

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0276611/18
Vítima: MARQUISON PONTES BARBOSA
CPF: 068.805.734-95

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 24/09/2017
Titular do CPF: MARQUISON PONTES BARBOSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

MARQUISON PONTES BARBOSA : 068.805.734-95

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

Sinistro nº 3180348572

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 30/07/2018
Nome: MARQUISON PONTES BARBOSA
CPF/CNPJ: 068.805.734-95

MARQUISON PONTES BARBOSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/07/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

Natalia Soares
NATALIA SOARES ALVES DA SILVA





(1)

Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

ACESSIBILIDADE

[/Pages/Acessibilidade.aspx](#)
[/Pages/Acessibilidade.aspx](#)
[/Atalhos-de-Indenizacao.aspx](#)

[Documentos Despesas Médicas \(/Pages/Documentacao-Despesas-Medicinas.aspx\)](#)
[Documentos Invalidez Permanente \(/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx\)](#)
[Documentos Morte \(/Pages/Documentacao-Morte.aspx\)](#)
[Dicas Indispensáveis \(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-Indenizacao.aspx\)](#)

PAGUE SEGURO

[Como Pagar \(/Pages/Pague-Seguro.aspx\)](#)
[Consulta a Pagamentos Efetuados \(/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuos.aspx\)](#)
[Informações Gerais \(/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx\)](#)

ACOMPANHE O PROCESSO

[Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. \(/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx\)](#)

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados para análise. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administrado final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180348572 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MARQUISON PONTES BARBOSA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

BENEFICIÁRIO MARQUISON PONTES BARBOSA

CPF/CNPJ: 06880573495

Posição em 02-08-2018 04:12:20

Seu pedido de indenização foi avaliado por nossa equipe técnica e identificamos pendências na documentação apresentada. Regularize os documentos listados abaixo e entregue-os, o quanto antes, no mesmo local onde você deu entrada para o sinistro.

Descrição	Tipo	Status	Nome
Declaração do Proprietário do Veículo	Vítima	Pendente	

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
02/08/2018	Exigência Documental	https://sdsdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/f0n8ivRCHqD7PjLC/Cjoy+8UuyURS4w4RRPLO1fSDaoYhYnjZgime5_sRBg2cbUzqobR0kq32u3n6kNS/DWAqMj_75128kLrTtsuwz1VQxZZULOAb8+SQ1SSG8Hvj34qRdQcVTrVhDi7EsaBNL2Hv?api_key=vqnt5
02/08/2018	Aviso de Sinistro	https://sdsdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/dhsLAIK2eQDfyDSWA/191FGRShCeW5SjirWHnyf0rjdh_v5+Z2Yh+SU+sgAmS4QxTnp8fiwjjdR3pgmva9jUldgVdbqSL779USVah1FK385sh3jgVZ9FVSLg1chmScqSUROLDqjG4bRDjSYVVG_KhOLk3CVN3?api_key=v

Serviços

[Acompanhe seu processo de indenização \(/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx\)](#)
[Consulte a documentação de pagamentos \(/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuos.aspx\)](#)
[Saiba Como Pagar \(/Pages/Saiba-como-pagar.aspx\)](#)
[Pontos de Atendimento \(/Pontos-de-Atendimento\)](#)
[Como Pedir Indenização \(/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao\)](#)

Dúvidas e Respostas

[A Seguradora Líder-DPVAT \(/Pages/Quem-Somos.aspx\)](#)
[Sobre o Seguro DPVAT \(/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx\)](#)
[Informações Gerais \(/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx\)](#)
[Dicas Indispensáveis \(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-Indenizacao.aspx\)](#)
[Dicionário do Seguro DPVAT \(/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT\)](#)
[Perguntas Frequentes \(/Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes\)](#)

Atendimento

[Chat - Atendimento On-line \(/Contato-Chat-e-Atendimento-On-Line\)](#)
[Dúvidas, Reclamações e Sugestões \(/Contato-Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes\)](#)
[SAC DPVAT \(/Contato-Sac-DPVAT\)](#)
[Ouvidoria \(/Contato-Ouvidoria\)](#)
[Denúncia de Fraudes \(/Contato/Denuncia-de-Fraudes\)](#)

Termos de uso e política de privacidade (/Pages/Termos-de-Uso.aspx)





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

FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data: 24/09/17	ID da Ocorrência: 185381	<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: Markson Pontes Barbosa				Idade: 32	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Telefone:
Local da Ocorrência: <input type="checkbox"/> Alagoinha <input type="checkbox"/> Cuitagi <input type="checkbox"/> Pilões <input type="checkbox"/> Mulungu <input type="checkbox"/> Outros:						
Logradouro: FB-063				Bairro:	Médico Regulador: Josefa	
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						
USA - 44 - Generaliana				Destino (Unidade Hospitalar):		
				Responsável e Função (Assinatura e Carimbo):		

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

<input type="checkbox"/> CLÍNICO Motivo:	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO <input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA Hospital de Origem: Responsável: Hospital de Destino: Responsável:
CAUSAS EXTERNAS ▶ Acidente de trânsito <input type="checkbox"/> Colisão carro x moto <input type="checkbox"/> Queda de moto <input 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

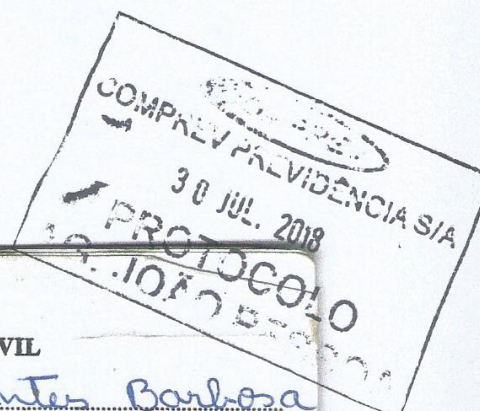
P.A.: 90x40 FC: 62 FR: 19 HGT: 167 SpO2 - S/O2: 86 SpO2 - C/O2: 93

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

COMP. PREVIDENCIA S/A
30 JUL. 2018
PROTOCOLADO
19.10.17

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
Diagnósticos de Enfermagem: Risco pl. obstrução de vias aéreas
Intervenções: Queda
Evolução do Enfermeiro:
pt vítima de colisão carro x moto, inconsciente, em decubito dorsal em via pública, sem resposta a quaisquer estímulos, apresentando trauma em ossos de 1º;
ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA
Interceptar com USA 44.





QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Marquison Pontes Barbosa
Loc. Nasc. Alagoinha grande, PB Est. PB Data 19/05/1985
Filiação Jose Adair Batista
Luiza Pontes Barbosa
Doc. Nº CO-12.555-FL-213-21V-A-12

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



...para prevenir aci-
...to os perigos que o
...deve ser apreciada,
...a que é preciso ser
...logo o socorro médi-
...idos" e "curiosos"
...na lesão.
...meta a fazer serviços
...to, se você for viti-
...de demais.
...nem; mas você deve
...mbros da CIPA e de
...unça da seção onde
...o predisponem a aci-
...nentos contidos nos
...e acidentes.
...ngas compridas não
...alho.
...oietoras das máqui-
...que consertá-la ou
...contra os acidentes.
...idos a seu serviço.
...e demais dispositi-
...n seu local de traba-
...a-los algum dia.



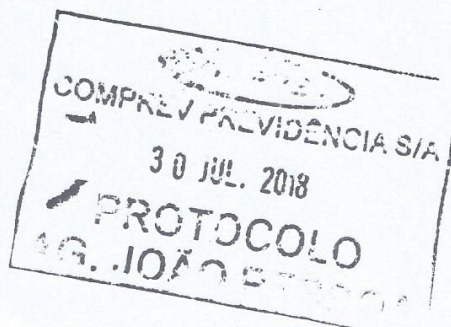
MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

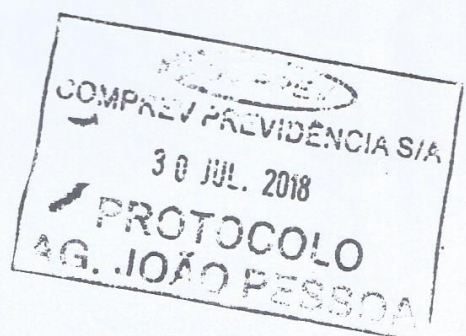


Número 96823 Série 00028-13



Marguiran Pontes Barreira
ASSINATURA DO PORTADOR







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 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.

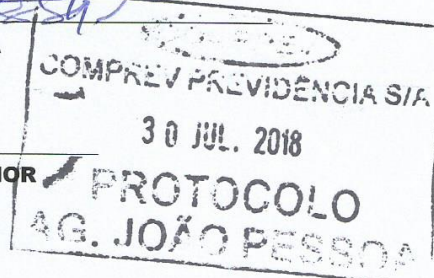
Noticiante:

Marquison Pontes Barbosa

Autoridade policial:

Janduy Pereira da Silva
**JANDUY PEREIRA DA SILVA
MATRICULA Nº 73.859-0**

José Pereira da Cunha Junior
**JOSÉ PEREIRA DA CUNHA JUNIOR
ESCRIVÃO AD-HOC
MAT. 146.133-8**





Paciente: Marquison Pontes Barbosa Admissão na UTI: 26/9/2017; Unidade: UTI 1; Leito: 06;
Prontuário: 1029747 Idade: 32 Sexo: F ☐ M ☒ Data: 14/10/2017 Hora: 09:36

Motivos de Internação

1. TCE: HSA TRAUMÁTICA + FRATURA PARIETAL E OCCIPITAL + CONTUSÃO CEREBRAL +
2. EDEMA CEREBRAL + PNEUMOENCEFALO[DISCRETO]
3. TRAUMA DE FACE
4. CONTUSÃO TORÁCICA ?
5. ACIDENTE DE MOTO

G. Beltrão

Motivos de Permanência (Intercorrências)

1. SUPORTE INTENSIVO
2. MONITORIZAÇÃO NEUROLÓGICA
- 3.
- 4.

Doença Mórbida / Prévia

- 1.
- 2.

Impressão Clínica

Paciente estável, consciente, Desorientado, Contactua com examinador, respirando espontaneamente, eupneico, corado, hidratado, afebril nas últimas 24h, Leuco: 11.900; Hemodinâmica estável, sem uso de DVA. Bom volume urinário, escórias nitrogenadas no intervalo da normalidade. Dieta VO.

Sondas, Drenos e Cateteres

1. Cateter Monolumem Venoso Central ⇒ Implante dia: 24/9/17 ⇒ última troca dia:
2. Sonda Vesical de Demora ⇒ Implante dia: 24/9/17 ⇒ última troca dia:
3. -- ⇒ Implante dia: 24/9/17 ⇒ última troca dia:
4. -- ⇒ Implante dia: ⇒ última troca dia:
5. -- ⇒ Implante dia: ⇒ última troca dia:
6. -- ⇒ Implante dia: ⇒ última troca dia:
7. -- ⇒ Implante dia: ⇒ última troca dia:

Antibióticos:

- | | |
|--------------------------------------|---------------------|
| 1. Polimixina B ⇒ Período: 9/10/17 a | 8. Sem ⇒ Período: a |
| 2. Amicacina ⇒ Período: 8/10/17 a | 9. Sem ⇒ Período: a |
| 3. -- ⇒ Período: a | |
| 4. -- ⇒ Período: a | |
| 5. -- ⇒ Período: a | |
| 6. -- ⇒ Período: a | |
| 7. -- ⇒ Período: a | |

Sistema Respiratório

Ventilação: Espontânea FR: 14 Secreções: Sem Alteração --
Ventilador: Modo: -- ; FIO₂: %; FRvent: ; PPico: ; Pplatô: ; Peep: ; PS:

Chechagem de Metas:

☒ Decúbito Elevado; ☒ Profilaxia para TVP; ☒ Profilaxia de Úlcera de Estresse; ☐ Interrupção da Sedação; Início da Ventilação Mecânica Invasiva: ;
Relação PaO₂/FiO₂: mmHg; ☒ Limpeza de Cavidade Oral 2/2horas;
Escala de RASS: +1 Inquieto
Rx Tórax:
Exame físico: MV EM AHT, S/ RA





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE MARQUISON PONTES BARBOSA
DADOS DE NASCIMENTO 19/05/85
NOME DA MÃE LUZIA PONTES BARBOSA

DADOS EXTRAÍDOS

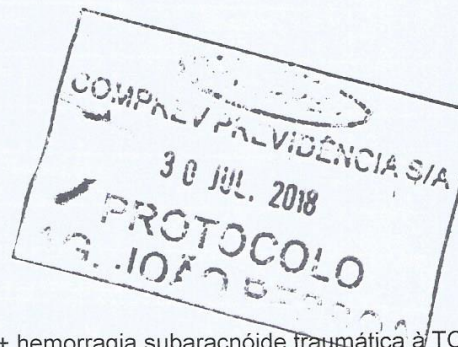
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.029.747
Nº PRONTUÁRIO 104.449
DATA DO ATENDIMENTO 24/09/17
HORA DO ATENDIMENTO 19:53
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA PARIETAL D + FRATURA OCCIPITAL D + EDEMA CEREBRAL + CONTUSÃO CEREBRAL + HEMORRAGIA SUBARACNOÍDE TRAUMÁTICA + PNEUMONIA NÃO 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 subaracnoide traumática à TC Sem alteração às outras TC's, Usg e aos RX. Realizado internamento e tratamento conservador pela equipe de 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



Boletim de Atendimento: 1029747



COMPREV P/ALV. LICENCIARIA S/A

30 JUL. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA



Poder Judiciário da Paraíba
5ª Vara Cível da Capital

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0843930-28.2018.8.15.2001

DESPACHO

Vistos, etc.

Verifica-se que o(a) subscritor(a) da peça inicial não juntou aos autos instrumento procuratório que lhe outorgasse poderes para defender os interesses da parte autora.

Assim, concedo o prazo de 15 (quinze) dias para juntada aos autos da procuração, sob pena de responder por despesas processuais e perdas e danos (art. 104, §2º) e indeferimento da inicial (art. 330, IV).

Intime-se.

JOÃO PESSOA, 17 de agosto de 2018.

Juiz(a) de Direito





PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE : MARQUISON PONTES BARBOSA, brasileiro, solteiro, portador do Rg de nº.3200930 2ª via SSPPB E CPF de nº 06880573495, residente e domiciliado na Rua: Francisco Evaristo 165 Alagoinha PB

OUTORGADOS; CLARISSA ROBERTA DIAS CARDOSO brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB PB 1438 PB IZAURA FALCÃO DE C E M SANTANA, Brasileira casada OAB 9271 com endereço profissional na Av 13 de maio 791 João Pessoa PB TEL 988008299 /988447962

PODERES: usar dos poderes da cláusula ad judícia, extra e ad negocia, receber citação inicial, transigir, desistir, firmar compromisso, inquirir, concordar, impugnar, assinar a termo, requerer medidas preparatórias e preventivas, acordar em audiência de conciliação como se o próprio outorgante fosse, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, defender seus interesses especialmente, ou seja, somente para propor AÇÕES JUDICIAIS E ADMINISTRATIVAS, requerer benefícios recadastrar, juntar e retirar e requerer documentos, fazer declarações e justificações, receber pensões, vencimentos ou auxílios, vencidos e vincendos, assinar livros e termos, dar recibos e quitações, endossar cheques recebidos para qualquer Banco ou para a Caixa Econômica Federal e Estadual, descontá-los; praticar, enfim, todos os demais atos que forem necessários ao bom e fiel cumprimento deste mandato e que necessite de sua presença, outorga ou assinatura, inclusive requerer, recorrer, constituir advogado com poderes da cláusula "ad judícia" com os mais amplos poderes em qualquer juízo, instância ou tribunal **ESPECIALMENTE PARA PROPOR AÇÃO DE COBRANÇA SEGURO DPVAT /DA-SE COMO HONORARIOS CONTRATUAIS O VALOR DE 30%(TRINTA POR CENTO**

Requerimento de JUSTIÇA GRATUITA, vem respeitosamente à presença de Vossa Excelência através de seu(s) procurador(s) constituído, declarar sob as penas da lei que não possui condições financeiras de arcar com os encargos processuais sem afetar o sustento da própria família. Destarte, requer a Vossa Excelência, a concessão dos benefícios da Justiça Gratuita, para o exercício de seus direitos e garantias fundamentais constitucionalmente assegurados.

João Pessoa 16/07/ de 2018.

Marquison Pontes Barbosa
OUTORGANTE



EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIRETO

O PROMOVENTE VEM A PRESENÇA DO NOBRE MAGISTRADO, POR CONDUTO DE SUAS ADVOGADAS, COM O DEVIDO RESPEITO REQUERER QUE SE PROCEDA A CITAÇÃO DO PROMOVIDO E JUNTAR AOS AUTOS O PROCESSO ADMINISTRATIVO SUA ABERTURA COM O NUMERO DO SINISTRO E DATA DO ACIDENTE PROVANDO QUE E O MESMO FATO E A SUA NEGATIVA EM DECORRENCIA DE EXIGENCIA DOCUMENTAL DA PROMOVIDA DIFERENTE DO QUE DIZ A LEI, NO CASO EXIGINDO DECLARAÇÃO DO PROPRIETARIO DO VEICULO.

NESTES TERMOS PEDE E ESPERA DEFERIMENTO



Rio de Janeiro, 01 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **MARQUISON PONTES BARBOSA**

Nº Sinistro: **3180348572**

Vítima: **MARQUISON PONTES BARBOSA**

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

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180348572**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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

Carta nº 13170468

Pag. 01001/01002 - carta_01 - INVALIDEZ

00020501



Rio de Janeiro, 01 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **MARQUISON PONTES BARBOSA**

Nº Sinistro: **3180348572**

Vítima: **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

Pag. 00829/00830 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13172932





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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

Pag. 01747/01748 - carta_16 - INVALIDEZ

00020874



Carta nº 13864976





Poder Judiciário da Paraíba
5ª Vara Cível da Capital

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0843930-28.2018.8.15.2001

DESPACHO

Vistos, etc.

Observa-se dos autos que a promovente optou pela não realização da audiência prévia de conciliação, ante a faculdade prevista no art. 319, VII do CPC.

Em consequência, CITE-SE o promovido no endereço indicado na exordial, para oferecer contestação, em 15 dias úteis, sob pena de revelia.

P.I.

JOÃO PESSOA, 18 de junho de 2020.

Juiz(a) de Direito





ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA
5ª Vara Cível da Capital

PROCESSO Nº 0843930-28.2018.8.15.2001
PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
[Acidente de Trânsito]

AUTOR: MARQUISON PONTES BARBOSA
REU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

MANDADO DE CITAÇÃO E INTIMAÇÃO (RÉU)

De ordem do MM. Juiz de Direito da 5ª Vara Cível da Capital manda ao oficial de justiça que, em cumprimento a este, **CITE** a parte, Nome: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A, Endereço: AV. PRESIDENTE EPITÁCIO PESSOA, 723, BAIRRO DOS ESTADOS, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58030-000, para tomar ciência de todo o conteúdo da Ação supra e, **INTIME** do despacho, cujo teor, é o seguinte: *"Vistos, etc... Observa-se dos autos que a promovente optou pela não realização da audiência prévia de conciliação, ante a faculdade prevista no art. 319, VII do CPC. Em consequência, CITE-SE o promovido no endereço indicado na exordial, para oferecer contestação, em 15 dias úteis, sob pena de revelia. P.I. JOÃO PESSOA, 18 de junho de 2020. ANA AMELIA ANDRADE ALECRIM CAMARA. JUÍZA DE DIREITO"*.

JOÃO PESSOA, em 17 de setembro de 2020.

JOÃO EDUARDO PEREIRA NETO

Técnico Judiciário

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSSE O LINK: <https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>

NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO: 18080722030341700000015409623



CERTIDÃO

Certifico e dou fé que em cumprimento ao mandado retro, no dia 21/09/2020, às 09h00min, me dirigi ao endereço indicado neste, e sendo aí, **CITEI/INTIMEI MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A**, na pessoa de seu representante legal, o **Sr. LUCAS SOUSA ESPÍNOLA**, que tomou conhecimento de todo conteúdo do presente mandado, que lhe entreguei a contrafé e a cópia da inicial e após a sua leitura, exarou sua nota de ciência. O referido é verdade. Dou fé.

João Pessoa, 21 de setembro de 2020.

GIOVANNY MEDEIROS VILLAR

Oficial de Justiça Avaliador

Mat. 470.252-2



Successfully created



ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA
5ª Vara Cível da Capital

PROCESSO Nº 0843930-28.2018.8.15.2001
PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
[Acidente de Trânsito]

AUTOR: MARQUISON PONTES BARBOSA
REU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

MANDADO DE CITAÇÃO E INTIMAÇÃO (RÉU)

De ordem do MM. Juiz de Direito da 5ª Vara Cível da Capital manda ao oficial de justiça que, em cumprimento a este, **CITE** a parte, Nome: **MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A**, Endereço: AV. PRESIDENTE EPITÁCIO PESSOA, 723, BAIRRO DOS ESTADOS, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58030-000, para tomar ciência de todo o conteúdo da Ação supra e, **INTIME** do despacho, cujo teor, é o seguinte: "Vistos, etc... Observa-se dos autos que a promovente optou pela não realização da audiência prévia de conciliação, ante a faculdade prevista no art. 319, VII do CPC. Em consequência, CITE-SE o promovido no endereço indicado na exordial, para oferecer contestação, em 15 dias úteis, sob pena de revelia. P.I. JOÃO PESSOA, 18 de junho de 2020. ANA AMELIA ANDRADE ALECRIM CAMARA. JUÍZA DE DIREITO".

JOÃO PESSOA, em 17 de setembro de 2020.

JOÃO EDUARDO PEREIRA NETO

Técnico Judiciário

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK: <https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>
NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO: 18080722030341700000015409623



Assinado eletronicamente por: **JOAO EDUARDO PEREIRA NETO**

17/09/2020 17:10:18

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>

ID do documento: 34448620



MAPFRE SEGUROS
Lucas S. Espínola
Assistente Comercial

imprimir

20091717101345900000032941799

21/09/2020



CERTIDÃO

Certifico e dou fé que em cumprimento ao mandado retro, no dia 21/09/2020, às 09h00min, me dirigi ao endereço indicado neste, e sendo aí, **CITEI/INTIMEI MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A**, na pessoa de seu representante legal, o **Sr. LUCAS SOUSA ESPÍNOLA**, que tomou conhecimento de todo conteúdo do presente mandado, que lhe entreguei a contrafé e a cópia da inicial e após a sua leitura, exarou sua nota de ciência. O referido é verdade. Dou fé.

João Pessoa, 21 de setembro de 2020.


GIOVANNY MEDEIROS VILLAR
Oficial de Justiça Avaliador
Mat. 470.252-2

