



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
<b>MARQUISON PONTES BARBOSA (AUTOR)</b>	<b>CLARISSA ROBERTA DIAS CARDOSO (ADVOGADO)</b>
<b>MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)</b>	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
35201 732	07/10/2020 11:04	<a href="#"><u>2755187_CONTESTACAO_Anexo_02</u></a>



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: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/10/2020 11:04:38  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100711043844800000033638275>  
Número do documento: 20100711043844800000033638275

Num. 35201732 - Pág. 1



## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

068 805 931 95

Nome completo da vítima

MANGUISON PUNTES BARBOSA

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

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
MANGUISON PUNTES BARBOSA	068 805 931 95	Autônomo
Endereço	Número	Complemento
Rua Francisco Evans	165	
Bairro	Estado	CEP
Centro	PB	58290-000
Email	Telefone (DDD)	
	(83) 98800-8299	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Lider – 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"/> RECLUSO INFORMAR	SEM RENDA	ATÉ R\$ 1.000,00	R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	ATÉ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	ACIMA DE R\$ 10.000,00
<b>CONTA POUPANÇA</b> (sómente para contas bancárias fixas, não tem uma opção)			
BANCO (1237) 1 BANCO DO BRASIL (001) (141) (341)			
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (041)			
AGÊNCIA	BANCO	<b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)	
001	Banco do Brasil 001	AGÊNCIA	BANCO
0200	0200	0200	0200
30 JUL 2018	30 JUL 2018	30 JUL 2018	30 JUL 2018
(Informar digito se existe)	(Informar digito se existe)	(Informar digito se existe)	(Informar digito se existe)

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

João Pessoa, 27 de Julho de 2018  
Local e Data

Mangusson Pentes Barbosa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



Banco Postal

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

Agencia : 30300274-AC ALAGÔNIA  
Terminal : 95344271 Int.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 SIMPLIS CONFERENCE

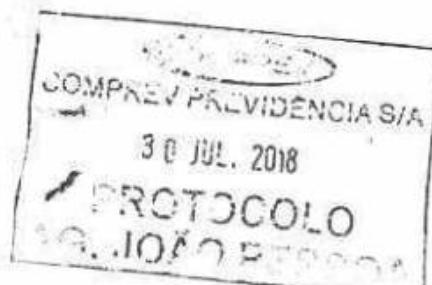
AGÊNCIA: 0200-3 CONTA: 40.790-3  
CLIENTE: MARQUISON PUNTES PARDESA

HISTÓRICO	DOLAR	VALOR
26/06/2018		
Saldo Anterior		
19/07/2018		
Depósito em Dinheiro	40.965	
S A L D O		
Saldo		
Juros +		
Data de Débito de Juros	01/08/2018	
IDF +		
Data de Débito de IDF	01/08/2018	
(*)Apurados de acordo com o movimento dos saldos devedores diários no mês anterior ao débito.		
SALDO EM CONTA-SALÁRIO		

OBSERVAÇÕES:

- INFORMAÇÕES CCC INOISP, 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 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-3.200.930-2º VIA-SSP/PB, CPF-068.805.734-95, brasileiro, solteiro, nascido em 19/05/1985, natural de Alagoa Grande-PB, filho de José Aderci Batista e de Luzia Pontes Barbosa, residente na Rua FRANCISCO EVARISTO N° 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  
MATRÍCULA N° 73.859-0

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

30 JUL. 2018

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

PROTOCOLO  
4G. JOÃO PESSOA





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

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

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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 **MARQUINSON PONTES BARBOSA** CPF da Vítima **068 805 73495** Data do Acidente **24/10/2017**

### 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 à região do acidente ou da minha residência; ou  
O estabelecimento do IML que atende à região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou  
 O estabelecimento do IML que atende à 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 Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau de 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 discordar do seu conteúdo.

Local e Data  
Local: João Pessoa - 27 de junho de 2018

30 JUL. 2018  
PROTÓCOLO  
3.107.2018

Marquinson Pontes Barbosa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DATA: 01/01/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/10/2020 11:04:38  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100711043844800000033638275>  
Número do documento: 20100711043844800000033638275

Num. 35201732 - Pág. 5



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

FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data 24/10/17	ID da Ocorrência 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 <i>Jackson Pontes Barbosa</i>	Idade <i>32</i>	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc. <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 <i>FB-063</i>	Bairro	Médico Regulador <i>Jorge P. A.</i>	
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"/> BPTAN <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 type="checkbox"/> Encaminhado a Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Óbito no Local <input type="checkbox"/> Óbito Durante o atendimento	<i>AMARELA B. 3247-7390</i>		
<i>USA - HH - Guarabira</i>	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:
<b>► CAUSAS EXTERNAS</b> ► 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: _____	Responsável: _____
<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: _____	Hospital de Destino: _____
	Responsável: _____
	<b>ANTECEDENTES</b>
	<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"/> Drogas <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 - S/02: *86* SpO2 - C/02: *93*

EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) - EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA  
*30 JUL. 2018*

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Diagnósticos de Enfermagem: *Respiratória pl. obstrucção de vias aéreas? 10/175*  
Intervenções: *Agudel.*  
Evolução do Enfermeiro: *Pat. retinha de colisão carro x moto, necessitou em decúbito lateral em via pulmonar sem respirar e queixas de molas, apresentando dor aguda em aurada ①.*

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA  
*Intubar com USA 44.*



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

**1 - VENTILAÇÃO:**  
 Espontânea  Assistida  Rítmo irregular  Parada respiratória

**2.2 - EXPANSIBILIDADE:**  
 Normal  Superficial  Regular  Irregular

**2.3 - ACHADOS:**  
 Crepitação  Hemoptise  Expectoração  Enfisema subcutâneo  Hálito Etílico

**3 - CIRCULAÇÃO:**  
 Fria  Úmida  Palidez  Quente  Normal

**3.1 - EDEMAS:**  
 Não  Sim - Local: Faces

**3.2 - PERFUSÃO:**  
 Normal  Retardada (<2 seg)  Ausente

**3.3 - PULSO:**  
 Regular  Irregular  Fino  Cheio  Ausente

**3.4 - E.C.G.:**  
 Normal  Alterado  Não realizado

**4 - EXAME NEUROLÓGICO**  
ECG: 06

**5 - EXAME GINECO-OBSTRÉTICO:**  
 Abortamento  Hemorragia vaginal  Trabalho de parto:  Normal \_\_\_\_\_ semanas

Encontrado:  Decúbito Dorsal  Lateral  Ventral  Sentado  Desembulando  Outro: \_\_\_\_\_

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

**PROCEDIMENTOS**

<input type="checkbox"/> Bomba de Infusão	<input type="checkbox"/> DPEA	<input type="checkbox"/> KED Adulto	<input type="checkbox"/> Sonda vesical
<input type="checkbox"/> Cânula Orofaringea	<input type="checkbox"/> Desobstrução vias aéreas	<input type="checkbox"/> KED Infantil	<input type="checkbox"/> Sedação
<input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical	<input type="checkbox"/> Draining torácica	<input type="checkbox"/> Massagem cardíaca externa	<input type="checkbox"/> Tais / Tração
<input type="checkbox"/> Controle de hemorragia	<input type="checkbox"/> Desfibrilação / Cardioversão	<input type="checkbox"/> Orotáqueal	<input type="checkbox"/> Ventilação mecânica (manual / automática)
<input type="checkbox"/> Cricotrioidostomia	<input type="checkbox"/> Endotracheal	<input checked="" type="checkbox"/> Francha Longa	<input type="checkbox"/> VMI
<input type="checkbox"/> Curativo	<input type="checkbox"/> Inalação de Oxigênio (O2)	<input type="checkbox"/> Punção venosa	<input type="checkbox"/> VMNI
	<input type="checkbox"/> Imobilização de membros	<input type="checkbox"/> Sonda gástrica	<input type="checkbox"/> Outros: _____

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

**MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)**

**PERFECES DA VÍTIMA**

Não  
 Sim  
Objetos

COMPANHIA DE PROVIDÊNCIA S/A

30 JUL. 2018

PROTÓCOLO

3.107.2018

Entregues a / Local: \_\_\_\_\_ Assinatura com Cântigo do receptor: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO - CONDUTOR:** Marcos

**TÉC. ENFERMAGEM:** Eliziane COREN: \_\_\_\_\_

**ENFERMEIRA (A):** Fábio Ricardo COREN: 206.795

**MÉDICO (A):** CRM: \_\_\_\_\_

**MATRÍCULA:** \_\_\_\_\_

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

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

Assinatura (RÚBRICA): \_\_\_\_\_ Observação: \_\_\_\_\_

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

*Justino Andrade da S. S. - ENFERMEIRA COREN PR 254.831 - FORMADA NO RJ*



SERVÍCIO AERONÓMICO DA CHAVE SISTO CONTA D'ÁGUA

CNPJ: 09.028.341/0001-40 Insc. Est.: ISENTO  
MARCHA CLE CAT TAN FCD PESQUISA INSCRIÇÃO VERSÃO  
00009119 PAR 100 8-2 001 21/06/96 160014867 03/05/2018 ABR/2018

MARIA PAULINO BARBOSA  
RUA FRANCISCO EVARISTO 165  
CENTRO  
ALCANTARA  
Cup. 18. 350-000  
PARAIBA  
00.06.02.0000004550

For altrando certa futura 1 M<sup>2</sup> preventivamente  
de aumento de lotes com finalidades

MULTA ENCARGOS JUÍZADO HABERES (MUNDO) PARÁSSEME O SIAF APPARECE BEM PONTUALIDADE  
28 0,37 0,0334 0,01 VENCIMENTO 31/05/2018 VALOR R\$ 1



SERVÍCIO AERONÓMICO DA CHAVE SISTO CONTA D'ÁGUA

CNPJ: 09.028.341/0001-40 Insc. Est.: ISENTO  
MARCHA CLE CAT TAN FCD PESQUISA INSCRIÇÃO VERSÃO  
00009119 PAR 100 8-2 001 21/06/96 160014867 03/05/2018 ABR/2018

MARIA PAULINO BARBOSA  
RUA FRANCISCO EVARISTO 165  
CENTRO  
ALCANTARA  
Cup. 18. 350-000  
PARAIBA  
00.06.02.0000004550

Bei absteigender Kurve fügt 1 m<sup>3</sup> preventiv  
An einem der letzten von realisierten

VALOR ENCARGOS Y GANANCIAS MÉS EN UN DÍA  
24 0,37 0,0334 0,01 PAGARÉNTE O SIAS ALTADEZ SIR PUNTUALIDAD  
**VENCIMIENTO** **31/05/2018** **VALOR RS** 1





## 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 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 suporte 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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/10/2020 11:04:38

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100711043844800000033638275>

Número do documento: 20100711043844800000033638275

Num. 35201732 - Pág. 10



Sociedade Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

1029747

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

Boletim de Atendimento: 1029747



## 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
N <sup>o</sup> e 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 MUNICÍPIO		UF PB	
Email	Naturalidade ALAGOINHA	CBO/R		

## Endereço

CEP 58396000	Município da residência ALAGOINHA	UF PB	Logradouro FRANCISCO EVARISTO
Número 155	Complemento	Bairro CENTRO	

## Admissão

Data e Hora 24/02/2017 19:53:16	Número da pulseira <b>6307072</b>	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

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

## Avaliações Fisicas

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

## Exames complementares

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

Outros clínicos

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

Tomé Viana S.M. PRIMINO  
Enfermeiro  
COREN-PB 1177216

Imprimir	CID
<i>Leop</i>	Tempo 101min 23sec
COMPROVATÓRIO DE ADMISSIONE S/A	
30 JUL. 2018	
PROTÓCOLO AG. 1010 PESSOA	

16.0.6:8080/cvb/pages/boletimEmergencia.do?perform=imprimir&amp;id=1029747

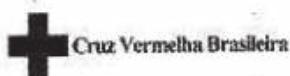


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/10/2020 11:04:38

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100711043844800000033638275

Número do documento: 20100711043844800000033638275

Num. 35201732 - Pág. 11



## Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena



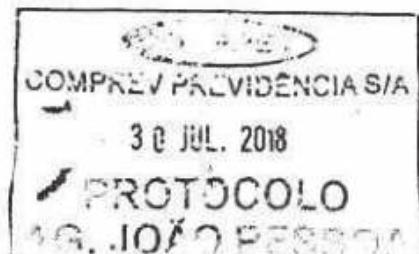
## Documento de Alta

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:			
<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]), PERMANECIU INTERNADO NA UTI, INTUBADO EM VMI, EVOLUIU COM PNEUMONIA, INICIADO TRATAMENTO ANTIBIÓTICO. OBTVE 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> <i>TCC</i> →			
<b>Tratamento:</b> POLIMIXINA, AMICACINA, HIDANTAL			
<b>Diagnóstico:</b> S06.6 - Hemorragia subaracnóide devida a traumatismo			
<b>Recomendações:</b> RETORNO AO AMBULATÓRIO DE NEUROCIRURGIA NO HTOP			

Data: 19/10/2017

~~FERNANDA VALDA MACHADO DA  
SILVA~~

**NANDA LUIZA MACHADO**  
**NEGRETA**  
CRM: 1668 - PB  
Clínica CRISTAL



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/10/2020 11:04:38

Assinado eletronicamente por: SUELIC MOREIRA TORRES - 07/10/2020 11:04:56  
[http://pie.eletronicos.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView\\_seam?x=2010071101438414800000033638275](http://pie.eletronicos.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView_seam?x=2010071101438414800000033638275)

Número do documento: 20100711043844800000033638375

Num. 35201732 Pág. 12



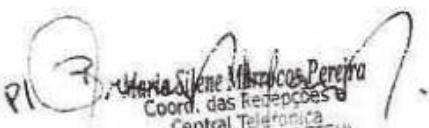
GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
CRUZ VERMELHA BRASILEIRA – FILIAL RIO GRANDE DO SUL  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
COORDENAÇÃO DAS RECEPÇÕES E CENTRAL TELEFÔNICA

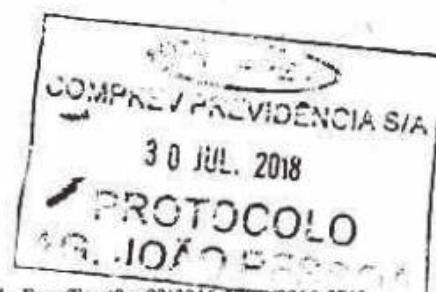
## DECLARAÇÃO.

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

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

João Pessoa - PB, 3 de Outubro de 2017.

  
Maria Silene de Marrocos Pereira  
Coord. das Recepções  
Central Telefônica  
CVB / HEETSHL  
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)3216-5700/3216-5761



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/10/2020 11:04:38  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100711043844800000033638275>  
Número do documento: 20100711043844800000033638275

Num. 35201732 - Pág. 13

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

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO  
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Número 96823 Série 00028-FB

*Magalhães Pinto, Barreto*  
ASSINATURA DO PORTADOR



COMPLEXO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

30 JUL. 2018

PROT. 10175-2018-11

**QUALIFICAÇÃO CIVIL**

Nome Margison Pontes Barbosa

Loc. Nasc. Alagoa grande PB Data 19/05/1985  
 Filiado Jose Adanc Batista  
Lucia Pontes Barbosa  
 Doc. Nº 00-12.555-FS-213-114-A-12

88893 ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em ..... / ..... / ..... Doc. Ident. Nº .....  
 Exp. em ..... / ..... Estado .....  
 Obs. ....

Data Emissão 12.01.2004 DRT Alagoa grande PB

Maria Solange Firmino Barbosa  
MAT. 150.355-3

Assinatura do Funcionário

... D ... N D ... B ... D ... E D ... N D ... N D ... N





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/10/2020 11:04:38  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100711043844800000033638275>  
Número do documento: 20100711043844800000033638275

Num. 35201732 - Pág. 16

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

DETAN - PB      N° 012427196661

74843479011

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

PRT 20160500001204-1

VIA: 1      NOME / ENDERECO: 0099927863-0      00/00000000

JOSIMAR PEDRO FERNANDES  
 SITIO BARRA SN CASA  
 7. MIRAT  
 58337000 AREIA PB

OFFICINA: 21700932810      PLACA: OFC6833 / PB

JOSE CLEMENTINO

PLACA ANTES: NOVO      CHASSI: 9C2KC1680ER529204

ESPECIE TIPO: PAS/MOTOCICLE/NAO APPLIC      COMBUSTIVEL: ALCO/GASOL

MARCA/MODELO: HONDA/CG150 FAN ESDI      ANO FABR.: 2014      ANO MOD.: 2014

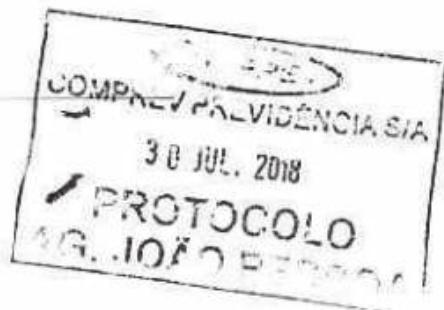
CAP/DTI/CL: 2 P/149 /CI      CATEGORIA: PARTIC      COR PREDOMINANTE: VERMELHA

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

DOCUMENTO VÁLIDO SOMENTE PARA TRANSFERÊNCIA  
 N.Motor : KC16E8E529204      0

AREIA - PB      LOCAL: 36994      DATA: 26/02/2016

40560



**AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO A1-rv**

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

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

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

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

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

LOCAL E DATA:

05/03/2016

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)

- a) O vendedor tem o prazo legal de comunicar a venda do veículo ao DETRAN no prazo máximo de 30 dias, sob pena de ser punido responsabilizar solidamente pelas penalidades impostas e suas reincidências, de acordo 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. 233 do CTB).
- c) É obrigatório o reconhecimento de firmas do adquirente e do vendedor, exclusivamente na modalidade por AUTENTICIDADE.

DE ACORDO:

ASSINATURA DO COMPRADOR

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

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

Rua José Geraldo de Menezes Castro, 40-CENTRO

Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: JOSIMAR PEDRO FERREIRA  
DOU 28/07/2016 - Pilões-Paraíba, 05/07/2016.

SERVIÇO  
SEBASTIÃO SALES DA SILVA NETO  
ÚNICO OFÍCIO DE SELO Digital de fiscalização Tipo Normal 8-ADG-0768-LEG5  
POME (83) 3276-1022 Consulte os dados do ato em <https://selodigital.tjpb.jus.br>  
PILÕES - PB EMOLUM. R\$ 7,49 FARPEI R\$ 0,22 FEPJ R\$ 0,22  
VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

CARTÓRIO NOT. E REG. ROGERIO LINS

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

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:  
Luzia Pontes Barbosa

Deu fé: Alegoinha/PB - 29/08/2017

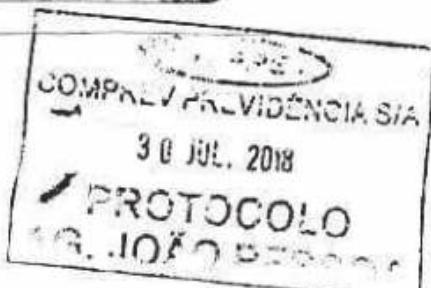
Escrevente: Severina Laureano de Santana

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

Selo Digital AFR96599-XIWZ

Acesso o site <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Severina L. de Santana  
Escrevente 21 - C AUT/12003



---

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

Pag. 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 13172932

