

Browser tabs: Email - Alan, Controle de, Mensagens, Sistema, Audiências, PJR Consulta pr, PJR 0800353-10, Baixar o arq, (33) WhatsApp, +

Address bar: tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=251081&ca=e5956284c3b8003b6024c19864661975da...

Navigation bar: Apps, Processo Virtual Na..., (33) WhatsApp, Administrativo, Portal do Advogado, Google, Nova guia, Meu INSS, [bb.com.br], Zimbra: Movimenta..., PJE 1º, Publicações

Header: **PJE** ProceComCiv 0800353-10.2019.8.18.0084
VALDEMAR DE SOUSA MACEDO X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SE...

Page Title: 13904345 - CONTESTAÇÃO (2775913 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 23/12/2020 08:53:19

Left Sidebar: 23 Dec 2020
JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
13904344 - CONTESTAÇÃO
13904345 - CONTESTAÇÃO (2775913 CONTESTACAO 01)
13904346 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
13904347 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
13904348 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS A)
13904349 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

Main Content: downloadBinario.seam 1 / 9
2775913- CS/ 2020-04670/ INVALIDEZ
JOÃO BARBOSA
EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE BARRO DURO/PI
Processo: 08003531020198180084
SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao

Taskbar: 08:53 23/12/2020



23/12/2020

Número: **0800353-10.2019.8.18.0084**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Barro Duro**

Última distribuição : **18/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
VALDEMAR DE SOUSA MACEDO (AUTOR)		FRANCISCO ROBERTO MENDES OLIVEIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
13904346	23/12/2020 08:53	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

Rio de Janeiro, 02 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **VALDEMAR DE SOUSA MACEDO**

Nº Sinistro: **3180053749**

Vítima: **VALDEMAR DE SOUSA MACEDO**

Data do Acidente: **06/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180053749**.

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 12333055

Pag. 00419/00420 - carta_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: VALDEMAR DE SOUSA MACEDO

Nº Sinistro: 3180053749

Vítima: VALDEMAR DE SOUSA MACEDO

Data do Acidente: 06/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180053749**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, 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

Pag. 01793/01794 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12350142



Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: VALDEMAR DE SOUSA MACEDO

Sinistro: 3180053749
Vítima: VALDEMAR DE SOUSA MACEDO
Data do Acidente: 06/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA 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 **3180053749** 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. 01415/01416 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12704412



Rio de Janeiro, 08 de Maio de 2018

Carta nº: 12769529

A/C: VALDEMAR DE SOUSA MACEDO

Nº Sinistro: 3180053749
Vitima: VALDEMAR DE SOUSA MACEDO
Data do Acidente: 06/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA 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: VALDEMAR DE SOUSA MACEDO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000003827

Conta: 0000022018-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

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

Pag. 00771/00772 - carta_15R - INVALIDEZ



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: **3180053749**
Nome do(a) Examinado(a): **VALDEMAR DE SOUSA MACEDO**
Endereço do(a) Examinado(a): **R FLORIANO PEIXOTO nº 178 - BANANEIRA - BARRO DURO/PI**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 489032 - SSP**
Data e local do acidente: **06/11/2017 BARRO DURO/PI**
Data e local do exame: **27/04/2018 TERESINA/PI**

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DO 3, 4 E 5 METACARPOS DA MAO DIREITA

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

TRATAMENTO CIRURGICO- FIXACAO PERCUTANEA, EVOLUINDO SEM COMPLICACOES. FISIOTERAPIA REALIZADA E ALTA MEDICA.

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

LIMITACAO DA FLEXAO TOTAL DOS QUIRODACTILOS DA MAO DIREITA, NOS ULTIMOS GRAUS.

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

DEFICIT FUNCIONAL LEVE DA MAO DIREITA

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 seqüela 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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela): **MÃO DIREITA**

☐ 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: DORES MARIA BERNARDES CARNEIRO MENDES CRM:52.25889-0/RJ

Dra. Dores M. B. C. Mendes
Médica Perita
CRM-RJ 52 25889-0
Cadastro Nacional

Dores Mendes

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





**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 218.016.143-34	Nome completo da vítima Valdemar de Sousa Macedo
---------------------------	---------------------------------	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Valdemar de Sousa Macedo	CPF titular da conta 218.016.143-34	Profissão Cnab: Rural
Endereço Rua Floriano Peixoto	Número 178	Complemento Baronina
Bairro Baronina	Cidade Barro Alto	Estado Piauí
E-mail Recusou-se	CEP 64.455-000	Telefone (DDD) 186) 3473.5001

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.

Autorização de pagamento

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECURSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRD	DV	CONTA NRD	DV
3807		02.018	0
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

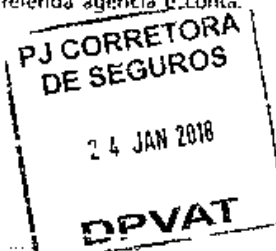
BANCO Nome	RND
AGÊNCIA NRD	DV
CONTA NRD	DV
(Informar dígito se existir)	

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.

São Pedro do Piauí, 17 de Janeiro de 2018
Local e Data

Valdemar de Sousa Macedo
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



FAPPE.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 23/12/2020 08:53:19
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20122308531891900000013149981>
Número do documento: 20122308531891900000013149981



AUTO-ATENDIMENTO - AG. AGUA BRANCA
DATA: 11/01/2018 HORA: 13:48:42
TERMINAL: 38271004 CONTROLE: 382710040429

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA ELETRONICA
DE VALORES - TEV

REMETENTE

CGC/AGENCIA : 1987 / PARQUE PIADI
CONTA : 013.00.006.435-8
NOME : VALDIRIO VIEIRA DA SILVA

FAVORECIDO

CGC/AGENCIA : 3827 / AGUA BRANCA
CONTA : 013.00.022.018-0
NOME : VALDEMAR DE SOUSA MACEDO

VALOR : 00,00

DATA DE EFETIVAÇÃO : 11/01/2018

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO
DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 30
MINUTOS.

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
GERÊNCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR
DELEGACIA DE POLÍCIA DE BARRO DURO-PI



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 006/2017

Unidade Policial: DRPC BARRO DURO-PI Resp. pelo Registro: EPC MARIA DOS REMÉDIOS A. S. DE JESUS
Autoridade Policial: BEL SÉRGIO SOUSA ALENCAR Data/ Hora: 08.01.2018-14:15

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável: DRPC BARRO DURO-PI Data/ Hora: 06.11.2017-15:10
Município: BARRO DURO-PI Bairro: ZONA RURAL
Endereço: PI QUE LIGA À CIDADE DE SANTA CRUZ DOS MILAGRES-PI
Complemento:

DADOS DO INFORMANTE

Nome: VALDEMAR DE SOUSA MACÊDO
Documentos: RG: 489.032 PI; CPF: 218.016.143-34 Filiação: MARIA LEITE DE SOUSA E RAIMUNDO
Nacionalidade: BRASILEIRA CARNEIRO DE MACEDO
Naturalidade: TERESINA-PI Endereço: RUA FLORIANO PEIXOTO, 178
Estado civil: casado(a) Complemento:
Profissão: LAVRADOR Bairro: CAMBIAR
Nascimento: 22/12/1962 Município: BARRO DURO-PI
Telefone(s): 86 9.9851-9371

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

- LESÃO CORPORAL ACIDENTAL NO TRÂNSITO

**PJ CORRETORA
DE SEGUROS**

RELATO DA OCORRÊNCIA

Vítima(s): VALDEMAR DE SOUSA MACÊDO (condutor(a)).

Dados do Veículo:

- Tipo: motocicleta
- Marca/ Modelo: HONDA/NXR125 BROS ESD
- Ano/Modelo: 2012/2013
- Cor: -PRETA

- Placa: ODX-0628
- Chassi: 9C2KD0540DR103530
- Renavam: 496056263
- Proprietário: JAYRA PESSOA DOS SANTOS

24 JAN 2018

DPVAT

Dinâmica do Acidente:

A vítima supracitada trafegava pela via acima mencionada, quando adentrou por um desvio errado e, ao retomar seu destino, desequilibrou a motocicleta e caiu ao solo, ocasionado um acidente de trânsito; que foi socorrido por um amigo conhecido por MARANHÃO e levado ao Hospital Regional de São Félix-PI, de onde foi encaminhado para o Hospital Regional de Água Branca, de onde, ainda, foi transferido para o Hospital Dirceu Arcoverde (HPM), na cidade de Teresina-PI, onde foi submetido a procedimentos cirúrgicos, a fim de corrigir a lesão resultante do acidente de trânsito: uma fratura completa, desalinhada, oblíqua, na diáfise média do 4º metacarpo, da mão direita. É a narrativa///.

MARIA DOS REMÉDIOS A. S. DE JESUS
Resp. pelo Registro

Valdemar de Sousa Macedo
VALDEMAR DE SOUSA MACEDO
Resp. pela Informação

BEL SÉRGIO SOUSA ALENCAR
Delegado de Polícia Civil

Boletim de ocorrência





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: Valdemar de Sousa Macedo CPF da Vítima: 248.016.143-34 Data do Acidente: 06.11.2017

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.

Declaração de Inexistência

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

24 JAN 2018

DPVAT

Bonsucesso, RJ, 17 de Janeiro de 2018

Local e Data

Valdemar de Sousa Macedo

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DAI.001 V001/2017





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE-SUPAS
DIR. DE UNID. DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA - DUCARA

CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES - CERIH

SOLICITAÇÃO DE REGULAÇÃO TRANSFERÊNCIA

DATA: 06/11/17 HORA: 15:10 Nº DO TELEFONE: _____

HOSPITAL SOLICITANTE: _____ MUNICÍPIO: _____

MÉDICO: Dr. Gerson CRM: 5437

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

() Obstetria (X) Trauma () Clínico () Cirúrgico () Pediatria () Outro _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Waldemar de Sousa Macedo

Data de Nascimento: 22/12/1962 Idade: 54 anos Sexo: (X) Masculino () Feminino

CPF: _____ Cartão Nacional de Saúde: 1657 2426 0930 006

Município de Procedência: Água Branca - PI

HDA: Pac. vítima de acidente motociclístico com fratura de metacarpo mão "D"

HD: Fratura mão "D" CID: _____

ESCALA DE GLASGOW: 15

ABERTURA OCULAR

- (X) Espontânea
3-Comandos
2-À dor
1-Nenhuma

RESPOSTA VERBAL

- (X) Orientado
4-Confusa
3-Palavras inapropriadas
2-Palavras incompreensíveis
1-Nenhuma

RESPOSTA MOTORA

- (X) Obedece a comandos
5-Localiza dor
4-Movimento de retirada
3-Flexão anormal
2-Extensão anormal
1-Nenhuma

CORRETORA
DE SEGUROS

24 JAN 2018

DPVAT

SINAIS VITAIS

Tem: _____ °C P: 73 bpm R: _____ mrm PA: 129/84 mmHg Sat O₂: _____ Glicemia: _____ mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- () Oxigênio () Hidratação Venosa
() Aspiração () Medicação (especificar) _____
() Curativo () Outros: _____

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

Comprovação de ato declar:

Dr. Gerson de Carvalho Fonseca
MÉDICO CLÍNICO
CRM-PI 5737
Assinatura e Carimbo do Médico



HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: HPM

Clinica/Unidade:

Senha: 1017110627922



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:	02/05/2018
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VALDEMAR DE SOUSA MACEDO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03827

CONTA: 000000022018-0

Nr. da Autenticação 8F66D679F15A9573



1. *Phragmites australis* (Cav.) Trin. ex Steud.

AGESPISA
 Agência Especial do Plan. S/A

Av. Marechal Castelo Branco, 101 - Norte - Teresina - PI
 Inscrição Estadual: 19.301.656-7 / CNPJ: 06.845.747/0001-27
 Internet: www.agespisa.com.br
 Atendimento ao Consumidor: 0800 86 8888

Fatura Mensal

Medição: 110083-1 Hidrômetro: A02M456316

NOV/2017

Nome/Razão Social/Endereço:
 VICENIA MENDES F. DE MACEDO
 RUA FLORIANO PEIXOTO, 178
 BANANEIRA
 BARRO DUTRA 64455000

AG= 153

Situação Anterior	Res.	Consumo de Uso Com.	Ind.	Sub.	Inscrição
3/1	1				14 1 02 0113 1236-000

27/10/2017 28/11/2017 32

Mês/Ano	Hidrometro de Consumo Anterior	Consumo	Outr.
05/17	1655	17	25
06/17	1662	7	0
07/17	1676	14	0
08/17	1702	26	0
09/17	1725	23	0
10/17	1745	20	0
11/17	1768	23	0

Forma de Faturamento: **FATURADO P/ CONSUMO NORMAL**

Edif. Responsável	Código de Tarifa
001100831	01

Consumo Total	Consumo Fixo	Consumo Variável
17		

Consumo	Consumo Recusado
23	23

Valor do Serviço: 92,17
 Valor do Imposto: 2,35
 Valor Total: 94,52

Cod. Nome do Serviço: **ÁGUA MANUTENÇÃO HIDROMETRO**

AVISO DE DÉBITO: CONTAS: 3 VALOR: R\$242,72
CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVIÇO SERÁ SUSPENSO 30
DIAS APÓS VENCIMENTO.

DIAS MÊS ANOS

DE SEGUROS

24 JAN 2018

DPVAT

Descrição	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
Parcelamento	3,0	15	3,0	3,4	0,5		
Valor Máximo Parcelado							
10º Mês de Amortização Encargos							
10º Amortização Encargos							
10º Amortização Encargos Legislação							
Valor Médio	0,24	3,43	1,27	7,67	0,00	0,00	0,00

PRESTAR A QUALIDADE EM RUA. LATE 36 PRESTAR QUALIDADE.

CONDIÇÃO DE ENTREGA DE CONTA

CONDIÇÃO DE ENTREGA DE CONTA

PISA RECIBE PROCESSO

AGESPISA
Agência de Regulação de Serviços Públicos

Modelo nº 4 - CANCELAMENTO DE LICITAÇÃO

Inteiro 14 1 02 0113 1236-000 **AG= 153**

Matrícula 110013-1 **Referência** NOV/2017

TOTAL A PAGAR (R\$): 94,52

VENCIMENTO 08/12/2017

62660000000-2 94520001820-4 11003311120-0 170000000001-9



04 706 05007830-84 - E 19 455632-8
01 de Maio 04 206 05007830-84

TIM

R\$ 134,27
VENCIMENTO
25/10/2017

EMISSION: 07/10/2017
POSTAGEM: 16/10/2017
NÚMERO: 3215557866

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000009102056429012

CPF/CNPJ: 84939443353

CLIENTE: 1.51688701

ACESSO: 86 99981-6008

CTCE FORTALEZA DE PLS
ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
R 7 DE SETEMBRO 244 CS
CENTRO
64325-000 - ELESBAO VELOSO - PI



7214948710 10114 00000008748 20 161017

IMPORTANTE PARA ADRIANA

Desde 06 de Novembro de 2016 foi incluído o dígito 9 à frente dos números celulares dos DDDs 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 53, 54 e 55 passando ao formato: (DD)9-xxxx-xxxx. Mais informações em www.tim.com.br/monodigito.

SERVIÇOS	VALOR
MENSALIDADES	R\$ 109,90
MENSALIDADES ADICIONAIS	R\$ 9,80
ITENS EVENTUAIS	R\$ 0,00
CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM	R\$ 11,25
CHAMADAS FORA DA REDE TIM	R\$ 2,37
OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS	R\$ 0,82
COBRANÇAS DE OUTRAS OPERADORAS	R\$ 0,13

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA PARA O NÚMERO: 86 99981-6008

MENSALIDADES	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
Todas as mensalidades das ofertas dos seus planos			1	30	07/09 a 06/10	75,20
Oferta TIM Pós A Plus (087/PÓS/5MP)	4GB	2,02GB	1	30	07/09 a 06/10	Incluído
4 GB de Internet	Pocote	183m24s	1	30	07/09 a 06/10	Incluído
Mínutos locais e DDD com 41			1	30	07/09 a 06/10	9,90
TIM Music (Incluído)						

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Você pode ver sua conta detalhada online, com toda a comodidade e segurança. Consulte perfis de consumo e muito mais! Sempre que desejar, acesse meu TIM ou ligue Central de Atendimento 1056.

CONTA ONLINE TIM

Mude agora mesmo para a Conta Online TIM. Ela é prática e segura e só você consulta através do Meu TIM. Você receberá notificações quando sua conta estiver disponível e próximo à data de vencimento.

IMPOSTO TIM	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	IMPOSTO	VALOR
IMPOSTO TIM	27%	R\$ 94,72	R\$ 25,56	IMPOSTO TIM	R\$ 0,34
IMPOSTO TIM	27%	R\$ 94,72	R\$ 25,56	IMPOSTO TIM	R\$ 0,34
IMPOSTO TIM	27%	R\$ 94,72	R\$ 25,56	IMPOSTO TIM	R\$ 0,34
IMPOSTO TIM	27%	R\$ 94,72	R\$ 25,56	IMPOSTO TIM	R\$ 0,34

Comprovante de residência



CORRETORA
DE SEGUROS
24 JAN 2018
DPVAT

Em atendimento ao nº 12.127/12
As condições de uso do TIM são as mesmas de sempre.



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 SUSEP 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 COAF*.

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

* 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Adriana Carla de Sousa Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 849.394.433 / 53 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Waldemar de Sousa Macedo inscrito (a) no CPF sob o Nº 218.016.143 / 34 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidadez da Vítima Waldemar de Sousa Macedo inscrito (a) no CPF sob o Nº 218.016.143 / 34 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Declaracao Circular SUSEP

☒ 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 <u>Rua Getúlio de Oliveira</u>		Número <u>244</u>	Complemento <u>lento</u>
Bairro <u>lento</u>	Cidade <u>Caldeirão Veloso</u>	Estado <u>Pi</u>	CEP <u>64.325-000</u>
E-mail <u>carladrianasousa@gmail.com</u>		Telefone comercial (DDD) <u>99981-6008</u>	Telefone celular (DDD) <u>(86) 9473-5004</u>

Caldeirão Veloso - Pi, 17 de Janeiro de 2018
Local e Data

Adriana Carla de Sousa Silva
Assinatura do Declarante



31 V001/2017



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jayra Pessoa Dos Santos Cunha
 RG nº 2.248.668, data de expedição 23/02/15,
 Órgão SSP - PI, portador do CPF nº 009.894.593-02, com
 domicílio na cidade de Barro Duro, no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R - Leonilda, Bela Vista da Luz, nº 455,
 complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima Valdemar De Sousa Macedo, cujo o condutor era
Valdemar De Sousa Macedo.

Veículo: MOTOCICLETA
 Modelo: HONDA/NXR150 BROS ESD
 Ano: 2012/2013
 Placa: ODX-0628
 Chassi: 9C2K00B40DRJ03530
 Data do Acidente: 06/11/2017
 Local e Data: Barro Duro - PI 11-01-2018.

Declaração do proprietário



Jayra Pessoa dos Santos Cunha
 Assinatura do Declarante

Valdemar de Sousa Macedo
 Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

PJ CORRETORES
 DE SEGUROS

24 JAN 2018

DPVAT

BARRO DURO CARTÓRIO ÚNICO
 FRANCISCO PEREIRA NETO - TABELIÃO

End: 91 - Rua Leonilda - Bela Vista da Luz - Barro Duro - PI 63.200-000
 PUA 000.000.000-0000 - N° 147, BARRO DURO - PI 63.200-000

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE JAYRA PESSOA DOS SANTOS CUNHA,
 VALDEMAR DE SOUSA MACEDO,
 EV TEST. 01 DA VERDADE. DOU FE. BARRO DURO, 11/01/2018 09:25:26

George Augusto Silva Pereira

GEORGE AUGUSTO SILVA PEREIRA - TABELIÃO SUBSTITUTO
 E - d. 7:20 14: 1:44 Reta 0:00 Total R. 14

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DE BARRO
 FRANCISCO PEREIRA NETO
 Tabelião
 GEORGE AUGUSTO SILVA PEREIRA
 Escrevente
 Comarca de Barro Duro

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DE BARRO
 FRANCISCO PEREIRA NETO
 Tabelião
 GEORGE AUGUSTO SILVA PEREIRA
 Escrevente
 Comarca de Barro Duro



Dr. Edimar

RELATORIO MEDICO

DECLARAÇÃO QUE AVALIAÇÃO
DE DOENÇA ACIDENTAL, FORA DE TIPO DE ACIDENTE
DE TRÂNSITO, FOI EXAMINADA COM CUIDADO
A 14/10, SENDO SÓFIDO TUDO QUE
EM MUSE, CUSANDO FURTIVA COMPLICAÇÃO,
DETERMINANDO, OBLIGANDO, UM SIGILO MEDICAL E
4º ACIDENTE, ONDE FOI EXAMINADO
GICAMENTE ATRAVÉS DE EXAMINAR A
UNIFORME E FICAR ESTABILIZADO, COMPLETANDO
O DOENÇA FICANDO COM TUDO QUE
COM DIVERSIÃO DE ACIDENTES, COM
ALTA DEFINITIVA, COM COMPLICAÇÃO
ACIDENTE FUNCIONAL DE 15%.

- Alergologia
- Clínica geral
- Clínica Médica
- Cardiologia
- Dermatologia
- Endoscopia
- Ecocardiograma
- Eletrocardiograma
- Exames Laboratoriais
- Gastroenterologia
- Ginecologia
- Medicina do Trabalho
- Medicina Estética
- Pediatria
- Pequenas Cirurgias
- Testes Alérgicos
- Tomografia
- Ultrassonografia em
- Urologia

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

26 MAR 2018

●PVAT

Dr. Edimar Machado da Silva
Cl. Geral e Cirurgia Geral
CRM: 1564-PI - CRM: 2560-MA
9903-0920/9532-198715821-3738

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

17 ABR 2018

DPVAT

Residencial Tropical Park

Rua Cel. Balsa, 220. Em frente à praça Joana Vieira da Silva.

Telephone 9881-10151 • 98827-3736 • 99903-0929



Documentos de identificação



PJ CORRETORES
DE SEGUROS

24 JAN 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - JOÃO DE DEUS MARTINS



Valdemar de Sousa Macedo

ASSINATURA DO TITULAR

2018

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

IDENTIFICACIONAL 489.032 DATA DE EMISSÃO 12/04/14

VALDEMAR DE SOUSA MACEDO

RELACIONADO

MARIA LEITE DE SOUSA
RAIMUNDO CARNEIRO DE MACEDO

TERESINA-PI

CERT. CASAM. 449.1.2-B F 249
EXP BARRO DUBOIS 02/03/00

218.016.143-34

LEI Nº 7.116 DE 2005 - DECRETO Nº 82.200/05



Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

CPF 1651271 889 92

CPF 849.394.433-53 **DATA NASCIMENTO** 28/07/1977

RENOME
JOSE MINEZAS DA SILVA
MARIA CAVALHEIRO DE
SILVA

PERMISSÃO **ACE** **CAT. PRE**
PERMISSÃO ☒ ACE ☒ CAT. PRE ☒

Nº REGISTRO 05983294635 **VALIDADE** 03/01/2019 **PROROGAÇÃO** 04/01/2019

ASSINATURA
Adriana Carla de Sousa Silva

DATA DE EMISSÃO 04/01/2019

SERIAL 50044099132
PI 71719297330

PIAUI

PROTEÇÃO PLÁSTICA
1554703040

PJ CORRET
DE SEGUROS
24 JAN 2018
DPVAT



[illegible]

1 00989717307 2017 30/8/2017
 0000-0263 HUNDA/HUN130 2008 E80
 2012 09 9C2003408103320
 PRECIO YACUANO 9.03 90.31
 0.70 183.30
 29/08/2017
 SEGURO DE VIA TERRESTRE - EDPVAT
 0000-0263 0000-0263
 0000-0263 0000-0263

OUT

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Valdemar De Sousa Macedo BRASILEIRO (a) ESTADO
CIVIL casado, PROFISSÃO trabalha C/RGN. nº 484.032 CPF/MF
Nº 218.016.143-34 RESIDENTE E DOMICILIADO (a) À
RUA Florianópolis 178 Bairro Bananeira.
CIDADE DE Bonito D'Água - Piauí
ESTADO Piauí, CEP 64.455-022.

OUTORGADO: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA SOB CPF N° 849.394.433-53 E RG SOB
N° 1.651.371 SSP-PI COM ENDEREÇO CITO A RUA SETE DE SETEMBRO Nº244 BAIRRO
CENTRO NA CIDADE DE ELESBAO VELOSO ESTADO DO PIAUI-PI

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar
documentos, receber correspondência, solicitar informações por escrito ou telefone, ter
acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e
acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto
a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

OBS.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos
apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Procuração



Bonito D'Água - Piauí, 11 de Janeiro de 2018



Valdemar de Sousa Macedo

OUTORGANTE

ANTONIO DO 1º OFÍCIO DE BARRIO
FRANCISCO PEREIRA NET
Tabelião
GEORGE AUGUSTO SILVA PEREIRA
Escriturante
Câmara de Barro Duro-Pi

Barro Duro Cartório Único
FRANCISCO PEREIRA NET - TABELIÃO
CNPJ nº 16.080.888/0001-01
RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FOLHA DE VALDENAR DE SOUSA DIACEDO,
EM TEST. 91 DA VERDADE, DO 1º OFÍCIO DE BARRIO DURO, 11/01/2018 09:24:23

George Augusto Silva Pereira
GEORGE AUGUSTO SILVA PEREIRA - TABELIÃO SUBSTITUTO
RG nº 1.601.111-177 Data 06/06/2014 1.57



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180053749 **Cidade:** Barro Duro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALDEMAR DE SOUSA MACEDO **Data do acidente:** 06/11/2017 **Seguradora:** FAIRFAX BRASIL SEGUROS CORPORATIVOS S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO 3, 4 E 5 METACARPOS DA MAO DIREITA

Descrição do exame médico pericial: DEFICIT FUNCIONAL LEVE DA MAO DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRURGICO- FIXACAO PERCUTANEA, EVOLUINDO SEM COMPLICACOES. FISIOTERAPIA REALIZADA E ALTA MEDICA.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DA MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 27/04/2018

Conduta mantida:

Observações: *REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR

Médico examinador: DORES MARIA BERNARDES CARNEIRO MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

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 uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: JANICE DE ALMEIDA PINTO MIGUEZ

CRM do médico: 52.63583-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

