

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180203968 **Cidade:** Apodi **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FLAVIO DANIEL ALVES DE FREITAS **Data do acidente:** 04/04/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

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

**Data da análise:** 08/08/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA LUXAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO + ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

## 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

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** Vitor Hugo Sousa Morim

**CRM:** 5242355-2

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180203968 **Cidade:** Apodi **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FLAVIO DANIEL ALVES DE FREITAS **Data do acidente:** 04/04/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

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

**Data da análise:** 08/08/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA LUXAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO + ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

## 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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180203968 **Cidade:** Apodi **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FLAVIO DANIEL ALVES DE FREITAS **Data do acidente:** 04/04/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

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

**Data da análise:** 14/06/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA DE OMBRO ESQUERDO

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

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:** SINISTRO INDEFINIDO, COM MENOS DE 90 DIAS, SEM PROGNÓSTICO

**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
		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:**

Rio de Janeiro, 10 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **FLAVIO DANIEL ALVES DE FREITAS**

Nº Sinistro: **3180203968**

Vitima: **FLAVIO DANIEL ALVES DE FREITAS**

Data do Acidente: **04/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180203968**.

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 12778601



Rio de Janeiro, 16 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **FLAVIO DANIEL ALVES DE FREITAS**  
Nº Sinistro: **3180203968**  
Vitima: **FLAVIO DANIEL ALVES DE FREITAS**  
Data do Acidente: **04/04/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180203968**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER 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](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, 14 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **FLAVIO DANIEL ALVES DE FREITAS**  
Nº Sinistro: **3180203968**  
Vitima: **FLAVIO DANIEL ALVES DE FREITAS**  
Data do Acidente: **04/04/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180203968**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER 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**

---

Rio de Janeiro, 16 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **FLAVIO DANIEL ALVES DE FREITAS**

Nº Sinistro: **3180203968**

Vítima: **FLAVIO DANIEL ALVES DE FREITAS**

Data do Acidente: **04/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180203968**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **04/04/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

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

Autorização de pagamento



**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

050.090.644-05

Nome completo da vítima

FLAVIO DANIEL ALVES DE FREITAS

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

Nome completo <b>FLAVIO DANIEL ALVES DE FREITAS</b>		CPF titular da conta <b>050.090.644-05</b>	Profissão <b>MÉDICO</b>
Endereço <b>RUA: UMBU</b>		Número <b>36</b>	Complemento <b>CASA</b>
Bairro <b>COABE</b>	Cidade <b>APODI</b>	Estado <b>RN</b>	CEP <b>59.700-000</b>
Email <b>VIRAMELO.SERVICOS@HOTMAIL.COM</b>			Telefone (DDD) <b>041-9963/11018</b>

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**

- ☐ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ 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) ☐ ITAÚ (341)  
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.  D/V 
 CONTA NRO.  D/V   
 (Informar dígito se existir)

- ☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome  NRO   
**BANCO DO BRASIL**

AGÊNCIA NRO.  D/V 
 CONTA NRO.  D/V   
**0892 3 30853 6**  
 (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.

**APODI 16 de ABRIL de 2018**  
Local e Data

*Flávio Daniel Alves de Freitas*  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

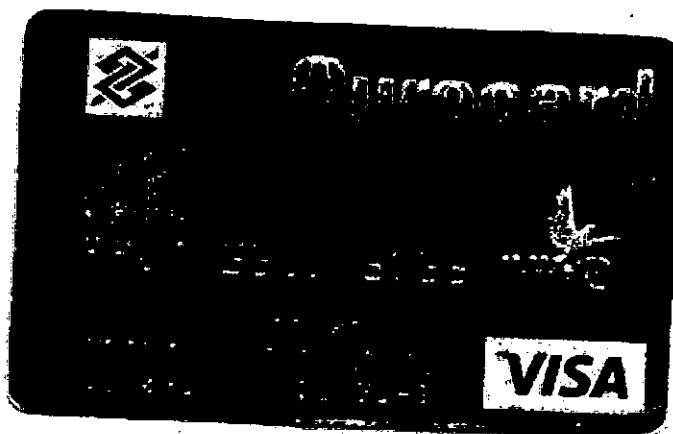
11/04/2018 - AUTO-ATENDIMENTO - 16.03.14  
0089278915

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

AGENCIA: 0892-3 CONTA: 30.853-6  
CLIENTE: FLAVIO DANIEL ALVES DE FR

HISTORICO	DOCUM.	VALOR
-----29/03/2018-----		
Saldo Anterior		0.00C
-----02/04/2018-----		
Transferencia recebida	030853	10.890,00C
02/04 0892	30853-6 FLAVIO DANIEL	
Compra com Cartao	142057	80,00D
30/03 11:40 YONG XIANG RESTAURANTE		
Compra com Cartao	232542	50,00D
02/04 09:02 POSTO APODI		
Aplicacao Poupanca	000148	10.760,00D
Saldo		0.00C
-----03/04/2018-----		
Transferencia recebida	029414	49.000,00C
03/04 1109	29414-4 ANAXAGORAS BAT	
Seque no TAA	554492	1.000,00D
03/04 09:14 SAA-APODI		
Transferencia enviada	009350	700,00D
03/04 4996	9350-5 ANTONIO EDUARDO	
Aplicacao Poupanca	000148	47.300,00D
Saldo		0.00C
-----05/04/2018-----		
Transferencia recebida	074644	5.214,28C
05/04 4687	74644-4 SERVICOS DE AS	
Transferencia recebida	074644	651,79C
05/04 4687	74644-4 SERVICOS DE AS	
Telefone Pre-Pago	046450	20,00D
84099655186-TIM - Rio Grande do Norte		
Tarifa Pacote de Servicos	123178	52,20D
Tarifa referente a 05/04/2018		
Aplicacao Poupanca	000148	5.793,87D
Saldo		0.00C
-----06/04/2018-----		
Transferencia enviada	009350	1.500,00D
06/04 4996	9350-5 ANTONIO EDUARDO	
Resgate Poupanca	000148	1.500,00C
Saldo		0.00C
-----09/04/2018-----		
Compra com Cartao	140175	96,87D
09/04 11:09 SUPERMERCADO CIDADE		
Telefone Pre-Pago	514781	20,00D
84999655186-TIM - Rio Grande do Norte		
Banco 24 Horas	000692	200,00D
09/04 10:44 SUP CIDADE MOS II		
Pagamento de Titulo	040901	420,00D
CAIXA ECONOMICA FEDERAL		
Pagamento de Titulo	040902	2.340,69D
BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.		
Pagamento de Titulo	040903	2.205,53D
BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.		
Pago conta telefone	040904	54,99D
TIM CELULAR S.A.		
Pago conta telefone	040905	60,87D
TIM CELULAR S.A.		
Resgate Poupanca	000148	5.393,15C
Saldo		0.00C
-----10/04/2018-----		
Compra com Cartao	169162	111,80D
10/04 19:12 FARMACIAS PAGUE 1		
TEO	645562	35.000,00D
Telefone Pre-Pago	507037	20,00D

\*\*\*-- CONTINUA NA PROXIMA PAGINA ---\*\*\*

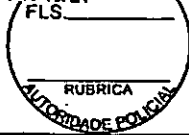
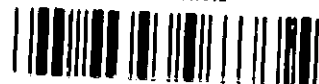




GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE ALTO SANTO

ASD 159

Boletim de ocorrência



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 408 - 270 / 2018

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **13/04/2018 13:17:56**  
Data / Hora da Ocorrência: **04/04/2018 20:30:00**  
Endereço da Ocorrência: **VIA CE 259**  
Complemento:  
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **POTIRETAMA/CE**  
Ponto de Referência: **PRÓXIMO AOS RADARES**

**Noticiante(s)**

Nome: **FLAVIO DANIEL ALVES DE FREITAS**  
Nascimento: **21/11/1981** CPF: **050.090.644-05**  
RG: **001922315** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **RN**  
Filiação: **FRANCISCA BATISTA DE FREITAS ALVES**  
**MANOEL ALVES FILHO**  
Endereço: **RUA UMBU, 36**  
Bairro: **COAB** CEP:  
Município: **APODI/RN**  
País: **BRASIL** Telefone: **(84) 99965-5186**

**Histórico**

Afirma a pessoa qualificada no presente termo, sujeita as penalidades previstas nos artigos 340 (comunicação falsa de crime ou de contravenção) e 342 (falso testemunho do código penal brasileiro, que no dia e horário acima, conduzia sozinho o veículo do tipo FIAT STRADA WORKING CD DE PLACAS OWA-7133, ANO 2014/2014 PARTICULAR DE COR BRANCA, CHASSI 9BD578341E7819324, registrado no Detran-RN em nome de FLAVIO DANIEL ALVES DE FREITAS, se deslocando de Apodi-RN com sentido a Alto Santo-CE; QUE acabou cochilando na direção quando saiu da pista e colidiu com o carro; QUE o declarante teve luxação e fratura no ombro esquerdo; QUE foi socorrido por populares até a cidade de Apodi-RN; QUE quando lá chegou foi conduzido pelo SAMU para o Hospital Regional Tarcízio Maia onde lá permaneceu internado por 04 quatro dias; QUE em consequência do acidente sofreu lesões constatadas nos protocolos de atendimento do Hospital supracitado; QUE não chegou a pagar nada em Hospitais sendo atendimento pelo SUS; QUE está tendo gastos com medicamento; QUE chegou a ir em uma Clínicas particular de especialidades para efetuar uma avaliação psiquiátrica; QUE o noticiante não sofreu perda de membros ou órgãos; QUE afirma que esta é a primeira vez que sofre acidente de trânsito; QUE este acidente foi presenciado pela pessoa de JOSIAS. E nada mais disse, dando-lhe por encerrado o presente registro.//

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE ALTO SANTO

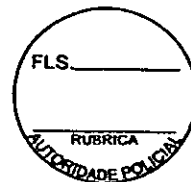
Diogo E. Brandão Emiliano  
Escrivão de Polícia  
Mat. 301.103-15

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

DIOGO EMANUEL BRANDAO EMILIANO - MAT.: 30110315



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE ALTO SANTO



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 408 - 270 / 2018**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

*Flávio Daniel Alves de Freitas*

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

**ALINE DE CASTRO MOREIRA - MAT.: 30080513**

*2 testemunhas: x Joias Severino da Moura*

*RG: 215738-81*

*CPF: 457.135.293-04*

**Diogo E. Brandão Emilliano**  
Escrivão de Polícia  
Mat. 804.103-1-5



CERTIFICO, para os devidos efeitos que  
a presente fotocópia é reprodução fiel  
do documento que me foi apresentado.  
do que, dou fe.

Rodolfo Fernandes/RN *16/07/2018*

*Eleia Maria Simão dos Santos*

☐ Jose Raimundo Gurgel de Bessa - TABELÃO  
☒ Eleia Maria Simão dos Santos - TAB. SUBSTITUTA



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 interdita 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

FLAVIO DANIEL ALVES DE FREITAS

CPF da Vítima

050.090.644-05

Data do Acidente

04-04-18

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

VIEIRA MELO SERVICOS@HOTMAIL.COM

Telefone (DDD)

041.996314018

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.

A RODI 16 de ABRIL de 18

Local e Data

Flavio Daniel Alves de Freitas

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Comprovante de residência



Eu, FLAVIO DANIEL ALVES DE FREITAS

RG nº 001.922.315, data de expedição 18/11/14, Órgão \_\_\_\_\_

CPF nº 050.090.644-05, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA: UMBU</u>
Número	<u>36</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>COABE</u>
Cidade	<u>APODI'</u>
Estado	<u>RN</u>
CEP	<u>59.700-000</u>
Telefone de Contato	<u>041-996314018</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: APODI' 16-04-18  
RN

Assinatura do Declarante: x

Flávio Daniel Alves de Freitas



COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE  
Avenida Senador Salgado Filho, 1555, Tirol, CEP 59015-000  
CNPJ: 08.334.385/0001-35 / INSC. Estadual: 20055.426-3  
Admin. Central (84) 3232-4432 / Ouvidoria: (84) 3232-4562

ESCRITÓRIO DE ATENDIMENTO

AV. DE APODI 112 - APODI - RUA  
R. APODI - 112 - APODI - RUA  
08000-840195  
33332164

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS  
IMPRESSO EM 05/03/2018 AS 14:14:15

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA:	MÊS/ANO			
MARTA DE FÁTIMA CHAVES PINTO RUA UMBU, N. 36 - APODI APODI RN 59700-000		4488547	03/2018			
INSCRIÇÃO 311.001.090.0037.000	ROTA 2	SEQ.ROTA 5470	QUANTIDADE DE ECONOMIAS RESIDENCIAL 1 COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICO			
HIDRÔMETRO Y175660953	SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL				
CONSUMO ÁGUA (M3): 18		DATA LEITURA: 05/03/2018 LEIT. ATUAL: 53 LEIT. ANT.: 35 DIAS CONSUMO: 31				
HISTÓRICO DE CONSUMO						
REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	MÉDIA
02/2018	13	12/2017	4	10/2017	31	14
01/2018	16	11/2017	12	09/2017	9	
DESCRIÇÃO		CONSUMO	TOTAL(R\$)			
ÁGUA						
RES ENTRE 50 E 100M 1 UNIDADE(S)						
ATE 10 M3 - 39,99 POR UNIDADE		10 M3	39,99			
11 M3 A 15 M3 - R\$ 4,46 POR M3		5 M3	22,30			
16 M3 A 20 M3 - R\$ 5,27 POR M3		3 M3	15,81			



## NEUROCIRURGIA - VERDE

Paciente: 7698 - FLAVIO DANIEL ALVES DE FREITAS (36 a 4 m 14 d)

Nascimento: 21/11/1981

Natural: LIMOEIRO DO NORTE, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 700502937853056

CPF: 05009064405

Prof:

Mãe: FRANCISCA BATIATA DE FREITAS ALVES

Pai: MANOEL ALVES FILHO

Logradouro: ANTONIO VIEIRA DE SA, 10

CEP: 59607100

Bairro: AEROPORTO

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84 33153390

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - OCUP. CARRO

Tipo: REGULADO

Origem: SAMU RN

\*Empresa:

OBS: DRA SOLANGE

Classificação: 05/04/2018 05:49:50 PESO:

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
	140 100		98		22				

## HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: PACIENTE EVOLUINDO COM DESORIENTAÇÃO E AGRESSIVIDADE (SIC) APÓS ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO OCORRIDO NA MANHÃ DE HOJE. SURTO PSICÓTICO? TCE? ADMINISTRADO HALDOL + FENERGAN.

Hora: \_\_\_\_

Paciente vítima de acidente automobilístico. Idade 36 anos, endêmico com desorientação e quadro de dor em região superior esquerda, região abdominal e dor brônquica. Foi medicado com Haldol e Fenergan após trauma.

Atm: Murmúrios pulmonares, normais, sem roncos, gurgles e crepantes.

ABD: Flexível, sem distensão, sem ruídos, sem hiperreflexia e sem hiporreflexia.

CD: Sabido de trauma - R de Braço, Dor, Gênero e Hb em 48-48. Medicação de Analgésico: NCR.

Diagn. Inicial:

Dr. Yveline Campos  
CRM-RN 6957

## PRESCRIÇÃO:

	VIA	HORÁRIO	ASSINT.
1- Dexta Lúcia			
2- Ceftriaxona 1g + 40 IV 12/12 horas		14h	02R
3- Dexametasona 5mg IV 12/12 horas 6/6 horas		14h	02R
4- Paracetamol 1g IV 12/12 horas 8/8 horas - SUS		✓	✓
5- Haldol 5mg IV 12/12 horas 6/6 horas - SUS		08h	02R
6- Amphotericina 5mg IV 12/12 horas 6/6 horas - SUS		08h	02R
7- Fenergan 1mg IV 12/12 horas		14h	02R
8- SFO 1g IV 12/12 horas		14h	02R
9- Omeprazol 40mg IV 12/12 horas		14h	02R
10- Sumatriptan 6mg IV 12/12 horas		14h	02R
11- Prometazina 25mg IV 12/12 horas		14h	02R

\*Saída: - ( ) Alta por decisão médica; ( ) Enc. outro Serviço; ( ) Evasão

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/18. Hr: \_\_\_\_ Ass. Médico: \_\_\_\_

Dr. Yveline Campos  
CRM-RN 6957

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>			
<b>1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE</b>	HOTEL	<b>2 - CNES</b>	
<b>3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE</b>	HOTEL	<b>4 - CNES</b>	

<b>Identificação do Paciente</b>			
<b>5 - NOME DO PACIENTE</b>	Flavio Alves da Silva	<b>6 - Nº DO PRONTUÁRIO</b>	
<b>7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)</b>	AK0103102191317-RISB10D16	<b>8 - DATA DE NASCIMENTO</b>	21/11/1981
<b>9 - SEXO</b>	Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3	<b>10 - RAÇA/DOR</b>	
<b>11 - NOME DA MÃE</b>	FLA BENEDETA PE FREYRAS ALVES	<b>12 - TELEFONE DE CONTATO</b>	Nº DO TELEFONE
<b>13 - NOME DO RESPONSÁVEL</b>		<b>14 - TELEFONE DE CONTATO</b>	Nº DO TELEFONE
<b>15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)</b>	R. ATO UBERLANDIA D.F.S., 127 A. FLORENTE		
<b>16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA</b>	Mesquita	<b>17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO</b>	18 - UF RJ
		<b>19 - CEP</b>	

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO			
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
<p>Pront. admitido em Sítio Parto, com prurido da urticária e prurido cutâneo.</p>			
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
<p>Apresenta Anemia</p>			
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
<p>Exame clínico</p>			
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL	24 - CID 10 PRINCIPAL	25 - CID 10 SECUNDÁRIO	26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
Transtorno + Sítio Parto	F 200		

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		PROCEDIMENTO SOLICITADO		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
Intervenção de Urgência				0171031171010913	
29 - CLÍNICA	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	31 - DOCUMENTO	32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE -		
Análise de Urgência	Urgência	( ) CNS (X) CPF	016147154601413161111		
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		34 - DATA DA SOLICITAÇÃO		35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
Dra. Joice Augusta Alves		06/06/16		Dra. Joice Augusta Alves Médico CRM/RN - 8898	

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO	39 - CNPJ DA SEGURADORA	40 - Nº 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      ( ) AUTÔNOMO      ( ) DESEMPREGADO      ( ) APOSENTADO      ( ) NÃO SEGURADO			

<b>AUTORIZAÇÃO</b>		
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	47 - COD. EMISSÃO EMISSOR	48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
49 - DOCUMENTO ( ) CNS    ( ) CPF	50 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em; width: 100%;"></div>	
51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SESAP - Secretaria de Estado da Saúde Pública  
Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia

FICHA INDIVIDUAL DE ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL

05/04/13			
DATA DE ENTRADA		HORA	
Nome do Usuário:*		Naturalidade	
Gláudio Daniel Alves dos Santos		Bom Jardim - CE	
Mãe		Manoel Alves Filho	
Pai		Francisca Batista de Freitas Alves	
Estado Civil:*	Data de Nascimento:*	Idade:	Sexo: F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/>
solteiro	21/11/1981	36	
Renda Mensal R\$:			Nº
R. Limbú 36			
Cidade:*	Profissão:		
COHAB	Após	Médico	
Endereço de Referência:			
Próximo ao Ginásio Municipal			
3 - Cartão Nacional do SUS:*		CPF:*	RG:*
25029 3485 3056		050 090 644 - 05	001.922.315
Telefone para contato:*			
Assinatura Responsável:*		Grau de parentesco:	Telefone:*
Mãe de Gláudio Daniel Alves dos Santos		Esposo	9820 0046 / 97096713

JAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA

CASA	<input checked="" type="checkbox"/>	PRÓPRIA	<input checked="" type="checkbox"/>	ALUGADA	<input type="checkbox"/>	CEDIDA	<input type="checkbox"/>	TELEFONE	<input type="checkbox"/>
ÁGUA	<input checked="" type="checkbox"/>	LUZ	<input checked="" type="checkbox"/>	TAIPA	<input type="checkbox"/>	ALVENARIA	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
IDADE DE INÍCIO DE TRABALHO	04	CRIANÇA	01	ADOLESCENTE	<input type="checkbox"/>	ADULTO	03	IDOSO	<input type="checkbox"/>

PROCEDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL

ANOTAÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/>	REFEIÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/>	NORMAS E ROTINAS	<input type="checkbox"/>	ORIENTAÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/>
TIPO DA INTERNAÇÃO:*							
Acidente automobilístico							
NOME		LEITO					
Pedrocinha		104 - 01					
Observações:							

Data: 07/04/13

Assistente Social

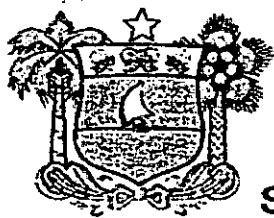




Nome: Flavio Donat A. Franks Leito:                     

## PRESCRIÇÃO

4/10/1978  
 CRIMINAL  
 1978



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA – SESAP  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA  
SAMU 192RN



AFIRMAÇÃO

Afirmamos, para os devidos fins que o paciente,  
Flavio Daniel Alves de Freitas, 36 anos, foi atendido  
pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192RN, no dia  
05/04/18, no horário 04:20, na via Rua Umbu nº 36, Cotab  
Paciente vítima de Acidente Automobilístico

Apodi, 11 de Abril de 20 18

Erlonides Lopes de Moura  
Enfermeiro  
COREN/RN: 259053  
CPF: 030.876.914-68

Coordenação de Enfermagem



CARTÓRIO ÚNICO  
Rua João Góes 144  
Tel: 84. 3373-2285  
José Raulino Gurgel de Beise  
Taboão

CERTIFICO, para os devidos efeitos que  
a presente fotocópia é reprodução fiel  
do documento que me foi apresentado  
do que, dou fe

Rosário Fernandes/RN

16/04/2018

Elcia Maria Simão dos Santos  
☐ José Raulino Gurgel de Beise - TAB. SUBSTITUTO  
☒ Elcia Maria Simão dos Santos - TAB. SUBSTITUTA



# ORTHOS

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

## ORTOPEDISTAS/TRAUMATOLOGISTA

Dr. Almir de Lopes - CRM 3136  
Dr. Antonio Pinheiro - CRM 1161  
Dr. João Firmino - CRM 2517  
Dr. Manoel Fernandes - CRM 2999  
Dr. Rodrigo Jales - CRM 4759  
Dr. Tupinambá Nogueira - CRM 4017  
Dr. Igo Walesko - CRM 6429  
Dr. Vicente Andrade - CRM 5592  
Dr. Kêilerte Gurgel - CRM 6766

### ATESTADO MÉDICO

FRAVIO DANIEL ALVES DE FREITAS

ATESTO PARA FINS DE DIREITO QUE O PACIENTE É PORTADOR DE SEQUELAS DE FRATURA LUXAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO.

EVOLUI COM DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO COM DOR QUE COMPROMETE SUA CAPACIDADE LABORAL.

DEVE EVITAR ESFORÇO E MOVIMENTOS REPETITIVOS DOS MEMBROS SUPERIORES.

CID: S430 . T 920

Mossoró, 18 de Maio de 2018

Dr. Antônio Vicente  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM: 5592 - TEOT 10481

Dr. Vicente Andrade  
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA  
CRM - 5592 - TEOT 10481

86-108 16:53 503073 1/1  
SECRETARIA DE SAÚDE  
LIDER DE ATENDIMENTO





Nome: Flavio Daniel A. Finkbe Leito:           

DATA	EVOLUÇÃO
8/4/18	foram após o cliente autônomo, comunitário, natureza comunitária em um outro espaço.
	e depreciação de qualidade moral. (Sinto próximo)
	to xam: usuário, conteúdo, regras, estrutura
	ligações, discussões comunitárias.

Data	Prescrição	Via	ENFERMAGEM	
			HORÁRIO	ASSINATURA
	1) Dente limo			
	2) SF 1000ml 5% — 24h 565% 1000ml 10 / (5000ml 20)			
	3) Gft maximo 1g + 1300 12/12h			
	4) Timoxan 1FA + 1300 12/12h (Suzano)			
Família	5) Carbotitum 300mg 10 12/12h			
	6) Dilogon 10g 10 24h m imune			
	7) Soluto para Priglutina (Priglutina)			
	8) Paracetamol 750mg 10 6/6h			
	Dr. Fernando Lima da Silva MÉDICO CRM/RN 6533 CS 1002-19784			
11.04.2018	Paciente em boas condições se fez fob midchech de oute ias de ste peche. Ste			
	Dr. Fernando Lima da Silva MÉDICO CRM/RN 6533 CS 1002-19784			
	ME MOSCO 06.07.2018			
	SAMEIARQUIVO			



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 001.922.315

18/11/2014

FLAVIO DANIEL ALVES DE FREITAS

MANOEL ALVES FILHO

FRANCISCA BATISTA DE FREITAS ALVES

LIMOEIRO DO NORTE CE

21/11/1981

050.090.644-05

34. VII

LEI Nº 7.116 DE 2006

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

FLAVIO DANIEL ALVES DE FREITAS

POLEGAR DIREITO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

POLEGAR DIREITO

FLAVIO DANIEL ALVES DE FREITAS

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL

IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR

FLAVIO DANIEL ALVES DE FREITAS

DATA DE NASCIMENTO

21/11/1981

Nº INSCRIÇÃO

0188 8536 1651

ZONA

045

SEÇÃO

0035

MUNICÍPIO / UF

RODOLFO FERNANDES/RN

DATA DE EMISSÃO

09/12/2017

JUIZ ELEITORAL

DOUTOR DILEMANDO MOTA PEREIRA

CÓDIGO DE CONTROLE

0624.B3F2.DCD3.8926

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço

[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 11:38:54 do dia 03/11/2014 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

050.090.644-05

Nome

FLAVIO DANIEL ALVES DE FREITAS

Nascimento

21/11/1981

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENT

DUT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN Nº 013085379745  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 2 COD. RENAVAM 01008654881 RNTRO \*\*\*\*\* EXERCÍCIO 2017

NOME  
FLAVIO DANIEL ALVES DE FREITAS

CPE/CNPJ 050.090.644-05 PLACA OWA7133

PLACA/ANT/UF OWA7133/RN CHASSI 9BD578341E7819324

ESPECIE TIPO ESPECIAL/CAMINHONETE/ABERTA/CAB DUP COMBUSTIVEL ALCOOL-GASOL

MARCA/MODELO FIAT/STRADA WORKING CD ANO FAB. 2014 ANO MOD. 2014

CAP/POT/CIL 4P/86CV CATEGORIA PARTICULAR COR PREDOMINANTE BRANCA

	COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC/COTAS
I	R\$ 0.00	10/04/2017	1º PAGO
P			2º PAGO
V	FAIXA I.P.V.A. 222423 3X	PARCELAMENTO/COTAS R\$ 233.26	3º PAGO
A			

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) \*\*\* TAXAS DETRAN: PAGO PRÊMIO TOTAL (R\$) DPVAT: PAGO DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES  
ALIEN. FID. EM FAVOR DE: 07.707.650/0001-10  
AYMORE CREDITO FINANC E INVEST. SA  
MOTOR: 310A20112030139

APODI/RN 08/11/2017

Sidney Bezerra da Silva  
Coordenador de Registro de Veículos  
DETRAN - RN

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Outros



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0159729/18

Vítima: FLAVIO DANIEL ALVES DE FREITAS

CPF: 050.090.644-05

Data do Acidente: 04/04/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FLAVIO DANIEL ALVES DE FREITAS

DOCUMENTOS ENTREGUES

**Sinistro**

Boletim de ocorrência

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

DUT

Outros

**FLAVIO DANIEL ALVES DE FREITAS : 050.090.644-05**

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

**ATENÇÃO:**

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

**Portador da documentação entregue**

Data da entrega: 26/04/2018

Nome: FLAVIO DANIEL ALVES DE FREITAS

CPF/CNPJ: 050.090.644-05

**Responsável pelo cadastramento na seguradora**

Data do cadastramento: 04/05/2018

Nome: MARCELA CARDOSO DA FONTOURA SANTOS

CPF: 143.687.977-95

FLAVIO DANIEL ALVES DE FREITAS

MARCELA CARDOSO DA FONTOURA SANTOS

**Vinícius Campos da Silva**

**De:** Jose Carlos  
**Enviado em:** quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33  
**Para:** Vinícius Campos da Silva  
**Cc:** Sonia Faro  
**Assunto:** Protocolo

Vinícius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, em medida extrema exceção, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa medida de exceção é válida somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

**José Carlos Carvalho**  
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 – 21º andar  
Centro – Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904  
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654  
E-mail : [jose.carlos@seguradoralider.com.br](mailto:jose.carlos@seguradoralider.com.br)

**CONFIDENCIALIDADE** Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

**CONFIDENTIALITY** This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

**De:** Arthur Froes;  
**Enviada em:** quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18  
**Para:** Jose Carlos <[jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br](mailto:jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br)>  
**Assunto:** RES: Produção: 13/03/2018

JC,  
Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

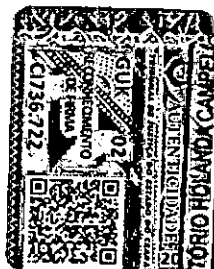
Atenciosamente,

**Arthur Fróes**  
Superintendente de Sinistros  
[arthur.froes@seguradoralider.com.br](mailto:arthur.froes@seguradoralider.com.br)  
Tel.: 55 21 3861-4286

DECLARAÇÃO

Eu, JOZIAS SEVERINO DE MOURA portador do  
CPF: 437.135.293-04 e do RG: 215738-81 declaro ter  
socorrido FLAVIO DANIEL ALVES DE FREITAS num veículo Marca  
UNO PALHO Placa MYZF297 para  
o Hospital Regional OBS - ENTREGUE AO SAMU na cidade de  
APODI - RN. Após um acidente de motocicleta.  
POSSER O ÚNICO VEÍCULO QUE SE ENCONTRAVA NO MOMENTO  
DO ACIDENTE

x Jozias Severino de Moura



Reconheço a(s) Firma(s) supras p/ autenticidade  
de Jozias Severino de Moura  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Doutor  
Potiretama-CE 13/1/04 12018  
Em testemunho de da verdade  
☒ Maria das Graças Campelo de Holanda - Tabelã  
☐ Solange M. H. Campelo Balhino - Tabelã Substituta  
VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0159729/18  
Vítima: FLAVIO DANIEL ALVES DE FREITAS  
CPF: 050.090.644-05

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 04/04/2018  
Titular do CPF: FLAVIO DANIEL ALVES DE FREITAS

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

Outros



#### ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 06/06/2018  
Nome: FLAVIO DANIEL ALVES DE FREITAS  
CPF: 050.090.644-05

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/06/2018  
Nome: Elen Tais Alves Pereira  
CPF: 126.261.667-07

FLAVIO DANIEL ALVES DE FREITAS

Elen Tais Alves Pereira

De: Jose Carlos

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33

Para: Vinícius Campos da Silva <[vinicius.silva@seguradoralider.com.br](mailto:vinicius.silva@seguradoralider.com.br)>

Cc: Sonia Faro <[soniafaro@seguradoralider.com.br](mailto:soniafaro@seguradoralider.com.br)>

Assunto: Protocolo

Vinícius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, em medida extrema exceção, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa medida de exceção é válida somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho  
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 – 21º andar  
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904  
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654  
E-mail : [jose.carlos@seguradoralider.com.br](mailto:jose.carlos@seguradoralider.com.br)

---

**CONFIDENCIALIDADE** Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

---

**CONFIDENTIALITY** This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

---

De: Arthur Froes

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18

Para: Jose Carlos <[jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br](mailto:jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br)>

Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

JC,

Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

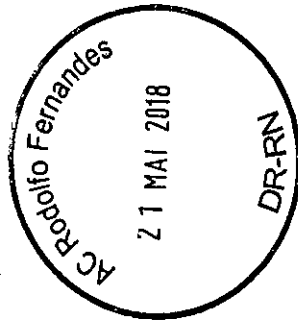
Arthur Fróes  
Superintendente de Sinistros  
[arthur.froes@seguradoralider.com.br](mailto:arthur.froes@seguradoralider.com.br)

Tel.: 55 21 3861-4286



[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
Rua da Assembleia, 100 – 21º andar  
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904

SEGURADORA LIDER - DPVAT  
RUA SENADOR DANTAS, 74 - 15º ANDAR - CENTRO  
RIO DE JANEIRO/RJ  
20031-205



FLAVIO BONNIEZ ALVES DE FREITAS

RUA UMBU 36 COABE

APODI EN

59700-000

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0159729/18  
Vítima: FLAVIO DANIEL ALVES DE FREITAS  
CPF: 050.090.644-05

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 04/04/2018  
Titular do CPF: FLAVIO DANIEL ALVES DE FREITAS

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

Outros



#### ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 23/07/2018  
Nome: FLAVIO DANIEL ALVES DE FREITAS  
CPF: 050.090.644-05

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/07/2018  
Nome: Karine Gomes de Lima  
CPF: 074.990.807-65

FLAVIO DANIEL ALVES DE FREITAS

Karine Gomes de Lima

De: Jose Carlos

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33

Para: Vinícius Campos da Silva <vinicius.silva@seguradoralider.com.br>

Cc: Sonia Faro <soniafaro@seguradoralider.com.br>

Assunto: Protocolo

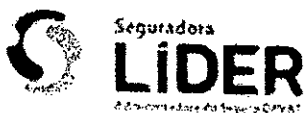
Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, **em medida extrema exceção**, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa **medida de exceção é válida** somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

**José Carlos Carvalho**  
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 – 21º andar  
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904  
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654  
E-mail : [jose.carlos@seguradoralider.com.br](mailto:jose.carlos@seguradoralider.com.br)

**CONFIDENCIALIDADE** Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

**CONFIDENTIALITY** This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Fróes

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18

Para: Jose Carlos <[jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br](mailto:jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br)>

Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

JC,

Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

**Arthur Fróes**  
Superintendente de Sinistros  
[arthur.froes@seguradoralider.com.br](mailto:arthur.froes@seguradoralider.com.br)  
Tel.: 55 21 3861-4286



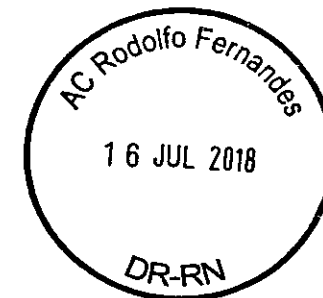
[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
Rua da Assembleia, 100 – 21º andar  
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904

SEGURO LIDER - DPVAT

RUA SENADOR DANTAS 74 15º ANDAR - CENTRO

RIO DE JANEIRO/RJ

20031-205



FLAVIO DANIEL ALVES DE FREITAS

RUA UMBU 36 COABE

59700-000

APDI EN

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180203968 **Cidade:** Apodi **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FLAVIO DANIEL ALVES DE FREITAS **Data do acidente:** 04/04/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

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

**Data da análise:** 16/05/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA DE OMBRO ESQUERDO

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

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:** SINISTRO INDEFINIDO, COM MENOS DE 90 DIAS, SEM PROGNÓSTICO.

**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
		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:**