

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 28 de Janeiro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180348572**

**Vítima: MARQUISON PONTES BARBOSA**

**Data do Acidente: 24/09/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), MARQUISON PONTES BARBOSA**

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





Banco Postal

\*\*\* Extrato de Conta Corrente \*\*\*

Agencia : 3030027-AC ALADIMIA  
Terminal : 95344271 Int.Trx.: 149672  
Nro Aut : 081358 Caixa : 84775645  
Data : 24/07/2018 Hora : 08:13  
(Horario de Brasília)  
BANCO DO BRASIL S.A.  
5757800170 0002

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES REFERENCIA

AGENCIA: 0200-3 CONTA: 40.790-9  
CLIENTE: MARQUISON PONTES BARROSO

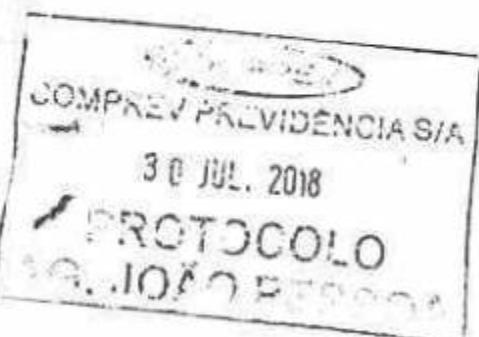
HISTÓRICO	DOLAR.	VALOR
— 26/06/2018		
Saldo Anterior		100000
— 19/07/2018		
Depósito em Dinheiro	40000	40000
S A L D O		140000
Saldo		140000
Juros *		1000
Data de Débito de Juros		01/08/2018
IDF *		
Data de Débito de IDF		01/08/2018
(*) Apurados de acordo com o cálculo dos saldos devedores diários no mês anterior ao débito.		

SALDO EM CONTA-SALARIO

OBSERVAÇÕES:

- INFORMAÇÕES CCC INOISP. INFORAMETNE

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC  
0800 729 0722





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
8ª DELEGACIA SECCIONAL DE GUARABIRA  
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE ALAGOINHA-PB



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 044/2018.**

*CERTIFICO, em razão do meu Ofício e a Requerimento verbal de pessoa interessada que, revendo neste Cartório Policial o Livro de Registros de ocorrências nº 001/2018, o registro nº 044/2018, cujo teor passo a transcrever na íntegra: Aos vinte e dois(22) dias do mês de fevereiro do ano 2018, nesta cidade de Alagoinha/PB, presente a autoridade Policial, o Bel. JANDUY PEREIRA DA SILVA, Delegado de Policia Civil, comigo o escrivão do seu cargo ao final declarado e assinado, aí por volta das 11:30 mim, compareceu: MARQUISON PONTES BARBOSA, RG-3.200.930-2º VIA-SSP/PB, CPF-068.805.734-95, brasileiro, solteiro, nascido em 19/05/1985, natural de Alagoa Grande-PB, filho de José Aderci Batista e de Luzia Pontes Barbosa, residente na Rua FRANCISCO EVARISTO Nº 165, Alagoinha-PB, e prestou a seguinte queixa: Afirma o declarante que no dia 24/09/2017, por volta das 16:00 horas, o declarante seguia conduzindo a MOTOCICLETA HONDA CG-150 FAN ESDI, PLACA OFC-6833/PB, CHASSI 9C2KC1680ER529204, COR VERMELHA, ANO 2014, MODELO 2014, PARTICULAR, EM NOME DE, JOSIMAR PEDRO FERNANDES, sentido Mulungu a Alagoinha-PB, próximo a Rua do Sol de Alagoinha, vinha uma moto em sentido contrário em direção ao declarante que para evitar um acidente puxou a sua moto para a margem da pista, chegando a tocar na outra moto e perdendo o controle caiu no solo com sua moto, perdendo os sentidos, tomou conhecimento que foi socorrido pelo SAMU, para o Hospital de Traumas da Capital. E nada mais disse. É o que contém o original.*

Alagoinha, 22 de fevereiro de 2018.

*Noticiante: Marquison Pontes Barbosa*

Autoridade policial:

JANDUY PEREIRA DA SILVA  
MATRÍCULA N° 73.859-0

COMPREV/ PREVIDÊNCIA S/A

30 JUL. 2018

JOSÉ PEREIRA DA CUNHA JUNIOR  
ESCRIVÃO AD-HOC  
MAT. 146.133-8

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206  
(exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

**E necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VITIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:**

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deve assinar a declaração no campo 2.1 (“Assinatura do Representante Legal”);

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração, no campo "Assinatura do Representante Legal".

Nome Completo da Vítima  
MANGAUSON PONTES BARBOSA | CPF da Vítima  
068 805 43495 | Data do Acidente  
24/10/2017

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

**Name completo do Representante Legal**

CSE do Representante legal

Environ Biol Fish (2007) 79:1–10  
DOI 10.1007/s10641-006-9831-2

Telefoni (DDD)

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 II (nº 6.194/74), uma vez que:

Assinale uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicite que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação de laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do § 1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica, ou seja, não tenho o direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## Margins on Punky's blouse

Tabela 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 7 - Assinatura do Representante Legal



PREFEITURA MUNICIPAL DE ALAGOINHA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA  
SAMU 192 - ALAGOINHA - PB

FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data: 24/10/17	ID da Ocorrência: 185332	<input checked="" type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MT	Nº / Equipe: 51	Plantão: <input checked="" type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Noite	Hora de Saída da Base: Hs	Hora de Chegada no Local: Hs
-------------------	-----------------------------	--	--------------------	--	------------------------------	---------------------------------

Paciente / Usuário: Jackson Pontes Barbosa	Idade: 32	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Telefone:		
Local da Ocorrência: Alagoinha	Cultegi	Pilões	Mulungu	Outros:	

Logradouro: PB-063	Bairro:	Médico Regulador: Jorge Peça
-----------------------	---------	---------------------------------

Quantidade de vítima(s) no local:  Uma  Duas  Três  Mais de três:  
Apóio no Local:  USB  USA  Resgate / Bombeiros  PM  Resgate PRF  BPTRAN  OUTRO \_\_\_\_\_

GTA:  Socorrido por Terceiros  Socorrido pelos Bombeiros  Evadiu-se do Local  Trote  OUTRO \_\_\_\_\_

DESTINO DO PACIENTE:  Atendido no Local e Liberado  Encaminhado a Unidade Hospitalar  Óbito no Local  Óbito Durante o atendimento

USA - HH - Generalizadas

Destino (Unidade Hospitalar)

Responsável e Função (Assinatura e Carimbo)

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

CLÍNICO  PSIQUIÁTRICO  GINECO-OBSTÉTRICO  
Motivo:

TRANSFERÊNCIA

Hospital de Origem: \_\_\_\_\_

Responsável: \_\_\_\_\_

Hospital de Destino: \_\_\_\_\_

Responsável: \_\_\_\_\_

**CAUSAS EXTERNAS**

► Acidente de trânsito  
 Colisão carro x moto  
 Queda de moto  
 Atropelamento por:  
 Colisão carro x carro  
 Capotamento  
 Outro: \_\_\_\_\_

F.A.F  
 F.A.B  
 Agressão Física  
 Afogamento  
 Queda - Altura aproximada: \_\_\_\_\_  
 Soterramento / Desabamento  
 Choque Elétrico  
 Outro: \_\_\_\_\_

AIDS  
 Alcoolismo  
 AVC  
 Convulsões  
 Diabetes  
 Doença Cardíaca  
 Doença Infecto-contagiosa

Doença Mental  
 Doença Renal  
 Drogas  
 Hipertensão Arterial  
 Internamentos Anteriores  
 Problemas Respiratórios  
 Medicamentos de uso Contínuo

Quals? \_\_\_\_\_

1. DADOS VITAIS

PA: 90x40 FC: 62 FR: 19 HGT: 167 SpO2-S/02: 86 SpO2-C/02: 93

EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) - EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Diagnósticos de Enfermagem: *Risco pl. obstrutiva de vias aéreas?*  
Intervenções: *Guidel.*  
Evolução do Enfermeiro: *pt. vítima de colisão carro x moto, inconsciente, em decubito lateral na praia pulbura. Sem resposta a quaisquer estímulos, apresentando taquicardia em surdade (1);*

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA

*Intubar com USA 44.*

## AÉREA:

Livre  Obstruída parcialmente  Obstruída totalmente  Corpo estranho  Edema da glote  Bronco - aspiração

## 1 - VENTILAÇÃO:

Espontânea  Assistida  Ritmo irregular  Parada respiratória

## 2.2 - EXPANSIBILIDADE:

Normal  Superficial  Regular  Irregular

## 2.3 - ACHADOS:

Crepitação  Hemoptise  Expectorado  Enfisema subcutâneo  Rálio Etílico

## 3 - CIRCULAÇÃO:

Fria  Úmida  Palidez  Quente  Normal

## 3.1 - EDEMAS:

Não  Sim - Local: Faces

## 3.2 - PERFUSÃO:

Normal  Retardada (<2 seg)  Ausente

## 3.3 - PULSO:

Regular  Irregular  Fino  Cheio  Ausente

## 3.4 - E.C.G.:

Normal  Alterado  Não realizado

## 4 - EXAME NEUROLÓGICO

ECGL 06

## 5 - EXAME GINECO-OBSTRÉTICO:

Abortamento  Hemorragia vaginal  Trabalho de parto  Normal \_\_\_\_\_ semanas

Encontrado:  Encubito Dorsal  Lateral  Ventral  Sentado  Deambulando  Outro:

Nível de Consciência:  Consciente  Orientado  Inconsciente  Algo Desorientado  Desorientado  Sonolento  Agitado

## PROCEDIMENTOS

Bomba de Infusão  
 Cânula Orofaringea  
 Colar cervical  
 Controle de hemorragia  
 Criopeloidostomia  
 Cirúrgico

PEA  
 Desobstrução vias aéreas  
 Drenagem torácica  
 Desfibrilação / Cardioversão  
 Entubação Orotáqueal  
 Inalação de Oxigênio (O<sub>2</sub>)  
 Imobilização de membro

KED Adulto  
 KED Infantil  
 Massagem cardíaca externa  
 Orotáqueal  
 Franha Longa  
 Puncão venosa  
 Sonda gástrica

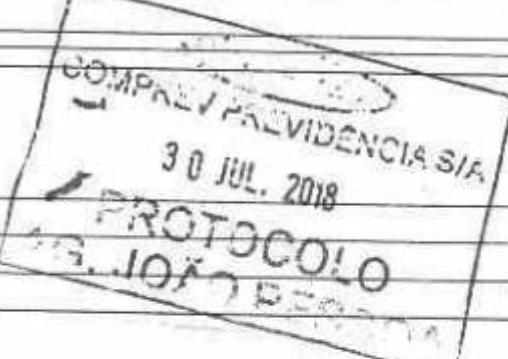
Sonda vesical  
 Sedação  
 Talas / Tração  
 Ventilação mecânica (manual / automática)  
 VMI  
 VMNI  
 Outros:

Descrição do(s) procedimento(s): \_\_\_\_\_

## MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

## PERTENCES DA VÍTIMA

Não  
 Sim  
 Objetos



Entregues a / Local:

Assinatura com Carimbo do recebedor

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO - CONDUTOR: Marcos

TÉC. ENFERMAGEM: Eliziane

COREN:

ENFERMEIRA (A): Fátima Picaranda

COREN: 356 595

MÉDICO (A): \_\_\_\_\_

CRM:

MATRÍCULA:

*G. S. M. S.*  
*ENFERMEIRA COREN/PB 264.531*  
*BOORMEADCB 80 SAÚDE*

Informações de Preenchimento Exclusivo do Paciente:  Recusa Remoção  Recusa Atendimento

NOME: \_\_\_\_\_

RG / CPF: \_\_\_\_\_

ASSINATURA (RÚBRICA): \_\_\_\_\_

Observação: \_\_\_\_\_

TESTEMUNHA: \_\_\_\_\_

TESTEMUNHA: \_\_\_\_\_

SERVIÇO AUTÔNOMO DE AGUA E SEGO TO CONTA D'ÁGUA

CNPJ: 09.028.341/0001-40 Insc. Est.: ISENTO  
HABICAO CLE CAT TAP FOD HABILITACAO INSCRIÇÃO EMISSAO VERSAO  
0000911.9 PAR 100 E-2 001 21/06/96 18001487 03/05/2018 ABR/2018

MARIA PAULINO BARBOSA  
RUA FRANCISCO EVARISTO 165  
CENTRO  
ALCANTARA  
CEP. 38.390-000  
PARABERA  
LOCA. VACAO  
01.06.02.0000004550

ESTRABON DE ELEUTERIA

上册·第12章

HORÓSCOPO	DATA INSTALAÇÃO	CRM	DATA DE VENCIMENTO	VALOR	VALOR
LETREIRA AUTÔNOMA	07/07/1994	000	30/09/2009		18.40
	DATA LETRA				
LETRA AUTÔNOMA	12/09/2014	*			
LETRA AUTÔNOMA	DATA LETRA				
NOVA	24/04/2014				
CONSUMO	DATA DE CONSUMO				
09/01/14	01/01				
OCORRÊNCIA	LATUPLAST				
000	000				

rei subtraeido certa futura i Mº preventamente  
de numero de lecturas con finalidad

**VENCIMENTO** 31/05/2018 **VALOR R\$** 0,00

A rectangular redacted stamp with the following text:  
COMPROVATÓRIO  
COMPRA DE PREVIDÊNCIA S/A  
30 JUL. 2018  
PROTÓCOLO  
N.º 1030 PESSOA

**SERVICIO AL HOMBRE DE AGUA Y SEGO** **CONTA D'ÁGUA**

CNPJ: 09.028.341/0001-40 Insc. Est.: ISENTO  
HABICAO CLE CAT TAP FOD HABILITACAO INSCRIÇÃO EMISSAO VERSAO  
0000911.9 PAR 100 E-2 001 21/06/96 18001487 03/05/2018 ABR/2018

MARIA PAULINO BARBOSA  
RUA FRANCISCO EVARISTO 165  
CENTRO  
ALCANTARA  
CEP. 38.300-000  
PARABERA  
LOCA. VACAO  
01.06.02.0000004550

ESTRABON DE ELEUTERIA

上册·第12章

mai adunând cărța futură și în prezentările  
de ambele deputați sunt finalizate.

**VENCIMENTO** 31/05/2018 **VALOR R\$** \_\_\_\_\_



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE MARQUISON PONTES BARBOSA

DADOS DE NASCIMENTO 19/05/85

NOME DA MÃE LUZIA PONTES BARBOSA

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.029.747

Nº PRONTUARIO 104.449

DATA DO ATENDIMENTO 24/09/17

HORA DO ATENDIMENTO 19:53

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO (S) FRATURA PARIETAL D + FRATURA OCCIPITAL D + EDEMA CEREBRAL + CONTUSÃO CEREBRAL + HEMORRAGIA SUBARACNÓIDE TRAUMÁTICA + PNEUMONIA NÃO ESPECIFICADA

CID 10 S 02.0 + S 02.1 + S 06.1 + S 06.2 + S 06.6 + J 15.9

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, trazido pelo SAMU, apresentando TCE, politraumatizado, entubado, sedado, com ventilação mecânica, Glasgow 3. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do crânio

TC da coluna cervical

TC da face

RX do tórax - AP

RX da bacia - AP

USG do abdome total - FAST



### TRATAMENTO:

Fratura parietal D + fratura occipital D + edema cerebral + contusão cerebral + hemorragia subaracnóide traumática à TC. Sem alteração às outras TC's, USG e aos RX. Realizado internamento e tratamento conservador pela equipe da Neurocirurgia e da Clínica Médica. Obteve suporte da Terapia Intensiva. Apresentou pneumonia como complicaçāo pós-traumática.

ALTA HOSPITALAR: 19/10/17

DATA DA EMISSÃO: 01/03/18

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA  
CRM: 2516/PB

Dr. Ewerton Noronha Teixeira  
CRM: 2516/PB



1029747

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1029747

**Identificação do paciente**

ID 1213617	Nome <b>MARQUISON PONTES BARBOSA</b>			Sexo Masculino
Data de nascimento 01/01/1985	Idade 32 anos 8 meses 23 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Nº <b>LUZIA PONTES BARBOSA</b>	Pai <b>NAO INFORMADO</b>			
Escrolaridade	Responsável (Parentesco) <b>JOAO PONTES BARBOSA - TIO (A)</b>			
DDD Móvel 43	Fone Móvel 987308219	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento	Número documento	Nº Cns		
Local de procedência <b>ALAGOINHA</b>		Type <b>MUNICIPIO</b>	UF <b>PB</b>	
Email	Naturalidade <b>ALAGOINHA</b>	CBO/R:		

**Dereço**

CEP 58396000	Município de residência <b>ALAGOINHA</b>	UF <b>PB</b>	Logradouro <b>FRANCISCO EVARISTO</b>
Número 155	Complemento	Bairro <b>CENTRO</b>	

**Admissão**

Data e Hora 24/02/2017 19:53:16	Número da pulseira <b>6307072</b>	Convênio <b>SUS</b>
Specialidade <b>CIRURGIA GERAL</b>	Clínica	
Classificação de risco	Origem do paciente <b>RUA</b>	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Detalhe do acidente <b>MOTO X MOTO</b>

**Indicadores e Transporte**

Caixa policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte <b>AMU</b>	Quem transportou		

**dados Vitais**

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

**Exames complementares**

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

Dados clínicos

Paciente trazido pelo Samu, já intubado, vítima de acidente viário, politraumatizado

Diagnóstico	<i>Glauco</i>	<i>Trat. Vias S.M. Férmino</i>	CID
Atendido por <b>MAYARA ANA LACERDA</b>	<i>05/10/17</i>	<i>Enfermeiro</i> <i>COREN-PB 122216</i>	Tempo 101min 23sec
Imprimir		COMPRÉ / PRÁTICAS / SA	
		30 JUL. 2018	
		PROTOCOLO	
		AG. 1070 PTBR	



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

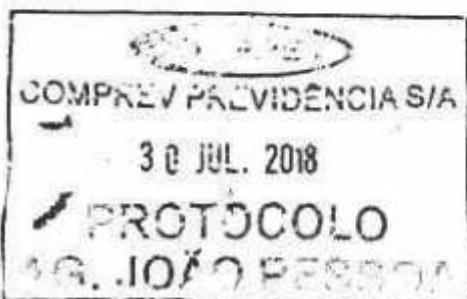
Documento de Alta

Nome: MARQUISON PONTES BARBOSA		Número Prontuário: 104449
Data de 19/05/1985	Sexo: Masculino	Data de Internação: 24/09/2017 22:35:29
Data de Alta: 19/10/2017 09:57:09		
Motivo da alta: ALTA HOSPITALAR		
Conduta:		
<p><b>Resumo da Internação:</b>            PACIENTE ADMITIDO APÓS ACIDENTE DE MOTO, COM TCE (hsa traumática fratura parietal e occipital contusão cerebral edema cerebral pneumoencefálico(discreto), PERMANECIU INTERNADO NA UTI, INTUBADO EM VMI, EVOLUIU COM PNEUMONIA, INICIADO TRATAMENTO ANTIBIÓTICO. OBTVE BOA RESPOSTA DO QUADRO. LIBERADO PELA NEUROCIRURGIA, SENDO ENCAMINHAO PARA CUIDADOS CLÍNICOS. TERMINOU CICLO DE ANTIBIÓTICOS. EVOLUI BEM, SENDO ENCAMINHADO PARA ACOMPANHAMENTO COM A NEURO NO HTOP.</p>		
<b>Resultado de Exames:</b> <i>TCC -&gt;</i>		
<b>Tratamento:</b> POLIMIXINA, AMICACINA, HIDANTAL		
<b>Diagnóstico:</b> S06.6 - Hemorragia subaracnóide devida a traumatismo		
<b>Recomendações:</b> RETORNO AO AMBULATÓRIO DE NEUROCIRURGIA NO HTOP		

Data: 19/10/2017

FERNANDA VALDA MACHADO DA  
SILVEIRA NOBREGA

*Fernando P. M. Nobre  
Cardioglossa*





**GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
CRUZ VERMELHA BRASILEIRA – FILIAL RIO GRANDE DO SUL  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
COORDENAÇÃO DAS RECEPÇÕES E CENTRAL TELEFÔNICA**

## **DECLARAÇÃO.**

Declaramos para os devidos fins e a pedido que CONSTA EM NOSSOS REGISTROS, o nome da Sra. LUZIA PONTES BARBOSA – RG: 3.871.308 SSP/PB, como VISITANTE, na qual se identificou como GENITORA do paciente MARQUISON PONTES BARBOSA que está interno na UTI. O mesmo está interno neste hospital de 17/09/2017 até o presente. A mesma visitou o paciente nos dias abaixo:

- 26/09/2017 (Terça Feira);
  - 27/09/2017 (Quarta Feira);
  - 28/09/2017 (Quinta Feira);
  - 29/09/2017 (Sexta Feira);
  - 30/09/2017 (Sábado);
  - 02/10/2017 (Segunda Feira);
  - 03/10/2017 (Terça Feira).

João Pessoa - PB, 3 de Outubro de 2017

**Maria Silene de Marrocos Pereira**  
Coordenadora das Recepções e Central Telefônica  
**CVB / HEETSHL.**

COMPRA / VENDA  
30 JUL. 2018  
PROTÓCOLO  
19.10.2018

s, para prevenir aci-  
sais.  
ro os perigos que o  
deve ser apreciada,  
a que é preciso ser  
do.  
lgo o socorro médi-  
didos" e "curiosos"  
ua lesão,  
meta a fazer serviços  
mo, se você for víti-  
se demais.  
ném; mas você deve  
membros da CIPA e de  
arança da seção onde  
o predispõem a aci-  
mentos contidos nos  
acidentes.  
angas compridas não  
alho.  
etadoras das máqui-  
que consertá-la ou  
contra os acidentes.  
ados a seu serviço.  
e demais dispositi-  
n seu local de tra-  
á-los algum dia.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO  
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Número 96823 Série 00028-RB

*Manoel da Conceição*  
ASSINATURA DO PORTADOR

COMPLEXO DE  
PROVIDÊNCIAS /  
30 JUL. 2018  
PROT. 10175700

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Margison Pontes Barbosa

Loc. Nasc. Alagoa grande Est. PB Data 19/05/1985

Filiado José Adair Batista

Maria Pontes Barbosa

Doc. Nº CE - 12.555 - FIS. 213 - LIV. A-12

88873 ESTRANGEIROS

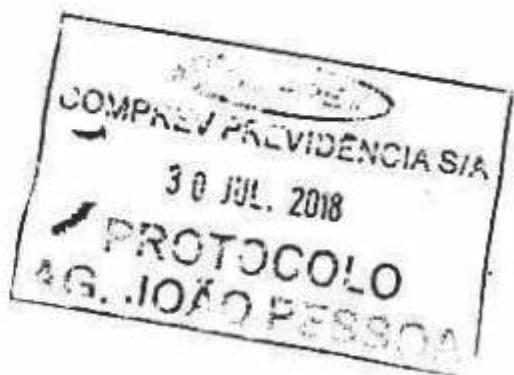
Chegada ao Brasil em ..... / ..... / ..... Doc. Ident. Nº .....

Exp. em ..... / ..... / ..... Estado .....

Obs.: .....

Data Emissão 21/01/2004 DRT Alagoas, PB

Maria Solange Firmino Barbosa  
Assinatura do Funcionário  
MAT. 150.355-3



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETRAN-PB

Nº 012427186661

74843479011

**CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO**

VIA: PRT. 20160500001204-1  
 1 0099927863-0 00/00000000

NOME ENDEREÇO:  
 JOSIMAR PEDRO FERNANDES  
 SITIO BARRA SN CASA  
 7. MIRAT.  
 58397000 AREIA PB

CHASSI: 9G2KC1600ER529204

PLACA: OFC6833/PB

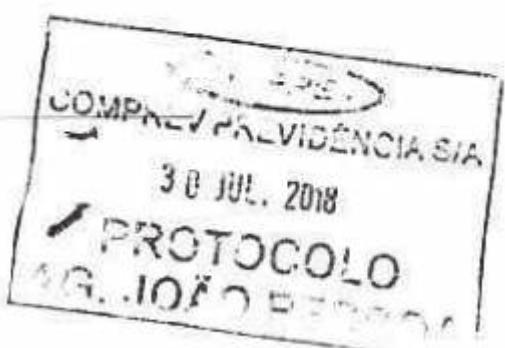
NOME ANTERIOR:  
 JOSE CLEMENTINO

PLACA ANTERIOR:	NOVO	PB	ESPECIE TIPO:	PAS/MOTOCICLE/NAO APPLIC	COMBUSTIVEL:	ALCO/GASOL	
MARCA/MODELO:	HONDA/CG150 FAN ESDI			ANO FAB.	2014	ANO MOD.	2014
CAP/DT/CL:	2 P/149 /CI		CATEGORIA:	PARTIC	COR PREDOMINANTE:		
VERMELHA							

OBSERVAÇÕES:  
 SEM RESERVA DE DOMÍNIO

DOCUMENTO AUSPICIADO PARA TRANSFERÊNCIA  
 N. Motor : KC16E8E529204 SEGURO: 0

AREIA-PB LOCAL: 26/02/2016 DATA: 40569



**AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO AT-IV**

AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO-DETRAN,  
TRANSFERIR O REGISTRO DESTE VEÍCULO, PARA:

VALOR R\$ \_\_\_\_\_

NOME DO COMPRADOR: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_, CPF/CNPJ: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

LOCAL E DATA: \_\_\_\_\_

*05/03/2016*

*Josimar Sales da Silva*  
ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)

- a) O vendedor tem até 30 (trinta) dias, contados da data de comunicação a venda do veículo ao DETRAN no prazo máximo de 30 dias, sob pena de responder solidariamente pelas penalidades impostas e suas reincidências, na forma da legislação federal e estadual de trânsito (Lei Federal nº 9.503 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro - CTB).
- b) O adquirente tem prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data da aquisição para providenciar a transferência do veículo para o seu nome, sob pena de incorrer em infração de trânsito (Art. 233 do CTB).
- c) É obrigatório o reconhecimento de firmas do adquirente e do vendedor, exclusivamente na modalidade por AUTENTICIDADE.

DE ACORDO:

*Luzia Pontes Barbosa*  
ASSINATURA DO COMPRADOR

RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO(VENDEDOR)  
CONFORME ART. 369 C.P.C.

Serviço Notarial e Registrário Sales da Silva - Pilões - PB.

Rua José Geraldo de Menezes Castro, 40-CENTRO

Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: JOSIMAR PEDRO FERNANDES.  
DOU FÉ - Pilões-Paraíba - 05/07/2016.

*Sebastião Sales da Silva Neto*  
SEBASTIÃO SALES DA SILVA NETO  
ÚNICO OFÍCIO DE NOTARIA  
Selo Digital de fiscalização Tipo Normal S-ADG46768-LEG5  
FONE: (83) 3276-1037 Confira os dados do site em <https://selodigital.tpb.jus.br>  
PILÕES - PB EMOLUM. R\$ 7,49 FARPEI R\$ 0,22  
VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

CARTÓRIO NOT. E REG. ROGERIO LINS

Rua Dep. Fco. Antônio, 22, Centro, Alegoinha-PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:

LUZIA PONTES BARBOSA

Dou fé. Alegoinha/PB - 29/08/2017

Escrevente: SEVERINA LAUREANO DE SANTANA

Emol R\$8,49 Farpen R\$0,25 MP R\$0,14 Fapc R\$1,56

Selo Digital:AFR96599-XIWZ

Acesse o site <https://selodigital.tpb.jus.br>

*Severina L. de Santana*

*Luzia Pontes Barbosa*

*Escrevente autorizada*

*COMPRA / PRÉ-VISÃO / SIA*

*30 JUL. 2018*

*PROTOCOLO*

*G. 107 5000*

---

Rio de Janeiro, 01 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **MARQUISON PONTES BARBOSA**

Nº Sinistro: **3180348572**

Vitima: **MARQUISON PONTES BARBOSA**

Data do Acidente: **24/09/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

**Senhor(a),**

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180348572**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo faltando página

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

