN

ASSIN





3362357 BE: 854292
KATIANA RODRIGUES CORREIA GAMA
DT. NASC.: 28/03/1990
MAE: ALAIDE RODRIGUES CORREIA

END.: Laura Tavares Fernalde
N. 148 - Mangabeira
JOAO PESSOA
FONE: ()
CELULAR: (83) 998160965
IDADE: 25
DT. ENTRADA: 27/07/2015 19:23:28

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

B.E./PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

DATA:

PROCEDÊNCIA: ☐ Domicílio ☐ Ambulância de resgate ☐ Ambulância SAMU ☐ Polícia

TIPO DE ACIDENTE: ☐ Moto ☐ Automóvel ☐ Ônibus ☐ Bicicleta ☐ Atropelamento
☐ Envenenamento ☐ Incêndio ☐ Explosão ☐ Arma de Fogo ☐ Arma branca ☐ Outros:

TIPO DE LESÃO: ☐ Fratura fechada ☐ Ferimento aberto ☐ Esmagamento ☐ Laceração ☐ Queimadura
☐ Mordedura ☐ Objeto encaixado ☐ Ferimento contínuo ☐ Amputação membro ☐ Outros:

LOCAL DA LESÃO: ☐ Membros sup. ☐ Membros inf. ☐ Tronco ☐ Cabeça e pescoço ☐ Outros:

DADOS CLÍNICOS (sintomas)

DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS: / /

EXAME FÍSICO PA: / mmHg P: bpm SpO2: Tax:

Sistema Neurológico:

Nível de Consciência: ☐ Consciente ☐ Inconsciente ☐ Orientado ☐ Desorientado

Avaliação das pupilas: Simetria: ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas Tamanho: ☐ Midríase ☐ Miose

Sistema Respiratório: ☐ Ventilação invasiva ☐ Ventilação espontânea ☐ Vias aéreas pervias
☐ Traqueostomia ☐ Respiração rápida ☐ Obstrução parcial das vias aéreas
☐ Respiração ruidosa ☐ Suporte ventilatório não invasivo ☐ Obstrução total das vias aéreas

Sistema Circulatório: ☐ Pulso ausente ☐ Pele fria e úmida ☐ Perfusão tissular satisfatória
☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Perfusão tissular comprometida
☐ Palidez ☐ Outros:

Sistema Digestório: ☐ HDA ☐ Uso de SNG ☐ Vômitos ☐ Dor à palpação superficial
☐ HDB ☐ Corpo estranho ☐ Dor à palpação profunda
Outros: ☐ Rigidez abdominal ☐ Distensão abdominal

Sistema Genito-urinário: ☐ Disúria ☐ Hematúria ☐ Oligúria ☐ Poliúria ☐ SVD ☐ Outros:

HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO: ☐ Hipertensão ☐ Diabetes ☐ Câncer ☐ Alergias ☐ Cirurgias
☐ Internações ☐ Outros: Especificar:

USO DE MEDICAÇÃO? ☐ Sim ☐ Não Especificar:

HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:

IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO? ☐ Sim ☐ Não

OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES: *Alta com curativo
quarta-feira e em mobilização
sede repouso muito do.*

*Imunizado
Recebido
em 11/100*

DESTINO:

ENFERMEIRO:

COREM:

F(NG).ENF.022-1

USP





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA



HEETSHL

Nome: Katiane Rodrigues Correia Lima BE/Prontuário: 854292
Idade: 25a Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 05/08/15
Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Fratura fêmur (E)
Cirurgião: Dr. Kantony 1º Assistente: Dr. Renato Santa
2º Assistente: R2 - Bruno 3º Assistente: R1 - Kaio
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____:_____:_____ Término _____:_____:_____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura fêmur (E)</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Tratamento cirúrgico de fratura de fêmur (E)</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim ☒ Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim ☒ Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

☒ Enfermaria () Terapia Intensiva () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Dr. Marco Vinícius Melo
Médico ORT Ortopedia
CRM-PB 9087

João Pessoa, 05/08/15

Médico/CRM: _____

F(NG).ASCIR.009-1





HEE TSHI

Posição e Preparo:

- Paciente em DDH, sob anestesia
- Anestesia e Antitétano
- Anestesia de campo Cirúrgico Estéril

Incisão:

Innere Lateral

Achados:

Entera formis (F)

Conduta:

- Direção por plano
- Dobramento
- Redução e aumento das marcos de tração e contra-tração
- Fixação com placa DCP 4,5 longa de 8 furos e 08 parafusos contínuos
- Hemostático
- Limpeza com SFO, 9%.

Fechamento:

- Sutura por planos
- Curativos asépticos
- Rx de controle

Observação:

Francesco Zambuzzi Meloni
Medico - MR Ortopedia
CRM. PR 9087

João Pessoa, 05 / 08 / 15

Médico/CRM:

F(NG).ASCIR.009-1





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA



HEETSHL

Nome: Roberto Rodrigues C. Gomes BE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: ____/____/____
Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: _____
Cirurgião: D. Bruno 1º Assistente: D. Bruno 2º Assistente: _____
3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: Rapida - Horário: Início ____:____ Término ____:____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura de fêmur (E)</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Tratamento cirúrgico</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim (X) Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim (X) Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

(X) Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: Dr. Drício Kelton B. Gonçalves
Médico
PR 7854

João Pessoa, 27/09/15

F(NG).ASCIR.009-1



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- ① Paciente em DDA sob reposicionamento
② Anestesia + antineupria + aspiração de sangue

Incisão:

③ Lançamento da fístula fistulária ④ sob
ferida voluntária (de lateral p. medial).

Achados:

⑤ Curatela estéril.

Conduta:

Fechamento:

Observação:

Dr. Brício Kaiten B. Gonçalves
Médico/CRM: 

João Pessoa, 22/07/15

F(NG).ASCIR.009-1





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA

Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social

Delegacia Geral da Polícia Civil

7ª Delegacia Distrital De Cabedelo



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

N.º 3604/2015

DADOS DO FATO

Data/Hora de Registro: 22/11/2015 11h04
 Circunscrição: 7ª Delegacia Distrital De Cabedelo
 Escala Serviço: PLANTAO EXTRAORDINARIO
 Tipificação Provisória: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO
 Data/Hora do Fato:
 Tipo do Local: VIA/LOCAL DE ACESSO PÚBLICO (RUA, PRAÇA, ETC)
 Local do Fato: AV JOSEFA TAVEIRA Mangabeira João Pessoa PB ZONA URBANA

VITIMA-COMUNICANTE(1)

Nome: KATIANA RODRIGUES CORREIA GAMA
 Sexo: FEMININO Nascimento: 27/03/1990 Idade: 25 A 29
 Nacionalidade: BRASILEIRA Naturalidade: Alagoa Nova PB
 Estado Civil: CASADO(A) Cor/Raça: NÃO INFORMADA
 Nome do Pai: JOSÉ CARLOS CORREIA
 Nome da Mãe: ALAIDE RODRIGUES CORREIA
 Rg: 3.434.348 SEDS PB CPF: 088.557.264-55
 Profissão: OPERADORA DE CAIXA
 Endereço Residencial: RUA BENEDITO SUAVE SOBRINHO NO. S/Nº PARATIBE João Pessoa PB ZONA URBANA
 Telefone Residencial:
 Endereço Comercial: ZONA URBANA
 Telefone Comercial:
 Celular:

HISTÓRICO

QUE SEGUNDO AFIRMAÇÕES DA NOTIFICANTE, A referida afirma que, no dia 27/07/2015 às 18:51h, VINHA PILOTANDO SUA MOTO HONDA/CG 150 FAN, CO. PRETA, ANO 2013/2014, PLACA OGG-0090/PB, DE PROPRIEDADE DA MESMA, PELA AVENIDA JOSEFA TAVEIRA e MANGABEIRA e JOÃO PESSOA/PB, QUANDO AO CHEGAR NAS PROXIMIDADES DO MERCADO ECONÔMICO UM VEÍCULO DE PLACA e CONDUTOR DESCONHECIDO, QUE ESTAV. ENCOSTADO E PARADO, DERREPENTE FEZ UM RETORNO PARA O SENTIDO CONTRÁRIO CRUZANDO A VIA SEM SINALIZAR, NÃO DANDO TEMPO PARA QUE A NOTICIANTE, QUE ESTAVA NO SENTIDO e VIA CERTA, DESVIAR DO VEÍCULO VINDO A COLIDIR NA LATERAL DESTA CARRO SENDO JOGADA CONTRA O SOLO. NA OCASIÃO A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELO CORPO DE BOMBEIROS e LEVADA COM FRATURA DE FÊMUR ESQUERDO PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA e TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, CONFORME DOCUMENTO ANEXO, cidade de João Pessoa-PB, motivo pelo qual noticia o fato e solicita a respectiva Certidão e/ou as providências cabíveis.

Vítima/Comunicante:

**Katiana Rodrigues Correia Gama*

Elaborado por: ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA, Policial Civil

Alexandre J. N. de Souto Lima


Governo do Estado da Paraíba
 Sec. de Segurança Pública
 Alexandre J. N. de Souto Lima
 Agente de Investigação
 Matr. 157.258-0

Ligue 197 - Sua denúncia é importante!





VISTO EM: 12/11/15

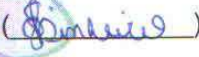

Comandante do BAPH
Katy Sabrina do Nascimento Silva
TEN CEL 521.280-4

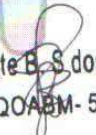
**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO – OPERAÇÕES**

João Pessoa-PB, 11 de Novembro de 2015.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 532/2015

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 27/07/2015, conforme requerimento nº 544/15, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido (a) por volta das 18h51min o/a Sr.(a) **KATIANA RODRIGUES CORREIA GAMA** RG Nº 3.434.348 2ª VIA SSDS/PB, vítima de acidente de trânsito (*colisão carro x moto*), ocorrido na Av. Josefa Taveira, Mangabeira, João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR- 47, tendo como chefe o **CABO BM Johnata** Maciel da Cruz, Matrícula 522.766-6, constatou no local da ocorrência que a vítima encontrava-se em decúbito dorsal, consciente e orientada, apresentando dores no membro inferior esquerdo- altura do fêmur- com suspeita de fratura. A vítima era condutora da motocicleta e usava capacete. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu **Elizabete** Gurjão Leônicio Pinheiro - SD BM Mat. 523.935-4, () auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo chefe da 3ª Seção/BAPH.


Insinete B. S. dos Santos
TEN. QOABM- 517240-3

Chefe da 3ª Seção



**GOVERNO
DA PARAIBA**

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar.
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/nº, Conj. Pedro Gondim, 58.031-090, João Pessoa-PB
Fone: (83) 3243-9044 / (83) 3216-5751 / (83) 3218-7979 (FAX) - E-mail: crahbbs@bombeiros.pb.gov.br



ALAIDE RODRIGUES CORREIA
RUA B1 NE DITO SUAVE SOBRINHO, S/N / B - PARATIBE
JOÃO PESSOA / PB CEP: 58082327 (AG 1)

Classe/Utilidade: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO
Roteiro: 16 - 5 - 636 - 6620
Nº medidor: 00009617414

Referência: Set / 2015
Emissão: 30/09/2015

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 - Insc Est 15.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº001 346 892
Código para Débito Automático: 00016012338

Atendimento ao Cliente ENERGISA: 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

e434 bd9f 7798 15c3 aa2a d0b3 8f08 b2e5

Conta referente a

CDC (Código do Consumidor): 6/1601233-8

Canal de contato

Set / 2015

Apresentação

30/09/2015

Data prevista da próxima leitura

30/10/2015

CPF/CNPJ/RANI

1121363404

Cálculo de consumo

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 31/08/15 Leitura: 3138	Data: 30/09/15 Leitura: 3298	1	161	30

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo até 30 kWh-BR	30	0,14483	4,33
Consumo - 31 a 100 kWh-BR	70	0,24784	17,35
Consumo - 101 a 220 kWh-BR	91	0,37191	22,88
Adic. B Vermelha			4,83

IMPOSTOS E ENCARGOS

PIS	0,88
COFINS	3,05
CONTRIB SERV ILUM PUBLICA	2,43
JUROS DE MORA 07/2015	0,87
JUROS DE MORA 08/2015	0,47
MULTA 07/2015	0,99
MULTA 08/2015	1,41
ICMS (Base de Cálculo R\$ 107,20 Aliquota 27,00%)	28,94

OUTROS SERVIÇOS PRESTADOS
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 07/2015

0,11

Histórico de Consumo (kWh)

Agos/15	148
Jul/15	113
Jun/15	108
Mai/15	85
Abr/15	82
Mar/15	70
Fev/15	110
Jan/15	160
Dez/14	106
Nov/14	105
Out/14	99
Set/14	93

Média 132 últimos meses
102 kWh

VENCIMENTO
07/10/2015

TOTAL A PAGAR
R\$ 88,12

Indicadores de Qualidade 2015 - Paraíba

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIMENSIONAL	5,70	0,00
DISTRIBUIDOR	11,34	0,00
DISTRIBUIDOR	22,69	0,00
FICATRIAL	3,50	0,00
FICATRIAL	8,97	0,00
FICATRIAL	13,95	0,00
FICATRIAL	3,28	0,00
DMC	12,22	0,00
DIGRI		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energisa/PB	18,43	22,05
Compra de Energia	23,78	26,99
Serviço de Transmissão	1,64	1,86
Encargos Setoriais	4,34	4,83
Impostos Diretos e Encargos	38,82	44,05
Outros Serviços	0,11	0,12
Total	88,12	100,00

Valor do encargo do Uso do Sistema de Distribuição (Ref 7/2015) R\$ 13,46

ATENÇÃO

Seu consumo foi faturado como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$25,38.
Requisito Tarifário: Vigência 28/08/15-Res. ANEEL nº 1.938-Baixa Tensão 10,51% Média
Requisito Tarifário: Vigência 28/08/15-Res. ANEEL nº 1.938-Alta Tensão 11,47% Média
Linha de transmissão

SELLO

ASSINADO ELETRONICAMENTE

(83) 3506.1821 / 8808.6227

DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RECURSOS

Eu, Katiana Rodrigues Correia Goma
_____, brasileiro(a) portador do RG: 3.434.348 e
CPF: 088.559.264-55 DECLARO, nos termos das Leis nº 7.115/1983 e
1060/50, para os devidos fins, de que sou pobre na acepção jurídica do termo, não
dispondo de condições econômicas para custear as despesas judiciais, sem sacrifício do
sustento meu e de minha família.

Por ser a expressão da verdade, assumindo inteira
responsabilidade pelas declarações acima sob as penas da lei, assino a presente
declaração para que produza seus efeitos legais.

João Pessoa, 01 de Dezembro de 2015

Local e Data

Katiana Rodrigues Correia Goma
DECLARANTE



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Katiana Rodrigues Correia Gama,

RG nº 3.434.348, data de expedição 13/10/08, Órgão SSDPB

CPF nº 088.558.264-55, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Benedito Suave Sobrinho</u>
Número	<u>517</u>
Apto / Complemento	<u>B</u>
Bairro	<u>Paratibe</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58082 - 327</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 3506 - 1821 / 98808 - 6227</u>
E-mail	<u>pellogedicialpb@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 01 de Dezembro de 2015

Assinatura do Declarante: Katiana Rodrigues Correia Gama

SELLO
ASSESSORIA PRIVAT
(83) 3506.1821 / 8808.6227







GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
Laudo Médico / Resumo de Alta



Nome: <u>Renata R.C.G.</u>			Registro:		
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	Enf:	Leito:
Data de admissão: <u>22.03.15</u>			Data da alta: <u>07.03.15</u>		
Diagnóstico inicial: <u>fratura do osso da perna</u>					
Diagnóstico final:					
Outros diagnósticos:					
Principais exames:					
Cirurgia realizada - data e equipe:					
<u>Osteossíntese da perna (R.C.G.)</u>					
Terapêutica medicamentosa:					
Anatomia patológica:					
Infecção: sim () não (x) Coleta de material: sim () não (x)					
Resultado bacteriologia:					
Condições de alta: Melhorado (x) Removido () A pedido () Curado () Óbito ()					
Resumo clínico: história evolução, terapêutica, complicações:					
<u>Ref. a fratura da perna curada em 07.03.15</u> <u>Por Dr. Renato</u>					
Orientações Pós Alta					
Dieta: _____					
Repouso: relativo em casa por, _____ dias. retorno às atividades sem esforço físico em, _____ dias. retorno às atividades com esforço físico leve, _____ dias e com maior em, _____ dias.					
Cuidados com a ferida operatória: lava-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.					
Medicações para casa: _____					
Retorno: Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos Ao ambulatório em 30 dias para revisão					
João Pessoa: <u>07</u> de <u>08</u> de <u>15</u> _____					
Ass. Médico / CRM <u>Dr. Leopoldo Viana B. Neto</u> Ortopedia e Traumatologia Cirurgia do Joelho CRM-PB 5966 TEOT 1118					
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.					



[Ir para conteúdo principal](#) [Ir para menu principal](#)



Seguro DPVAT, administrado pela Seguradora Líder-DPVAT

– Site Oficial –

[Assista ao vídeo da Líder](#)

- [Home](#)
- [Seguradora Líder-DPVAT](#)
- [Pontos de Atendimento](#)
- [Fraude é crime Denuncie aqui](#)
- [SAC 0800 0221204](#)
- [Auto Atendimento](#)
- [Ouvidoria](#)
- [Email](#)
- [Chat](#)
- [Facebook](#)
- [Twitter](#)
- [YouTube](#)

Início do conteúdo

Acompanhe o processo de indenização



[voltar](#)

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

nova consulta

SINISTRO 3151005358 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA KATIANA RODRIGUES CORREIA GAMA
COBERTURA Invalidez
SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO ARUANA SEGUROS S/A
BENEFICIÁRIO KATIANA RODRIGUES CORREIA GAMA
CPF/CNPJ: 08855726455

Posição em 22-01-2016 17:03:53

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 2.362,50

Data de liberação do pagamento: 25/01/2016

O prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento bancário, que é de até 5 dias úteis contados a partir da data da liberação.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
25/01/2016	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50

Acessibilidade



Assinado eletronicamente por: ELAINE ALVES SILVA DE SANTANA - 04/06/2016 07:08:21
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=16060407063715100000003927012>
Número do documento: 16060407063715100000003927012



[Tradução em Libras](#)

[Leitura de Páginas](#)

[Atalhos de teclado](#)

[Acessibilidade](#)

Como dar entrada

- [Como dar entrada - Dicas importantes](#)
- [Documentos despesas médicas](#)
- [Documentos invalidez permanente](#)
- [Documentos morte](#)
- [Onde dar entrada](#)
- [Dicas indispensáveis](#)

Pague seguro

- [Como pagar](#)
- [Consulta a pagamentos efetuados](#)
- [Informações gerais](#)

Acompanhe o Processo

- [Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização.](#)
- [Mapa do Site](#)
- [Dicionário do DPVAT](#)
- [Imprensa](#)
- [Outros serviços](#)
- [Blog Viver Seguro no Trânsito](#)



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Katiana Rodrigues Correia Gama

RG 3.434.348 CPF 088.557.264 - 55 PROFISSÃO Operador de Caixa

ESTADOCIVIL casada ENDEREÇO Rua Benedito Suave

Dezembro em Paratibe, João Pessoa - PB

OUTORGADA: ELAINE ALVES SILVA DE SANTANA, brasileira, advogada, solteira, inscrita na OAB/PB sob o nº 22627-A, com endereço profissional na Rua Coremas, nº 716, sala 09, Centro João Pessoa-PB.

PODERES: Para o foro em geral, com cláusula "*ad judicium*", para defender os interesses e direitos do outorgante, em ações e processos de qualquer natureza, até o final da decisão como autor, réu, assistente ou oponente, perante qualquer juízo, instância ou Tribunal, repartições, órgãos ou autarquias Federais, Estaduais e Municipais, contra qualquer pessoa física ou jurídica de direito público ou privado, em defesa dos legítimos interesses do outorgante, conferindo-lhe poderes ainda para confessar, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, desistir, renunciar e assinar, interpor recursos necessários, tomar vistas em processos, contestar qualquer ação, receber notificação e intimação, incluindo também os poderes da procuração "*ad negotia*", a fim de requerer e fazer levantamento de valores creditados em favor do outorgante, através de alvará judicial, RPV ou Precatório, junto às instituições financeiras (CEF, Banco do Brasil S/A e outros), que façam referência aos depósitos judiciais que a outorgada atuou como patrocinadora da ação, podendo ainda pedir retenção de honorários advocatícios combinados de acordo com contrato de honorários, sem prejuízo dos honorários sucumbenciais, enfim, requerer, assinar e praticar tudo o mais que se fizer necessário para o perfeito desempenho do mandato em conjunto ou separadamente, inclusive substabelecer com ou sem reserva de poderes que lhe são outorgados.

João Pessoa, 06 de Abril de 2016.

Katiana Rodrigues Correia Gama
Outorgante





SELLO

ASSINADO PRIVAT

(83) 3506.1821 / 8808.6227



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.434.348 - 2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 13/10/2008

NOME KATIANA RODRIGUES CORREIA GAMA

FILIAÇÃO JOSE CARLOS CORREIA
ALAIDE RODRIGUES CORREIA

NATURALIDADE P. PESSOA NOVA-PB DATA DE NASCIMENTO 27/03/1990

DOC. ORIGEM FLS. N. 3840 FLS. 140 LIV. BAUX. 13

CARTORIO 2 D. JOÃO PESSOA PB

CPF 088.557.264-55

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

SELLO
ASSESSORIA JURÍDICA
(83) 3506.1821 / 8808.6227

