

Rio de Janeiro, 27 de Julho de 2018

**Aos Cuidados de:** **TIAGO LUCAS SILVA DO NASCIMENTO**

**Nº Sinistro:** **3180345189**

**Vitima:** **TIAGO LUCAS SILVA DO NASCIMENTO**

**Data do Acidente:** **04/05/2018**

**Cobertura:** **INVALIDEZ**

**Procurador:** **SERGIO LUIZ UNIZICKI**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

**Senhor(a),**

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180345189**.

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**

---

Rio de Janeiro, 27 de Julho de 2018

**Aos Cuidados de:** **TIAGO LUCAS SILVA DO NASCIMENTO**

**Nº Sinistro:** **3180345189**

**Vitima:** **TIAGO LUCAS SILVA DO NASCIMENTO**

**Data do Acidente:** **04/05/2018**

**Cobertura:** **INVALIDEZ**

**Procurador:** **SERGIO LUIZ UNIZICKI**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

**Senhor(a),**

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180345189**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência 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, 07 de Agosto de 2018

**Aos Cuidados de:** **TIAGO LUCAS SILVA DO NASCIMENTO**

**Nº Sinistro:** **3180345189**

**Vitima:** **TIAGO LUCAS SILVA DO NASCIMENTO**

**Data do Acidente:** **04/05/2018**

**Cobertura:** **INVALIDEZ**

**Procurador:** **SERGIO LUIZ UNIZICKI**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

**Senhor(a),**

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180345189**, 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, 29 de Agosto de 2018

**Aos Cuidados de:** **TIAGO LUCAS SILVA DO NASCIMENTO**

**Sinistro:** **3180345189**

**Vítima:** **TIAGO LUCAS SILVA DO NASCIMENTO**

**Data do Acidente:** **04/05/2018**

**Cobertura:** **INVALIDEZ**

**Procurador:** **SERGIO LUIZ UNIZICKI**

**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 3180345189** 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](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**

# 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: 13/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: TIAGO LUCAS SILVA DO NASCIMENTO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00727-7

CONTA: 00000036953-5

---

Nr. da Autenticação 506B4CD6741B40D0

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180345189      **Cidade:** Santa Cruz      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** TIAGO LUCAS SILVA DO      **Data do acidente:** 04/05/2018      **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA  
NASCIMENTO

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 29/08/2018

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR  
ALTA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ2

**Nome:** RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

**CRM:** 902330

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180345189      **Cidade:** Santa Cruz      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** TIAGO LUCAS SILVA DO      **Data do acidente:** 04/05/2018      **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA  
NASCIMENTO

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 22/08/2018

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR  
ALTA

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO EM TORNOZELO ESQUERDO

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO TORNOZELO ESQUERDO

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180345189      **Cidade:** Santa Cruz      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** TIAGO LUCAS SILVA DO NASCIMENTO      **Data do acidente:** 04/05/2018      **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA FECHADA DO NAVICULAR ESQUERDO.

**Descrição do exame médico pericial:** A VÍTIMA REFERE DOR NO PÉ ESQUERDO COM DIFICULDADE PARA DEAMBULAR, AGACHAR E SUBIR DEGRAUS. AO EXAME, APRESENTA MARCHA CLAUDICANTE, EDEMA (1+/4+) EM TORNOZELO E PÉ ESQUERDO E DEFORMIDADE TIPO ALARGAMENTO NO PÉ ESQUERDO. HIPOTROFIA MUSCULAR DA PANTURRILHA À ESQUERDA, REDUÇÃO DA FLEXÃO DORSAL (ADM 0º-10º) E FLEXÃO PLANTAR (ADM 0º-40º) DO TORNOZELO ESQUERDO E REDUÇÃO DA INVERSÃO (ADM 0º-30º) DO PÉ ESQUERDO. REDUÇÃO DA FLEXÃO (ADM 0º-10º) E DA EXTENSÃO (ADM 0º-30º) DA 1º ARTICULAÇÃO METATARSOFALANGIANA ESQUERDA. SEM DANO NEURO-VASCULAR DO SEGMENTO ACOMETIDO.

**Resultados terapêuticos:** A VÍTIMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR DA FRATURA COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR CERCA DE 45 DIAS (SIC). REALIZOU 40 SESSÕES DE FISIOTERAPIA.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do pé esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 04/09/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Rosa Maria Vaz dos Santos

**CRM do médico:** 2109

**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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
<b>Total</b>			<b>25 %</b>	<b>R\$ 3.375,00</b>

## PRESTADOR

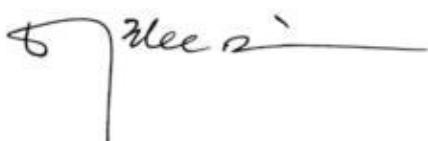
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

**CRM do médico:** 52.18145-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180345189      **Cidade:** Santa Cruz      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** TIAGO LUCAS SILVA DO      **Data do acidente:** 04/05/2018      **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA  
 NASCIMENTO

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA FECHADA DO NAVICULAR ESQUERDO.

**Descrição do exame médico pericial:** A VÍTIMA REFERE DOR NO PÉ ESQUERDO COM DIFICULDADE PARA DEAMBULAR, AGACHAR E SUBIR DEGRAUS. AO EXAME, APRESENTA MARCHA CLAUDICANTE, EDEMA (1+/4+) EM TORNOZELO E PÉ ESQUERDO E DEFORMIDADE TIPO ALARGAMENTO NO PÉ ESQUERDO. HIPOTROFIA MUSCULAR DA PANTURRILHA À ESQUERDA, REDUÇÃO DA FLEXÃO DORSAL (ADM 0º-10º) E FLEXÃO PLANTAR (ADM 0º-40º) DO TORNOZELO ESQUERDO E REDUÇÃO DA INVERSÃO (ADM 0º-30º) DO PÉ ESQUERDO. REDUÇÃO DA FLEXÃO (ADM 0º-10º) E DA EXTENSÃO (ADM 0º-30º) DA 1º ARTICULAÇÃO METATARSOFALANGIANA ESQUERDA. SEM DANO NEURO-VASCULAR DO SEGMENTO ACOMETIDO.

**Resultados terapêuticos:** A VÍTIMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR DA FRATURA COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR CERCA DE 45 DIAS (SIC). REALIZOU 40 SESSÕES DE FISIOTERAPIA.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do pé esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 04/09/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Rosa Maria Vaz dos Santos

**CRM do médico:** 2109

**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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
<b>Total</b>			<b>25 %</b>	<b>R\$ 3.375,00</b>

## PRESTADOR

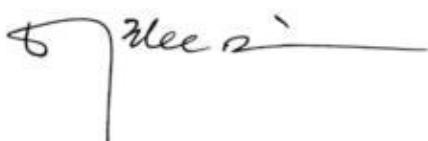
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

**CRM do médico:** 52.18145-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



**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.**

Número do Sinistro: **3180345189**

Nome do(a) Examinado(a): **TIAGO LUCAS SILVA DO NASCIMENTO**

Endereço do(a) Examinado(a):

**RUA CONEGO CELSO CILCCO, 586, CS PX AO POSTO DE S - CENTRO - João Câmara - RN - CEP 595**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **ITEP /RN** ] **002.657.716**

Data e local do acidente: [ **04/05/2018** ] **JOÃO CÂMARA / RN**

Data e local do exame: [ **04/09/2018** ] **Natal** [ **RN** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

***FRATURA FECHADA DO NAVICULAR ESQUERDO.***

**II.** Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

***A VÍTIMA REFERE DOR NO PÉ ESQUERDO COM DIFICULDADE PARA DEAMBULAR, AGACHAR E SUBIR DEGRAUS. AO EXAME, APRESENTA MARCHA CLAUDICANTE, EDEMA (1+/4+) EM TORNOZELO E PÉ ESQUERDO E DEFORMIDADE TIPO ALARGAMENTO NO PÉ ESQUERDO. HIPOTROFIA MUSCULAR DA PANTURRILHA À ESQUERDA, REDUÇÃO DA FLEXÃO DORSAL (ADM 0º-10º) E FLEXÃO PLANTAR (ADM 0º-40º) DO TORNOZELO ESQUERDO E REDUÇÃO DA INVERSÃO (ADM 0º-30º) DO PÉ ESQUERDO. REDUÇÃO DA FLEXÃO (ADM 0º-10º) E DA EXTENSÃO (ADM 0º-30º) DA 1ª ARTICULAÇÃO METATARSOFALANGIANA ESQUERDA. SEM DANO NEURO-VASCULAR DO SEGMENTO ACOMETIDO.***

**III.** Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[ **X** ] Sim [ ] Não

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

***A VÍTIMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR DA FRATURA COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR CERCA DE 45 DIAS (SIC). REALIZOU 40 SESSÕES DE FISIOTERAPIA.***

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

[ **X** ] Sim [ ] Não

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

***Limitação funcional do pé 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"

Esta avaliação médica deve ser  
repetida em \_\_\_ dias

(  ) "Sem sequela permanente" (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, apresente abaixo as graduações que sejam  
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**Pé esquerdo**

% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100%  
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100%  
completo

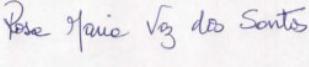
Região Corporal (Sequela):

% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100%  
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100%  
completo

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



Rosa Maria Vaz dos Santos

Rosa M Vaz Dos Santos  
RN - CRM: 2109

Rosa Maria Vaz dos Santos - CRM: 2109 - RN

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180345189      **Cidade:** Santa Cruz      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** TIAGO LUCAS SILVA DO      **Data do acidente:** 04/05/2018      **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA  
 NASCIMENTO

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA FECHADA DO NAVICULAR ESQUERDO.

**Descrição do exame médico pericial:** A VÍTIMA REFERE DOR NO PÉ ESQUERDO COM DIFICULDADE PARA DEAMBULAR, AGACHAR E SUBIR DEGRAUS. AO EXAME, APRESENTA MARCHA CLAUDICANTE, EDEMA (1+/4+) EM TORNOZELO E PÉ ESQUERDO E DEFORMIDADE TIPO ALARGAMENTO NO PÉ ESQUERDO. HIPOTROFIA MUSCULAR DA PANTURRILHA À ESQUERDA, REDUÇÃO DA FLEXÃO DORSAL (ADM 0º-10º) E FLEXÃO PLANTAR (ADM 0º-40º) DO TORNOZELO ESQUERDO E REDUÇÃO DA INVERSÃO (ADM 0º-30º) DO PÉ ESQUERDO. REDUÇÃO DA FLEXÃO (ADM 0º-10º) E DA EXTENSÃO (ADM 0º-30º) DA 1º ARTICULAÇÃO METATARSOFALANGIANA ESQUERDA. SEM DANO NEURO-VASCULAR DO SEGMENTO ACOMETIDO.

**Resultados terapêuticos:** A VÍTIMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR DA FRATURA COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR CERCA DE 45 DIAS (SIC). REALIZOU 40 SESSÕES DE FISIOTERAPIA.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do pé esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 04/09/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Rosa Maria Vaz dos Santos

**CRM do médico:** 2109

**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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
<b>Total</b>			<b>25 %</b>	<b>R\$ 3.375,00</b>

## PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

**CRM do médico:** 52.18145-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

