



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

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)	Religião: CATOLICA	Prontuário
Mãe: ALAIDE RODRIGUES CORREIA	Pai			
Escolaridade: SUPERIOR INCOMPLETO	Responsável (Parentesco): HELEN KARINA GAMA LOPES GOMES - CUNHADO(A)			
DDD Móvel: 83	Fone Móvel: 988160969	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento: CPF	Número documento: 08855726455	Nº Cns		
Local de procedência: MANGABEIRA	Tipo: BAIRRO		UF: PB	
Email	Naturalidade: CBO/R			

## Endereço

CEP: 58057153	Município de residência: JOAO PESSOA	UF: PB	Logradouro: Laura Tavares Formiga
Número: 149	Complemento		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	Páns de sedativo: Não	Veio de ambulância: Sim	Trauma: Sim
Meio de transporte: RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou		

## Sinais Vitais

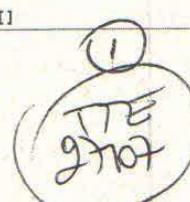
PA: X mmHg	P脉:	Temperatura:
---------------	-----	--------------

## Exames complementares

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

Dados clínicos

Diagnóstico:



melancolia (ou)

CID

27/07/2015 19:32





3362357 BE.: 854292  
KATIANA RODRIGUES CORREIA GAMA  
DT. NASC.: 20/03/1990  
MRE: ALRAIDE RODRIGUES CORREIA

END.: Laura Tavares Formiga  
N. 148 - Mangabeira  
JOAO PESSOA  
FONE: ( )  
CELULAR: (83) 888168868  
IDADE: 26  
DT. ENTRADA: 27/07/2015 18:23:29



## Primeiro Atendimento Médico



### PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

B.E.

NOME DO PACIENTE:	IDADE:	DATA:
-------------------	--------	-------

#### DADOS CLÍNICOS – MECANISMOS DO TRAUMA

*Vítima de acidente automobilístico em torno de 06h30min, c/ capacete com trauma localizado na coxa e, se afastou dos ossos. Hematoma e fratura estavam, queixa-se de dor no ombro.*

#### EXAME PRIMARIO

VIAS AÉREAS  Pérvias  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

<input checked="" type="checkbox"/> Presente e normal	<input type="checkbox"/> Rude
<input type="checkbox"/> Diminuído	<input type="checkbox"/> Diminuído
<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Ausente

##### 2 - RUIDOS

<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> Roncos	<input type="checkbox"/> Roncos
<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sibilos	<input type="checkbox"/> Sibilos
	<input type="checkbox"/> Estertores	<input type="checkbox"/> Estertores

FR: \_\_\_\_\_ imp SaO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ %

#### CIRCULAÇÃO

##### COR DA PELE:

Normal  Pálida  Cianótica

Pletórica  Ictérica

Normal  Quente  Fria

Normal  Aumentado

Fino  Ausente

##### AUSCUTA CARDÍACA

Regular  Irregular  Ausente

Normatonéticas  Hipofonéticas

Hipofonéticas  Ausente

Presente  Ausente

BE OU BA  Sim  Não

FC: \_\_\_\_\_ bmp PA: \_\_\_\_\_ X mmHg T: \_\_\_\_\_ °C

ECG: \_\_\_\_\_

ABDOMEN: *Indolor, flácido*

#### DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas:  Fotorreagente  Paralisadas  Isocôricas  Anisocôricas (diferença = \_\_\_\_\_ mm)

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR	MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)			MELHOR RESPOSTA MOTORA	
	1	2	3	4	5
Esportânea	1	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	2	Obedece aos comandos	5
À solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1

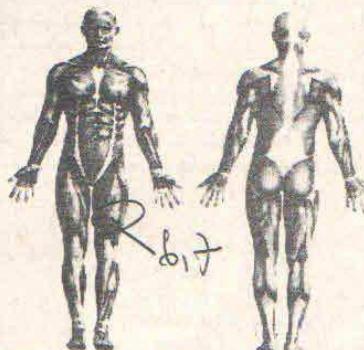


**EXAME SECUNDÁRIO**

**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  | Efisema 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 | Rinorrágia                   |
| 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 *baixa, coxa e joelho*, perna

( Ultrassonografia (FAST))

( Tomografia computadorizada)

- ( Lavado peritoneal  
 ( Gasometria arterial  
 ( Tipagem sanguínea

**ROCEDIMENTOS REALIZADOS**

CONDUTAS E PROCEDIMENTOS		CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1	<i>Exame de fundo de olho</i>		<i>Rafael Carvalho</i>
2	<i>Ecografia abdominal + AD IV</i>		
3	<i>Ecografia hepática + AD IV</i>		
4	<i>Liberado ur. facial</i>		
5			
6			
7			
8			
9			
10			

**OCUPAÇÃO DE PARECER MÉDICO**

Solicito parecer da *OPA* / às : do dia / / /  
 Solicito parecer da / às : do dia / / /

**ESTADO DO PACIENTE**

Centro cirúrgico  
 Transferência (unidade de saúde)  
 Internado (setor) \_\_\_\_\_  
 Alta hospitalar     Decisão médica     A pedido  
 Óbito     Até 48 hs.     Após 48 hs.     Família     IML     Desistência  
 SVO

ATURA/CARIMBO

ASSIN



3382367 BE.: 854292  
 KATIANA RODRIGUES CORREIA GAMA  
 DT. NASC.: 20/03/1990  
 MRE: ALAIDE RODRIGUES CORREIA  
 END.: Lauro Teixeira Fornigas  
 N. 148 - Mangabeira  
 JOAO PESSOA  
 FONE: (83) 988160965  
 CELULAR: (83) 988160965  
 IDADE: 25  
 DT. ENTRADA: 27/07/2015 19:23:28

## AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

## B.E./PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

DATA:

<b>PROCEDÊNCIA:</b>	<input type="checkbox"/> Domicílio	<input type="checkbox"/> Ambulância de resgate	<input type="checkbox"/> Ambulância SAMU	<input type="checkbox"/> Policia	
<b>TIPO DE ACIDENTE:</b>	<input type="checkbox"/> Moto	<input type="checkbox"/> Automóvel	<input type="checkbox"/> Ônibus	<input type="checkbox"/> Bicicleta	<input type="checkbox"/> Atropelamento
<input type="checkbox"/> Envenenamento	<input type="checkbox"/> Incêndio	<input type="checkbox"/> Explosão	<input type="checkbox"/> Arma de Fogo	<input type="checkbox"/> Arma branca	<input type="checkbox"/> Outros:
<b>TIPO DE LESÃO:</b>	<input type="checkbox"/> Fratura fechada	<input type="checkbox"/> Ferimento aberto	<input type="checkbox"/> Esmagamento	<input type="checkbox"/> Laceração	<input type="checkbox"/> Queimadura
<input type="checkbox"/> Mordedura	<input type="checkbox"/> Objeto encravado	<input type="checkbox"/> Ferimento contínuo	<input type="checkbox"/> Amputação membro	<input type="checkbox"/> Outros:	
<b>LOCAL DA LESÃO:</b>	<input type="checkbox"/> Membros sup. <input type="checkbox"/> Membros inf. <input type="checkbox"/> Tronco <input type="checkbox"/> Cabeça e pescoço <input type="checkbox"/> Outros:				
<b>DADOS CLÍNICOS (sintomas)</b>					
<b>DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS:</b>	/ /				
<b>EXAME FÍSICO</b>	PA:	/ mmhg	P:	bpm	SpO2:
Tax:					
<b>Sistema Neurológico:</b>					
<b>Nível de Consciência:</b>	<input type="checkbox"/> Consciente		<input type="checkbox"/> Inconsciente	<input type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Desorientado
<b>Avaliação das pupilas:</b>	Simetria:	<input type="checkbox"/> Isocôricas		Tamanho:	<input type="checkbox"/> Midíase
		<input type="checkbox"/> Anisocôricas			<input type="checkbox"/> Miose
<b>Sistema Respiratório:</b>	<input type="checkbox"/> Ventilação invasiva	<input type="checkbox"/> Ventilação espontânea	<input type="checkbox"/> Vias aéreas pélvias		
	<input type="checkbox"/> Traqueostomia	<input type="checkbox"/> Respiração rápida	<input type="checkbox"/> Obstrução parcial das vias aéreas		
	<input type="checkbox"/> Respiração ruidosa	<input type="checkbox"/> Suporte ventilatório não invasivo	<input type="checkbox"/> Obstrução total das vias aéreas		
<b>Sistema Circulatório:</b>	<input type="checkbox"/> Pulso ausente	<input type="checkbox"/> Pele fria e úmida	<input type="checkbox"/> Perfusion tissular satisfatória		
	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Perfusion tissular comprometida		
	<input type="checkbox"/> Palidez	<input type="checkbox"/> Outros:			
<b>Sistema Digestório:</b>	<input type="checkbox"/> HDA	<input type="checkbox"/> Uso de SNG	<input type="checkbox"/> Vômitos	<input type="checkbox"/> Dor à palpação superficial	
	<input type="checkbox"/> HDB		<input type="checkbox"/> Corpo estranho	<input type="checkbox"/> Dor à palpação profunda	
	Outros:		<input type="checkbox"/> Rigidez abdominal	<input type="checkbox"/> Distensão abdominal	
<b>Sistema Genito-urinário:</b>	<input type="checkbox"/> Disúria	<input type="checkbox"/> Hematuria	<input type="checkbox"/> Oligúria	<input type="checkbox"/> Poliúria	<input type="checkbox"/> SVD
				<input type="checkbox"/> 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:** *10/05/2015 Lauro eusebio  
orientada expulsão esse si e muito  
gosto gosto muito da*

*Jeanne Brasil  
Residencial  
Luzia  
Centro, Rio de Janeiro*

DESTINO:

ENFERMEIRO:

COREM:

F(NG).ENF.022-1

USP



CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

## RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Katiane Poliquina Gonçalves Gama BE/Prontuário: 854292  
 Idade: 25 Sexo: () Masculino () Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 05/08/15  
 Clínica/Setor: Ortopedia EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
 Cirurgia: Fratura Femur (R)  
 Cirurgião: Dr. Kortney 1º Assistente: B. Roberto Santa  
 2º Assistente: R2 - Bárbara 3º Assistente: M-Kais  
 Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: \_\_\_\_\_  
 Tipo de Anestesia: \_\_\_\_\_ Horário: Início \_\_\_\_ : \_\_\_\_ Término \_\_\_\_ : \_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura Femur (R)</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Treatmento cirúrgico de fratura de fêmur (R)</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim () Não. Descrição: \_\_\_\_\_

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

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

Flávia Amélia Meloni  
Médica CRM-PR 9087

João Pessoa, 05/08/15

Médico/CRM: \_\_\_\_\_

F(NG).ASCIR.009-1





CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

## RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	<ul style="list-style-type: none"><li>- Tórax em DOR, na antero</li><li>- Anestesia e Antisséptico</li><li>- Apoio de longas linhas Estéril</li></ul>
Incisão:	Início lateral
Achados:	Entura fémur (E)
Conduta:	<ul style="list-style-type: none"><li>- Dissecção por plâner</li><li>- Desbridamento</li><li>- Redução cruento para manter de trigo sacro-trigo</li><li>- Fixação com placa DCP 4.5 longo de Oliva e os parafusos contínuos</li><li>- Hemostasia</li><li>- Limpeza com SFO, 91.</li><li>-</li></ul>
Fechamento:	<ul style="list-style-type: none"><li>- Suturas por plâner</li><li>- Curativo estéril</li><li>- Rx de controle</li></ul>
Observação:	

Médico/CRM:

Inácio Andrade Meloni  
Médico - MR Ortopedia  
CRM-PB 9087

João Pessoa, 05/08/17

F(NG).ASCIR.009-1





## RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Rodrigo Soárez C. Gau BE/Prontuário: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( )Masculino ( )Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
 Clínica/Setor: \_\_\_\_\_ EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
 Cirurgia: \_\_\_\_\_  
 Cirurgião: D. Brus 1º Assistente: D. Brus. 1122  
 2º Assistente: \_\_\_\_\_ 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
 Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: \_\_\_\_\_  
 Tipo de Anestesia: Regional - Horário: Início \_\_\_ : \_\_\_ Término \_\_\_ : \_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura desfazendo de fêmur (5)</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Fractura fisionométrica</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ( )Sim (Q)Não. Descrição: \_\_\_\_\_

Biopsia de Congelação: ( )Sim (Q)Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

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

D. Drício Kelton B. Gonçalves  
 Médico  
 CRM: 7854  
 Médico/CRM:

João Pessoa, 27/07/15

F(NG).ASCIR.009-I





CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

## RELATÓRIO DE CIRURGIA



SBT

### Descrição da Cirurgia

#### Posição e Preparo:

① Paciente em DOR sob anestesia

② Anseos + antieméticos + oxigênio ao corpo

#### Incisão:

③ Lançamento de fogo fechado (de lateral p/ medial).  
Tecido colateral (de lateral p/ medial).

#### Achados:

④ Aneurisma estreito.

#### Conduta:

(10 lines for surgical plan)

#### Fechamento:

(10 lines for closure)

#### Observação:

(10 lines for observations)

Médico/CRM:

Dra. Bráulio Kellen B. Gonçalves

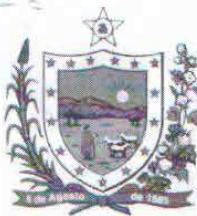
Médico

CRM-PE 7654

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:	<b>KATIANA RODRIGUES CORREIA GAMA</b>		
Sexo:	FEMININO	Nascimento:	27/03/1990
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/N ° 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-0990/PB, DE PROPRIEDADE DA MESMA, PELA AVENIDA JOSEFA TAVEIRA , MANGABEIRA , JOÃO PESSOA/PB, QUANDO AO CHEGAR NAS PRÓXIMIDADES DO MERCADO ECONÔMICO UM VEÍCULO DE PLACA E CONDUTOR DESCONHECIDO, QUE ESTAV. ENCASTADO E PARADO, DERREPENTE FEZ UM RETORNO PARA O SENTIDO CONTRÁRIO CRUZANDO A VIA SEM SINALIZAR, NÃO DANDO TEMPO PARA QUE A NOTIFICANTE, QUE ESTAVA NO SENTIDO E VIA CERTA, DESVIAR DO VEÍCULO VINDO A COLIDIR NA LATERAL DESTE CARRO SENDO JOGADA CONTRA O SOLO. NA OCASIÃO A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELO CORPO DE BOMBEIROS E LEVADA COM FRATURA DE FÉMUR 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

Ligue 197 - Sua denúncia é importante!

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





VISTO EM: 12/11/15

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

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

**Chefe da 3ª Seção**



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) 3218-5751 / (83) 3218-7979 (FAX) - E-mail: craphbs@bombeiros.pb.gov.br



ALAIDE RODRIGUES CORREIA  
RUA BI NI DITO SUAVE SOBRINHO, S/Nº B - PARATIPE  
JOAO I #3: SOA / PB CEP: 58082327 (AG 1)

Classe: Juizés RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO  
Rotativo 16 - 5 - 636 - 8620 Referência Set/2015  
NP medidor: 00006517414 Emissão: 30/09/2015

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
B1230, Km 26 - Cristo Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-690  
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc Est 16.015.829-0  
Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica N°001346802  
Código para Débito Automático: 00016012338

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

6434 bd8f 7798 15c3 aa2a dd63 8fb8 b2e5

Conta referente a

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

Canal de contato

Set / 2015

Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 28 de abril de 2002.

- Redução do valor da bandeira vermelha em 16%, de R\$ 5,50 para R\$ 4,50 a cada 100 kWh consumidos conforme Resolução Homologatónia ANEEL 1 945/2015, vigente a partir de 01/09/2015.

Apresentação

30/09/2015

Data prevista da  
próxima leitura

30/10/2015

CPF/CNPJ/RANI

112 1263404

#### Faturas em atraso

FATURAS (BANCAS ATÉ  
O DIA - 12/2015 PAGAS  
CBRC - DDI)

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
31/08/15 3138	30/09/15 3208	1	181	30

DEMONSTRATIVO

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo até 30kWh-BR	30	0,14483	4,33
Consumo - 31 a 100kWh-BR	70	0,24794	17,35
Consumo - 101 a 220kWh-BR	81	0,37191	22,88
Adic. B Vermelha			4,53

IMPOSTOS E ENCARGOS	
PIS	0,05
COFINS	2,43
CONTRIB SERV ILUM PÚBLICA	0,87
JUROS DE MORA 07/2015	0,47
JUROS DE MORA 08/2015	0,98
MULTA 07/2015	1,41
MULTA 08/2015	28,94
ICMS (Base de Cálculo R\$ 107,20   Alíquota 27,00%)	

#### Histórico de Consumo (kWh)

	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
	07/10/2015	R\$ 88,12

Media - los últimos meses  
112 kWh

#### Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Composição do valor total da sua fatura
DIC. MENSAL	5,70	0,00	Serviços de Dist. da Energia/PB 19,43 22,05
DIC. TRIMESTRAL	11,34	NOMINAL	Compra de Energia 23,78 28,99
DIC. ANUAL	22,69		Serviço de Transmissão 1,64 1,98
FIC. MENSAL	8,50	0,00	Encargos Selomas 4,34 4,83
FIC. TRIMESTRAL	8,97	CONTRATADA	Impostos Diretos e Encargos 39,82 44,05
FIC. ANUAL	13,95	LIMITE INFERIOR	Outros Serviços 0,11 0,12
DMA	3,29	0,00	Total 88,12 100,00
DICRI	12,22	LIMITE SUPERIOR	Valor do encargo do uso do Sistema de Distribuição (Ref. 7/2015) R\$ 13,40

#### ATENÇÃO

- Sua conta de fatura como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$ 25,35.  
Requisito: Utilizar - Vigência: 28/08/15-Res. ANEEL nº 1 939-Alta Tensão 10,51% Médio  
Requisito: Utilizar - Vigência: 28/08/15-Res. ANEEL nº 1 939-Alta Tensão 11,47% Médio  
Letra: I - afirmada

SELLO

Assinado eletronicamente

(83) 3506.1821 / 8808.6227



Assinado eletronicamente por: ELAINE ALVES SILVA DE SANTANA - 04/06/2016 07:08:18  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=16060407061070700000003927007  
Número do documento: 16060407061070700000003927007

Num. 3985440 - Pág. 1

DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RECURSOS

Eu, Katiama Rodrigues Pereira Gama,  
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

Katiama Rodrigues Pereira Gama  
DECLARANTE



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Katiana Rodrigues Pereira Gama,

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

CPF nº 088.559.264-55, 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>Paratiibe</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58082 - 320</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 3506-1821 / 98808-6227</u>
E-mail	<u>releojudicialpb@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

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

Assinatura do Declarante:

Katiana Rodrigues Pereira Gama

**SELLO**  
ASSESSORIA OPVAL  
(83) 3506.1821 / 8808.6227



CONTRAN		DENATRAN	
<b>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</b> <b>MINISTÉRIO DAS CIDADES</b>			
<b>LIA DETRAN - PB</b> <b>CERTIFICO DE REGISTRO E FUNCIONAMENTO DE VÉHICULO</b> <b>Nº 012297485206</b> <b>VIA 1 005946273 0 0000000000 2015</b>		<b>Nº 012297485206</b> <b>SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU PORSUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT</b> <b>PB Nº 012297485206 BILHETE DE SEGURO DPVAT</b>	
<b>KATTIANA RODRIGUES CORREIJA GAMA</b> <b>None</b>		<b>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA <a href="http://www.dpvatseguradoctransito.com.br">www.dpvatseguradoctransito.com.br</a></b>	
<b>PAS / MOTOELÉTRICA / NACIONALIZADA</b> <b>MARCA / MODELO HONDA / CG150 FAN ES-DI</b> <b>CATEGORIA / CÓDIGO / CIE / PARTIDA / PRET</b> <b>IPVA / PAGO / EM / VENC. IPVA / PAGTO / COTAS</b> <b>PREMIO TARIFA (R\$) / OFERTA (R\$) / PREMIO TOTAL (R\$) / DATA DE PAGAMENTO</b> <b>* * * * * / * * * * * / 05 / 31 / 10 / 2015 / 10 / 2015</b>		<b>COMBUSTIVEL / ALCO / GASOL</b> <b>ANO FABR. / 2013 ANO MOD. / 2014</b> <b>REV. AN / 0057946730 HONDA / CG150 FAN ES-DI</b> <b>EXERCÍCIO / 2015 DATA EMISSÃO / 23/10/2015</b> <b>VIA 1 08855726455 OGG0090 / PB</b> <b>MARCA / MODELO HONDA / CG150 FAN ES-DI</b> <b>ANO 2013 CAT. 5 9C2KC1680ER431875</b> <b>PRÉMIO TARIFA (R\$) / DATA DE PAGAMENTO</b> <b>* * * * * / 23/10/2015</b>	
<b>S E C U R I T E C O M P A N H I A D E S E G U R O S</b> <b>A. F (BCO PANAMERICANO SA DOCUMENTO DE PÓRTE OBRIGATÓRIO NÃO VÁLIDO PARA TRANSFÉRÉNCIA</b> <b>JOÃO PESSOA PB</b> <b>37842</b>		<b>SEGURADORA LIDER - DPVAT</b> <b>CNPJ 05.248.889/0001-04</b> <b><a href="http://www.seguradoralider.com.br">www.seguradoralider.com.br</a></b> <b>S / COTA UNICA / PAGAMENTO / PARCELA(O)</b> <b>23/10/2015 6365-1335392-20151023</b>	



Assinado eletronicamente por: ELAINE ALVES SILVA DE SANTANA - 04/06/2016 07:08:21  
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=16060407062548800000003927010>  
Número do documento: 16060407062548800000003927010

Num. 3985443 Pág. 1



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: <i>Kefica R.C.G.</i>			Registro:		
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	Enf:	Leito:
Data de admissão: <i>22/03/15</i>			Data da alta: <i>07/03/15</i>		
Diagnóstico inicial: <i>Fratura clavícula direita</i>					
Diagnóstico final:					
Outros diagnósticos:					
Principais exames:					
Cirurgia realizada - data e equipe:					
<i>Osteosíntese direita (exclusiva)</i>					
Terapêutica medicamentosa:					
Anatomia patológica:					
Infecção: sim ( ) não ( ) Coleta de material: sim ( ) não ( )					
Resultado bacteriologia:					
Condições de alta: Melhorado ( ) Removido ( ) A pedido ( ) Curado ( ) Óbito ( )					
Resumo clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <i>Pct subfértil feito cirurgia dia 05.03.15</i> <i>Par Dr. Kelley</i>					
Orientações Pós Alta					
Dieta: _____					
Reposo: 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 ponto _____ Ao ambulatório em 30 dias para revisão CRM-PB 5860 TEOF 11168					
João Pessoa; <u>07</u> de <u>08</u> de <u>15</u> Ass. Médico / CRM _____					
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



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

Num. 3985445 - Pág. 1

[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.

<b>Data do Pagamento</b>	<b>Valor da Indenizacao</b>	<b>Juros e Correção</b>	<b>Valor Total</b>
--------------------------	-----------------------------	-------------------------	--------------------

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

Num. 3985445 - Pág. 2

[A+](#) [A-](#) [■](#)

[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](#)



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

Num. 3985445 - Pág. 3

**PROCURAÇÃO**

OUTORGANTE: Katianna Rodrigues Roseira Gama  
RG 3.434.348 CPF 088.557.264 - 55 PROFISSÃO Sopradore de Paixão  
ESTADOCIVIL casada ENDEREÇO Rua Benedito Suárez  
Setorinho em Paratiibe, João Pessoa - PB

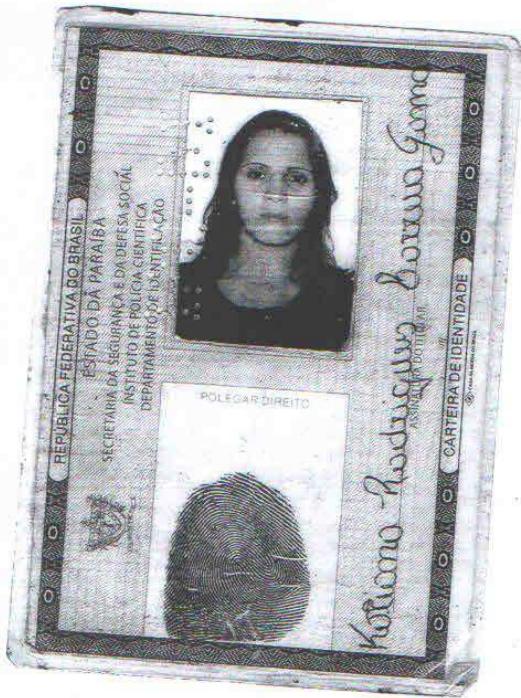
OUTORGADA: ELAINE ALVES SILVA DE SANTANA, brasileira, advogada, solteira, inscrita na OAB/PB sob o nº 22627-A, com endereço profissional na Rua Coremas, nº 716, sala 09, Centro João Pessoa-PB.

**PODERES:** Para o foro em geral, com cláusula “*ad judicia*”, 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 Abiel de 2016.

Katianna Rodrigues Roseira Gama  
Outorgante



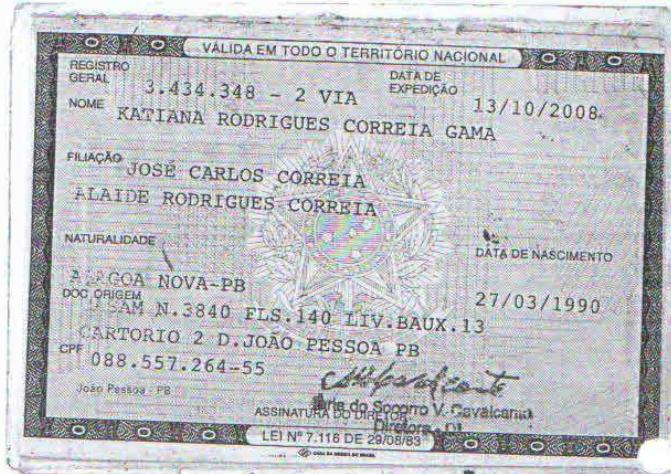


**SELLO**  
ASSOCIAÇÃO DIPVAM  
(83) 3506.1821 / 8808.6227



Assinado eletronicamente por: ELAINE ALVES SILVA DE SANTANA - 04/06/2016 07:08:23  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=16060407071065600000003927014>  
Número do documento: 16060407071065600000003927014

Num. 3985447 - Pág. 1



**SELLO**  
ASSISTÊNCIA PÚBLICA  
(83) 3506.1821 / 8808.6227



Assinado eletronicamente por: ELAINE ALVES SILVA DE SANTANA - 04/06/2016 07:08:24  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=16060407071592900000003927015>  
Número do documento: 16060407071592900000003927015

Num. 3985448 - Pág. 1