



Número: **0801136-92.2018.8.15.0351**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Sapé**

Última distribuição : **13/09/2018**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | Procurador/Terceiro vinculado |
|---|---|
| JOAO JOSE DE SOUZA SEGUNDO (AUTOR) | MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA (ADVOGADO) |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU) | SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO) |

| Documentos | | | |
|------------|--------------------|---|-------------------|
| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
| 33162 875 | 12/08/2020 22:03 | <u>Petição</u> | Petição |
| 33162 879 | 12/08/2020 22:03 | <u>2737533_JUNTADA_DE_DOCS_01</u> | Outros Documentos |
| 33162 887 | 12/08/2020 22:03 | <u>2737533_JUNTADA_DE_DOCS_Anexo_02</u> | Outros Documentos |

ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/08/2020 22:03:48
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008122203473700000031743914>
Número do documento: 2008122203473700000031743914

Num. 33162875 - Pág. 1



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE SAPE/PB

Processo: 08011369220188150351

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOAO JOSE DE SOUZA SEGUNDO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento, bem como ratificar o pedido de improcedência da ação, haja vista o correto pagamento realizado em seara administrativa.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

SAPE, 11 de agosto de 2020.

**JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A**

**SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB**

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/08/2020 22:03:49
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081222034836900000031743918>
Número do documento: 20081222034836900000031743918

Num. 33162879 - Pág. 1

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/08/2020 22:03:49
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081222034836900000031743918>
Número do documento: 20081222034836900000031743918

Num. 33162879 - Pág. 2

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180128884 **Cidade:** Sapé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO JOSE DE SOUZA II **Data do acidente:** 16/09/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE ÚMERO ESQUERDO
NEUROPRAXIA RADIAL

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSO)
ALTA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---|--|--|---------------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros superiores | 70 % | Em grau leve - 25 % | 17,5% | R\$ 2.362,50 |
| | | Total | 17,5 % | R\$ 2.362,50 |



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/08/2020 22:03:50
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081222034945900000031744375>
Número do documento: 20081222034945900000031744375

Num. 33162887 - Pág. 1

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180128884 **Cidade:** Sapé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO JOSE DE SOUZA II **Data do acidente:** 16/09/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE ÚMERO ESQUERDO
NEUROPRAXIA RADIAL

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSO)
ALTA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---|--|--|---------------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros superiores | 70 % | Em grau leve - 25 % | 17,5% | R\$ 2.362,50 |
| | | Total | 17,5 % | R\$ 2.362,50 |

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ2

Nome: KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

CRM: 5252099-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:





Rio de Janeiro, 22 de Março de 2018

Aos Cuidados de: JOAO JOSE DE SOUZA II

Nº Sinistro: 3180128884
Vitima: JOAO JOSE DE SOUZA II
Data do Acidente: 16/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180128884**.

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 12557377

Pag. 01325/01326 - carta_01 - INVALIDEZ



00020663



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/08/2020 22:03:50
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081222034945900000031744375>
Número do documento: 20081222034945900000031744375

Num. 33162887 - Pág. 3

Rio de Janeiro, 23 de Março de 2018

Aos Cuidados de: JOAO JOSE DE SOUZA II
Nº Sinistro: 3180128884
Vitima: JOAO JOSE DE SOUZA II
Data do Acidente: 16/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180128884**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo
- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

Pag. 002/13/00214 - 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.

Carta nº 12563776

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



Rio de Janeiro, 11 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: JOAO JOSE DE SOUZA II
Nº Sinistro: 3180128884
Vitima: JOAO JOSE DE SOUZA II
Data do Acidente: 16/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180128884**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo

Pag. 003997/00398 - 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.

Carta nº 12939260

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



Rio de Janeiro, 30 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: JOAO JOSE DE SOUZA II
Nº Sinistro: 3180128884
Vitima: JOAO JOSE DE SOUZA II
Data do Acidente: 16/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180128884**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo
- Declaração do Proprietário do Veículo

Pag. 00537/00538 - 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.

Carta nº 13162427

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





**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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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:

Benedário 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").

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

Número do Sinistro ou ASL CPF da Vítima Nome completo da vítima
094.393.364-12 José de Souza Segundo

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

| | | | | | |
|---------------|-----------------------------------|----------------------|-----------------------|----------------|------------------|
| Nome completo | <i>José José de Souza Segundo</i> | CPF/titular da conta | <i>094-393.364-12</i> | Profissão | <i>Vendedor</i> |
| Eereço | <i>Rua José Dóps de Gómez</i> | Número | <i>99</i> | Complemento | |
| Bairro | <i>Ronaldo Reiseno</i> | Cidade | <i>Sapé</i> | Estado | <i>PB</i> |
| Email | | | | CEP | <i>58340-000</i> |
| | | | | Telefone (DDD) | |

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 BENDA 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"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00 | |
| <input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) | | | |
| <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104) | | | |
| AGÊNCIA NRO. | D/V | CONTA NRO. | D/V |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| (Informar dígito se existir) | | (Informar dígito se existir) | |
| <input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) | | | |
| BANCO Nome | NRO. | | |
| <input type="text"/> <i>Bradesco</i> | <input type="text"/> | | |
| AGÊNCIA NRO. | D/V | CONTA NRO. | D/V |
| <input type="text"/> <i>2159</i> | <input type="text"/> <i>3</i> | <input type="text"/> <i>21470</i> | <input type="text"/> <i>1</i> |
| (Informar dígito se existir) | | (Informar dígito se existir) | |

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

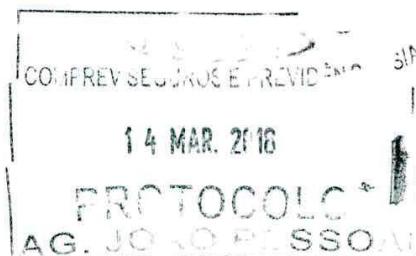
Local e Data

Campo 1 - Acometida do Beneficiário

Campo 3 - Assinatura do Representante Legal

EAPBE 2011/V2011/2017







GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
5^a DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE SAPÉ
Rua Osvaldo Pessoa, nº 81, Centro, CEP 58.340-000.
Telefone: (83) 3283-5949



NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE MOTO

REGISTRO DE OCORRÊNCIA nº 374/2018

Aos VINTE E OITO dias do mês de FEVEREIRO do ano de dois mil e DEZESSETE, nesta cidade de Sapé/PB, e nesta Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do Delegado de Policia Civil Dr. FREDERICO CLAUDIO DE MELO MAGALHAES, juntamente comigo, escrivão de seu cargo, aí por volta das 09h30min; compareceu ; JOÃO JOSÉ DE SOUZA SEGUNDO. Com 27 anos, nascido aos 21/06/90, brasileiro, solteiro, vendedor externo, natural de Alagoa Grande/PB, RG. 3.482.483 2 via- SSP/PB, filho de João José de Souza e de Maria Lucia de Andrade, residente na rua José Lopes de Gusmão-89- Bairro Renato Ribeiro-Sapé/PB. (Tel: 993494900) O QUAL PRESTOU A SEGUINTE OCORRÊNCIA: QUE no dia 16/09/2017, aproximadamente umas 16:30m, no Sítio Talmatá- zona rural de Mari, o mesmo trafegava em um bagageiro de UMA MOTO DE MARCA HONDA/NXR150 BROS ES, ANO 2014, DE PLACA QFK3267/PB, CHASSÍ 9C2KD0550ER232034 de propriedade da Empresa NOVO RUMO MOTOR, E PEÇAS LTDA.QUE o condutor da Moto senhor MARCOS VINICIUS CHACON DE PAULO, RG:4220714-SSDS/PB, ao passar em um trecho de areia mais fina, se descontrolou com a Moto derrapando e ambos caiu ao solo; QUE o declarante fora socorrido por seu Supervisor da Empresa José Ricardo, para o Hospital desta Cidade e posteriormente encaminhado para o Hospital de Trauma na Capital. QUE sofrera lesões conforme Laudos nesta DP. Era o que tinha a declarar. O referido é verdade, dou fé. Ciente o notificante das implicações legais contidas no Artigo 299 (Falsidade Ideológica) do Código Penal, depois de lido e achado conforme subscreve o presente.

.DECLARANTE:

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
14 MAR. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

ESCRIVÃ POLICIA:

Cezarina Maria Araujo de Medeiros





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
5ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE SAPÉ
Rua Osvaldo Pessoa, nº 81, Centro, CEP 58.340-000.
Telefone: (83) 3283-5949



NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE MOTO

REGISTRO DE OCORRÊNCIA nº 374/2018

Aos VINTE E OITO dias do mês de FEVEREIRO do ano de dois mil e DEZOITO, nesta cidade de Sapé/PB, e nesta Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do Delegado de Polícia Civil Dr. FREDERICO CLAUDIO DE MELO MAGALHAES, juntamente comigo, escrivão de seu cargo, aí por volta das 09h30min; compareceu ; JOÃO JOSÉ DE SOUZA SEGUNDO, Com 27 anos, nascido aos 21/06/90, brasileiro, solteiro, vendedor externo, natural de Alagoa Grande/PB, RG. 3.482.483 2 via- SSP/PB, filho de João José de Souza e de Maria Lucia de Andrade, residente na rua José Lopes de Gusmão-89- Bairro Renato Ribeiro-Sapé/PB. (Tel: 993494900) O QUAL PRESTOU A SEGUINTE OCORRÊNCIA: QUE no dia 16/09/2017, aproximadamente umas 16:30m, no Sítio Talmatá- zona rural de Mari, o mesmo trafegava em um bagageiro de UMA MOTO DE MARCA HONDA/NXR150 BROS ES, ANO 2014, DE PLACA QFK3267/PB, CHASSI 9C2KD0550ER232034 de propriedade da Empresa NOVO RUMO MOTOR, E PEÇAS LTDA.QUE o condutor da Moto senhor MARCOS VINICIUS CHACON DE PAULO, RG:4220714-SSDS/PB, ao passar em um trecho de areia mais fina, se descontrolou com a Moto derrapando e ambos caiu ao solo; QUE o declarante fora socorrido por seu Supervisor da Empresa José Ricardo, para o Hospital desta Cidade e posteriormente encaminhado para o Hospital de Trauma na Capital. QUE sofrera lesões conforme Laudos nesta DP. Era o que tinha a declarar. O referido é verdade, dou fé. Ciente o notificante das implicações legais contidas no Artigo 299 (Falsidade Ideológica) do Código Penal, depois de lido e achado conforme subscreve o presente.

.DECLARANTE:

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
05 JUN. 2018

ESCRIVÃ POLICIA;

Cezarina Maria Araujo de Medeiros

PROTOCOLO
AG. 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 *José Júnior de Souza Segundo* | CPF da Vítima *094.393.364-12* | Data do Acidente *16/09/2012*

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.

14 MAR. 2018

*PROTÓCOLO
AG. JONAS PESSOA*

Sapi' 15 de Fevereiro de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI 001 V001/2017



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/08/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO JOSE DE SOUZA II

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02159-8

CONTA: 000000021470-1

Nr. Autenticação

BRADESCO29082018050000000002370215900000021470236250 PAGO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/08/2020 22:03:50
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081222034945900000031744375>
Número do documento: 20081222034945900000031744375

Num. 33162887 - Pág. 12

Ata declaratório



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1027995



Identificação do paciente

| | | | | |
|--|------------------------------------|---------------------------|-------------------|---|
| ID 1211027 | Nome JOAO JOSE DE SOUZA SEGUNDO | | | Sexo Masculino |
| Data de nascimento 21/06/1990 | Idade 27 anos 2 meses 26 dias | Estado civil | Religião | Prontuário |
| Mãe MARIA LUCIA DE ANDRADE OLIVEIRA | | | | Pai JOAO JOSE DE SOUZA |
| Escolaridade | | | | Responsável (Parentesco) MARIA IVANEIDE DE ANDRADE |
| DDD Móvel 83 | Fone Móvel 91679850 | DDD Fixo | Fone Fixo | |
| Tipo documento | Número documento | Nº Cns 704800554850648 | | |
| Local de procedência SAPE | | | Tipo MUNICIPIO | UF PB |
| Email | Naturalidade | CBO/R | | |

Endereço

| | | | |
|-----------------|---------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| CEP 58340000 | Município de residência SAPE | UF PB | Logradouro HUGO DE OLIVEIRA LINS |
| Número 63 | Complemento | Bairro RENATO RIBEIRO | |

Admissão

| | | |
|------------------------------------|--|---------------------------------------|
| Data e Hora 16/09/2017 20:33:33 | Número da pulseira 1000005988210 | Convênio SUS |
| Especialidade CIRURGIA GERAL | Clínica | |
| Classificação de risco | Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE | |
| Caráter de atendimento | Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA | Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS |

Indicadores e Transporte

| | | | |
|----------------------------------|-----------------------|---------------------------|---------------|
| Caso policial Não | Plano de saúde Não | Veio de ambulância Não | Trauma Não |
| Meio de transporte AMBULANCIA | Quem transportou | | |

Sinais Vitais

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

Exames complementares

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

Dados clínicos

*Presente retração de quadro de
morte, nega HHS, DM*

Diagnóstico

Atendido por
JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA

CID

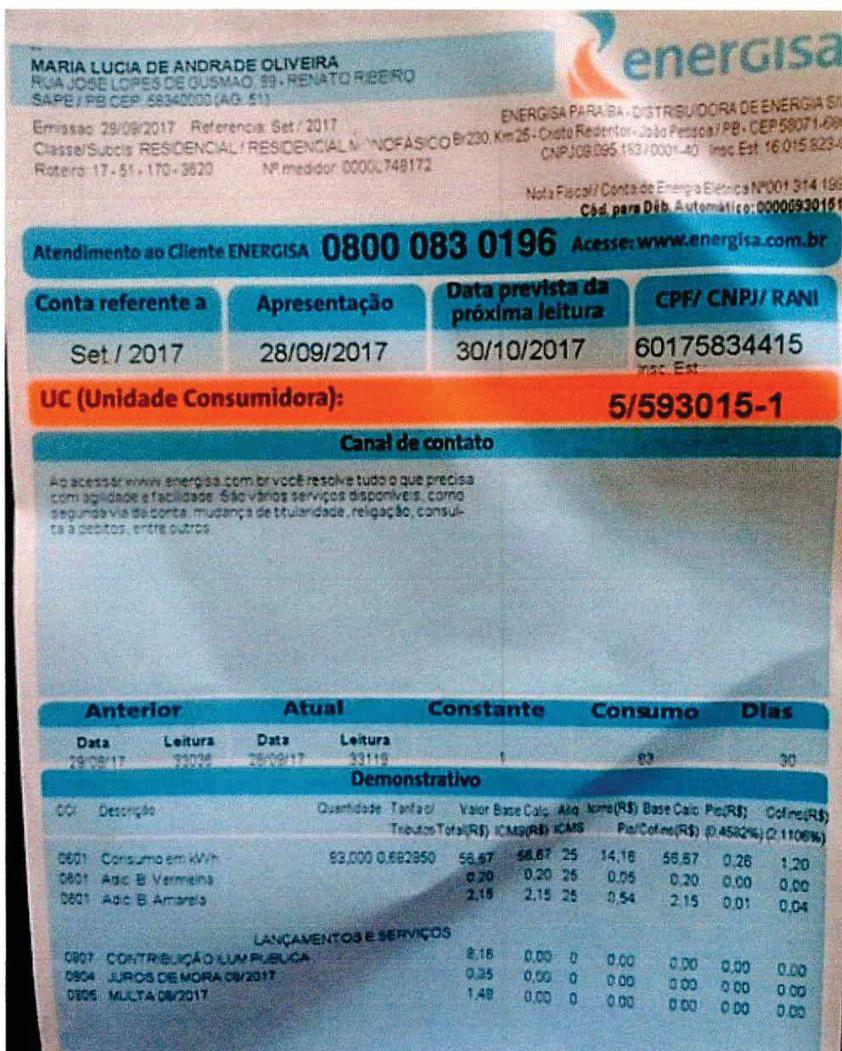
COMPREVE SE JÁ FIZURO E PREVIO
Tempo
33seg

Imprimir

14 MAR. 2010

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

16/09/2017 20:31



COMISSÃO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL
14 MAR. 2016



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/08/2020 22:03:50
<http://pj.e-justice.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008122203494590000031744375>
Número do documento: 2008122203494590000031744375

Núm. 33162887 - Pág. 14

Claro S/A
Rua Henri Dunant, 780, Santo Amaro
CEP 04709-110 - São Paulo - SP
CNPJ: 40.432.544/0001-47

Fatura de Serviços Prestados - Detalhamento

Pág. 0001/0002



CTC RECIFE PE PLG

MARCELO LUCENA ADVOGADOS
R PROFESSOR OSWALDO DE MIRANDA PEREIRA 860
AN 1 SL 204
JOAO AGRIPINO
58034-128 JOAO PESSOA PB

POSTAGEM: 13/11/2017 VENCIMENTO: 24/11/2017

01503993



721621057341242000006291230131117

Fatura Digital Faz um 21, mais praticidade e agilidade para você. Tenha acesso a sua conta do 21 de forma rápida e segura, sempre que quiser. Acesse fazum21.com.br/contaporemail e realize seu cadastro.

Visite nosso site www.fazum21.com.br, e acesse o detalhamento de sua fatura.

Mensagem Importante:

~~Reajustes nos valores das franquias e/ou tarifas que passaram a vigorar no mês:~~

Pacote Dial 21 Basico DDD

Sobre o valor das tarifas: aumento de até 13,98%

CÓDIGO DA CONTA 198388919

SUA CONTA VENCE EM
24/11/2017

VALOR DA CONTA
R\$ 24,84

Seu Telefone: 83 30245995
mês de referência:
data de emissão:
nº da fatura:
nº da nota fiscal:
cód. para débito automático:

(Classe: E)
Novembro/2017
12/11/2017
0250104443326
000000821
198388919-5

① Você está em dia com a Embratel. Obrigado.

Resumo da sua Conta

Total dos Serviços (com descontos)

Total da Conta:

RS
RS
24,84
24,84

Resumo por telefone/cartão faturado

| TEL FATURADO | SERVICO |
|-----------------|--------------------|
| 8330245995 | DDD - Plano Basico |
| 8330245995 | Total |
| Total do Resumo | |

| CONFIRMADO | | RS | RS | 24,84 |
|------------|----|----------|----------|----------|
| 14 | 14 | CHAMADA | DURACAO | SI VALOR |
| 14 | 14 | 00:39:52 | 00:39:52 | 24,84 |
| 14 | 14 | 00:39:52 | 00:39:52 | 24,84 |
| 14 | 14 | 00:39:52 | 00:39:52 | 24,84 |

DDD - Plano Basico

TEL. FATURADO

| DESTINO/ÁREA LOCAL | TEL. DESTINO | DATA | HORA | DURAÇÃO | TARIFA | VALOR |
|--------------------|--------------|------------|----------|----------|-----------------|-------|
| Fixo / Fixo | | | | | | |
| 83 30245995 | PILAR | 11/10/2017 | 11:04:17 | 00:02:54 | D2 Diferenciada | 1,70 |
| 83 30245995 | PILAR | 17/10/2017 | 11:04:29 | 00:06:18 | D2 Diferenciada | 3,71 |
| 83 30245995 | PILAR | 17/10/2017 | 11:26:16 | 00:01:02 | D2 Diferenciada | 0,64 |
| 83 30245995 | PILAR | 20/10/2017 | 09:47:29 | 00:00:46 | D2 Diferenciada | 0,46 |
| 83 30245995 | ITABAIANA | 01/11/2017 | 10:09:33 | 00:00:39 | D2 Diferenciada | 0,40 |
| 83 30245995 | ITABAIANA | 01/11/2017 | 10:12:43 | 00:07:25 | D2 Diferenciada | 4,42 |
| 83 30245995 | ITABAIANA | 01/11/2017 | 12:05:58 | 00:12:22 | D4 Normal | 7,44 |
| 83 30245995 | ITABAIANA | 04/11/2017 | 12:19:04 | 00:00:52 | D4 Normal | 0,51 |
| 83 30245995 | ITABAIANA | 07/11/2017 | 09:44:20 | 00:00:20 | D2 Diferenciada | 0,28 |
| 83 30245995 | ITABAIANA | 07/11/2017 | 09:50:30 | 00:01:22 | D2 Diferenciada | 0,80 |

Pagável na rede bancária, correios e agentes lotéricos.
Para sua maior comodidade solicite o débito automático.

Autenticação Técnica - solicitamos não rasurar, dobrar ou perfurar esta parte da fatura.

Embratel

CÓDIGO DA CONTA
198388919

NÚMERO DA FATURA
0250104443326

DATA DE VENCIMENTO
24/11/2017

VALOR DA CONTA
RS 24,84

846200000004 248400060021 501044433263 201711240006



01503993 / 001 - 001



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO 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 IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Mercel Antônio R. de Lucena inscrito (a) no CPF/CNPJ 009 305 364 / 32, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José José de Souza Segundo inscrito (a) no CPF sob o Nº 094.393.364 / 12, do sinistro de DPVAT cobertura invalidade da Vítima José José de Souza Segundo, inscrito (a) no CPF sob o Nº 094.393.364 / 12, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

| Endereço | Bairro | Cidade | Número | Complemento |
|--|----------------------|--------------------|---------------|------------------|
| <u>R. Prof Oswaldo de Mendonça Pinho</u> | <u>José Agripino</u> | <u>João Pessoa</u> | <u>860</u> | <u>sala 204</u> |
| | | | <u>Estado</u> | <u>CEP</u> |
| | | | <u>PB</u> | <u>59034-128</u> |

DLDRL.001 V001/2017

Assinatura do Declarante

[Large handwritten signature over the declaration]

[Large rectangular stamp with handwritten text and a signature]





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE João José de Souza Segundo

DATA DE NASCIMENTO 21/06/90

NOME DA MÃE Maria Lucia de Andrade

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 104304

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1027995

DATA DO ATENDIMENTO 16/09/17

HORA DO ATENDIMENTO 20:33

MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto

DIAGNÓSTICO (S) Fratura de úmero esquerdo

CID 10 S42.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, com queixa de dores em membro superior esquerdo, nega perda da consciência ou vômitos. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX braço e cotovelo E.

RESULTADOS DOS EXAMES:

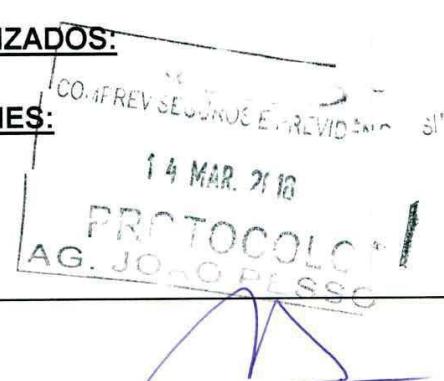
RX: fratura de úmero esquerdo

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura de úmero esquerdo

ALTA HOSPITALAR: 23/09/17

DATA DA EMISSÃO: 06/02/18



Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

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



2017-9-16

72.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=105370&pesquisa=S&perform=imprimirPr... 1/1



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

| | | | | |
|-------------------------|---------------------------------|-------------------------|----------------------------------|---------------------|
| Paciente | JOAO JOSE DE SOUZA SEGUNDO | BAE | Data/Hora Entrada | Data Baixa |
| | | 1027995 | 16/09/2017 20:33:33 | |
| Data de nascimento | 21/06/1990 | Idade | CNS | Telefone de Contato |
| | | 27 | 704800554850648 | (83) 91679850 |
| Mãe | MARIA LUCIA DE ANDRADE OLIVEIRA | | | Prontuário |
| Endereço | HUGO DE OLIVEIRA LINS, 63 | Bairro | Município | UF |
| | | RENATO RIBEIRO | SAPE | PB |
| Acidente | QUEDA / OUTROS | Motivo | Profissional | Nº Cons. Regional |
| | | ACIDENTE DE MOTOCICLETA | JOSE VICTOR LOPEZ FERREIRA CUNHA | 11045/PB |
| Data/Hora Classificação | 16/09/2017 20:33:33 | | Data/Hora Prescrição | |
| | | | 16/09/2017 20:47:38 | |

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO, REFERINDO DORES FORTE EM MSE. NEGA PERDA DE CONSCIENCIA OU VOMITOS. AO EXAME: DOR FORTE A MOBILIZAÇÃO DE MSE CD: SOLICITO RX DE MSE CETOPROFENO E DIPIRONA ALTA DA GERAL

MEDICAÇÃO

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: EM 100ML DE SF0,9%)
DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: COM AD)

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

\RADIOGRAFIA DE COTOVELO ESQUERDO

RADIOGRAFIA DE BRAÇO ESQUERDO

CID10

| Código | Descrição | COMPREV SE ANUNCIE PREVIO |
|--------|---------------|---------------------------|
| M79.6 | Dor em membro | 14 MAR. 2010 |

Conduta

Em observação

PROTÓCOLO
AG. 10.0.0.0.0.0.0

 Jose Victor Lopes Ferreira Cunha
 CRM - PB 11045

JOAO JOSE DE SOUZA SEGUNDO

JOAO JOSE DE SOUZA SEGUNDO

72.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=105370&pesquisa=S&perform=imprimirPr... 1/1



Ele
(Hospital de
Trauma)

ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPÉ
SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DR. SÁ ANDRADE

Ficha de Encaminhamento

18.15 AM

Nome do Paciente: José Júnior do Souza Data: 16/09/12

End.: _____

Bairro: _____ Cidade: Sapé

Unidade de origem: _____

Motivo de Encaminhamento

ENCONTRO NO TRABALHO. O JO^E
WAGNER BOM JESUS RODRIGUES SOUZA
ESTAVA COM DOR DE CABEÇA E DOR
NO PÓS / DOR TROXAS EM ALGUNS MUS-
CULOS ESQUÍTICOS, POR TAMBÉM SENTIR
100% FRATURA IRÚMADA

Medicamento Administrado

Ref. 130/190 UND FC: 905000 SAT 100%

Referenciado para: 170511 - Encaminhamento à Trau-

Contra referência

Motivo: AVALEIA DE CORPO DE TRAUMA

CONTRIBUIÇÃO E ARVORES

Contra referência para: _____

14 MAR. 2012

PROTOCOLO

CRM: 8597 PR
Medico: DR. Marcelo S. de Oliveira
Data: 12/08/2020



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

I HEEISHL

Nome: João José de S. Sequeira BE/Prontuário: _____

Idade: _____ Sexo: Masculino Feminino Cor: _____ Data: 22/09/17

Clínica/Setor: ENDO EMP: _____ LR: _____

Cirurgia: _____

Cirurgião: Dr. José Rodrigues 1º Assistente: M. Frederico

2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____

Instrumentador: _____ Anestesista: _____

Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início ____ : ____ Término ____ : ____

| Diagnóstico Pós-Operatório | CID |
|-------------------------------|-----|
| <u>Fx hérnias aderentes</u> | |
| <u>+ Neurinoma dip radial</u> | |
| | |
| | |
| | |

| Procedimentos Cirúrgicos | Código |
|--------------------------|--------|
| <u>Osteosynthes</u> | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Acidente durante Ato Cirúrgico: Sim Não. Descrição: COIFRE DESLOCA E FREVIDO

Biopsia de Congelação: Sim Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

Enfermaria Terapia Intensa Residência Óbito durante Ato Cirúrgico

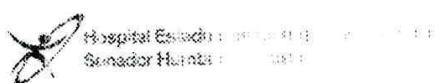
Dr. Matheus Mozart
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9456

João Pessoa, 22/09/17

Médico/CRM: _____

F(NG).ASCIR.009-1





INTERNO, S/N -
CNES: 454550 - Tel.:

Impresso por: JOAO
BARTOLOMEU PINTO
RABELO

Em: 18/09/2017 07:18:48

| Paciente | Bolítm de Atendimento | Data/Hora Entrada | Data/Hora Saída |
|-----------------------------|-----------------------|---------------------|-----------------|
| JOAO JOSE DE SOUZA, SEGUNDO | 1027995 | 18/09/2017 07:18:48 | |
| Data de nascimento | Idade | | Prontuário |
| 21/06/1990 | 27 | | 104334 |
| Tempo de Internação | Convênio | | Plantão |
| 1d 8h 49min | SUS | | DIURNO |

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Descrição da evolução:

PACIENTE COM FRATURA DIÁFISE ÚMERO E, EVOLUINDO BEM, ESTABILIZADO, AGUARDANDO EXAMES.

Localização: ÁREA LARANJA - UDC B - Leito: LEITO EXTRA 14
Profissional responsável pela informação: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO

Número Conselho: 4518

CONFREV SESSÃO E PREVIDENCIARIO 31
14 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOAO GOMES





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 6121221 - Tel.:

Impresso por: FRANCISCO
KARTNEY SARMENTO
PEDROSA
Em: 17/09/2017 09:35:41

| Paciente JOAO JOSE DE SOUZA SEGUNDO | Boletim de Atendimento 1027995 | Data/Hora Entrada 16/09/2017 20:33:33 | Data/Hora Saída | |
|---|--|---|-------------------------------|-----------------------------|
| Data de nascimento 21/06/1990 | Idade 27 | Sexo Masculino | CNS 704800554850648 | Prontuário 104304 |
| Tempo de Internação 11h 6min | Convênio SUS | Plano DIURNO | | |

Evolução do Paciente (FRANCISCO KARTNEY SARMENTO PEDROSA - 17/09/2017 09:35:35)

Evolução do Paciente

Descrição da Evolução:

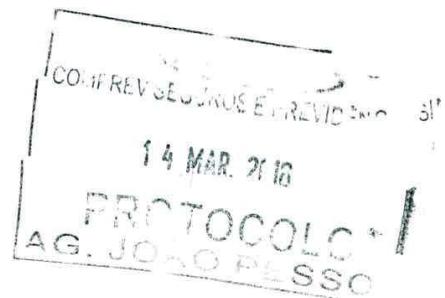
PACIENTE COM FRATURA DIÁFISE ÚMERO E.; EVOLUINDO ESTÁVEL;
CD: AGUARDA EXAMES.

Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 14

Profissional responsável pela informação: FRANCISCO KARTNEY SARMENTO PEDROSA

Número Conselho: 5804

Dr. Kartney Sarmento
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PB 5804





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

BE/PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE

José José

| DATA | HORA | DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO |
|----------|-------|---|
| 20/04/17 | 14:17 | Psicólogo Paciente evolui no momento consciente, orientado, emocionalmente estável, trouxe seu alerjacion. Realizadas apoio psicológico! |
| | | <p><i>[Assinatura]</i> Luzia Santos de O. Mendes Psicóloga Clínica Hospitalar Escola de Enfermagem UFSCar São Paulo</p> |
| | | <p>23/04/17 14:21 bem + também do H nf + Alt dos dentes</p> |
| | | <p><i>[Assinatura]</i> Dr. Nilvan da Silva Linhares CRM: 5044 - 032.00.005044-4 Dermatologia e Tricatilogia</p> |
| | | <p><i>[Assinatura]</i> CO. II REVOLUÇÃO FRENTE 31 14 MAR 2016 PROTÓCOLO / AG. INSS</p> |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

IJSP



FICHA DE ANESTESIA



DATA: 22/03/17

PRONTUÁRIO:

27a

| | | | | | | | |
|--|--|----------------------|------------------|--|---------------------|------------|--|
| PACIENTE | João de Souza Segundo M | | | SEXO: B2 | COR: B2 | IDADE: 27a | |
| PRESSÃO ARTERIAL | PULSO 126 | RESPIRAÇÃO esp | TEMPERATURA 37,5 | PESO 75kg | GRUPO SANGUÍNEO | | |
| ESTADO GERAL | () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO | | RISCO CIRURGICO | () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO | | | |
| EXAMES COMPLEMENTARES | N/A | | | | | | |
| AP. RESPIRATÓRIO | n/a | AP. CIRCULATÓRIO | | | | | |
| AP. DIGESTIVO | jejun | ESTADO MENTAL | ESTACIONAL | DROGAS EM USO | | | |
| PRÉ-ANESTÉSICO | N/A | | | | ESTADO FÍSICO (ASA) | | |
| DOSE/HORA | N/A | | | | | | |
| DIAGNOSTICO PRÉ-OPERATÓRIO | Fratura do úmero esp. com lesão da raiz | | | | | | |
| CIRURGIA REALIZADA | Trat. - osteofítes clíxeos | | | | | | |
| CIRURGÃO | Dr. Robson | AUXILIARES | Frederico | | | | |
| INÍCIO DA ANESTESIA | 10:30h | TÉRMINO DA ANESTESIA | 12:45 | DURAÇÃO DA ANESTESIA 2h 15m. | | | |
| DIÁGO DO PROCEDIMENTO | QUANT. DE CH. | | | VALORES R\$ | | | |
| ESTHESISTA | Graziela Nobre | CPF | CRM-PB 5972 | | | | |
| AGENTES/HORA | 10:20h | 11:30h | 12:30h | | | | |
| O ₂ N ₂ O | | | | | | | |
| LÍQUIDOS VENOSOS | RBC | RBC | RBC | Perfusão arterial e venosa c/ bolus de heparina - 2K | | | |
| PULSO ● CÓDIGOS CIRURGIA | 220 | 200 | 180 | Perfusão venosa + 1K | | | |
| ● ANESTESIA X PARTEIRALISTÓTICA V DIASTÓLICA | 160 | 140 | 120 | Perfusão arterial e venosa c/ bolus de heparina - 2K | | | |
| SETORIZAÇÃO | 100 | 80 | 60 | Manutenção perfusão venosa 1K | | | |
| MATERIAL | 40 | 20 | | Bolus de heparina + 1K | | | |
| ANOTACÕES | Justo esgotar sob controle de CO ₂ gálico 20g MSD | | | | | | |
| Protocolo | | | | | | | |
| MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO | | | | | | | |
| TIÉCNICA | Anestesia mitral e intensificada com lidocaina 100mg + 100mg | | | | | | |
| LÍQUIDOS | Volume em ml | 1 Fentanil 0,005 | 11 | PROTÓCOLO | | | |
| GLICOSE | | 2 Diprivan 2,5g | 12 | AG. 60 SSO | | | |
| NACL | | 3 Cetamina 2,0g | 13 | | | | |
| SANGUE | | 4 Midazolam 0,025g | 14 | | | | |
| RINGER | 150ml | 5 Naloxona 0,015g | 15 | | | | |
| TOTAL | 150ml | 6 Dexedrina 1mg | 16 | Carta de L.M. Moreira Anestesiologista CRM-PB 5977 | | | |
| DESTINO DO PACIENTE | | 7 Cetamina 2,5g | 17 | | | | |
| APT° | ENFERMARIA | 8 Cloridrato 150mg | 18 | | | | |
| UTI | RESIDÊNCIA | 9 Nalosedina 0,05g | 19 | | | | |
| OUTROS | SRPA | 10 Diprivan 2,0g | 20 | | | | |
| OBSERVAÇÕES IMPORTANTES | | | | | | | |
| 5/queimadura na espalha por queimadura à sap. f. 2-220x100cm | | | | | | | |
| P.C = 10,15g - S.P.C = 9,91 | | | | | | | |
| | | | | ASSINATURA DO ANESTESISTA: | | | |
| | | | | F. (ING) ASCIR.026-1 | | | |



Visita Pré Anestésica.

Anes

70/09 17 : DATA

1027995

PRON

| | | | | | | | | | | |
|--|---------------------------------------|-------------|---------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--|--|---------------------------------|--------------------------|--|
| NOME DO PACIENTE: | José Vitor de Souza Segundo | Profissão: | | | | | | | | |
| Idade: | 27 Anos | Sexo: | | | | | | | | |
| Patologia principal: | História de cistite e uretrite | | | | | | | | | |
| Cirurgia: | Procedimento cirúrgico de | | | | | | | | | |
| Anestesia proposta: Tetraquianestesia | | | | | | | | | | |
| Dor no peito, angina? | <input type="checkbox"/> | | Diabetes? | <input type="checkbox"/> | | Alergia a drogas? | <input type="checkbox"/> | | | |
| infarto? | <input type="checkbox"/> | <3M | <input type="checkbox"/> | 3-6M | <input type="checkbox"/> | 6>GM | <input type="checkbox"/> | Quadro clínico? | <input type="checkbox"/> | |
| Pressão alta? | <input checked="" type="checkbox"/> | | Mudança no hábito miccional? | <input type="checkbox"/> | | Tratamento? | <input type="checkbox"/> | | | |
| Sopro sobre reumática? | <input type="checkbox"/> | | Modificação no apetite? | <input type="checkbox"/> | | Alergia a pô, lâ, odores, alimentos? | <input type="checkbox"/> | | | |
| Arritmias, taquicardia: | <input type="checkbox"/> | espontâneas | Queimação, azia, H.d.hiato, dor? | <input type="checkbox"/> | | Quadro clínico? | <input type="checkbox"/> | | | |
| dos estertores: | <input type="checkbox"/> | peq. | Náuseas, vômitos? (cor: | <input type="checkbox"/> | | Tratamento? | <input type="checkbox"/> | | | |
| Edeema de MMII: | <input type="checkbox"/> | Tarde | Mudança no hábito intestinal? | <input type="checkbox"/> | | Alergia a derivado de borracha? | <input type="checkbox"/> | | | |
| Dispneia de decubito? | <input type="checkbox"/> | | Alteração na cor das fezes? | <input type="checkbox"/> | | Quadro clínico? | <input type="checkbox"/> | | | |
| dos estertores: | <input type="checkbox"/> | peq. | Ponda de peso s/dieta? | <input type="checkbox"/> | | Tratamento? | <input type="checkbox"/> | | | |
| Aasma/bronquite: | <input type="checkbox"/> | | Hepatite, icterícia, malária, Chagas? | <input type="checkbox"/> | | PARA CRIANÇAS (0 a 14 anos) | <input type="checkbox"/> | | | |
| Tosse/estertor? (cor | <input type="checkbox"/> | | Anemia? | <input type="checkbox"/> | | A criança é prematura? | <input type="checkbox"/> | | | |
| Fumante: há < anos. Parou há | <input type="checkbox"/> | | Sangramento? (onde? | <input type="checkbox"/> | | A criança tem ↓ de desenvolvimento? | <input type="checkbox"/> | | | |
| Desmaios, toniques? | <input type="checkbox"/> | | Membranas/manchas roxas? | <input type="checkbox"/> | | A criança está gripada, c/tosse, febre? | <input type="checkbox"/> | | | |
| Convulsões, abalos, tremores? | <input type="checkbox"/> | | Gripe, febre, recente? | <input type="checkbox"/> | | A criança tem outra doença? | <input type="checkbox"/> | | | |
| Fraqueza muscular, miopia? | <input type="checkbox"/> | | Está ou pode estar grávida? (DUM: /) | <input type="checkbox"/> | | ANTECEDENTES FAMILIARES DE: | <input type="checkbox"/> | | | |
| Dor nas juntas, artite, colagenose? | <input type="checkbox"/> | | Tem problemas de surdez, visão? | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> diabetes | <input type="checkbox"/> doença cvasc. | <input type="checkbox"/> miopia | | |
| Problema de coluna? | <input type="checkbox"/> | | Teve febre alta quando foi operado? | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> Febre alta durante a anestesia? | <input type="checkbox"/> | | | |
| Estilo social? | <input type="checkbox"/> | | Receu Transf sangue? Há | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> Problema durante a anestesia? | <input type="checkbox"/> | | | |
| Alcoolólico: há anos. Parou há | <input type="checkbox"/> | | Acorda transf sangue numa emergência? | <input checked="" type="checkbox"/> | | Qual? | <input type="checkbox"/> | | | |

Dados imprecisos da Anamnese e/ou EF

Critérios / Atenções Prévias / Complicações

Medicamentos (Dietas)

| | | | |
|--|---|---------------|-------------------------|
| Peso: 100 | Largura: 1.50 | PA: F: | Hidráulico/deshidratado |
| Corpo/dep: | superfície/dispon/taquip. científico/académico. letárgico/ánafico | | |
| Auscultar: | | | |
| Denatadura/proteção (inf/sup) (molve/fixa) | | | |
| Deentes | | | |
| Abertura da boca: Normal? | | | |
| Perceção normal/cortado | | | |
| Exame/exploração do pescoco | | | |
| Palpabilidade | | | |
| Respiração: 3-4 distâncias externas/menor < 12,5 cm > 18,5 | | | |

| | | | | | |
|---|----------|----------|-----|-----|--|
| Anotar de preferência exames com < 01 ano | | | | | |
| Exames Subsidiários DATA: 10/09/17 | | | | | |
| Hb- 13,6 | Ht- 42,0 | Glic- 74 | Cr- | Ur- | |
| Nr- | K- | TG- | TS- | | |
| Plaq= 191.000 | | | | | |
| Consign: [] Normal [] Alterada TT= TP= VFA TTPA= 23,5 | | | | | |
| RX tórax (/ /) | | | | | |

RETORNOS [] NÃO [] SIM Motivo: [] Exames complementares [] Encaminhado p/Clínica. Qual:

MÉDICO
Dr. Valdir Braga Lacerda
Médico Presidente
Residente

CRM G879

É a orientação que o Poder Judiciário deve seguir: "CONDUTA FINAL" e "PROBLEMAS GRAVES". APENAS após a liberação do Ambulatório

| | | | | |
|----------------|---|--|---|---|
| CONDUTA FINAL: | <input type="checkbox"/> Liberado para cirurgia | <input type="checkbox"/> Encaminhar na internação motivo(s): | <input type="checkbox"/> Transferir na SO: motivo(s): | <input type="checkbox"/> NÃO LIBERADO P/CIRURGIA motivo(s): |
| DATA: | 14 MAR 2016 | | | |
| | LICENCIAMENTO MPA drogas/dose | | | |

115

Estado da Paraíba
PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPÉ
Secretaria de Saúde

RECEITUÁRIO

NOME: João Pedro da Silva Segundo

Declaro para os devidos fins que o paciente
citado realizou tratamento fisioterapêutico no
NASF Vicente Edmundo Rocco no período de 25
de Outubro de 2017 a 21 de março de 2018,
totalizando 16 sessões. Paciente chegou com sequelas
de fratura de úmero (S42.3) e neuropatia
radial (S44.2). O punho esquerdo se encontrava
caído em flexão, sem força de flexões e exten-
sões de punho. Também sentia dor no
primeiro e segundo metacôndilos e antebraço esquer-
do. Paciente evoluiu para força normal do ante-
braço esquerdo, apto a realizar as suas atividades
laborais. Deste fai agradecimento.

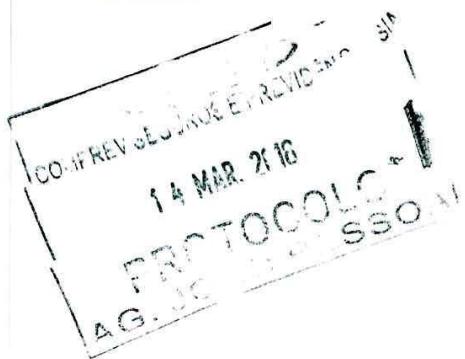
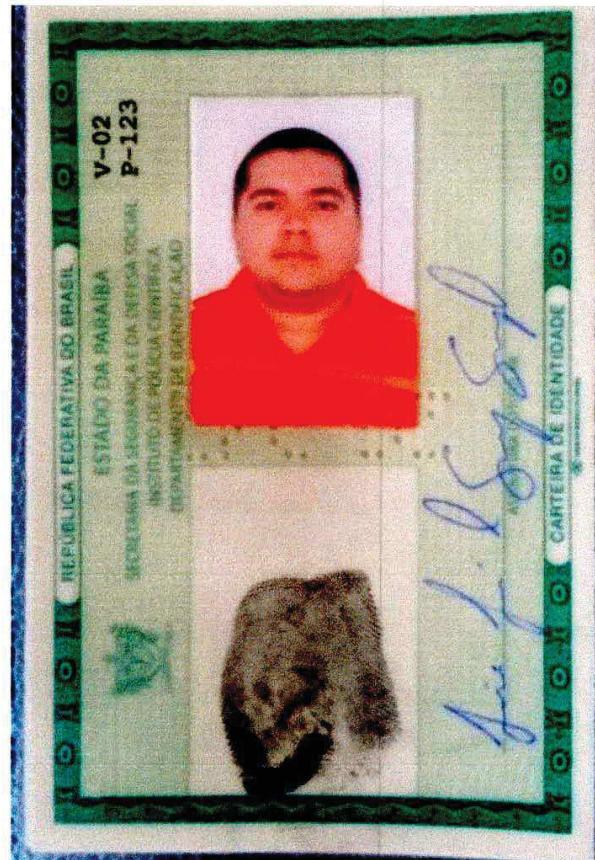
Jaine Campos Vieira
Fisioterapeuta
CREFITO 226738-F

SAPÉ 10/08/18

CRM - CRO - COREN

Voltando à consulta trazer esta receita





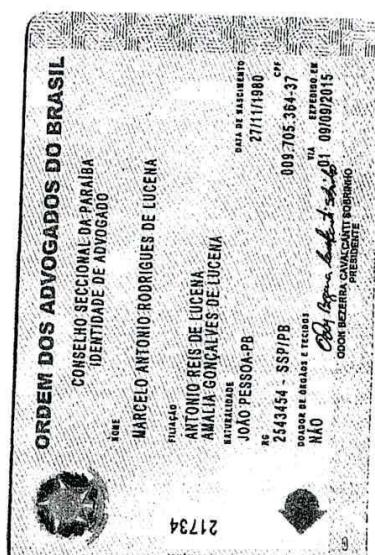
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/08/2020 22:03:50
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081222034945900000031744375>
Número do documento: 20081222034945900000031744375

Num. 33162887 - Pág. 29



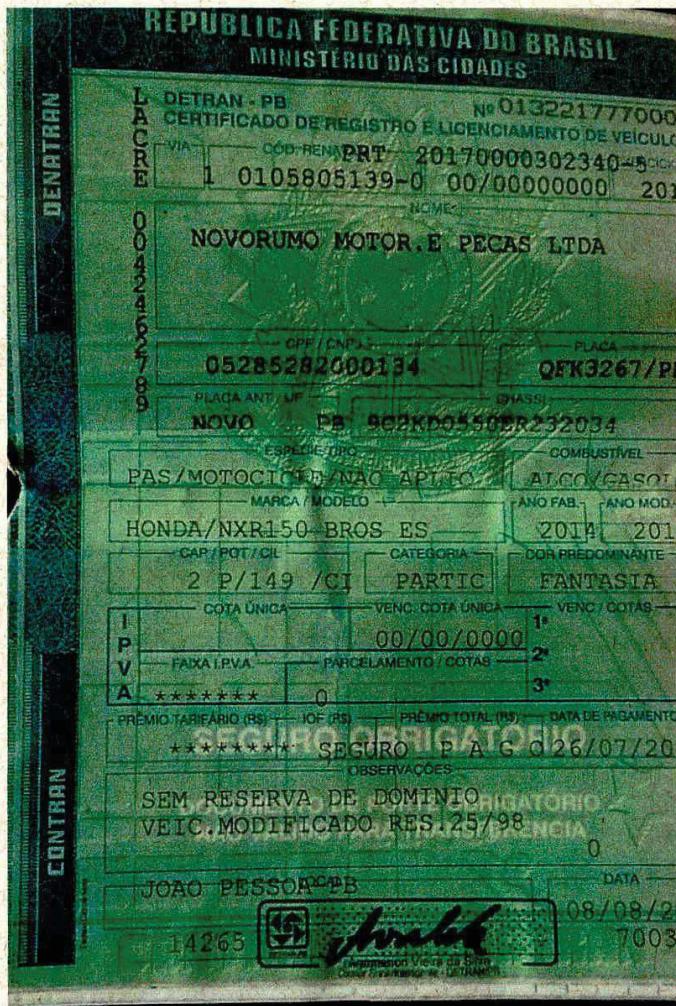
| REGISTRO GERAL | | | | VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL |
|---|--|----|------------------|--------------------------------------|
| REGISTRO GERAL | 3. 482. 483 | -2 | VIA EXPEDIÇÃO | DATA DE EXPEDIÇÃO 17/03/2017 |
| NAME | JOÃO JOSÉ DE SOUZA SEGUNDO | | | |
| FILIAÇÃO | JOÃO JOSÉ DE SOUZA MARIA LUCIA DE ANDRADE | | | |
| NATURALIDADE | ALAGOA GRANDE - PB | | | |
| DOC ORIGEM | NASC. N. 20932 FLS. 182 LIV. A 21 CARTÓRIO ALAGOA GRANDE PB | | | |
| CPF | 094.393.364-12 | | | A + |
| Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/08/2020 22:03:50 http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081222034945900000031744375 Número do documento: 20081222034945900000031744375 | | | | |





CO. / REV. E. J. / E. / REV. / 14 MAR. 2010
PROTÓCOLO / AG. JC / T. / PROTOCOLO / SSO.





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/08/2020 22:03:50
<http://pj.e-justice.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008122203494590000031744375>
Número do documento: 2008122203494590000031744375

Num. 33162887 - Pág. 32



Marcelo Lucena
ADVOCACIA & CONSULTORIA JURÍDICA

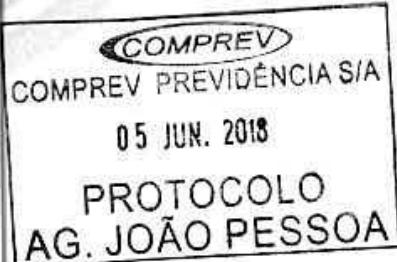
À
LIDER SEGURADORA

Eu, Marcelo Antônio Rodrigues de Lucena, advogado, CPF: 009.705.364-37, OAB 21734-PB, como procurado do Sr. João José de Souza Segundo, CPF: 094.393.364-12, Sinistro 318012884, venho por meio desta informar que o veículo motocicleta Honda/NXR150 BROS, ANO 2014, PLACA QFK3267/PB, CHASSI 9C2KD0550ER232034, pilotado por MARCOS VINICIUS CHACON DE PAULO, RG:422071-SSP/PB, onde o sinistrado vinha na garupa da respectiva moto, pertence a empresa onde trabalha, NOVO RUMO MOTOR PEÇAS LTDA, e a mesma se recusa a assinar a declaração de proprietário do veículo.


MARCELO ANTÔNIO RODRIGUES DE LUCENA

OAB 21734

João Pessoa, 01 de junho de 2018



Rua Prof. Osvaldo de Miranda Pereira, 860, Edf. Jardim Luna Center, Sala 208, Jardim Luna, João Pessoa - PB
(83) 3023.0795 • (83) 99922.0997 • marcelolucena.adv@gmail.com



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/08/2020 22:03:50
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081222034945900000031744375>
Número do documento: 20081222034945900000031744375

Num. 33162887 - Pág. 33

À LÍDER SEGURADORA

Eu, JOÃO JOSÉ DE SOUZA SEGUNDO, CPF 094.393.364-12, sinistro 3180128884, venho por meio desta informar que o veículo motocicleta Honda/NXR150 BROS, ANO 2014, PLACA QFK3267/PB, CHASSI 9C2KD0550ER232034, pilotado por MARCOS VINICIUS CHACON DE PAULO, RG 4220714 - SSDS/PB, onde eu, o sinistrado, vinha na garupa da respectiva moto, pertence à empresa onde trabalho, NOVO RUMO MOTOR E PEÇAS LTDA, e a mesma se recusa a assinar a declaração de proprietário do veículo.



João José de Souza Segundo



FELICIANO DA SILVA
Serviço Notarial e Registrarial

Rua Com. Renato Ribeiro Coutinho, 1746 - Centro - Sapé
Pernambuco - CEP 58360-000 Fone/Fax: (83) 3283-2341

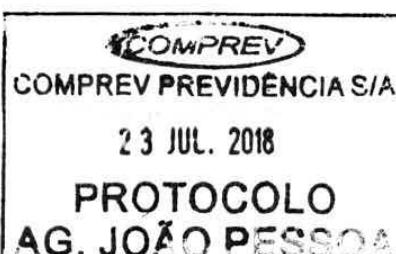
Serviços: Lúcia M. Feliciano Falcão

Tabelião

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:.....
JOÃO JOSÉ DE SOUZA SEGUNDO
Em test. da verdade. Sape-PB 21/06/2018 13:41:49
Maria de Lourdes Castro Gusmão - Escrivente
(2018-0031631ENOLURR\$ 49,48 FARPEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,90
SELO DIGITAL: AND00767-XXM
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

| | |
|--|--|
| CARTÓRIO ÚNICO | |
| Saverina Lúcia M. Feliciano Sa | |
| Tabelião Substituto | |
| Maria de Lourdes Castro Gusmão | |
| Escrivente | |
| Av. Com. Renato Ribeiro Coutinho, 1746 | |
| Fone: (83) 3283-2341/9313-3163 | |
| CEP 58340-000-Sape-PB | |

Sapé, 14 de junho de 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/08/2020 22:03:50
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081222034945900000031744375>
Número do documento: 20081222034945900000031744375

Num. 33162887 - Pág. 34



Marcelo Lucena

ADVOCACIA & CONSULTORIA JURÍDICA

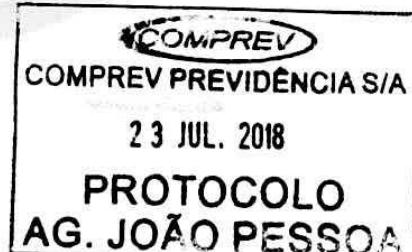
À
LIDER SEGURADORA

Eu, Marcelo Antônio Rodrigues de Lucena, advogado, CPF: 009.705.364-37, OAB 21734-PB , como procurado do Sr. João José de Souza Segundo, CPF: 094.393.364-12, Sinistro 318012884, venho por meio desta informar que o veículo motocicleta Honda/NXR150 BROS ,ANO 2014, PLACA QFK3267/PB, CHASSI 9C2KD0550ER232034, pilotado por MARCOS VINICIUS CHACON DE PAULO, RG:422071'-SSP/PB, onde o sinistrado vinha na garupa da respectiva moto, pertence a empresa onde trabalha, NOVO RUMO MOTOR PEÇAS LTDA, e a mesma se recusa a assinar a declaração de proprietário do veículo.


MARCELO ANTÔNIO RODRIGUES DE LUCENA

OAB 21734

João Pessoa, 10 de Abril 2018



Rua Prof. Osvaldo de Miranda Pereira, 860, Edf. Jardim Luna Center, Sala 208, Jardim Luna, João Pessoa - PB
(83) 3023.0795 • (83) 99922.0997 • marcelolucena.adv@gmail.com



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/08/2020 22:03:50
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081222034945900000031744375>
Número do documento: 20081222034945900000031744375

Num. 33162887 - Pág. 35

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180128884 **Cidade:** Sapé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO JOSE DE SOUZA II **Data do acidente:** 16/09/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/07/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: a

Resultados terapêuticos: a

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:
Observações:

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-----------------------------|--|--|-----------|-----------------------|
| | | | | |
| | | | Total | 0 % |
| | | | | R\$ 0,00 |



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: José José de Souza Segundo
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro
Profissão: vendedor
Identidade: 3482-483 CPF: 054 393 364-12
Endereço: José Dantas Gusmão n° 89, Gápi PB

OUTORGADO:

Nome: Marcelo Antônio Rodrigues de Souza
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Separado
Profissão: Advogado
Identidade: 213204 OAB-PB CPF: 009 705 364-37
Endereço: R. Prof. Oswaldo Melo, nº 260, sala 204

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuraçao, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a VITIMA

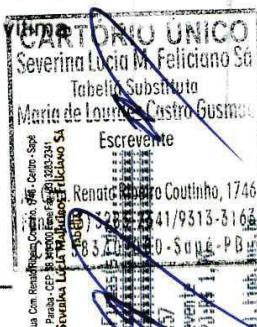
Indenização do Seguro Obrigado
José de Souza Segundo

Local e data

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)

14 MAR 2016

PROTOCOLO



Feliciano da Silva
viço Notarial e Registral

U

reconhecido

