



02/07/2019

Número: **0801100-51.2019.8.20.5112**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **1ª Vara da Comarca de Apodi**

Última distribuição : **11/04/2019**

Valor da causa: **R\$ 3.375,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FLAVIO DANIEL ALVES DE FREITAS (AUTOR)		SAMILA CRISTINE MELO FREITAS (ADVOGADO) BRUNO RAFAEL ALBUQUERQUE MELO GOMES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
45480776	02/07/2019 13:11	2603907 ELABORAR JUNTADA DE DOCS 01	Documento de Comprovação
45480789	02/07/2019 13:11	2603907 ELABORAR JUNTADA DE DOCS Anexo 01	Documento de Comprovação



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE APODI/RN

Processo: 08011005120198205112

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **FLAVIO DANIEL ALVES DE FREITAS**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

APODI, 26 de junho de 2019.

JOÃO BARBOSA
OAB/RN 980-A

LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA
11929 - OAB/RN

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**

Vítima: **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

Pag. 01667/01668 - carta_01 - INVALIDEZ

00020834



Rio de Janeiro, 16 de Maio 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: 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

Pag. 00321/00322 - carta_03 - INVALIDEZ



00070161

Carta nº 12811854

Rio de Janeiro, 14 de Junho 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: 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

Pag. 0156/01562 - carta_03 - INVALIDEZ



00040781

Carta nº 12958057

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**, 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

Pag. 00137/00138 - carta_04 - INVALIDEZ



Carta nº 13248442



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 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

Nome completo da vítima

050.090.644-05

FLAVIO DANIEL ALVES DE FREITAS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão	
FLAVIO DANIEL ALVES DE FREITAS		050.090.644-05		MÉDICO	
Endereço		Número		Complemento	
RUA UMBU		36		CASA	
Bairro	Cidade	Estado	CEP		
COABE	APONÍ	RN	59.700-000		
Email			Telefone (DDD)		
VIEIRA MELHORES SERVICOS@hotmail.com			041-9963/4018		

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)

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

BANCO		NRO	
BANCO DO BRASIL			
AGÊNCIA	CONTA	AGÊNCIA	CONTA
NRO.	NRO.	NRO.	NRO.
0899	3	30853	6
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

APONÍ 16 de ABRIL de 2018

Local e Data

Flávio Daniel Alves de Freitas

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

11/04/2018 - AUTO-ATENDIMENTO - 16.03.14
0089270915

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 RESTAU		
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	
Saque 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	080692	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	111,00D
10/04 19:12 FARMACIAS PAGUE M		
TEO	645562	35.000,00D
Telefone Pre-Pago	507037	20,00D
-- CONTINUA NA PROXIMA PAGINA ---		

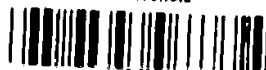




GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE ALTO SANTO

ASD 159

Boletim de ocorrência



FLS.

RUBRICA

AUTORIDADE POLÍCIA

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** Órgão Emissor: **SSPDS** UF: **RN**
Filiação: **FRANCISCA BATISTA DE FREITAS ALVES**
MANOEL ALVES FILHO
Endereço: **RUA UMBU, 36** CEP:
Bairro: **COAB** Município: **APODI/RN** Telefone: **(84) 99965-5186**
País: **BRASIL**

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 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

DELEGACIA MUNICIPAL DE ALTO SANTO

Pág. 1 de 2

Impresso em: 13/04/2018 13:52:33



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 Jozias Severino da Moura

RG: 215 738 - 81

CPF: 457. 135. 293 - 04

Diogo E. Brandão Emiliano
Escrivão de Polícia
Mat. 801.103-1-5



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

Eletta Maria Simão dos Santos

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

Declaração de Inexistência de IML



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 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

DALI.001 V001/2017

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Comprovante de residência



Eu, FLÁVIO 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: 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
FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE
Nº DE IDENTIFICAÇÃO
08000-840195
33332164

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

MATRICULA: 4488547 MÊS/ANO: 03/2018

DADOS DO CLIENTE						
MARTA DE FATIMA CHAVES PINTO RUA UNBU, N, 36 - APODI APODI RN 59700-000						
INSCRIÇÃO 311.001.090.0037.000	ROTA 2	SEQ.ROTA 5470	QUANTIDADE DE ECONOMIAS RESIDENCIAL CONTADOR INDUSTRIAL PÚBLICO 1			
HIDRÔMETRO Y17S660953	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	MEDIA
02/2018	13	12/2017	4	10/2017	31	14
01/2018	16	11/2017	12	09/2017	9	
DESCRIÇÃO ÁGUA		CONSUMO		TOTAL(R\$)		
RES ENTRE 50 E 100H 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		

SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 8241 /2018

Admissão: 05/04/2018 06:05:23

Documentação médico - hospitalar



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:** PARDADA

CNS: 700502937853056

CPF: 05009064405

Prof:

Mãe: FRANCISCA BATIASTA DE FREITAS ALVES

Pai: MANOEL ALVES FILHO

Logradouro: ANTONIO VIEIRA DE SA, 10

CEP: 59607100

Bairro: AEROPORTO

Cidade: MOSSORO

Telephone: 84 33153390

Comp:

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

Tipo: REGULADO

Origem: SAMU RN

*Empresa:

OBS: DRA SOLANGE

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

PESO:

[illegible]

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: _____

Parce que j'ai des soucis autochtones. Je suis 24 ans, endormi
avec des douleurs et que de la en l'air expiré après, je gâchais
et de la même. Fais mûr avec Halal et Emergen après tout.

Asb. *Uvae ursi* fruit, ripe, internal treatment, glycerol 15;

ABO: Fluvio, sublt. pulpa, Pilus erecti; La. h. sublt. pulpa
apertus; F. sublt. pulpa - 15E.

CD: Salento TC de Arima - R. de Boy, Obo, Cabumb, Alburio H.P.
 Inchauste de Orizaba: NCR.

Diagn. Inicial:

Dr. Yusef Habib Campus
Cairo, Egypt
CRM-68 CRM-AM-6957

PRESCRIÇÃO:

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORÁRIO	ASSINT.
1- Denta Lupa			
2. Leftaxona 1g + 40 IV 12/12 Lupa		14:00	02R
3. Dapoxona 50mg/1 Lupa + 40 IV 6/6 horas. PAXO		15:07	02R - D
4. Phyl 10mg/2L Lupa + 40 IV 8/8 horas - SUS		✓	✓ ✓
5. Haldol 5mg/1 Lupa + 40 IV - 6/6 horas PAXO. Lupa		08:14	02R
6- Aphen 5mg/1 Lupa + 40 IV 6/6 horas - PAXO. SUSP/1		09:04	10 16
7- Tetracilin 4mg + diluente 12/4/24 Lupa		14:00	
8- SFO 19/1 250mg/1 Lupa 12/12 horas Dr. Jota Jaime Mesquita Médico CRM/RG 10000			
9. Omeprazol 40mg + diluente IV Lupa		14:04	
10. Sumatriptan 50mg + diluente Lupa			
11- Prometazina 25mg/1 Lupa IV 8/8 horas [SUSP] SUSP			

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

Data: / /18. **Hr:** : : **Ass. Médico:**

*Gerado via SX por KLEBER RICARDO DE FRANCA BEZERRA. Impresso em 05 de Abril de 2018.

Evasão

 SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
Identificação do Paciente	
5 - NOME DO PACIENTE	6 - Nº DO PRONTUÁRIO
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO
9 - SEXO	10 - RAÇA/DOR
11 - NOME DA MÃE	12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE
13 - NOME DO RESPONSÁVEL	14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
17 - CDD. IBGE MUNICÍPIO	18 - UF
19 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO	
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL	24 - CID 10 PRINCIPAL
25 - CID 10 SECUNDÁRIO	26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
PROCEDIMENTO SOLICITADO	
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
29 - CLÍNICA	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
31 - DOCUMENTO	32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	34 - DATA DA SOLICITAÇÃO
35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)	
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	39 - CNPJ DA SEGURADORA
37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	40 - Nº DO BILHETE
38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO	41 - SÉRIE
42 - CNPJ EMPRESA	43 - CNAE DA EMPRESA
44 - CBOR	
45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA	
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO	
AUTORIZAÇÃO	
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	47 - CDD. EMISSÃO EMISSOR
48 - DOCUMENTO	49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	



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 de Freitas				Rio Grande do Norte - CE	
Mãe:*				Mameleirópolis - PB	
Nome da Mãe:*				Francisca Batista de Freitas Alves	
Estado Civil:*		Data de Nascimento:*		Idade:	
Solteiro		21/11/1981		36	
Sexo:		Renda Mensal R\$:		Nº	
F () M (X)					
Endereço:*		Cidade:*		Profissão:	
R. Zumbi 36		Apodi		Médico	
Instituição de Referência:*					
Unidade de Referência:*					
Cartão Nacional do SUS:*		CPF:*		RG:*	
05029 3785 3056		090 090 644 - 05		001.922.315	
Telefone para contato:*					
Nome do Responsável:*		Grau de parentesco:		Telefone:*	
Sr. Gláudio Daniel Alves de Freitas		Esposo		9820 0046 / 9709 6713	

JAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA

CASA	X	PRÓPRIA	X	ALUGADA		CEDIDA		TELEFONE	
ÁGUA	X	LUZ	X	TAIPA		ALVENARIA	X		
GRUPO DE IDADE QUE TEM	04	CRIANÇA	01	ADOLESCENTE		ADULTO	03	IDOSO	

PROCEDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL

ALIMENTAÇÃO	X	REFEIÇÃO	X	NORMAS E ROTINAS		ORIENTAÇÃO	X
-------------	---	----------	---	------------------	--	------------	---

Tipo da Internação:*	Acidente Automobilístico
----------------------	--------------------------

Unidade	Pediatrica	LEITO	104 - B
---------	------------	-------	---------

Observações:

Data: 07/04/13

Assistente Social



Nome: Flávia Dorval A. de Faria Leito: _____

Leito:

PRESCRIÇÃO

N.º 14391
 Otopedea e Traumatologia
 5924



EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Flavio Daniel A. Faria Leito:

DATA	EVOLUÇÃO
8/1/13	Fênix está agindo a 16 km/h com velocidade constante, apresentando petroleo com velocidade de 10 km/h com velocidade constante. e desequilíbrio a 10 km/h com velocidade constante. (Imediatamente a 10 km/h, velocidade, velocidade, velocidade, velocidade, velocidade, velocidade constante.

PRESCRIÇÃO

Data	Prescrição	Via	ENFERMAGEM	
			HORÁRIO	ASSINATURA
	1) Dente limo			
	2) SF 1000ml SA - 24h.			
	565% 1000ml 10 / (Sua Dor 20)			
	3) Gftmiano 1g + 1g 20h 12/11/26			14 02
	4) Timoxican 1FA + 1g 20h 12/11/26 (Sua Dor 20)			
Família	5) Carbocitran 300mg VO 12/11/26			
	6) Digoxina 10mg VO 12/11/26			
	7) Solução Pólen Pólen (Pólen 20h)			
	8) Paracetamol 500mg VO 12/11/26			
	Dr. Paulo Roberto de Souza MÉDICO CRM/RN 5551 - 12/11/26			
11.04.2018	Paciente em boas condições se foi fob em cheiro de outeiras de este pedre. Site			
	Dr. Maria Bonfim Médica CRM/RN 1255 12/11/26			



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



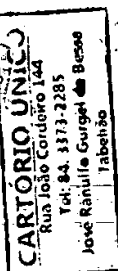
AFIRMAÇÃO

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, Cohab
Paciente vítima de Acidente Automobilístico

Apodi, 11 de Abril de 20 18

Ertonildes Lopes de Moura
Enfermeiro
COREN/RN: 259053
CPF: 030.776.914-68

Coordenação de Enfermagem



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

16/04/2018
Rosário Fernandes/RN
Elcia Maria Simão dos Santos
☐ José Ramalho Gurgel de Beise - TÁB. SUBSTITUTA
☒ Elcia Maria Simão dos Santos - TAB. SUBSTITUTA



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
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. Antonio Vicente
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 5592 - TEOT 10481

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

Rua Pedro Velho, 320 - Santo Antonio - Mossoró/RN

Fone: 84 3314 7755 / 3316 0184 - Fax: 84 3317 3227 - E-mail: orthos-clinica@hotmail.com



Documentacao medico - hospitalar:



Nome: Flavio Lourenço A. de Faria Leito: _____

DATA	EVOLUÇÃO
07/05/18	PARACER: Paciente submetido a Trauma em Auto (C) após acidente automobilístico. ID e Fratura luxação de úmero proximal. Confinado por Redução. Redução fechada imediata, na urgência. no momento apresenta a imobilização (Tubo), lesões adjacentes Fratura tubulada mais. Paciente com membros
	PRESCRIÇÃO de medicamentos

[illegible]

TEEN000099 LIDER 04JAT CP2 23-JUL-2018 08:38 493322 1/1

RESEARCH

VULVA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

RÉCIBO Nº 001.992.315
RECIBO
1976

FABIO DANIEL ALVES DE FREITAS
FABIO

MANOEL ALVES FILHO
FRANCISCA BATISTA DE FREITAS ALVES

MONTA-
LIMONIA DO NORTE CE

DAC DE REGISTRO DE NASCIMENTO - 1-43 F-113 RG-1828
POLICIA DE CAMARAO DAUICO CAMARAO

CNPJ 050.090.644-05

21/11/1981

26. VII

CE Nº 7116 de 1980

A. Secret. Asses. Técnica

18/11/2014

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	FOLEGAR DIRETO
--	---

Flávio Daniel Alves de Freitas

CAPTEIRA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

POLEGAR DIREITO

Kleirio Daniel Alves de Freitas

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

VOTO COM O SEU CADERNETO DE VOTO

 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 8836 1651	ZONA 045	SEÇÃO 0035
MUNICÍPIO / UF RODOLFO FERNANDES/RN		DATA DE EMISSÃO 08/12/2017	
JUÍZ ELEITORAL DAL. GILBERTO DAL. DILENIRDO MOTA PEREIRA DAL. DILENIRDO 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

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil

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

digito 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

VÁLIDO 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	COD. RENAVAM	RNTRC	EXERCÍCIO
2	01008654881	*****	2017
NOME			
FLAVIO DANIEL ALVES DE FREITAS			
CPF/CNPJ		PLACA	
050.090.644-05		OWA7133	
PLACA ANT/UF		CHASSI	
OWA7133/RN		9BD578341E7819324	
ESPECIE TIPO		COMBUSTIVEL	
ESPECIAL/CAMINHONETE/ABERTA/CAB DUP		ALCOOL-GASOL	
MARCA/MODELO		ANO FAB.	ANO MOD.
FIAT/STRADA WORKING CD		2014	2014
CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
4P/86CV	PARTICULAR	BRANCA	
COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC/COTAS	
R\$ 0.00	10/04/2017	1º PAGO	
FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO/GOTAS	2º PAGO	
222423 3%	R\$ 233.26	3º PAGO	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
*** TAXAS DETRAN: PAGO	***	DPVAT: PAGO	
OBSERVAÇÕES			
ALIEN. FID. EM FAVOR DE: 07.707.650/0001-10			
AYMORE CREDITO FINANC E INVEST. SA			
MOTOR: 310A20112030139			
APODI/RN		DATA	
Siderley Bezerra da Silva		08/11/2017	
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

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 04/04/2018
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 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

FLAVIO DANIEL ALVES DE FREITAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/05/2018
Nome: MARCELA CARDOSO DA FONTOURA SANTOS
CPF: 143.687.977-95

MARCELA CARDOSO DA FONTOURA SANTOS

Vinicius Campos da Silva

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

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>
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
Tel.: 55 21 3861-4286

SEGURADORA LÍDER

DECLARAÇÃO

Eu, JOZIAS SEVERINO DE MOURA portador do
CPF: 457.135.293-04 e do RG: 215738-81 declaro ter
socorrido FLAVIO DANIEL ALVES DE FREITAS num veículo Marca
UNO PALHIO Placa MYZF297 para
o Hospital Regional OBS- ENTREGUE AO SAMU na cidade de
APODÍ - RN. Após um acidente de motocicleta.
POSSO UNICO VEICULO 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

Potiretama-CE 13/04/2018
Em testemunho da verdade
☒ Maria das Graças Campelo de Holanda - Tabeliã
☐ Solange M. H. Campelo Balbino - Tabeliã Substituta
VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

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 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: Vinicius 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

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>

Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

JC,

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

Atenciosamente,

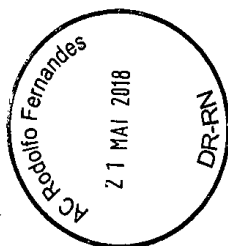
Arthur Fróes
Superintendente de Sinistros
arthur.froes@seguradoralider.com.br

Tel.: 55 21 3861-4286



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 DANIEL ALVES DE FREITAS
RUA UMBU 36 COBE
APODI EN
59200-000

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

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

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

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

Assunto: Protocolo

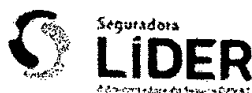
Vinicius

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

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>

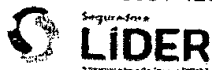
Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

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
Tel.: 55 21 3861-4286



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

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



FLAVIO DANIEL ALVES DE FREITAS
RUA UMBU 36 COARÉ
59200-000
APDI RJ

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: