

---

Rio de Janeiro, 27 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **JOSIMAR PEREIRA DA SILVA**  
  
Nº Sinistro: **3180088576**  
Vitima: **JOSIMAR PEREIRA DA SILVA**  
Data do Acidente: **25/01/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **ANTONIO PEREIRA DA SILVA**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

**Senhor(a),**

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180088576**.

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**

**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: **3180088576**

Nome do(a) Examinado(a): **JOSIMAR PEREIRA DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA CANDIDO C BARROS nº 260 - AEROPORTO 2 - MOSSORÓ/RN**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 003579340 - SSP**

Data e local do acidente: **25/01/2018 MOSSORÓ/RN**

Data e local do exame: **19/07/2018 MOSSORÓ/RN**

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**TRAUMA ABDOMINAL E TORACICO CONTUSO**

**FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA E DE ARCOS COSTAIS A ESQUERDA**

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

**TRATAMENTO CIRURGICO COM LAPAROTOMIA E ESPLENECTOMIA + DRENAGEM DE HEMITORAX ESQUERDO**

**TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA E ARCOS COSTAIS A ESQUERDA**

**ALTA DIA 01/02/2018**

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

**SEM LIMITACAO FUNCIONAL  
ESPLENECTOMIA**

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

SIM       NÃO

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

SIM       NÃO

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

**ESPLENECTOMIA**

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

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

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

Vítima em tratamento

Sem sequela permanente

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

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

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

Região Corporal(Sequela): **ESPLENECTOMIA**

10%     25%     50%     75%     100%

Região Corporal(Sequela):

10%     25%     50%     75%     100%

Região Corporal(Sequela):

10%     25%     50%     75%     100%

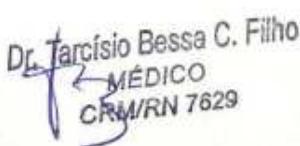
Região Corporal(Sequela):

10%     25%     50%     75%     100%

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

**REVISOR CONCORDA COM AS CONCLUSÕES DO MÉDICO EXAMINADOR -**

**Médico Perito: TARCISIO BESSA CAVALCANTE FILHO CRM:7629/RN**

  
Dr. Tarcisio Bessa C. Filho  
MÉDICO  
CRM/RN 7629

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

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/07/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

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

CLIENTE: JOSIMAR PEREIRA DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03226-3

CONTA: 00000061189-1

---

Nr. Autenticação

BRADESCO30072018050000000002370322600000061189135000 PAGO



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA

Paciente JOSIMAR Pereira Sílvia

Sexo  M  F

Idade  Prontuário N°

Estado Físico  1  2  3  4  5

EI

Ur

Fem

Diagnóstico Pré-Operatório trauma Abdominal

Cirurgia Proposta Laparoforâmia exploradora

Diagnóstico Pós-Operatório fechado

Cirurgia Realizada Laparoforâmia

Cirurgião Yuri + Eder

Auxiliares \_\_\_\_\_

Enfermeira Maria

Anestesiologia neopredo lobal

Enfermeira Maria

HISTÓRIA CLÍNICA

Alergias

D. Neurológica

Convulsão

Diabetes

D. Cardiada

Hipertensão

Uso de Drogas

Alcoolismo

Câncer

Local

Cirurgia

Prévia

Outros dados colonite mucosa profunda com cístos

Bloqueio Espinal

Plexo Braquial

Geral

EXAME FÍSICO

Peso (Kg)

Temperatura (°C)

Pressão Arterial (mmHg)

X

Estatura (cm)

Frequência Respiratória (IPM)

Frequência cardíaca

35

Broncoespasmo

Sopro Cardíaco

Arritmias

Veias Acessíveis

Permeabilidade Vias Aéreas

Coluna c/ Deformidades

Local punção intactado

Prótese

Cor Corado

Pálido

Ictérico

Cianótico

Paresias

Paralisias

Área Queimada

Gestação

Meses. Outros Dados 110kg; estag. 13; eructos, const.

10x Es

EXAME LABORATORIAIS Classificação ABO e Rh

ECG

Risco Cirúrgico

Rx Tórax

Leucograma

Hematócito

Creatinina

Bilirrubinas

Fosfatase Alcalina

TGO

Uréia

Glicemia

Ultrassonografia

Tomografia

Amilase

Proteínas

Valores Alterados ou relevantes/Outros Examens Hb = 14,3

Pré-Anestésico

Efeito Satisfatório

Regular

Nenhum

Técnica Anestésica indicada Anest. Geral com intub. S. lúrica

Outros Comentários importantes \_\_\_\_\_

SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

HORA E DATA DE ADMISSÃO \_\_\_\_\_

HORA E DATA DE SAÍDA \_\_\_\_\_

Atividade	RESPIRAÇÃO	CIRCULAÇÃO	CONSCIÊNCIA	COR
s/ mov. membros	Apnéia, obstrução	P. A. Variando + 50%	Não responde	Cianótico
mov. 02 membros	Displénica, obst. Par.	P. A. Var. 20-50%	Responde a Chamadas	Pálido, icterico
mov. 04 membros	Respira bem, tosse	P.A. Estável + 20%	Acordado	Corado

COMPlicações

Laringoespasmo <input type="checkbox"/>	Cianose <input type="checkbox"/>	Náuseas <input type="checkbox"/>	Vômitos <input type="checkbox"/>	Ret. Urinária <input type="checkbox"/>	Hipertensão <input type="checkbox"/>
Hipertensão <input type="checkbox"/>	Arritmias <input type="checkbox"/>	Dor <input type="checkbox"/>	Dif. respiratório <input type="checkbox"/>	Sangramento <input type="checkbox"/>	Cefaléia <input type="checkbox"/>
Parada cardíaca <input type="checkbox"/>	Óbito <input type="checkbox"/>	Outros <input type="checkbox"/>			

Alta da sala de recuperação COMPREV

Para enfermaria  Alta Hospitalar  PREVIDENCIÁRIA

Transferência

UTI

Óbito

Anestesiologista COMPREV

RESUMO

Paciente JOSIMAR Pereira Sílvia

20 FEV 2018

Idade \_\_\_\_\_ Estado Físico \_\_\_\_\_

História D. Atual \_\_\_\_\_

Cirurgia laparoforâmia exploradora

Cirurgião \_\_\_\_\_

Anestesia neopredo lobal

Anestesiologista \_\_\_\_\_

*funcionamento normal*



25/02/2018. Dr. Vicente Andrade

Ortopedia

Dra. Dr. Vicente Andrade

Av. das Forças Armadas, 6500 - Edifício Presidente

Belo Horizonte - MG - Brasil.  
Belo Horizonte, Minas Gerais e São Paulo.

Dra. Dr. Vicente Andrade & Dra. Dra. Vicente Andrade

Cortado Lins

CRM: 5392 Belo Horizonte, MG

A. Dra. Dr. Vicente Andrade

Dra. Dr. Vicente Andrade

Belo Horizonte - MG

DR. VICENTE ANDRADE  
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA  
CRM-5392 - TEOT 10481  
29/01/2018.  
Jardim Butiá

Dr. Vicente Andrade  
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA  
CRM-5392 - TEOT 10481



Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

COM REVISÃO SEGUROS E PREVIDÊNCIA

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

H. R. T. M

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

H. R. T. M

4 - CNES

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

JOSIMAR PEREIRA DA SILVA

AG. NATAL

6 - N.º DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

17006034861254619

8 - DATA DE NASCIMENTO

21/06/18

9 - SEXO

Mac. 1

Fem. 3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

JOSEFA EMILIA DA COSTA PEREIRA

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

ANTONIA VIEIRA DE SÁ 10

AEROPORTO

16 - MUNICIPIO DE RESIDÊNCIA

Mossoró

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

51710-000

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

## JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

Politraumatismo com trauma abdominal e torácico. FAST-e positivo para líquido livre na cavidade abdominal. Estabilidade hemodinâmica às custas de reposição volêmica abundante. TC de abdome revestindo sangramento em cavidade abdominal e torácica.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Risco à vida

29/01/2018  
Jurema Buto

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Histórica clínica + USG abdominal + TC de abdome e torax

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Trauma torácico e abdominal

24 - CID 10 PRINCIPAL

26 - CID 10 SECUNDÁRIO

28 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - N.º DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTONÔMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

47 - CÓD. EMISSÃO EMISSOR

52 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

( ) CNS    ( ) CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA

## PERMISSÃO

O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital, a realização na pessoa de Tesimir Pereira da Silva Reg. No \_\_\_\_\_ necropsia, amputações

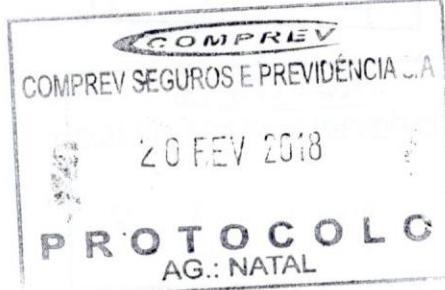
intervenções e outros exames que se fizerem necessários.

Declaro, outrossim, que nenhuma pressão pelos Médicos, Assistentes Sociais ou quaisquer outros funcionários deste hospital para obtenção da autorização, que é dada por livre e espontânea vontade.

Data: 25 de JANEIRO de 2018

Regina Célia Borges de Freitas  
Paciente ou Responsável

*Jucelice Bruto*  
*29/01/2018*



**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA  
SETOR DE ULTRA-SONOGRAFIA**

**Paciente: JOSIMAR PEREIRA SILVA**  
**Data: 25/01/2018**  
**Médico solicitante: Dr.??**

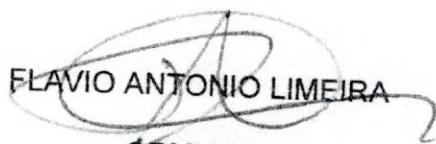
**ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL (FAST e - extendido)**

*Presença de líquido livre em pequena quantidade em topografia perihepática e retrovesical.*

*Observamos esteatose hepática leve/moderada;  
Demais órgãos e estruturas abdominais sólidas sem alterações ecográficas.*

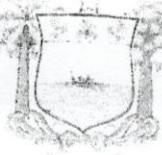
**CONCLUSÃO:**

- FAST-e positivo.

  
FLAVIO ANTONIO LIMEIRA  
CRM 4575

*29/01/2018  
Flávio Buto.*





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

REQUISIÇÃO DE PARECER

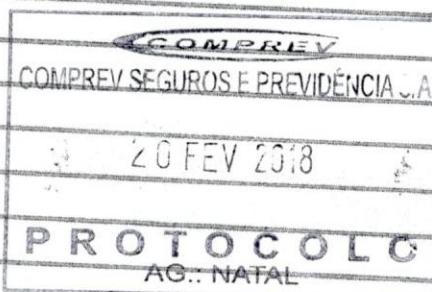
Nome: José man Pereira da Silva Idade: \_\_\_\_\_ Nº Reg. \_\_\_\_\_

Serviço: Clínica Médica Enfº: 303 Leito: 3

AO SERVIÇO: ORTOPEDIA

MOTIVO DA CONSULTA: (Especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os principais sintomas do enfermo)

Pct d protuberâncias costais + fratura de clavícula Esquerda.  
Prótrusões LTC em ambos.  
Pct d níveis de dorax e Escápula + luxação de ombro direito.  
Sofrimentos e dor nas costas e pescoço.



Mossoró, 26 de 01 de 2018

Médico que solicita o parecer

PARECER:

paciente vítima de (PCT) e also (P) de dia, acidente automobilístico apresentando dor no ombro direito com exame Rx de clavícula e área costal comprometida.

C.P.: Rx de ombro PL conforto  
com dor no ombro  
MAP

29.01.2018  
Jurema Britto

Dr. Maio Fernandes  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 6934



## EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Josimari Pereira da Silva Leito: JD3-3

DATA	3º DPO	EVOLUÇÃO
26/01/18		Hepatostomia + esplenectomia. Dímagm de Tórax à E.
FC= 118 bpm		Última exacerba aguda de acidente moto cl-moto (fratura de costelas e clavícula E).
SatO <sub>2</sub> : 91%		Pct d/l da tauxia ventilatório dependente e dor em ombro E.
Contínuo mm		Brutto fraco, dor no tórax (+) aspecto radiológico nos SVD.
Urino (8h/1min):		AC=RCP, 2T, BWF, n/urin. AP univ HTE, (+) HTD. ABD=RHA aumentado.
300ml		ultra a palpá-lo.
- mal-odoro, urinário		- neg a sangue, dorme de maneira, uso de medicamento tópico.

### PRESCRIÇÃO

Data	Prescrição	Via	ENFERMAGEM	
			HORÁRIO	ASSINATURA
26/01/18	1-Dieta líquida: i de piora			✓
	2-SF 0,9% 1000ml / IV, em gotas		10	✓ 13°
	SG 5% 500ml			25
	3-Dipirona, 400mg + 8ml ABD, IV, 8/18h, SN			SN
	4-Plaxil 10mg/2ml * ABD, IV, 5x dia, SN			SN
	5-Tilatil 50mg, alprazol + ABD, IV, 1x dia			10
	6-Tromal, 100mg + 500ml SF 0,9%, IV, 8/18h, SN			SN
	7- fisioterapia, VR/parátrio,			
	8-Desmofibril			
	9-Doltran SVD e SNG			
	10- SGVV + CCGG			
	11- (Aguarda thrombopénica) n/ HAP VIDA			

DR. JOSIMARI PEREIRA DA SILVA  
UFSCAR  
CRM: 10517

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA SA

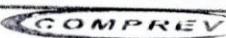
20 FEV 2018

PROTOCOLO  
AG.: NATAL



## Evolução e Prescrição Médica

Nome: Jesuina Rezende da Silva Leito: 303-3

DATA	EVOLUÇÃO
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S.A. 20 FEVEREIRO 2018	<i>paciente bruto</i> 29.01.2018
PROTÓCOLO AG.: NATAL	

## Prescrição

Data	Prescrição	Via	ENFERMAGEM	
			HORÁRIO	ASSINATURA
	① Stepr			
	② Difusit doan 100mg 1-2-3-h:			
	③ Dipm 100mg 1062206			
	④ Fisio resp			
	⑤ Nur 40mg 200			
	⑥ Solccy			
	⑦ Rytom 100mg A mdpd			
	⑧ Metisborin 100mg M 1.600			
	V.M.			

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180088576      **Cidade:** Mossoró      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSIMAR PEREIRA DA SILVA      **Data do acidente:** 25/01/2018      **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

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

**Data da análise:** 17/07/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMA ABDOMINAL

**Resultados terapêuticos:** NÃO INFORMADO O TIPO DE TRATAMENTO REALIZADO.

**Sequelas permanentes:**

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

**Observações:** LAUDO INCONCLUSIVO

## 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

VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** REGINALDO WANIS

**CRM do médico:** 52.43685-6

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

A handwritten signature in cursive script, appearing to read "Reginaldo Wanis".

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180088576      **Cidade:** Mossoró      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSIMAR PEREIRA DA SILVA      **Data do acidente:** 25/01/2018      **Seguradora:** SINAf PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMA ABDOMINAL E TORACICO CONTUSO;  
FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA E DE ARCOS COSTAIS A ESQUERDA.

**Descrição do exame médico pericial:** ESPLENECTMIA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRURGICO COM LAPAROTOMIA E ESPLENECTOMIA DRENAGEM DE HEMITORAX ESQUERDO;  
TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA E ARCOS COSTAIS A ESQUERDA ALTA DIA 01/02/2018.  
SEM LIMITACAO FUNCIONAL;  
ESPLENECTOMIA.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA ESPLENECTOMIA.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 19/07/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** \* REVISOR CONCORDA COM AS CONCLUSÕES DO MÉDICO EXAMINADOR -

**Médico examinador:** TARCISIO BESSA CAVALCANTE FILHO

**CRM do médico:** 7629

**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 integral (retirada cirúrgica) do baço	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
		<b>Total</b>	<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>

## 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:**