
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 e 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



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:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do Beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASI:

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

068 805 931 45

MARQUISON PUNTES BARBOSA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo MARQUISON PUNTES BARBOSA	CPF titular da conta 068 805 931 45	Profissão Autônomo
Endereço RUA FRANCISCO EVANGELISTA	Número 165	Complemento
Bairro centro	Cidade AAAGGIMHA	Estado PR
Email	CEP 58 390 000	Telefone (DDD) (83) 98800 - 8299

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRABESCO (237)	<input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001)	<input checked="" type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001)	
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (340)	<input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		
AGÊNCIA NÚM.: 0200	DIV. 3	AGÊNCIA NÚM.: 40790	DIV. 9
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Paulo 27 de Julho de 2018
Local e Data

Marquison Puntos Barbosa
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

144 Extrato de Conta Corrente 144

BANCO DO BRASIL S.A.

012

AGENCIA: 0200-3 CONTA: 40.790-1
CLIENTE: MARQUISON PONTES BARBOSA

SALDO

dévedures diárias no mês anterior ao débito.

- INFORMACIÓES DE INDISP. TEMPORARIAMENTE

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC
0800 723 0722

COMPRES PREVIDENCIA S/A

30 JUL. 2018

PROTOCOLLO

10/10/1950



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 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 Polícia Civil, comigo o escrivão do seu cargo ao final declarado e assinado, aí por volta das 11:30 mim, compareceu: MARQUISON PONTES BARBOSA, RG-3.200.930-2ª 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 contrario 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
MATRICULA Nº 73.859-0**

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



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:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA 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 deverá assinar a declaração no campo 2 ("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 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

MARQUISON PONTES CARROSA

CPF da Vítima

068 805 73495

Data do Acidente

24/09/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML 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, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do 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 renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



Assinatura: 27 de julho de 2018
Local e Data

Marquison Pontes Carroza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - 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: 24/10/2017	ID da Ocorrência: 185332	<input checked="" type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MT	Nº / Equipe: 41	Plantão: <input checked="" type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Noite	Hora de Saída da Base: Hs	Hora de Chegada no Local: Hs
Paciente / Usuário: <u>MARSON FORTES BARBOSA</u>				Idade: 32	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Telefone:
Local da Ocorrência: <input type="checkbox"/> Alagoinha <input type="checkbox"/> Cuiçati <input type="checkbox"/> Pilões <input type="checkbox"/> Mulungu <input type="checkbox"/> Outros:						
Logradouro: <u>FB-063</u>				Bairro: <u>Médico Regulador</u>		
Quantidade de vítima(s) no local: <input checked="" type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Mais de três:						
Apoio no Local: <input type="checkbox"/> USB <input checked="" type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> BPTRAN <input type="checkbox"/> OUTRO						
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Evadiu-se do Local <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> OUTRO						
DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> Atendido no Local e Liberado <input checked="" type="checkbox"/> Encaminhado a Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Óbito no Local <input type="checkbox"/> Óbito Durante o atendimento						
<u>USA - 44 - Guarabira</u>				<u>15 - CAM 7390</u>		
Destino (Unidade Hospitalar)				Responsável e Função (Assinatura e Carimbo)		

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

<input type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO <input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA
Motivo:	Hospital de Origem:
► CAUSAS EXTERNAS	Responsável:
► Acidente de trânsito	Hospital de Destino:
<input type="checkbox"/> Colisão carro x moto	Responsável:
<input type="checkbox"/> Queda de moto	
<input checked="" type="checkbox"/> Atropelamento por:	
<input checked="" type="checkbox"/> Colisão carro x carro	
<input type="checkbox"/> Capotamento	
<input type="checkbox"/> Outro:	
<input type="checkbox"/> F.A.F	
<input type="checkbox"/> F.A.B	
<input type="checkbox"/> Agressão Física	
<input type="checkbox"/> Afogamento	
<input type="checkbox"/> Queda - Altura aproximada:	
<input type="checkbox"/> Soterramento / Desabamento	
<input type="checkbox"/> Choque Elétrico	
<input type="checkbox"/> Outro:	
	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"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial
	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores
	<input type="checkbox"/> Doença Cardíaca <input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios
	<input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa <input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo
	Quais?

1. DADOS VITAIS

PA: 90x40 FC: 62 FR: 19 HGT: 167 SpO2 - SI/O2: 86 SpO2 - CI/O2: 93

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

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Diagnósticos de Enfermagem: Risco pt obstrução de vias aéreas

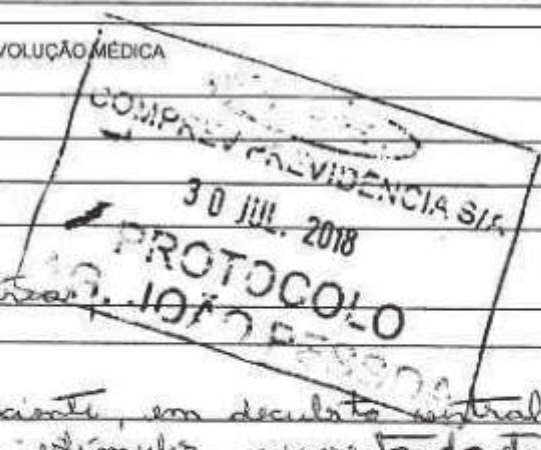
Intervenções: Quedel

Evolução do Enfermeiro:

pt vítima de colisão moto x moto, inconsciente, em decúbito ventral em via pública. Sem resposta a quaisquer estímulos, apresentando sinais de vida em parada ①;

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA

Interceptação com USA 44.



1 - VENTILAÇÃO:

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

2.1 - VENTILAÇÃO:

☒ Espontânea ☐ Assistida ☐ Ritmo irregular ☐ Parada respiratória

2.2 - EXPANSIBILIDADE:

☐ Normal ☐ Superficial ☐ Regular ☒ Irregular

2.3 - ACHADOS:

☐ Crepitação ☐ Hemoptise ☐ Expectoração ☐ Enfisema subcutâneo ☒ Hálito Etilico

3 - CIRCULAÇÃO:

☒ Fria ☐ Úmida ☐ Palidez ☐ Quente ☐ Normal

3.1 - EDEMAS:

☐ Não ☒ Sim - Local: face

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: ☒ Decúbito Dorsal ☐ Lateral ☐ Ventral ☐ Sentado ☐ Deambulando ☐ outro:

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

PROCEDIMENTOS

☐ Bomba de infusão
☐ Cânula Orofaríngea
☐ Colar cervical
☐ Controle da hemorragia
☐ Cricotireoidostomia
☐ Curativo

☐ DEA
☒ Desobstrução vias aéreas
☐ Drenagem torácica
☐ Desfibrilação / Cardioversão
☐ Intubação Orotraqueal
☒ Inalação de Oxigênio (O2)
☐ Imobilização de membros

☐ KED Adulto
☐ KED Infantil
☐ Massagem cardíaca externa
☐ Orotraqueal
☐ Plancha Longa
☐ Punção 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 receptor

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO - CONDUTOR: Marcos

TÉC. ENFERMAGEM: Eliziane

COREN:

ENFERMEIRA (A): Fátima Pereira

COREN: 306.995

MÉDICO (A):

CRM:

MATRÍCULA:

João Roberto de A. Souza
ENFERMEIRA COREN PB 264.891
BOBENHADORA DO SAMU

Informações de Preenchimento Exclusivo do Paciente: ☐ Recusa Remoção ☐ Recusa Atendimento

NOME:

RG / CPF:

ASSINATURA (RÚBRICA):

Observação:

TESTEMUNHA:

TESTEMUNHA:

18,60

COMPREV PREVIDENCIA S/A
30 JUL. 2018
PROTOCOLO
16. JOAO PESSOA

18,60

COMPREV PREVIDENCIA S/A
30 JUL. 2018
PROTOCOLO
16. JOAO PESSOA



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 PRONTUÁRIO 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 SUBARACNOÍDE 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 supote da Terapia Intensiva. Apresentou pneumonia como complicação pós-traumática.

ALTA HOSPITALAR: 19/10/17

DATA DA EMISSÃO: 01/03/18

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO - 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



Identificação do paciente

ID 1213617	Nome MARQUISON PONTES BARBOSA			Sexo Masculino
Data de nascimento 01/01/1985	Idade 32 anos 8 meses 23 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe LUZIA PONTES BARBOSA			Pai NAO INFORMADO	
Escolaridade			Responsável (Parentesco) JOAO PONTES BARBOSA - TIO (A)	
DDD Móvel 33	Fone Móvel 987308219	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento	Número documento	Nº Cns		
Local de procedência ALAGOINHA			Tipo MUNICIPIO	UF PB
E-mail	Naturalidade ALAGOINHA	CBO/R		

Endereço

CEP 58396000	Município de residência ALAGOINHA	UF PB	Logradouro FRANCISCO EVARISTO
Número 165	Complemento	Bairro CENTRO	

Admissão

Data e hora 24/09/2017 19:53:16	Número da pulseira 6307072	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X MOTO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte AMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

Exames complementares

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

Dados clínicos

Paciente trazido pelo samu, já intubado, vítima de acidente moto, politraumatizado

Sinais clínicos

Atendido por
MAYARA ANA LACERDA

Assinatura
05/10/17

Imprimir

Thaís Vieira S.M. Firmado
Enfermeira
COREN-PB 177216

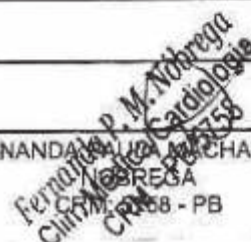
CID	Tempo 101min 23seg
COMPREENSÃO DEVIDÊNCIA S/A	
30 JUL. 2018	
PROTOCOLO	
46. JOÃO PONTES BARBOSA	

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:			
Resumo da Internação: PACIENTE ADMITIDO APÓS ACIDENTE DE MOTO, COM TCE (hsa traumática fratura parietal e occipital contusão cerebral edema cerebral pneumoencefalo[discreto]), PERMANECER INTERNADO NA UTI, INTUBADO EM VMI, EVOLUIU COM PNEUMONIA, INICIADO TRATAMENTO ANTIBIÓTICO. OBTVEU BOA RESPOSTA DO QUADRO. LIBERADO PELA NEUROCIRURGIA, SENDO ENCAMINHADO PARA CUIDADOS CLÍNICOS. TERMINOU CICLO DE ANTIBIÓTICOS. EVOLUI BEM, SENDO ENCAMINHADO PARA ACOMPANHAMENTO COM A NEURO NO HTOP			
Resultado de Exames: TCC →			
Tratamento: POLIMIXINA, AMICACINA, HIDANTAL			
Diagnóstico: S06.6 - Hemorragia subaracnóide devida a traumatismo			
Recomendações: RETORNO AO AMBULATÓRIO DE NEUROCIRURGIA NO HTOP			

Data: 19/10/2017

FERNANDA LUIZ RIBEIRO DA SILVA


FERNANDA L. RIBEIRO DA SILVA
CRM: 10158 - PB
Clínica de Cardiologia

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

30 JUL. 2018

PROTOCOLO

16.1070 PESSOA

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 TELEFONICA

DECLARAÇÃO.

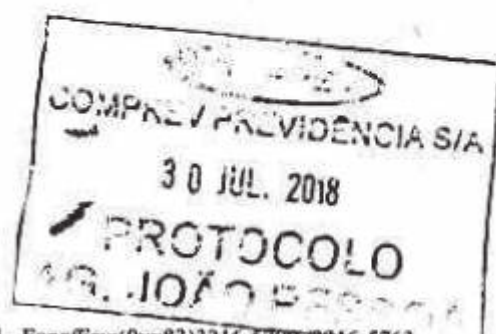
Declaramos para os devidos fins e a pedido que **CONSTA EM NOSSOS REGISTROS**, o nome da **Sra. LUZIA PONTES BARBOSA – RG: 3.871.308 SSP/PB**, como **VISITANTE**, na qual se identificou como **GENITORA** do paciente **MARQUISON PONTES BARBOSA** que está interno na UTI. O mesmo está interno neste hospital 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.


Coord. das Recepções e
Central Telefônica
CVB / HEETSHL

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



s, para prevenir aci-
dentes.

ro os perigos que o

deve ser apreciada,

a que é preciso ser
ão.

logo o socorro médi-
camentos e "curiosos"
na lesão.

meta a fazer serviços

isto, se você for vítima
de demais.

uém; mas você deve

mbros da CIPA e de

rança da seção onde

o predisponem a aci-

mentos contidos nos
s acidentes.

angas compridas não
salvo.

ofetoras das máqui-

que consertá-la ou

contra os acidentes.

ados a seu serviço.

s e demais dispositi-

n seu local de traba-

á-los algum dia.



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Número 96823 Série 00028-B



Margarida Tereza Barreira
ASSINATURA DO PORTADOR



QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Marquison Pontes Barbosa

Loc. Nasc. Alagoinha Grande Est. PB Data 19/05/1985

Filiação Jose Adair Batista

Luiza Pontes Barbosa

Doc. Nº CG - 12.555-Fis-213-2iv-A-12

20853 ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. Nº

Exp. em / / Estado

Obs.:

Data Emissão 12.01.2004 DRT Alagoinha PB

M. Barbosa

Assinatura do Funcionário

Maria Solange Firmino Barbosa

MAT. 150.355-3



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012427196661
74843479011
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

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

NOME/ENDEREÇO
JOSIMAR PEDRO FERNANDES
SÍTIO BARRA SN CASA
Z. RURAL
59227000 AREIA PB

PLACA
21700932810 OFC6833/PB

NOME ANTERIOR
JOSE CLEMENTINO

PLACA ANTIGA NOVO PB CHASSI 9C2KC1680ER529204

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL ALCO/GASOL

MARCA/MODELO HONDA/CG150 FAN ESDI ANO FAB 2014 ANO MOD 2014

CAP/PI/CL 2 P/149 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO
DOCUMENTO VÁLIDO SOMENTE PARA TRANSFERÊNCIA
N. Motor : KC16E8E529204 0

AREIA - PB 36994 DATA 26/02/2016
40568

COMPREENSÃO DEVIDÊNCIA SIA
30 JUL. 2018
PROTOCOLADO
AG. 10/07/2018

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO AT-1

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

VALOR R\$ _____

NOME DO COMPRADOR: _____

RG: _____ CPF/CNPJ: _____

ENDEREÇO: _____

LOCAL E DATA: _____

05/07/2016

Sebastião Sales da Silva Neto

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)

- a) O vendedor tem a obrigação de comunicar a venda do veículo ao DETRAN no prazo máximo de 30 dias, sob pena de ser responsabilizado solidariamente pelas penalidades impostas e suas reincidências, de acordo com a comunicação (lei Federal nº 9.503 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro).
- b) O adquirente tem o 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: _____

Luiza Pontes Barbosa

ASSINATURA DO COMPRADOR

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

Serviço Notarial e Registral Sales da Silva - Píloas - PB.

Rua José Geraldo de Menezes Castro, 40-CENTRO

Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: **JOSEMAR PEDRO FERNANDES**,
DOU PE Píloas-Paraíba, 05/07/2016.

Sebastião Sales da Silva Neto

SEBASTIÃO SALES DA SILVA NETO
Selo Digital de fiscalização Tipo Normal S-ADG-0768-LEGS
Confira os dados do site em <https://selodigital.tpb.jus.br>
EMOLUM. R\$: 7,49 FARPEN R\$: 0,22 FEPI R\$: 0,22
VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

CARTÓRIO NOT. E REG. ROGERIO LINS
Rua Dep. Fco. Antonio, 22, Centro, Alagoinha-PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
LUZIA PONTES BARBOSA

Dou fe. Alagoinha/PB - 29/08/2017

Escrevente: **SEVERINA LAUREANO DE SANTANA**

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

Selo Digital AFR96599-XIWZ

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

Severina L. de Santana

Escrevente autorizado

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

30 JUL. 2018

PROTOCOLO

19.10.2018

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** 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

