



Número: **0810289-95.2019.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **24ª Vara Cível da Comarca de Natal - DPVAT**

Última distribuição : **19/03/2019**

Valor da causa: **R\$ 9.471,84**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
WALTEIZE ANDRADE DE SANTANA (AUTOR)		FILIPE GASPAR GOMES (ADVOGADO)	
PORTO SEGURO COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS (RÉU)			
MUCIO AURELIO DO NASCIMENTO LUZIA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
42689 231	06/05/2019 14:53	Petição	Petição
42689 319	06/05/2019 14:53	2591470 ELABORAR JUNTADA DE DOCS 01	Outros documentos
42689 588	06/05/2019 14:53	2591470 ELABORAR JUNTADA DE DOCS Anexo 01	Outros documentos

Juntada de petição e documento.



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 24ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE NATAL/RN

Processo: 08102899520198205001

PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS, 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 **WALTEIZE ANDRADE DE SANTANA**, 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,

NATAL, 3 de maio de 2019.

JOÃO BARBOSA
OAB/RN 980-A

ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR
5432 - OAB/RN

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

Rio de Janeiro, 28 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **WALTEIZE ANDRADE DE SANTANA**

Nº Sinistro: **3180242510**

Vítima: **WALTEIZE ANDRADE DE SANTANA**

Data do Acidente: **11/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **SAMANTHA DE MENDONCA E CUNHA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180242510**.

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 12875357

Pag. 00619/00620 - carta_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 12 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **WALTEIZE ANDRADE DE SANTANA**

Sinistro: **3180242510**
Vítima: **WALTEIZE ANDRADE DE SANTANA**
Data do Acidente: **11/11/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **SAMANTHA DE MENDONCA E CUNHA**

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 **3180242510** 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

Pag. 01173/01174 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12945071

Rio de Janeiro, 19 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **WALTEIZE ANDRADE DE SANTANA**
Nº Sinistro: **3180242510**
Vítima: **WALTEIZE ANDRADE DE SANTANA**
Data do Acidente: **11/11/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **SAMANTHA DE MENDONCA E CUNHA**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização cadastrado sob o **número de sinistro 3180242510**, verificamos que, até o presente momento, não foram apresentados documentos que comprovem o término do tratamento e a existência de invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi encerrado.

Para prosseguimento da análise, será necessário apresentar documentação médica que comprove o término do tratamento e a existência de sequelas permanentes.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01329/01330 - carta_07 - INVALIDEZ



Carta nº 12975177

Rio de Janeiro, 25 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **WALTEIZE ANDRADE DE SANTANA**

Nº Sinistro: **3180339989**

Vítima: **WALTEIZE ANDRADE DE SANTANA**

Data do Acidente: **11/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180339989**.

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 13139944

Pag. 01783/01784 - carta_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 27 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **WALTEIZE ANDRADE DE SANTANA**

Sinistro: **3180339989**
Vítima: **WALTEIZE ANDRADE DE SANTANA**
Data do Acidente: **11/11/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **SAMANTHA DE MENDONCA E CUNHA**

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 **3180339989** 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

Pag. 01363/01364 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13155103

Rio de Janeiro, 15 de Agosto de 2018

Carta nº: 13242621

A/C: WALTEIZE ANDRADE DE SANTANA

Nº Sinistro: 3180339989
Vitima: WALTEIZE ANDRADE DE SANTANA
Data do Acidente: 11/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: SAMANTHA DE MENDONCA E CUNHA

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: WALTEIZE ANDRADE DE SANTANA

Valor: R\$ 2.295,00
Banco: 033
Agência: 000003211
Conta: 000001099148-1
Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.295,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 =	R\$	1.350,00
---	-----	----------

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 =	R\$	945,00
--	-----	--------

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.seguradoralider.com.br.

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:	09/08/2018
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.295,00
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WALTERIZE ANDRADE DE SANTANA

BANCO: 033

AGÊNCIA: 03211

CONTA: 000001099148-1

Nr. da Autenticação 7C8783415050238C

**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: 3180242510
Nome do(a) Examinado(a): Walteize Andrade de Santana
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Francisco Mendes Pereira, 247
Jardins São Gonçalo do Amarante RN CEP: 59293-066
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RN] 001605045
Data local do acidente: [11/11/2017]
Data local do exame: [19/06/2018] Natal [RN]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DE FEMUR ESQUERDO E TRAUMA ABDOMINAL.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FEMUR ESQUERDO.
Complicações: TEVE OBSTRUÇÃO INTESTINAL E TEVE QUE REALIZAR NOVA CIRURGIA ABDOMINAL
Data da Alta: VÍTIMA EM TRATAMENTO
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
EM TRATAMENTO.
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
() Sim **(X) 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 o 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 (*).
(X) "Vítima em tratamento" () "Sem sequela permanente"
Esta avaliação médica deve ser repetida em 60 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): | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | % 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 à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Ural de Oliveira
CPF - 662.855.349-34
CRM/RN - 4315

**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: 3180339989
Nome do(a) Examinado(a): Walteize Andrade de Santana
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Francisco Mendes Pereira, 247
Jardins São Gonçalo do Amarante RN CEP: 59293-066
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RN] 1605045
Data local do acidente: [11/11/2017]
Data local do exame: [01/08/2018] NATAL [RN]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
**FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR ESQUERDO.
FRATURA DE COSTELAS À ESQUERDA COM PNEUMOTÓRAX ASSOCIADO.
FRATURA DE MANDÍBULA À ESQUERDA.**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
**Tratamento: REALIZADO OSTEOSSÍNTESE COM HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA PARA FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR ESQUERDO SEGUIDO DE FISIOTERAPIA.
REALIZADO DRENAGEM DE TÓRAX DEVIDO A FRATURA DE COSTELAS À ESQUERDA COM PNEUMOTÓRAX.
REALIZADO OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS DE FRATURA DE MANDÍBULA À ESQUERDA.
Data da Alta: 08/06/2018**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
**CICATRIZES PROXIMAL E DISTAL NA COXA ESQUERDA COM DOR RESIDUAL E LEVE ATROFIA MUSCULAR. AMPLITUDE DE MOVIMENTO NORMAL NO QUADRIL E JOELHO ESQUERDO.
DOR TÓRACICA À ESQUERDA QUANDO FAZ ESFORÇO FÍSICO.
PARESTESIA NA REGIÃO MANDIBULAR ESQUERDA (LESÃO DE NERVO SENSITIVO NA FACE).
CICATRIZ LONGITUDINAL NO ABDOME (LAPAROTOMIA).**
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
**ATROFIA MUSCULAR LEVE NA COXA ESQUERDA.
PARESTESIA NA FACE (LESÃO DE NERVO SENSITIVO).**
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 o 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 - Lado Esquerdo
% do dano: (X) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS
% do dano: (X) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
|--|---|
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180242510 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WALTEIZE ANDRADE DE SANTANA **Data do acidente:** 11/11/2017 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE FEMUR ESQUERDO E TRAUMA ABDOMINAL.

Descrição do exame médico pericial: EM TRATAMENTO.

Resultados terapêuticos: A SEREM AVALIADOS POSTERIORMENTE, VÍTIMA EM TRATAMENTO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Data da perícia: 19/06/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Urai de Oliveira

CRM do médico: 4315

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

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: VICTOR RAMIRES REYNAUX BORBA

CRM do médico: 21266

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

Victor Borba

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180339989 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WALTEIZE ANDRADE DE SANTANA **Data do acidente:** 11/11/2017 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR ESQUERDO.
FRATURA DE COSTELAS À ESQUERDA COM PNEUMOTÓRAX ASSOCIADO.
FRATURA DE MANDÍBULA À ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: CICATRIZES PROXIMAL E DISTAL NA COXA ESQUERDA COM DOR RESIDUAL E LEVE ATROFIA MUSCULAR.
AMPLITUDE DE MOVIMENTO NORMAL NO QUADRIL E JOELHO ESQUERDO.
DOR TORÁCICA À ESQUERDA QUANDO FAZ ESFORÇO FÍSICO.
PARESTESIA NA REGIÃO MANDIBULAR ESQUERDA (LESÃO DE NERVO SENSITIVO NA FACE).
CICATRIZ LONGITUDINAL NO ABDOME (LAPAROTOMIA).

Resultados terapêuticos: EVOLUI COM CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA DO FÊMUR ESQUERDO E DA FRATURA DAS COSTELAS E MANDÍBULA.
APÓS O TRAUMA INICIAL EVOLUIU COM ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO SENDO NECESSÁRIO REALIZAR LAPAROTOMIA EXPLORADORA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 01/08/2018

Conduta mantida:

Observações:

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			17 %	R\$ 2.295,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Médico revisor: JOSE ARTUR FIALHO AMORIM

CRM do médico: 52.31474-2

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico: