

Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2015

Carta nº: 8254743

A/C: JEDSON MARIANO DA COSTA

**Sinistro:** 3151010711  
**Vitima:** JEDSON MARIANO DA COSTA  
**Data Acidente:** 28/10/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** JULIANE ALINE BARACHO DOS SANTOS

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à ARUANA SEGUROS S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2015

Carta n°: 8327636

A/C: JEDSON MARIANO DA COSTA

**Sinistro:** 3151010711  
**Vitima:** JEDSON MARIANO DA COSTA  
**Data Acidente:** 28/10/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** JULIANE ALINE BARACHO DOS SANTOS

**Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Recebemos em **07/12/2015** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **28/10/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na ARUANA SEGUROS S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

**NÃO PERCA TEMPO!**

**PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;**

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Seguradora Líder · DPVAT

---

Rio de Janeiro, 13 de Janeiro de 2016

Carta nº: 8432003

A/C: JEDSON MARIANO DA COSTA

**Sinistro:** 3151010711  
**Vítima:** JEDSON MARIANO DA COSTA  
**Data Acidente:** 28/10/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** JULIANE ALINE BARACHO DOS SANTOS

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

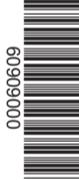
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Seguradora Líder · DPVAT

---

Rio de Janeiro, 17 de Maio de 2016

Carta n°: 9091056

A/C: JEDSON MARIANO DA COSTA

**Sinistro:** 3151010711 ASL-0621214/15  
**Vítima:** JEDSON MARIANO DA COSTA  
**Data Acidente:** 28/10/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** JULIANE ALINE BARACHO DOS SANTOS

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

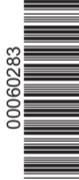
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

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: 24/05/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

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

CLIENTE: JEDSON MARIANO DA COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01069

CONTA: 000000042414-6

---

Nr. da Autenticação AB7E1DE3D39A3191

# 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: 25/01/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

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

CLIENTE: JEDSON MARIANO DA COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01069

CONTA: 000000042414-6

---

Nr. da Autenticação DD73EAA955AE9B4B

**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**

Nome do(a) Examinado(a): Jedson Mariano da Costa  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Antonio Carlos Ramalho Rocha, 81  
São Geraldo Ceará-mirim RN CEP: 59570-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / RN ] 1266715  
Data local do exame: [ 19/01/2016 ] Natal [ RN ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

**FRATURA DE ARCOS COSTAIS A ESQUERDA E TRAUMA NA MAO ESQUERDA - DOR A RESPIRAÇÃO PROFUNDA DO TORAX, MOBILIDADE DE TORAX QUANDO FAZ LATERALIZAÇÕES APRESENTA LIMITAÇÃO LEVE, NEUROVASCULAR PRESERVADO DE SEGMENTOS ACOMETIDOS, REFERE DIFICULDADE PARA CARREGAR OBJETOS PESADOS AO LADO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO, DIFICULDADE PARA FAZER ROTAÇÃO INTERNA E ELEVAÇÃO DO BRAÇO ESQUERDO ACIMA DE 90 GRAUS. AO NIVEL DA MAO ESQUERDA NAO HA INCAPACIDADES.**

- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

(X) Sim ( ) Não

Caso a resposta seja “Não”, favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário

- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

(X) Sim ( ) Não

Caso a resposta seja “Não”, prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*))

- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

**REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE COSTELAS E TRAUMA NA MAO ESQUERDA, NAO FEZ FISIOTERAPIA.**

- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

(X) Sim ( ) Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

**INVALIDEZ FUNCIONAL AO NIVEL DE OMBRO ESQUERDO COM LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE.**

Caso a resposta seja “Não”, concluir dentre as opções no item IV “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item IV opções “b” ou “c”

- IV. 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)

( ) “Exame não permite conclusão”

Vide motivo do impedimento no campo das observações

- 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):

**Ombro - Lado Esquerdo**

% do dano: (X) 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

- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (\*).

( ) Total = “100% da IS”

- V. (\*) 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

*Urai de Oliveira*

DR. URAI DE OLIVEIRA  
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA  
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**

Nome do(a) Examinado(a): Jedson Mariano da Costa  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Antonio Carlos Ramalho Rocha, 81  
São Geraldo Ceará-mirim RN CEP: 59570-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / RN ] 1266715  
Data local do exame: [ 20/05/2016 ] Natal [ RN ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

**TRAUMA TORÁCICO FECHADO (FRATURA DE ARCOS COSTAIS)**

**LIMITAÇÃO EXPANSÃO CAIXA TORÁCICA COM NEURALGIA PÓS TRAUMÁTICA, DIMINUIÇÃO EXPANSÃO**

- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

Sim       Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário

- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

Sim       Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*))

- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

**ATENDIMENTO DE URGÊNCIA, RX, TRATAMENTO CONSERVADOR**

Data da alta: ALTA APÓS 90 DIAS

SINTOMÁTICOS E REPOUSO

Complicações: SEM COMPLICAÇÕES INERENTES AO TRATAMENTO

- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

Sim       Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

**LIMITAÇÃO EXPANSÃO CAIXA TORÁCICA COM NEURALGIA PÓS TRAUMÁTICA, DIMINUIÇÃO EXPANSÃO LEVE**

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

- IV. 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"

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)

"Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

- 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):

Lesões de órgãos e estruturas torácicos cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória ou cardiovascular.

% 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

- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (\*).

Total = "100% da IS"

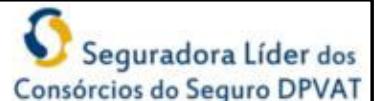
- V. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

*Elson Miranda*

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

Dr. Elson Miranda  
Ortopedista  
CRM/RN 6301 TEOT 13807

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3151010711      **Cidade:** Ceará-Mirim      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JEDSON MARIANO DA COSTA      **Data do acidente:** 28/10/2015      **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 13/01/2016

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** Trauma em mão esquerda

**Resultados terapêuticos:** Tratamento conservador

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

## 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

IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

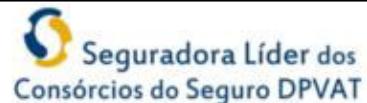
**Nome do médico:** PAULA SEROA DA MOTTA SOUTO SOARES

**CRM do médico:** 52-90632-8

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3151010711      **Cidade:** Ceará-Mirim      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JEDSON MARIANO DA COSTA      **Data do acidente:** 28/10/2015      **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMA TORÁCICO FECHADO (FRATURA DE ARCOS COSTAIS).

**Descrição do exame médico pericial:** LIMITAÇÃO EXPANSÃO CAIXA TORÁCICA COM NEURALGIA PÓS TRAUMÁTICA, DIMINUIÇÃO EXPANSÃO.

**Resultados terapêuticos:** ATENDIMENTO DE URGÊNCIA, RX, TRATAMENTO CONSERVADOR, SINTOMÁTICOS E REPOUSO.  
SEM COMPLICAÇÕES INERENTES AO TRATAMENTO

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DE ESTRUTURAS TORÁCICAS.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 20/05/2016

**Conduta mantida:** Não

**Observações:** VÍTIMA JÁ INDENIZADA POR DANO RESIDUAL DO OMBRO. COMPLEMENTAR PAGAMENTO PARA DANO LEVE DE ESTRUTURAS TORÁCICAS.

**Médico examinador:** Elson Jose dos Santos Miranda

**CRM do médico:** 6301

**UF do CRM do médico:** RN

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Lesões de órgãos e estruturas torácicas, 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 leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
		<b>Total</b>	<b>25 %</b>	<b>R\$ 3.375,00</b>

## PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

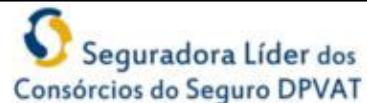
**Médico revisor:** LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

**CRM do médico:** 17761

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3151010711      **Cidade:** Ceará-Mirim      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JEDSON MARIANO DA COSTA      **Data do acidente:** 28/10/2015      **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE ARCOS COSTAIS A ESQUERDA E TRAUMA NA MAO ESQUERDA

**Descrição do exame médico pericial:** DOR A RESPIRAÇÃO PROFUNDA DO TORAX, MOBILIDADE DE TORAX QUANDO FAZ LATERALIZAÇÕES APRESENTA LIMITAÇÃO LEVE, NEUROVASCULAR PRESERVADO DE SEGMENTOS ACOMETIDOS, REFERE DIFICULDADE PARA CARREGAR OBJETOS PESADOS AO LADO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO, DIFICULDADE PARA FAZER ROTAÇÃO INTERNA E ELEVAÇÃO DO BRAÇO ESQUERDO ACIMA DE 90 GRAUS. AO NIVEL DA MAO ESQUERDA NAO HA INCAPACIDADES.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE COSTELAS E TRAUMA NA MAO ESQUERDA, NAO FEZ FISIOTERAPIA.

**Sequelas permanentes:** INVALIDEZ FUNCIONAL AO NIVEL DE OMBRO ESQUERDO COM LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 19/01/2016

**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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
<b>Total</b>			<b>2,5 %</b>	<b>R\$ 337,50</b>

## PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

**Médico revisor:** GALDINO LEONARDO

**CRM do médico:** 17727

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**