



Seguradora Líder • DPVAT

Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2017

Carta nº: 10386399

A/C: ALEXANDRE HENRIQUE DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170041045 ASL-0016144/17
Vitima: ALEXANDRE HENRIQUE DA SILVA
Data Acidente: 11/10/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JULIO CESAR MORENO DA SILVA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à ARUANA SEGUROS S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 02 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10450002

A/C: ALEXANDRE HENRIQUE DA SILVA

Sinistro: 3170041045 ASL-0016144/17
Vítima: ALEXANDRE HENRIQUE DA SILVA
Data Acidente: 11/10/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JULIO CESAR MORENO DA SILVA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ALEXANDRE HENRIQUE DA SILVA

Valor: R\$ 9.450,00

Banco: 104

Agência: 000002008

Conta: 0000064733-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	9.450,00

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 21 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **ALEXANDRE HENRIQUE DA SILVA**

Sinistro: **3170041045**
Vítima: **ALEXANDRE HENRIQUE DA SILVA**
Data do Acidente: **11/10/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **JULIO CESAR MORENO DA SILVA**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170041045** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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, 05 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: ALEXANDRE HENRIQUE DA SILVA
Nº Sinistro: 3170041045
Vitima: ALEXANDRE HENRIQUE DA SILVA
Data do Acidente: 11/10/2016
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JULIO CESAR MORENO DA SILVA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170041045**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **ARUANA SEGUROS S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 19 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: ALEXANDRE HENRIQUE DA SILVA

Sinistro: 3170041045
Vítima: ALEXANDRE HENRIQUE DA SILVA
Data do Acidente: 11/10/2016
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JULIO CESAR MORENO DA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170041045** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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, 31 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: ALEXANDRE HENRIQUE DA SILVA

Nº Sinistro: 3170041045

Vitima: ALEXANDRE HENRIQUE DA SILVA

Data do Acidente: 11/10/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JULIO CESAR MORENO DA SILVA

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3170041045**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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 13168965



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3170041045**
Nome do(a) Examinado(a): **ALEXANDRE HENRIQUE DA SILVA**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA SAO DOMINGOS nº 403 - FELIPE CAMARAO - NATAL/RN**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 2664847303 - SSP**
Data e local do acidente: **11/10/2016 SAO GONCALO DO AMARANTE/RN**
Data e local do exame: **25/06/2018 NATAL/RN**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Traumatismo grave na perna esquerda com esmagamento, lesão vascular e nervosa importante.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**Realizado amputação acima do joelho esquerdo devido a esmagamento da perna esquerda.
Alta médica sem complicações cirúrgicas.**

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Amputação acima do joelho esquerdo.

IV. Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ SIM ☐ NÃO

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DÉFICIT FUNCIONAL TOTAL DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*).

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela): **MEMBRO INFERIOR ESQUERDO**

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☒ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

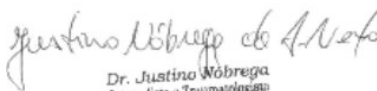
Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico Perito: JUSTINO NOBREGA DE AZEVEDO NETO CRM:3940/RN


Dr. Justino Nobrega
Ortopedista e Traumatologista
Cirurgia do Quadril
CRM 3940 1ºOT 8970

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3170041045**
Nome do(a) Examinado(a): **ALEXANDRE HENRIQUE DA SILVA**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA LA PAZ nº 3809 - FELIPE CAMARAO - NATAL/RN**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 1630023 - SSP**
Data e local do acidente: **11/10/2016 SAO GONCALO DO AMARANTE/RN**
Data e local do exame: **30/07/2018 NATAL/RN**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura supra-condiliana do úmero esquerdo.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**Realizado tratamento conservador de fratura supra-condiliana do úmero esquerdo.
Alta em junho de 2017.**

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Dor e importante limitação dos movimentos de flexão e de extensão do cotovelo esquerdo. Não apresenta documentação comprobatória do trauma.

IV. Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☐ SIM ☒ NÃO

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

☐ SIM ☒ NÃO

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*).

☐ Vítima em tratamento

☒ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%


Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

APÓS AVALIAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E CONTATO TELEFÔNICO COM O MÉDICO EXAMINADOR, REVISOR MODIFICOU O LAUDO INICIAL COM AS CORREÇÕES DEVIDAS. AUSÊNCIA DE DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA DO TRAUMA. -

Médico Perito: JUSTINO NOBREGA DE AZEVEDO NETO CRM:3940/RN


Dr. Justino Nobrega
Ortopedista e Traumatologista
Cirurgia do Quadril
CRM 3940 - RTO 8970

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/01/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 9.450,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALEXANDRE HENRIQUE DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02008

CONTA: 000000064733-1

Nr. da Autenticação 0AE085C144BCDF89

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170041045 **Cidade:** São Gonçalo do Amarante **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEXANDRE HENRIQUE DA SILVA **Data do acidente:** 11/10/2016 **Seguradora:** ICATU SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/01/2017

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Resultados terapêuticos: AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA

Sequelas permanentes: PERDA DO MEMBRO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: MEMBRO INFERIOR 100%

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 anatômica completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau completo - 100 %	70%	R\$ 9.450,00
Total			70 %	R\$ 9.450,00

PRESTADOR

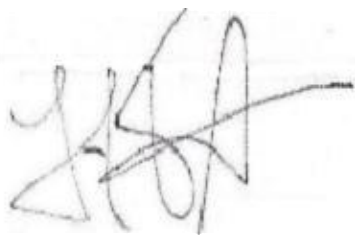
AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: JOSE ARTUR FIALHO AMORIM

CRM do médico: 52.31474-2

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170041045 **Cidade:** São Gonçalo do Amarante **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEXANDRE HENRIQUE DA SILVA **Data do acidente:** 11/10/2016 **Seguradora:** ICATU SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/06/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO E COTOVELO DIREITO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERICIA MEDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A VITIMA JA RECEBEU 100% PELA AMPUTAÇÃO DO MEMBRO INFERIOR

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

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

CRM do médico: 52.86271-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170041045 **Cidade:** São Gonçalo do Amarante **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEXANDRE HENRIQUE DA SILVA **Data do acidente:** 11/10/2016 **Seguradora:** ICATU SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo grave na perna esquerda com esmagamento, lesão vascular e nervosa importante.

Descrição do exame médico pericial: DÉFICIT FUNCIONAL TOTAL DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Resultados terapêuticos: Realizado amputação acima do joelho esquerdo devido a esmagamento da perna esquerda.
Alta médica sem complicações cirúrgicas.
Amputação acima do joelho esquerdo.

Sequelas permanentes: AMPUTAÇÃO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO JÁ INDENIZADO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 25/06/2018

Conduta mantida:

Observações: OBS.: VÍTIMA JÁ AVALIADA ANTERIORMENTE POR AMD. NO VALOR DE R\$9.450,00 REFERENTE A 100% DA AMPUTAÇÃO NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.
REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR.

Médico examinador: JUSTINO NOBREGA DE AZEVEDO NETO

CRM do médico: 3940

UF do CRM do médico: RN

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 anatômica completa de um dos membros inferiores	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Dores Mendes

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170041045 **Cidade:** São Gonçalo do Amarante **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEXANDRE HENRIQUE DA SILVA **Data do acidente:** 11/10/2016 **Seguradora:** ICATU SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura supra-condiliana do úmero esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: AUSENCIA DE DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA DO TRAUMA.

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento conservador de fratura supra-condiliana do úmero esquerdo.
Alta em junho de 2017.
Dor e importante limitação dos movimentos de flexão e de extensão do cotovelo esquerdo. Não apresenta documentação comprobatória do trauma.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 30/07/2018

Conduta mantida: Sim

Observações: NÃO APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO ESQUERDO.
OBS.: VÍTIMA JÁ AVALIADA ANTERIORMENTE POR AMD NO VALOR DE R\$9.450,00 REFERENTE A 100% DA LESÃO NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.
APÓS AVALIAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E CONTATO TELEFÔNICO COM O MÉDICO EXAMINADOR, REVISOR MODIFICOU O LAUDO INICIAL COM AS CORREÇÕES DEVIDAS. AUSENCIA DE DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA DO TRAUMA.

Médico examinador: JUSTINO NOBREGA DE AZEVEDO NETO

CRM do médico: 3940

UF do CRM do médico: RN

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

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: ARMANDO S ARAUJO

CRM do médico: 52.53331-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

