



Número: **0802105-29.2016.8.15.0141**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Catolé do Rocha**

Última distribuição : **30/10/2016**

Valor da causa: **R\$ 16200.0**

Assuntos: **ACIDENTE DE TRÂNSITO, ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	
Tipo	Nome
ADVOGADO	BARTOLOMEU FERREIRA DA SILVA
AUTOR	JOAO BATISTA VIEIRA DE ALMEIDA
RÉU	SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
5540885	30/10/2016 00:25	PROCURAÇÃO - PEQUENO0001	Procuração
5540887	30/10/2016 00:25	BOLETIM POLICIAL - PEQUENO0001	Outros Documentos
5540888	30/10/2016 00:25	CPF E RG - PEQUENO0001	Documento de Identificação
5540889	30/10/2016 00:25	PRONTUÁRIO HOSPITALAR - PEQUENO0001-otimizado-1	Outros Documentos
5540890	30/10/2016 00:25	PRONTUÁRIO HOSPITALAR - PEQUENO0001-otimizado-2	Outros Documentos
5540893	30/10/2016 00:25	DESPESAS MÉDICAS - PEQUENO0001-otimizado-1	Outros Documentos
9159193	15/08/2017 08:57	Despacho	Despacho
9523279	02/09/2017 23:10	Petição	Petição
9523283	02/09/2017 23:10	REQUERIMENTO (DPVAT) - JOÃO BATISTA V DE ALMEIDA0001	Outros Documentos
12920121	06/03/2018 13:48	Despacho	Despacho
19537376	28/02/2019 12:08	Certidão	Certidão
19537414	28/02/2019 12:10	Expediente	Expediente

PROCURAÇÃO *ad judicia*

JOÃO BATISTA VIEIRA DE ALMEIDA, BRASILEIRO,
SOLTEIRO, AGRICULTOR, data de nascimento:
04/04/1967, portador(a) do CPF nº. 423.094.584-49,
residente e domiciliado(a) no(a)
RUA PROJETADA, nº. 5N,
Bairro NOVO HORIZONTE, BREJO DOS SANTOS - PB,
CEP: 58880 - 000. Pelo instrumento nomeia e constitui Advogado e
bastante procurador **BARTOLOMEU FERREIRA DA SILVA**,
brasileiro, casado, advogado, inscrito no Conselho Seccional da
Paraíba-PB, nº. 14412, portador do RG nº. 2589327 SSP/PB e CPF nº.
012.076.374-59, residente e domiciliado na Rua José Francisco da
Silva, s/n, Alto do Cruzeiro, Brejo dos Santos – PB, CEP: 58880-000;
Tel.: (83) 9 99585136, a quem confere amplos poderes para representar o
outorgante no foro em geral, principalmente em qualquer grau de jurisdição
contenciosa ou voluntária do Poder Judiciário Lato senso, em especial
demandar perante a Justiça Estadual, Justiça Federal e Trabalhista, estando
também incumbido de receber intimações e notificações, renunciar ao
direito sobre que se funda a ação, receber, dar quitação e firmar
compromisso, transigir, desistir da ação, realizar diligências e recursos, em
1º e 2º Graus de Jurisdição, e realizar outros atos necessários para o regular
desenvolvimento do Processo e o reconhecimento do direito pleiteado,
assim como requisitar cópias de processo na seara administrativa. Com
fundamento no artigo 133 da CF/1988 e artigo 36 do CPC.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS. O constituinte se compromete
a pagar a título de honorários advocatícios contratuais o percentual de
20% sobre o valor da condenação ou do acordo, e sobretudo com
expressa autorização para que os referidos valores sejam individualizados
em nome do causídico que será deduzido pelo serventário do Juízo.

DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RECURSOS. DECLARO
nos termos da Lei nº. 7.115, de 29 de agosto de 1983, e 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, bem como assumindo inteira responsabilidade
pelas declarações acima sob as penas da lei.

BREJO DOS SANTOS - PB, 29 de OUTUBRO de 2016.

João Batista Vieira de Almeida

Outorgante



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2015
Ocorrência nº. 253/2016

Aos VINTE E TRÊS dias de FEVEREIRO de DOIS MIL E DEZESSEIS, nesta cidade de CATOLÉ DO ROCHA/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). DEMETRIUS PATRICIO DE L. MELO, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(o) do seu cargo, aí, por volta 14h:20min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

JOÃO BATISTA VIEIRA DE ALMEIDA, conhecido por PIQUENO, Identidade nº 1.150.859-SSS/RN, CPF nº 723094584-49, nacionalidade brasileiro, estado civil: solteiro, profissão: agricultor, filho(a) de Francisco Alves De Almeida Rita Vieira Xavier, natural de Alexandria/RN, nascido(a) em 04/04/1967 (48 anos de idade), do sexo MASCULINO, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projetada S/N Novo Horizonte, tendo como ponto de referência: na cidade de BREJO DOS SANTOS, fone(s) para contato: (83) 9-9977-1036.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) DATA DO FATO: 31 de janeiro de 2015;
- 3) HORÁRIO: 14h:0min;
- 4) LOCAL: SÍTIO PILAR MUNICÍPIO BREJO DOS SANTOS;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: HOSPITAL REGIONAL DE CATOLÉ DO ROCHA-PB;
- 6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? NÃO;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VÍTIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? NÃO

6) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:

HONDA /CG 125 TITAN KS, VERDE, ANO/MOD 2002/2002, MOB 0305/PB, CHASSI 9C2JC30102R210640, LICENCIADO NOME DE JOÃO BATISTA VIEIRA DE ALMEIDA.

7) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:

LAVOIZIER DE MELO SILVA, CPF 761.266.504-25. RG 1.183.053. SSP/ PB ENDE: PROJETADA, NOVO HORIZONTE - BREJO DOS SANTOS /PB
VALDELICI VIEIRA DA SILVA N RG 1.207.989 SSP/ PB RUA FRANCISCO PEREIRA DE LIMA, 121 JOSE CALIXTO BREJO DOS SANTOS -PB

8) BREVE RESUMO DO FATO:

QUE VINHA CONDUZINDO A MOTO EM DIREÇÃO AO SÍTIO PILAR, QUANDO UM ANIMAL (JUMENTO) SAIU DE DENTRO DO MATO E CONDUTOR COLIDIDO COM ANIMAL, CHEGANDO A CAIR DA MOTO SOFRENDO SUSPEITA DE FRATURA COMO CONSTA NA FICHA DE ATENDIMENTO DA SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CATOLÉ DO ROCHA. NADA MAIS A CONSIGNAR

9) OBSERVAÇÕES:

ESTE BOLETIM TEM VALIDADE DE TRINTA DIAS E NESSE PRAZO DEVERÁ O COMUNICANTE PROVIDENCIAR A SEGUNDA VIA DO(S) DOCUMENTO(S) PERDIDO(S)/EXTRAVIADO(S).

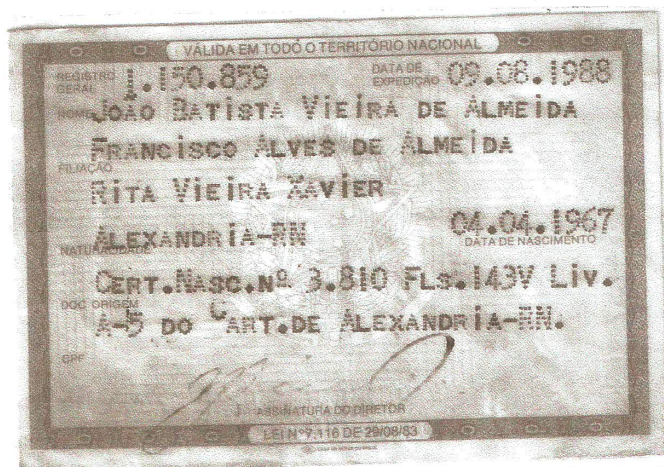
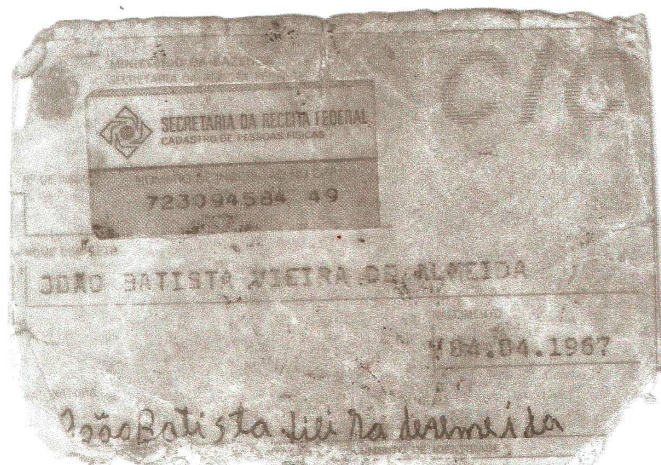
Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevã(o) que digitei.

JOÃO BATISTA VIEIRA DE ALMEIDA

JOÃO BATISTA VIEIRA DE ALMEIDA
Comunicante

Sousa

Escrivã(o)/Agente
Matrícula nº 182.047-8



SUS SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL	
NIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS): ÓDIGO DA UNIDADE: 2613476CNPJ/CPE: 08.778.267/0027-08 OME: HOSPITAL DEPUTADO MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES NDEREÇO: RUA JOSÉ FACUNDO DE LIRA B: GATO PRETO Nº 433 CPE: 58.802.180. MUNICÍPIO: SOUSA ESTADO: PARAÍBA/UF:PB		CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO: NATUREZA DA CONSULTA CONSULTA BÁSICA (PAB): CONSULTA ESPECIALIZADA: PROCEDIMENTO	
ACIENTE: <u>Paula Beatriz Vieira de Almeida</u> US: <u>124.04477473</u> IDADE: <u>58</u> SEXO: <u>M</u> RACA: <u>01</u> ATA NASC: <u>04/04/16</u> PROFISSÃO: <u>Engenheira</u> NDEREÇO: <u>R. Proença da</u> AIRRO: <u>Manoel Gonçalves de Abranches</u> MUNICÍPIO: <u>Petropolis</u> STADO: <u>PB</u> CEP: <u>58.880-600</u> DOCUMENTO: <u>RG 1.350.859</u> ATA DO ATENDIMENTO: <u>31/01/16</u> COD. MUNICÍPIO: <u>53.0240</u> ONTATO: <u>83998166514</u> Mãe: <u>Rita Vieira Louren</u> companhante: NAMESSE DE EXAME FÍSICO SUMÁRIO:		TIPO DE ATENDIMENTO: <input checked="" type="checkbox"/> 01- ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERG <input type="checkbox"/> 02- PRIMEIRA CONSULTA; (ELETIVA) <input type="checkbox"/> 03- CONSULTA SUBSEQUENTE; (ELETIVA) <input type="checkbox"/> 04- ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE <input type="checkbox"/> 05- VACINAÇÃO DE ROTINA <input type="checkbox"/> 06- VACINAÇÃO DE BLOQUEIO (SURTO OU SITUAÇÕES PARTICULARES); <input type="checkbox"/> 07- VACINAÇÃO DE CAMPANHA; <input type="checkbox"/> 08- PRIMEIRA CONSULTA ANUAL COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE <input type="checkbox"/> 09- CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE; <u>0304040051-0532</u> MEDICAÇÃO ENCAMINHAMENTO	
AMIES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS		SERVIÇOS REALIZADOS: <u>0205020046-25320</u> CÓDIGO PROCEDIMENTO CBO IDADE <u>03011060629</u> <u>2251126</u> <u>0204030140</u> <u>2253120</u> <u>0204010180</u> <u>2253120</u> <u>0204040116</u> <u>2253120</u>	
RESULTADOS <u>16.00</u> <u>A: 140 x 90 mmHg</u> <u>GT: 152 mg/dL e 06:00</u> <u>A: 130 x 100</u> ATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS <u>pac. 1000 e 1000</u> <u>Atorvastatina 40mg + 1000</u> <u>PARACETOL + 1000</u>		Recepcionista: ASS. DO(S) PROFISSIONAL(ES) ASSISTENTE(S) - CARIMBO(S) ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL POLICAR DIRETOR ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO-CARIMBO	
AGNOSTICO / CID		ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO <u>Paula Beatriz Vieira de Almeida</u> <u>124.04477473</u> <u>04/04/16</u>	

Cirurgia Geral 11:20h
TC refere dor em
flanco D; nge hemodinâmica

Do exame:
doloroso fôcido
e audível

Ad: dieta livre

- SPOR 1000mg IV
- TIZAD 2mg TABIC 2x

- Observações CM

Dr. Felipe G. Cordero Feitoza
CIR. GERAL/MASTOLOGIA
CRM 6024

Cirurgia Geral 18h

TC com queima
da dor abdominal

Ad: Alta cir. Geral
- Observações domiciliares
- Obs. ortopédica

Dr. Felipe G. Cordero Feitoza
CIR. GERAL/MASTOLOGIA
CRM 6024

06:00
T.A = 135 x 100 mmHg
HGT = 140 mg/dL

* 03-01-18

Alta de cirurgia
TC normal

Dr. Felipe G. Cordero Feitoza
CIR. GERAL/MASTOLOGIA
CRM 6024



PREFEITURA MUNICIPAL DE CATOLÉ DO ROCHA - PB
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE



FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR: USB07

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

DATA: 31/01/20	OCORRÊNCIA Nº: 0024	PACIENTE / USUÁRIO: João Batista Vieira de Almeida	IDADE:	SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.
LOCAL DA OCORRÊNCIA: PB 323 - Brejo dos Santos	BAIRRO: Zona Rural	MÉDICO REGULADOR: Augusto		
APOIO NO LOCAL: <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> RESGATE/BOMBEIROS <input type="checkbox"/> RESGATE PRF <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> OUTRO:				
QTA: <input type="checkbox"/> SOCORRIDO POR TERCEIROS <input type="checkbox"/> RECUSOU ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> SOCORRIDO PELO BOMBEIRO <input type="checkbox"/> LOCAL NÃO ENCONTRADO <input type="checkbox"/> OUTROS:				

TIPO DE AGRAVO

<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO
<input type="checkbox"/> AGRESSÃO	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO
<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
<input type="checkbox"/> DESABAMENTO/SOTERRAMENTO	<input type="checkbox"/> QUEDA _____ METROS
<input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO	<input type="checkbox"/> QUEIMADURAS
<input type="checkbox"/> F.A.B.	<input type="checkbox"/> OUTROS
<input type="checkbox"/> F.A.F. (P.A.F.)	
<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	
<input type="checkbox"/> LESÕES TÉRMICAS	

ANTECEDENTES

<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> DOENÇA MENTAL
<input type="checkbox"/> ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL
<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> DROGA
<input type="checkbox"/> CIRURGIAS REALIZADAS	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL
<input type="checkbox"/> CONVULSÕES	<input type="checkbox"/> INTERNAMENTOS ANTERIORES
<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA CARDÍACA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	<input type="checkbox"/> OUTROS:

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: _____ RESPONSÁVEL: Dr. Livoldino Luiz da Costa Neto, Médico, CRM-PB: 3457 FUNÇÃO: _____

MOTIVO DE TRANSPORTE

☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA SIMPLES
☐ OUTRO: _____

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL: _____ RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS)

Doença MSD + Vômito

DADOS VITAIS

VAA: ☒ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: ☐ >30irpm ☐ <30irpm / PULSO RADICAL: ☒ Presente ☐ Ausente / PAS: ☒ >90mm Hg ☐ <90mm Hg
PA: 130 x 90 FC: 85 FR: — TEMP: — °C GLICEMIA: — mg/dl - E. Com a: 15 SpO2s/O2: 98% SpO2d/O2: —

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

<input type="checkbox"/> Ansiedade	<input type="checkbox"/> Desobstrução Ineficaz das VVAAs	<input type="checkbox"/> Perfusão Tissular Cardiopulmonar Ineficaz
<input type="checkbox"/> Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída	<input type="checkbox"/> Disreflexia Autônoma	<input type="checkbox"/> Perfusão Tissular Gastrointestinal Ineficaz
<input type="checkbox"/> Comunicação Verbal Prejudicada	<input checked="" type="checkbox"/> Dor Aguda	<input type="checkbox"/> Perfusão Tissular Renal Ineficaz
<input type="checkbox"/> Confusão Aguda	<input type="checkbox"/> Hipertermia	<input type="checkbox"/> Termorregulação Ineficaz
<input type="checkbox"/> Deambulação Prejudicada	<input type="checkbox"/> Hipotermia	<input type="checkbox"/> Troca de Gases Prejudicada
<input type="checkbox"/> Débito Cardíaco Diminuído	<input type="checkbox"/> Integridade da Pele Prejudicada	<input type="checkbox"/> Ventilação Espontânea Prejudicada
<input type="checkbox"/> Náusea	<input type="checkbox"/> Integridade Tissular Prejudicada	<input type="checkbox"/> Volume de Líquidos Deficientes
<input type="checkbox"/> Constipação	<input type="checkbox"/> Medo	<input type="checkbox"/> Volume Excessivo de Líquidos
<input type="checkbox"/> Incontinência Intestinal	<input type="checkbox"/> Intolerância à Atividade	<input type="checkbox"/> Retenção Urinária
<input type="checkbox"/> Eliminação Urinária Prejudicada	<input type="checkbox"/> Mucosa Oral Prejudicada	<input type="checkbox"/> Percepção Sensorial Perturbada
<input type="checkbox"/> Padrão Respiratório Ineficaz	<input type="checkbox"/> Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz	<input type="checkbox"/> Interação Social Prejudicada
<input type="checkbox"/> Outros		

INTERVENÇÕES

SSVU + Imobilização em prancha rígida + Colar Cervical + Imobilização com Tala de M.S.D.

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Paciente consciente, orientada, vítima de Colar MSD x Amarelado, com suspeita de fratura no M.S.D. No momento o mesmo estava sem consciência. Imobilizada de acordo com o protocolo e realizado A.V.P com S.R.L por Regulação Médica, encaminhado ao H.P.C.R.

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

01 Saco Ringier fechado
01 Jaleco do
01 Equipamento de Saneamento
01 Adutor
01 pacote de gaze esteril
01 Tala de popelão

E.C.G

☐ NORMAL ☐ ALTERADO ☒ NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO

☐ AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☐ COMA ☐ CONVULSÃO ☐ OTORRAGIA ☐ RIGIDEZ ☐ MIDRIASE

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ NORMAL _____ SEMANAS ☐ TRABALHO DE PARTO

☐ OUTROS: _____

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS

DIAGNÓSTICOS

PROCEDIMENTOS

<input type="checkbox"/> DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS	<input checked="" type="checkbox"/> PUNÇÃO VENOSA	<input type="checkbox"/> DRENAGEM TORÁCICA
<input type="checkbox"/> VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL-"AMBU")	<input checked="" type="checkbox"/> TALAS/TRAÇÃO	<input type="checkbox"/> INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (02)
<input type="checkbox"/> MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA	<input type="checkbox"/> OROTRAQUEAL	<input type="checkbox"/> Sonda VESICAL
<input type="checkbox"/> CRICOTIREOSTOMIA	<input type="checkbox"/> Sonda GÁSTRICA	<input type="checkbox"/> SEDAÇÃO
<input type="checkbox"/> CÂNULA OROFARÍNGEA	<input type="checkbox"/> RESPIRADOR	<input type="checkbox"/> CURATIVO
<input type="checkbox"/> INTUBAÇÃO NASO/ORTRAQUEAL	<input type="checkbox"/> DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO	<input checked="" type="checkbox"/> COLAR CERVICAL
<input type="checkbox"/> CONTROLE DE HEMORRAGIA	<input checked="" type="checkbox"/> IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS	
<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS: <u>fratura aberta</u>		

TERAPÊUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA)

01 Saco Ringier fechado

EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS)

ENCAMINHAMENTO

☐ LIBERADO APÓS ATENDIMENTO ☐ RECUSA O ATENDIMENTO ☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO
☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

POSIÇÃO DE TRANSPORTE

☒ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☐ SENTADO ☐ ELEVÇÃO DE CABECEIRA (CABEÇA)

RECUSA

NOME: _____ R.G.: _____

ASSINATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

MÉDICO: _____ CRM: _____ MAT.: _____
ENFERMEIRO(A): Misael Popel COREN: 366.353 MAT.: Misael Rafael de Lima
AUX./TÉCNICO DE ENFERM.: _____ COREN: _____ MAT.: Enteireiro
CONDUTOR: Indole COREN: _____ MAT.: COREN/PB: 366.353
CNS: 165453790820018

HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA

Paciente : João Batista V. de Almeida Idade: 48 anos Data: 01/02/2016
Médico solicitante: Dr. Diego Galdino
Setor: amarela

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN LAUDO

- Fígado apresenta aumento difuso de sua ecogenicidade (sem formações nodulares focais).
- Vesícula biliar de topografia usual.
- Ausência de cálculo vesicular.
- Canal hepático e canal colédoco de calibres normais.
- Pâncreas mal visibilizado por excesso de gás intestinal em sua topografia.
- Rim direito, apresenta dilatação discreta do sistema pielocalicial médio, por acúmulo de líquido homogêneo.
- Rim esquerdo, apresentando topografia, textura do seio renal e textura córtico-medular normais.
- Baço de textura sólida homogênea.
- Veia cava inferior e aorta abdominal mal visibilizadas por excesso de gás intestinal em suas topografias.
- Cavidade peritoneal, no momento, sem evidências de líquido livre, pelo método ecográfico.
- Bexiga pouco repleta.

CONCLUSÃO:

- Esteatose hepática moderada (grau II).
- Dilatação discreta do sistema pielocalicial renal direito.



DR. MARCO TÚLIO GOMES B. GONÇALVES
CRM 5113/PB

GOVERNO DO ESTADO
Secretaria de Saúde
HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA

J. José Batista v. Almeida
100 rep

Flauox 400 - L
12/11/15
Jus

Tipos murem fenda 1
em verde

03 2/16

Dr. Antonio Eneas de Brito
MEDICO - CRM 2122
CIC 054.741.194-87

Rua José Facundo de Lira, S/N - CEP: 58802-180
SOUZA - PB

GOVERNO
DA PARAIBA

Farmácia Diva Guedes

ORG.: PEDRO GUEDES DE ARAÚJO

Rua Apolônio Pereira, 130 | Fone: (83) 3440-1099

Brejo dos Santos-PB

Nome:

End.:

Cidade:

Data: 03 / 02 / 20 16 Fone: _____

[illegible]

Grato pela preferência. Volte sempre!

Total R\$	110,20
-----------	--------

Assinatura.

Clinica de Ultra-Sonografia
Dr. Aldenizio

RECIBO.....R\$ 150,00

Recebi da Sr. João Batista Vieira de Almeida - CPF: 723.094.584-49, residente na Rua Projetada, s/n – Brejo dos Santos - PB, à importância de R\$ 150,00 (cento e cinquenta reais), referente a realização de uma consulta médica efetuado em sua pessoa.

Pelo que firmo o presente recibo, dando plena e total quitação.

Catolé do Rocha, 20 de fevereiro de 2016.




Aldenizio dos Santos Mata
CRM: 4277 CPF: 059.659.934-04



PREFEITURA MUNICIPAL DE CATOLÉ DO ROCHA
09.067.562/0001-27
PRAÇA SERGIO MAIA - CENTRO
SECRETARIA DE FINANÇAS

NOTA FISCAL DE SERVIÇO ELETRÔNICA - (NFS-e)

Número 000000032	Emissão 25/02/2016 12:29:29	Autenticidade 6NBP2ATE26E972EAC402 
PRESTADOR DE SERVIÇO CNPJ: 10.714.599/0001-89 Insc. Municipal: 1470 Insc. Estadual: Razão Social: DINALDO MEDEIROS WANDERLEY FILHO E-mail: @ Telefone: Endereço: AV VENANCIO NEIVA, S/N, , CENTRO, Município/UF: CATOLE DO ROCHA/PB, CEP: 58884000		
TOMADOR DE SERVIÇO CPF: 723.094.584-49 Insc. Municipal: 0 Insc. Estadual: Nome: JOÃO BATISTA VIEIRA DE ALMEIDA E-mail: Telefone: 83 999770136 Endereço: RUA PROJETADA, SN, CASA, CENTRO, Município/UF: BREJO DOS SANTOS - PB, CEP: 58880000		
DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS RX TÓRAX		
ITEM 116/ATIVIDADE ECONÔMICA: 0,00 / 8630501 - ATIVIDADE MEDICA AMBULATORIAL COM RECURSOS PARA REAL LOCAL DA PRESTAÇÃO: CATOLÉ DO ROCHA/PB TIPO DE RECOLHIMENTO: A RECOLHER TRIBUTAÇÃO: Tributável		
VALOR NOTA: 60,00	COFINS: 0,00	TOTAL RETENÇÕES: 0,00
VALOR DEDUÇÃO: 0,00	INSS: 0,00	VALOR LÍQUIDO: 60,00
BASE DE CÁLCULO: 60,00	CSLL: 0,00	
ALÍQUOTA: 3,00%	IR: 0,00	
VALOR ISSQN: 1,80	PIS: 0,00	
	OUTROS: 0,00	
OUTRAS INFORMAÇÕES Nota Fiscal de Serviço Eletrônica (NFS-e). Decreto: Competência: http://www.catoledorochoa.pb.gov.br		

EV032012



Poder Judiciário da Paraíba
1ª Vara Mista de Catolé do Rocha

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0802105-29.2016.8.15.0141

DESPACHO

Trata-se de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, promovido por João Batista Vieira de Almeida em desfavor da Seguradora Líder dos Consórcios S/A, ambos qualificados nos autos, nos termos constantes da peça preambular.

A parte autora, não anexou junto aos documentos iniciais, comprovação do requerimento administrativo ou da negativa do referido pedido.

Ademais, como se sabe, consoante firme jurisprudência do Supremo Tribunal Federal, a negativa ou a demora injustificada na apreciação do requerimento administrativo é requisito necessário para configuração do interesse de agir nas demandas que visam indenização por danos decorrentes de acidente automobilístico (DPVAT). Vejamos:

“RECURSO EXTRAORDINÁRIO. CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. DPVAT. NECESSIDADE DE PRÉVIO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO. INEXISTÊNCIA DE INTERESSE DE AGIR. MATÉRIA COM REPERCUSSÃO GERAL JULGADA PELO PLENÁRIO DO STF NO RE 631.240. RECURSO DESPROVIDO.” (STF - RECURSO EXTRAORDINÁRIO 839.353).

Desta feita, intime-se a parte promovente, através do advogado constituído, para, no prazo de 15 dias, emendar a inicial trazendo aos autos comprovante da negativa (ou da demora injustificada na apreciação por mais de 90 dias) do pedido administrativo, sob pena de indeferimento da inicial, nos termos do artigo 321 do CPC/2015.

Cumpra-se.

Catolé do Rocha/PB, data do protocolo eletrônico.

PEDRO HENRIQUE DE ARAÚJO RANGEL

Juiz de Direito Substituto

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL
DA COMARCA DE CATOLÉ DO ROCHA – PB**

Processo nº. 0802105 – 29.2016.8.15.0141

João Batista Vieira de Almeida, já qualificado nos autos, por meio de seu advogado constituído, vem respeitosa e tempestivamente à presença de Vossa Excelência com fundamento no parágrafo único do artigo 433 do CPC apresentar

JUNTADA DE DOCUMENTO

Pelos seguintes motivos.

a) O requerente demanda ação de ressarcimento em face de Seguradora Líder S/A.

Vem aos presentes autos juntar cópia do requerimento administrativo (DPVAT) deferido em quantia não condizente à lesão.

DIANTE DO EXPOSTO, requer que se digne Vossa Excelência acatar a juntada do documento, para fins de embasamento jurídico do pedido, e de seguimento ao feito, incluindo os presentes autos no mutirão de perícias DPVAT.

Nesses termos,

Pede deferimento.

Catolé do Rocha – PB, 02 de setembro de 2017.

Bartolomeu Ferreira da Silva

Advogado – OAB/PB 14412

**SINISTRO 3160534634 - Resultado de
consulta por beneficiário****VÍTIMA** JOAO BATISTA VIEIRA DE ALMEIDA**COBERTURA** Invalidez**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO**

CG (MBM) Corretora de Seguros Ltda - MBM

SEGURADORA

BENEFICIÁRIO JOAO BATISTA VIEIRA DE ALMEIDA**CPF/CNPJ:** 72309458449**Posição em 02-09-2017 22:58:06**

Pagamento creditado ao beneficiário de
acordo com os dados informados na
autorização de pagamento.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
28/09/2016	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75

Fica a parte autora intimada na pessoa de seu advogado (CPC, art. 334, § 3º).

CITE-SE e intime-se a parte ré (CPC, art. 334, parte final).

Ficam as partes cientes de que o comparecimento, acompanhado de advogados, é obrigatório e que a ausência injustificada caracteriza ato atentatório à dignidade da justiça a ser sancionado com multa (CPC, art. 334, § 8º). As partes, no entanto, podem constituir representantes por meio de procuração específica, com poderes para negociar e transigir (CPC, art. 334, § 10).

Em não havendo autocomposição, o prazo para contestação, de 15 (quinze) dias (CPC, art. 335, *caput*), terá início a partir da audiência ou, se o caso, da última sessão de conciliação (CPC, art. 335, I).

Se a parte ré não ofertar contestação, será considerada revel e presumir-se-ão verdadeiras as alegações de fato formuladas pela parte autora (CPC, art. 344).

Intimações necessárias.

C E R T I D ã O

Certifico que ficou designado o dia 15 de março de 2019, a partir das 12h00min, no Edifício Fórum local para realização da perícia médica na parte autora (mutirão DPVAT). Outrossim, certifico que a Seguradora Líder já está ciente do referido ato.

Nada mais. O referido é verdade, dou fé.

Catolé do Rocha, 28/02/2019.

Elane Cristina Vieira Carneiro

Técnica Judiciária

Mat. 476.953-8

Intime-se a parte autora, através de seu advogado, para comparecer à perícia médica designada para o dia 15/03/2019, a partir das 12h00min no Edifício do Fórum local, devendo apresentar, se ainda não o fez, os quesitos e indicar assistentes técnicos.