

## 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 médica-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](http://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







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

FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

|                         |                                   |  |                          |  |                             |                                |
|-------------------------|-----------------------------------|--|--------------------------|--|-----------------------------|--------------------------------|
| Data<br><u>24/10/17</u> | ID da Ocorrência<br><u>185382</u> | <input checked="" type="checkbox"/> USB<br><input type="checkbox"/> USA<br><input type="checkbox"/> MT | Nº / Equipe<br><u>51</u> | Plantão:<br><input checked="" type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Noite | Hora de Saída da Base<br>Hs | Hora de Chegada no Local<br>Hs |
|-------------------------|-----------------------------------|--|--------------------------|--|-----------------------------|--------------------------------|

|   |        |                                       |   |           |  |
|---|--------|---------------------------------------|---|-----------|--|
| Paciente / Usuário<br><u>Jackson Pontes Barbosa</u>   |        | Idade<br><u>32</u>                    | Sexo:<br><input checked="" type="checkbox"/> Masc.<br><input type="checkbox"/> Fem. | Telefone: |  |
| Local da Ocorrência: <input type="checkbox"/> Alagoinha <input type="checkbox"/> Cuitégi <input type="checkbox"/> Pilões <input type="checkbox"/> Mulungu <input type="checkbox"/> Outros:  |        |                                       |   |           |  |
| Logradouro<br><u>FB-063</u>   | Bairro | Médico Regulador<br><u>Jorge Peça</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:   |        |                                       |   |           |  |
| Apóio no Local: <input type="checkbox"/> USB <input checked="" type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> P.M. <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> BPTRAN <input type="checkbox"/> OUTRO |        |                                       |   |           |  |
| QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Tercelhos <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 - HH - Guaralíres</u>  |        |                                       |   |           |  |
| Destino (Unidade Hospitalar)  |        |                                       |   |           |  |
| Responsável e Função (Assinatura e Carimbo)<br><u>DANIELA B. S. - CRM 7390</u>  |        |                                       |   |           |  |

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

|  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO <input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO  | <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA  |
| Motivo:  | Hospital de Origem:   |
| <b>► CAUSAS EXTERNAS</b><br>► Acidente de trânsito<br><input type="checkbox"/> Colisão carro x moto<br><input type="checkbox"/> Queda de moto<br><input type="checkbox"/> Atropelamento por:<br><input checked="" type="checkbox"/> Colisão carro x carro<br><input type="checkbox"/> Capotamento<br><input type="checkbox"/> Outro: _____                   | Responsável: _____  |
| <input type="checkbox"/> F.A.F<br><input type="checkbox"/> F.A.B<br><input type="checkbox"/> Agressão Física<br><input type="checkbox"/> Afogamento<br><input type="checkbox"/> Queda - Altura aproximada: _____<br><input type="checkbox"/> Soterramento / Desabamento<br><input type="checkbox"/> Choque Elétrico<br><input type="checkbox"/> Outro: _____ | Hospital de Destino: _____  |
|  | Responsável: _____  |
|  | <b>ANTECEDENTES</b>   |
|  | <input type="checkbox"/> AIDS<br><input type="checkbox"/> Alcoolismo<br><input type="checkbox"/> AVC<br><input type="checkbox"/> Convulsões<br><input type="checkbox"/> Diabetes<br><input type="checkbox"/> Doença Cardíaca<br><input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa  |
|  | <input type="checkbox"/> Doença Mental<br><input type="checkbox"/> Doença Renal<br><input type="checkbox"/> Drogas<br><input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial<br><input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores<br><input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios<br><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

*COPIA PREVENDIDA*  
*30 JUL. 2018*  
*PROTÓCOLO*

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Diagnósticos de Enfermagem: Lúcia pl obstruções de vias aéreas?  
Intervenções: Ajudar.  
Evolução do Enfermeiro:  
Ret. vítima de colisão moto x moto, inconsciente, em localizado central em via pública. Sem resposta a quaisquer estímulos, apresentando desordem em corredores.

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA

Interceptar com USA 44.



COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
30 JUL. 2018  
PROTÓCOLO  
12.10725200

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome ..... Marguison Pontes Barbosa  
Loc. Nasc. Alagoa grande Est. PB Data 19/05/1985  
Filiação José Adorci Batista  
Luzia Pontes Barbosa  
Doc. Nº CO-12-555-FIS-213-21V-A-12

28893 ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em ..... / ..... / ..... Doc. Ident. N° .....

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

Obs.: .....

Data Emissão 12/01/2004 DRT Flagninha PB

M. J. Barbosa

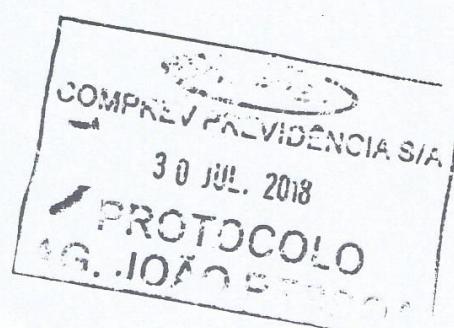
Assinatura do Funcionário

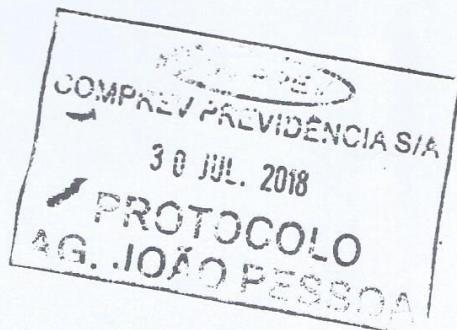
Maria Solange Firmino Barbosa

MAT. 150.355-3



6., para prevenir acidentes, deve ser apreciada, a que é preciso ser feito o socorro médico, "curiosos" ididos, e a lesão, meta a fazer serviços de, se você for vítima de demais, nem; mas você deve membros da CIPA e de triânia da seção onde o predispõem a acidentes contidos nos acidentes, migas compridas não batido, eletoras das máquinas que consentirá-la ou contra os acidentes, lados a seu serviço, e demais dispositivos seu local de trabalho, os algum dia.







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 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-3.200.930-2<sup>a</sup> 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

**JANDUY PEREIRA DA SILVA  
MATRICULA N° 73.859-0**

**COMPREV PREVIDÊNCIA S/A**

**30 JUL. 2018**

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

**PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA**





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 TRAUMATICA + FRATURA PARIETAL E OCCIPITAL + CONTUSÃO CEREBRAL +
2. EDEMA CEREBRAL + PNEUMOENCEFALO[DISCRETO]
3. TRAUMA DE FACE
4. CONTUSÃO TORACICA ?
5. ACIDENTE DE MOTO

*S. Leclerc*

**Motivos de Permanência (Intercorrências)**

1. SUPORTE INTENSIVO
2. MONITORIZAÇÃO NEUROLOGICA
- 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: - - ; FIO<sub>2</sub>: %; FRvent: ; PPico: ; Pplatô: ; Peep: ; PS:

**Checagem de Metas:**

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





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
DIREÇÃO TÉCNICA



## 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

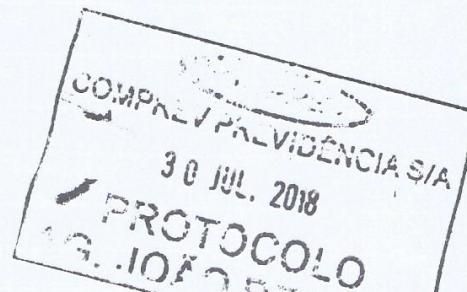
TC da coluna cervical

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 ás outras TC's, Usg e aos RX. Realizado internamento e tratamento conservador pela equipe da Neurocirurgia e da Clínica Médica. Obteve supore da Terapia Intensiva. Apresentou pneumonia como complicação pós-traumatica.

ALTA HOSPITALAR: 19/10/17

DATA DA EMISSÃO: 01/03/18

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





Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

10249

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1029747



## Identificação do paciente

|  |   |              |           |  |                 |
|--|---|--------------|-----------|--|-----------------|
| ID<br>1213617                            | Nome<br><b>MARQUISON PONTES BARBOSA</b> |              |           | Sexo<br><b>Masculino</b>   |                 |
| Data de nascimento<br>01/01/1985         | Idade<br>32 anos 8 meses 23 dias        | Estado civil | Religião  | Prontuário   |                 |
| Mãe<br><b>LUIZA PONTES BARBOSA</b>       |   |              |           | Pai<br><b>NAO INFORMADO</b>                                      |                 |
| Escolaridade                             |   |              |           | Responsável (Parentesco)<br><b>JOAO PONTES BARBOSA - TIO (A)</b> |                 |
| DDD Móvel<br>83                          | Fone Móvel<br>987308219                 | DDD Fixo     | Fone Fixo |  |                 |
| Tipo documento                           | Número documento                        | Nº Cns       |           |  |                 |
| Local de procedência<br><b>ALAGOINHA</b> |   |              |           | Tipo<br><b>MUNICIPIO</b>   | UF<br><b>PB</b> |
| Email                                    | Naturalidade<br><b>ALAGOINHA</b>        | CBO/R        |           |  |                 |

## Endereço

|                 |   |                         |   |
|-----------------|---|-------------------------|---|
| CEP<br>58390000 | Município de residência<br><b>ALAGOINHA</b> | UF<br><b>PB</b>         | Logradouro<br><b>FRANCISCO EVARISTO</b> |
| Número<br>165   | Complemento                                 | Bairro<br><b>CENTRO</b> |   |

## Admissão

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| Data e Hora<br>24/09/2017 19:53:16     | Número da pulseira<br><b>6307072</b>                    | Convênio<br><b>SUS</b>                    |  |
| Especialidade<br><b>CIRURGIA GERAL</b> | Clínica   |   |  |
| Classificação de risco                 | Origem do paciente<br><b>RUA</b>                        |   |  |
| Caráter de atendimento                 | Motivo do atendimento<br><b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b> | Detalhe do acidente<br><b>MOTO X MOTO</b> |  |

## Indicadores e Transporte

|                            |                       |                           |               |
|----------------------------|-----------------------|---------------------------|---------------|
| Caso policial<br>Não       | Plano de saúde<br>Não | Veio de ambulância<br>Não | Trauma<br>Não |
| Meio de transporte<br>SAMU | Quem transportou      |                           |               |

## Sinais Vitais

|              |    |             |
|--------------|----|-------------|
| PA<br>X mmHg | P脉 | Temperatura |
|--------------|----|-------------|

## Exames complementares

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

Dados clínicos

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

*Thiago Viana S.M. Fittimo*  
Enfermeiro  
COREN-PB 1277219

|   |  |
|---|--|
| Diagnóstico<br><i>Glauco</i>              | CID                                      |
| Atendido por<br><b>MAYARA ANA LACERDA</b> | Tempo<br>101min 23seg                    |
| 08/10/17                                  | COMPREV PROVINCIAIS/A                    |
| <i>JL</i>                                 | 30 JUL. 2018                             |
| Imprimir                                  | <i>PROTÓCOLO</i><br><i>G. JOÃO BESSA</i> |

http://12.16.0.6:8080/cvb/pages/boletimEmergencia.do?perform=imprimir&id=1029747



**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



Assinado eletronicamente por: GIANNE DE CARVALHO TEOTONIO MARINHO - 17/08/2018 12:12:23  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18081712122239100000015611193>  
Número do documento: 18081712122239100000015611193

Num. 16014339 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: CLARISSA ROBERTA DIAS CARDOSO - 22/08/2018 23:16:16  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18082223161445700000015725238>  
Número do documento: 18082223161445700000015725238

Num. 16132165 - Pág. 1

## PROCURAÇÃO AD JUDICIA

**OUTORGANTE : MARQUISON PONTES BARBOSA, brasileiro, solteiro, portador do Rg de nº.3200930 2<sup>a</sup> 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 , Brasileia 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 judicia, 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 judicia" 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 16/107/ de 2018.

marquison Pontes Barbosa  
OUTORGANTE



EXCELENTISSIMO 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 DECORRENCA 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**  
Vitima: **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. 01/001/01002 - carta\_01 - INVALIDEZ



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

Pág. 00829/00830 - carta\_03 - INVALIDEZ



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**

Carta nº 1317292





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 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

Pag. 01747/01748 - carta\_16 - INVALIDEZ



Carta nº 13864976



Assinado eletronicamente por: CLARISSA ROBERTA DIAS CARDOSO - 02/03/2020 12:12:47  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20030212124712200000027637262>  
Número do documento: 20030212124712200000027637262

Num. 28669373 - Pág. 1



**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



Assinado eletronicamente por: ANA AMELIA ANDRADE ALECRIM CAMARA - 27/06/2020 08:18:59  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062708185965800000030385244>  
Número do documento: 20062708185965800000030385244

Num. 31688312 - Pág. 1



**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. JUIZA 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?x=20091717101345900000032941799](https://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091717101345900000032941799)  
Número do documento: 20091717101345900000032941799

Num. 34448620 - Pág. 1

## **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 ciente. O referido é verdade. Dou fé.

João Pessoa, 21 de setembro de 2020.

**GIOVANNY MEDEIROS VILLAR**

Oficial de Justiça Avaliador

Mat. 470.252-2



Assinado eletronicamente por: GIOVANNY MEDEIROS VILLAR - 21/09/2020 09:45:39  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009210945395000000033017573>  
Número do documento: 2009210945395000000033017573

Num. 34531042 - Pág. 1

Successfully created



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

PROCESSO N° 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. JUIZA 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



20091717101345900000032941799

MAPFRE SEGUROS  
Lucas S. Espínola  
Assistente Comercial

[imprimir](#)

21/09/2020



Assinado eletronicamente por: GIOVANNY MEDEIROS VILLAR - 21/09/2020 09:45:39  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092109453975700000033017574>  
Número do documento: 20092109453975700000033017574

## 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 contrafó e a cópia da inicial e após a sua leitura, exarou sua nota de ciente. O referido é verdade. Dou fé.

João Pessoa, 21 de setembro de 2020.

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



Assinado eletronicamente por: GIOVANNY MEDEIROS VILLAR - 21/09/2020 09:45:39  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092109453975700000033017574>  
Número do documento: 20092109453975700000033017574

Num. 34531043 - Pág. 2