

---

Rio de Janeiro, 29 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180336673

Vítima: JOAO MARIA AUGUSTO DA SILVA

Data do Acidente: 17/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: SEBASTIAO ROGERIO DE LIMA JUNIOR

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), JOAO MARIA AUGUSTO DA SILVA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiram o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médica-hospitalar

Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

Rio de Janeiro, 05 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: **JOAO MARIA AUGUSTO DA SILVA**

**Sinistro:** **3180336673**

**Vítima:** **JOAO MARIA AUGUSTO DA SILVA**

**Data do Acidente:** **17/05/2018**

**Cobertura:** **INVALIDEZ**

**Procurador:** **SEBASTIAO ROGERIO DE LIMA JUNIOR**

**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 3180336673** 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**



---

Rio de Janeiro, 24 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: JOAO MARIA AUGUSTO DA SILVA  
  
Nº Sinistro: 3180336673  
Vitima: JOAO MARIA AUGUSTO DA SILVA  
Data do Acidente: 17/05/2018  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: SEBASTIAO ROGERIO DE LIMA JUNIOR

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180336673**.

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, 31 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **JOAO MARIA AUGUSTO DA SILVA**  
Nº Sinistro: **3180336673**  
Vitima: **JOAO MARIA AUGUSTO DA SILVA**  
Data do Acidente: **17/05/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **SEBASTIAO ROGERIO DE LIMA JUNIOR**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180336673**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência faltando página

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, 09 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **JOAO MARIA AUGUSTO DA SILVA**  
Nº Sinistro: **3180336673**  
Vitima: **JOAO MARIA AUGUSTO DA SILVA**  
Data do Acidente: **17/05/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **SEBASTIAO ROGERIO DE LIMA JUNIOR**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180336673**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar infor.  
incorrectas

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**



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

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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

077.785.584-40

Nome completo da vítima

José Maria AUGUSTO DA SILVA

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

Nome completo	José Maria AUGUSTO DA SILVA		CPF titular da conta	077.785.584-40	Profissão
Endereço	RUA MASSARANDUBA	Número	NO 197	Complemento	CASA
Bairro	ÁREA RURAL	Cidade	CEARA MIRIM	Estado	R.N
Email	nôt em		CEP	59570 000	
			Telefone (DDD)	(84) 998363657	

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 RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO 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"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
1069		85254	7

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO	Name	NRO

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V

(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.

nasfcl R.N. ,23 de JULHO de 2018

Local e Data

*José Maria AUGUSTO DA SILVA*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



ARUANA SEGUROS

23 JUL 2018

AUTO-ATENDIMENTO - AG. PARNAMIRIM

DATA: 23/07/2018

HORA: 10:09:03

TERMINAL: 20081017

CONTROLE: 200810170134

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE  
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 1069.013.00085254-7

NOME: JOAO MARIA A DA SILVA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO:

NÚMERO DO ENVELOPE: 0817491392

NÚMERO DE CONTROLE: 204054794

A confirmação do depósito se dará pelo lançamento do valor na conta do favorecido após a abertura do envelope e a verificação dos valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Dúvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)

# 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: 24/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

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

CLIENTE: JOAO MARIA AUGUSTO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01069

CONTA: 00000085254-7

---

Nr. da Autenticação CE208B410B5863F4

# 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: 11/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: JOAO MARIA AUGUSTO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01069

CONTA: 00000085254-7

---

Nr. da Autenticação 5FCD83483B9B50B8

**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: **3180336673**

Nome do(a) Examinado(a): **JOAO MARIA AUGUSTO DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

**RUA MASSARANDUBA, 197 - ZONA RURAL - Ceará-Mirim - RN - CEP 59570-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **ITEP /RN** ] **002.219.542**

Data e local do acidente: [ **17/05/2018** ]

**AV. DA CHEGANÇA - BAIRRO LAGOA AZUL - NATAL - RN.**

Data e local do exame: [ **18/12/2018** ] **Natal** [ **RN** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**FRATURA FECHADA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.**

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

**A VÍTIMA REFERE DOR NO JOELHO ESQUERDO, PRINCIPALMENTE AO PERMANECER MUITO TEMPO DE PÉ, COM DIFICULDADE PARA DEAMBULAR E AGACHAR. AO EXAME FÍSICO A VÍTIMA APRESENTA MARCHA CLAUDICANTE. CICATRIZ CIRÚRGICA NA FACE LATERAL DO JOELHO ESQUERDO DE CERCA DE 27 CM. HIPOTROFIA MUSCULAR DA PANTURRILHA À ESQUERDA. AMPLITUDE DE MOVIMENTO DA FLEXO EXTENSÃO DO JOELHO ESQUERDO DE 10º À 80º. SEM DANO NEURO-VASCULAR DO SEGMENTO ACOMETIDO. SEM EDEMA LOCAL.**

**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.

**TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO, COM OSTEOSÍNTSE COM PLACA E PARAFUSOS. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO JOELHO ESQUERDO. RELATA QUE FEZ FISIOTERAPIA POR CERCA DE 1 MÊS (SIC).**

**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 joelho 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):

**Joelho 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):

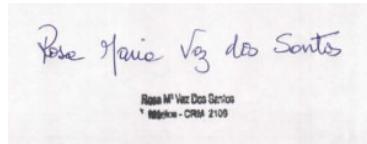
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

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.

**VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE ATRAVÉS DE ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL REALIZADA EM 06/09/2018. A INDENIZAÇÃO REALIZADA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO JOELHO ESQUERDO EM GRAU MÉDIO.**



Rosa Maria Vaz dos Santos - CRM: 2109 - RN

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180336673      **Cidade:** Natal      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOAO MARIA AUGUSTO DA SILVA      **Data do acidente:** 17/05/2018      **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

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

**Data da análise:** 06/09/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DO JOELHO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO 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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ2

**Nome:** TALITA FONSECA MEDEIROS DA SILVA

**CRM:** 5290873-8

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180336673      **Cidade:** Natal      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOAO MARIA AUGUSTO DA SILVA      **Data do acidente:** 17/05/2018      **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA FECHADA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

**Descrição do exame médico pericial:** A VÍTIMA REFERE DOR NO JOELHO ESQUERDO, PRINCIPALMENTE AO PERMANECER MUITO TEMPO DE PÉ, COM DIFICULDADE PARA DEAMBULAR E AGACHAR. AO EXAME FÍSICO A VÍTIMA APRESENTA MARCHA CLAUDICANTE. CICATRIZ CIRÚRGICA NA FACE LATERAL DO JOELHO ESQUERDO DE CERCA DE 27 CM. HIPOTROFIA MUSCULAR DA PANTURRILHA À ESQUERDA. AMPLITUDE DE MOVIMENTO DA FLEXO EXTENSÃO DO JOELHO ESQUERDO DE 10º À 80º. SEM DANO NEURO-VASCULAR DO SEGMENTO ACOMETIDO. SEM EDEMA LOCAL.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO, COM OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO JOELHO ESQUERDO. RELATA QUE FEZ FISIOTERAPIA POR CERCA DE 1 MÊS (SIC).

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do joelho esquerdo.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 18/12/2018

**Conduta mantida:** Não

**Observações:** VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE ATRAVÉS DE ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL REALIZADA EM 06/09/2018. A INDENIZAÇÃO REALIZADA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO JOELHO ESQUERDO EM GRAU MÉDIO.

**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 completa da mobilidade de um joelho	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



## PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** LUIZ ANTONIO SERODIO

**CRM do médico:** 52.16328-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

A handwritten signature in black ink that reads "Luiz Antonio Serodio".