



Número: **0843930-28.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **07/08/2018**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARQUISON PONTES BARBOSA (AUTOR)		CLARISSA ROBERTA DIAS CARDOSO (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35201732	07/10/2020 11:04	<a href="#">2755187_CONTESTACAO_Anexo_02</a>	Outros Documentos



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

Pag. 01747/01748 - carta\_16 - INVALIDEZ

00020874



Carta nº 13864976



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

068 805 931 195

MARQUISEM PUNTES CARBOSA

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo <b>MARQUISEM PUNTES CARBOSA</b>	CPF titular da conta <b>068 805 931 195</b>	Profissão <b>Autônomo</b>
Endereço <b>RUA FRANCISCO EVANGELISTA</b>	Número <b>165</b>	Complemento
Bairro <b>centro</b>	Cidade <b>HAAGUINHA</b>	CEP <b>58 390 000</b>
Email <b>x</b>	Estado <b>PB</b>	Telefone (DDD) <b>(83) 98800-8299</b>

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

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para Bancos Abaixo. Assinale uma opção)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
BANCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> (341) CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (340)		BANCO <b>Banco do Brasil</b> NRO <b>001</b>	
AGÊNCIA NRO. <b>0200</b>	DIG <b>3</b>	CONTA NRO. <b>40790</b>	DIG <b>9</b>
(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 e contido e dou plena quitação do valor indenizado.

Haaguinha 27 de Julho de 2018  
Local e Data

Marquiseim Puntos Carbosa  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPE/001 V001/2017



Banco Postal

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

Agência : 30300274-AG ALACDIMA  
Terminal : 95344271 Id.Trx. : 149672  
Nro Aut : 081458 Caixa : 84775645  
Data : 24/07/2018 Hora : 08:13  
(Horário de Brasília)

BANCO DO BRASIL S.A

5757800170

0002

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

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

HISTORICO	DEBITO	VALOR
26/06/2018		
Saldo Anterior		2.100,00
19/07/2018		
Deposito em Dinheiro	40.000,00	40.000,00
<b>S A L D O</b>		<b>42.100,00</b>

Saldo	42.100,00
Juros *	0,00
Data de Debito de Juros	01/08/2018
IDF *	0,00
Data de Debito de IDF	01/08/2018

(\*) Apurados de acordo com o salientado dos saldos devedores diários no mês anterior ao débito.

SALDO EM CONTA-SALARIO

OBSERVAÇÕES:

- INFORMAÇÕES C/C INDISP. TEMPORARIAMENTE

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 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

MARQUISSON PONTES BARBOSA

CPF da Vítima

068 805 73445

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.



Assinado em 27 de julho de 2018  
Local e Data

Marquison Pontes Barbosa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI001 V031/2017







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: 185382	<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: <u>32</u>	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Telefone:
Local da Ocorrência: <input type="checkbox"/> Alagoíinha <input type="checkbox"/> Cultagi <input type="checkbox"/> Pilões <input type="checkbox"/> Mulungu <input type="checkbox"/> Outros:						
Logradouro: <u>PB-063</u>				Saírro: <u>Médico Regulador</u> <u>JUZEIRA</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 - HH - Guaraliera</u> <u>30 JUL 2018</u> <u>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 Motivo:  ▶ CAUSAS EXTERNAS ▶ Acidente de trânsito <input type="checkbox"/> Colisão carro x moto <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:	<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA Hospital de Origem: Responsável: Hospital de Destino: Responsável:  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: 68 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: Lesão pl. obstrução de vias aéreas  
Intervenções: Quedel  
Evolução do Enfermeiro:  
pt vítima de colisão carro x moto, inconsciente, em decubito ventral  
em via pública. Sem resposta a quaisquer estímulos, apresentando  
apn em curvatura D;

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA

Interceptado com USA 44.







27/07/2018

Email - cardospefalc@adv@hotmail.com - Outlook

**SERVICO AUTONOMO DE AGUA E ESGOTO - CONTA D'ÁGUA**

CNPJ: 09.028.341/0001-40 Insc. Est.: ISENTA  
 INSCRIÇÃO CLS CAT TAP EDC INSCRIÇÃO Nº 0000911.9 PAR 100 R-2 001 01/06/98 180014867 03/05/2018 ABR/2018

MARIA PAULINO BARBOSA  
 RUA FRANCISCO EVARISTO 165  
 CENTRO  
 ALAGUINHA

Cup. 58.550-000  
 PARATEA

LOCALIZAÇÃO  
 00.00.02.0000004550

ENDEREÇO DE ENTREGA

LOCALIZAÇÃO

INDICADOR	DATA INSTALAÇÃO	COR	DESCRIÇÃO	QTD	VALOR
100	02/07/1998	001	3000		18.60
100	02/07/1998	001	3000		
100	02/07/1998	001	3000		
100	02/07/1998	001	3000		
100	02/07/1998	001	3000		
100	02/07/1998	001	3000		
100	02/07/1998	001	3000		
100	02/07/1998	001	3000		
100	02/07/1998	001	3000		
100	02/07/1998	001	3000		

Por alteração desta fatura 1.º, proveniente  
 do aumento de leitura não realizada

MULTA ENCARGOS JÚRIS DESPESAS (MUNIC) PARAPARQUE O SAJE APARECE SUA PONTUALIDADE

VENCIMENTO  
 CONSUMIDOR

31/05/2018

VALOR RS

18,60



27/07/2018

Email - cardospefalc@adv@hotmail.com - Outlook

**SERVICO AUTONOMO DE AGUA E ESGOTO - CONTA D'ÁGUA**

CNPJ: 09.028.341/0001-40

Insc. Est.: ISENTO

INSCRIÇÃO CLS CAT TAP EDC INSCRIÇÃO ANEXO INSCRIÇÃO DATA VENCIMENTO  
 0000911.9 PAR 100 R-2 001 01/06/98 180014867 03/05/2018 ABR/2018

MARIA PAULINO BARBOSA  
 RUA FRANCISCO EVARISTO 165  
 CENTRO  
 ALAGOINHA

Cup. 58.550-000  
 PARATEA

LOCALIZAÇÃO  
 00.00.02.0000004550

ENDEREÇO DE ENTREGA

LOCALIZAÇÃO

INDICADOR	DATA INSTALAÇÃO	COR	PREÇO	VALOR
100	02/07/1998	001	18,60	18,60
100	02/07/1998	001	18,60	18,60
100	02/07/1998	001	18,60	18,60
100	02/07/1998	001	18,60	18,60
100	02/07/1998	001	18,60	18,60
100	02/07/1998	001	18,60	18,60
100	02/07/1998	001	18,60	18,60
100	02/07/1998	001	18,60	18,60
100	02/07/1998	001	18,60	18,60
100	02/07/1998	001	18,60	18,60

Por alteração desta fatura 1.º, proveniente  
 do aumento de tarifas não realizadas

MULTA ENCARGOS JÚRIS DESPESAS (MUNIC) PARAPARQUE O SAJE APARECE SUA PONTUALIDADE

VENCIMENTO  
 CONSUMIDOR

31/05/2018

VALOR RS

18,60







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

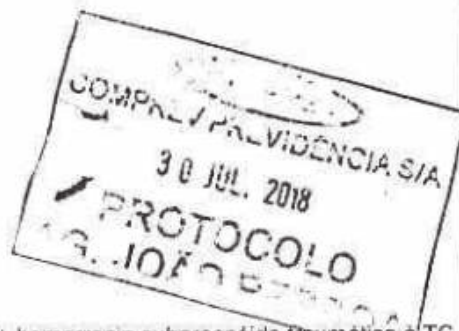
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.029.747  
Nº PRONTUÁRIO 104.449  
DATA DO ATENDIMENTO 24/09/17  
HORA DO ATENDIMENTO 19:53  
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA  
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA PARIETAL D + FRATURA OCCIPITAL D + EDEMA CEREBRAL + CONTUSÃO CEREBRAL + HEMORRAGIA SUBARACNOÍDE TRAUMÁTICA + PNEUMONIA 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  
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 83	Fone Móvel 987308219	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento	Número documento	Nº Cns		
Local de procedência ALAGOINHA	Tipo MUNICIPIO		UF PB	
Email	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	Clínica			
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				
Causa 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				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
ECG []				
Ultrasonografia []				
Dados clínicos Paciente trazido pelo samu, já intubado, vítima de acidente moto, politraumatizado				
Diagnóstico				
Atendido por MAYARA ANA LACERDA				
Assinado por [Assinatura]				
Imprimir				
<div style="text-align: right;"> <p>Thaís Vieira S.M. Firmado Enfermeira COREN/PB 123216</p> <p>COMPREENSIVELIA S/A</p> <p>30 JUL. 2018</p> <p>PROTOCOLO</p> <p>49.1070 PONTES</p> </div>				





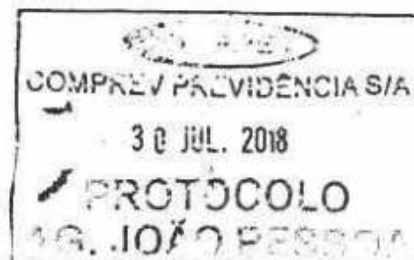
**Documento de Alta**

<b>Nome:</b> MARQUISON PONTES BARBOSA			<b>Número Prontuário:</b> 104449
<b>Data de</b> 19/05/1985	<b>Sexo:</b> Masculino	<b>Data de Internação:</b> 24/09/2017 22:35:29	<b>Data de Alta:</b> 19/10/2017 09:57:09
<b>Motivo da alta:</b> ALTA HOSPITALAR			
<b>Conduta:</b>			
<b>Resumo da Internação:</b> PACIENTE ADMITIDO APÓS ACIDENTE DE MOTO, COM TCE (hsa traumática fratura parietal e occipital contusão cerebral edema cerebral pneumoencefalo[discreto], PERMANECU 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			
<b>Resultado de Exames:</b> TCC →			
<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 DA SILVA MACHADO DA

*Fernanda P. M. Nogueira*  
Cardiologia  
CRM 144558  
Clínica - PB



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.

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



Av. Orestes Lisboa, s/n- CEP: 58031-090 – Conj. Pedro Gondim - João Pessoa/PB - Brasil - Fone/Fax: (0xx83)3216-5700/3216-5763





s, para prevenir aci-  
nais.  
ro os perigos que o  
deve ser apreciada,  
a que é preciso ser  
do.  
logo o socorro médi-  
didos" e "curiosos"  
ua lesão.  
meta a fazer serviços  
sto, se você for víti-  
de demais.  
uém; mas você deve  
mbros da CIPA e de  
rança da seção onde  
o predisõem a aci-  
mentos contidos nos  
s acidentes.  
angas compridas não  
alho.  
otetoras das máqui-  
que consertá-la ou  
contra os acidentes.  
ados a seu serviço.  
e demais dispositi-  
n seu local de traba-  
á-los algum dia.



**MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO**  
**CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL**



Número 96.823 Série 00028B



*Marguim Tantar Bantora*  
ASSINATURA DO PORTADOR









**REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTERIO DAS CIDADES**

DETRAN - PB N° 012427196661

74843479011

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO

PRT 20160500001204-1

VIA 1 0099927863-0 00/00000000

NOME/ENDEREÇO  
JOSIMAR PEDRO FERNANDES  
SITIO BARRA SN CASA  
Z RURAL  
58297000 AREIA PB

CNPJ 21700932810 PLACA OFC6833/PB

NOME ANTERIOR JOSE CLEMENTINO

PLACA ANTERIOR 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/MT/CL 2 P/149 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

OBSERVAÇÕES SEM RESERVA DE DOMINIO

DOCUMENTO VALIDO SOMENTE PARA TRANSFERENCIA

N.Motor : KC16E8E529204 SEGURO 0

AREIA PB 36994 LOCAL 26/02/2016

40560

COMPANHIA PREVIDENCIA S/A  
30 JUL. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOAO PEDRO



**AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO A1-r-v**

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: \_\_\_\_\_

05/07/2016

*Sebastião Sales da Silva Neto*  
ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)

- a) O vendedor tem a obrigação legal de comunicar a venda do veículo ao DETRAN no prazo máximo de 30 dias, sob pena de ser considerado responsável solidariamente pelas penalidades impostas e sua reincidência será punida com a comunicação (Lei Federal nº 9.503 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro - CTB).
- 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. 253 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.C.

**Serviço Notarial e Registral Sales da Silva - Píloes - PB.**

Rua José Geraldo de Menezes Castro, 40-CENTRO

Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: **SEBASTIÃO SALES DA SILVA NETO**  
DOU **PILOES-Paraíba**, 05/07/2016.

*Sebastião Sales da Silva Neto*  
SEBASTIÃO SALES DA SILVA NETO  
Selo Digital de fiscalização Tipo Normal 8-AUG-0768-LEG5  
Contato e dados do site em <https://selodigital.tpb.jus.br>  
EMALUM. R\$: 7,49 FARPEN R\$: 0,22 FEPI R\$: 0,22  
VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

**CARTÓRIO NOT. E REG. ROGERIO LINS**  
Rua Des. Fco. Antonio, 22, Centro, Alagoinha-PB  
Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:  
**LUZIA PONTES BARBOSA**  
Dou fe. Alagoinha/PB - 29/08/2017  
Escritor: **SEVERINA LAUREANO DE SANTANA**  
Emol R\$8,49 Farpen R\$0,25 MP R\$0,14 Fepej R\$1,56  
Selo Digital AFR96599-XIWZ  
Acesse o site <https://selodigital.tpb.jus.br>  
*Severina L. de Santana*  
Escritor(a) autorizado(a)

COMP. PREVIDÊNCIA S/A  
30 JUL. 2018  
PROTOCOLO  
19.1040.000000033638275



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

