
Rio de Janeiro, 24 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: FRANCISCO JAMES SARMENTO ALENCAR

Nº Sinistro: 3170618083

Vitima: FRANCISCO JAMES SARMENTO ALENCAR

Data do Acidente: 25/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170618083**.

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



Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: **FRANCISCO JAMES SARMENTO ALENCAR**

Nº Sinistro: **3170618083**

Vitima: **FRANCISCO JAMES SARMENTO ALENCAR**

Data do Acidente: **25/05/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170618083**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 26 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **FRANCISCO JAMES SARMENTO ALENCAR**

Nº Sinistro: **3170618083**
Vitima: **FRANCISCO JAMES SARMENTO ALENCAR**
Data do Acidente: **25/05/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3170618083**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos 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



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
 DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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
---------------------------	---------------	-------------------------

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LÉGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
FRANCISCO JAMES SARMENTO ALENCAR	6178.631.707-34	VIGIA
Endereço	Número	Complemento
RUA FLORIANO PEIXOTO	111	
Bairro	Estado	CEP
Centro	EE	63.500-000
Email	Telefone (DDD) (58) 7.9840-6989	

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

<input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> 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. DV CONTA NRO. DV
 (Informar digito se existir)

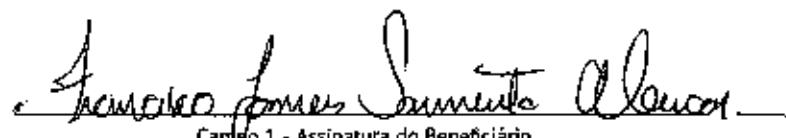
 CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome: NRO:
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL 104
 AGÊNCIA NRO. DV CONTA NRO. DV
 0613 5677
 (Informar digito se existir) (Informar digito 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.

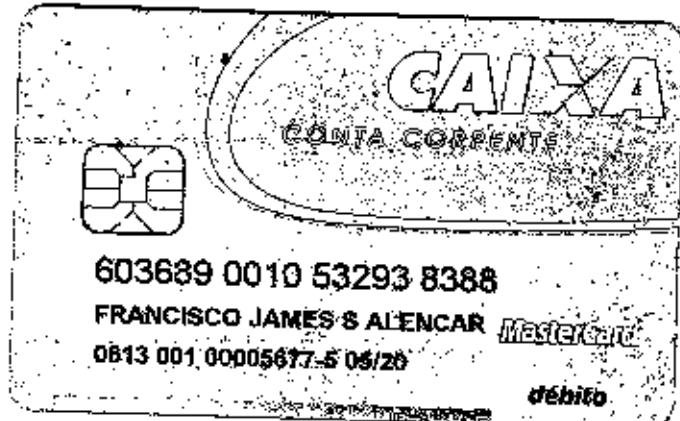
16/10/16, 06 de novembro de 17

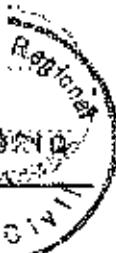
Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁSECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE IGUATU**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 479 - 4174 / 2017****Dados da Ocorrência****Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: 18/07/2017 11:27:48

Data / Hora da Ocorrência: 25/05/2017 18:06:00

Endereço da Ocorrência: RUA MARIA DOLORES

Complemento:

Bairro:

Município: IGUATU/CE

Ponto de Referência: MARCO LANCHES

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: FRANCISCO JAMES SARMENTO ALENCAR

Nascimento: 07/03/1981 CPF: 638.631.703-34

RG: 98029178895 Órgão Emissor: SSP

UF:

Filiação: MARIA ISOLANDA SARMENTO ALENCAR

FRANCISCO NILSON DA SILVEIRA

Endereço: RUA FLORIANO PEIXOTO, 111 CASA

Bairro: CENTRO

Município: IGUATU/CE

CEP: 63.500-000

País: BRASIL

Telefone: 9231-1440

Histórico

Compareceu a esta delegacia o DECLARANTE, nesta data , e informado das penalidades de falsa comunicação de crime e contravenção penal, Art 340 e 342, informou que no local e horário supracitado, trafegava CONDUTOR na moto: HONDA/ CG 150 FAN, ESPI AND FAB/ MOD/2013/2014. COR:VERMELHA,PLACA:USF-6145,ICE,CHASSI:9C2KC168UER414130, RENAVAM:585819548,estando a moto no nome: BENEDITO FERNANDES DA COSTA; Que o declarante trafegava na referida moto quando uma pessoa trafegando em um carro foi fazer uma ultrapassagem fechou o declarante que desviou vindo a perder o controle da moto e a cair; Que o condutor causador do acidente evadiu-se do local sem dar para anotar a placa do carro; Que foi socorrido pelo SAMU,até o Hospital Regional Igatu e sendo atendido pelo DR. FRANCISCO VILMAR FELIX MARTINS; que segundo o laudo do médico teve cortes no rosto e uma pancada forte na cabeça e lesões na perna direita, que o declarante está sentindo deficiência no olho direito ;Que veio registrar o fato para dar entrada no seguro DPVAT.

Vale salientar que as informações prestadas são de inteira responsabilidade do DECLARANTE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE IGUATU

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

ROBERTO GOMES DA SANTOS - MAT.: 300076-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

WESLEY ALVES DE ARAUJO - MAT.: 300540-1-1

VISTO DO DELEGADO/RD:

WESLEY ALVES DE ARAUJO - MAT.: 300540-1-1

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Certidão de Inexistência do IML
00047

Eu, Françisco James Sarmiento Alencar, portador da carteira de identidade nº 056 40527915 e inscrito no CPF/MF sob o nº 638.631.703-84, residente e domiciliado na Rua Floriano Peixoto, 111 - Centro, Cidade IGUAÇU, Estado CEARA, 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:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Françisco James Sarmiento Alencar.

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

IGUAÇU/CE, 06 de novembro de 2017

Local e data



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Agente de Saúde

SAMU
192
CEARÁ

XTO

CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada; que o SAMU 192 CEARÁ prestou atendimento ao Sr. FRANCISCO JAMES SARMENTO ALMEIDA, portador do RG 98029178895 e inscrito no CPF 638.631.703-34, no dia 23/05/2017, às 18h06, no município de Igatu/CE, na rua Maria Dolores, no bairro Jardim Oásis, vítima de colisão entre moto com carro, sendo encaminhado para o Hospital Regional de Igatu. É para constar que eu, Ana Cristina Medeiros Silva, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por MARIA DAS GRACAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA.

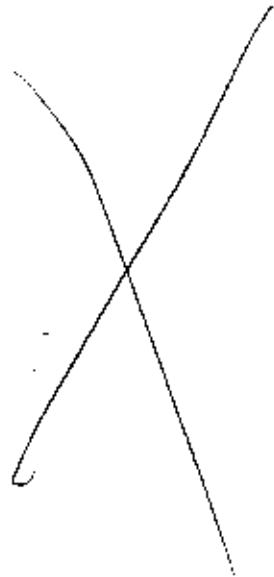
Eusébio, 03 de Julho de 2017

Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

Marizete Soárez (Zezé)
Enfermeira CRN/CE: 186.033
Garente Samu 192 Regional Eusébio

(85) 9678-7280

(85) 8923-5800



74



SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO

SERVICIO AUTONOMO DE AGUA E ESGOTO - S.A.A.E.
RUA ENGENHEIRO WILTON CORREIA LIMA, 772 - PRADO
IGUATU - CE - CEP: 63.500-000

CNPJ: 07.508.138/0001-45 - Fone: (88) 3566-7700

INSCRIÇÃO:

00117857

HIDROMÉTRÓ

A13A010768

FORMULAÇÃO

017054-69

EMISSÃO

23/05/2017

Folha: 01 / 0

VENCIMENTO:

29/05/2017

ALDIVAN MACHADO DA SILVA
RUA FLORIANO PEIXOTO, 111, CENTRO
CEP: 63.500-000 IGUATU - CE

63500-71

Localização:
00.00.08.0000017210

*** AVISO DE DEBITO ***

PREZADO CONSUMIDOR:

Após consulta em nossos registros, constatamos que V.S^a está em débito para com este serviço, referente ao(s) mes(es) abaixo discriminado(s).

Solicitamos-lhe a regularização do seu débito no prazo acima mencionado deste aviso, sob pena de corte no fornecimento. Caso V.S^a já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso.

INSCRIÇÃO	MÊS/FNO	N. FISCAL	VENCIMENTO	VALOR
00117857	ABR/17	170100524	24/04/2017	39,47

FATURAS EM ABERTO

CONSUMIDOR

X

1

VALOR TOTAL

38,47

AUTENTICAÇÃO NO VERSO

05/06/2018



DADOS DO PACIENTE						Guia de Autorização
Frontário 03194	Atendimento 0001	Nome do Paciente FRANCISCO JAMES SARMENTO ALENCAR			CNS	
Documento(s) CPF: 638.631.703-34					Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino
Data de Nascimento 07/03/1981	Local IGUATU/CE				Maior	Idade 36 Ano(s)
Pai FRANCISCO NILSON DA SILVEIRA				MARIA IOLANDA SARMENTO ALENCAR		
Enderéço RUA FLORIANO PEIXOTO, 99	Bairro CENTRO	CEP 63500-000	Município IGUATU	UF CE	Telefone	
Profissão O MESMO	Empresa	Conjuge				
Responsável O MESMO	CPF do Responsável	Endereço RUA FLORIANO PEIXOTO, 99		Município IGUATU		UF CE
DADOS DO ATENDIMENTO						
Data Atendimento 25/05/2017	Hora 19:08	Convênio SUS	Identificação CRM/UF 04592/CE		CID	
Profissional do Atendimento FRANCISCO VILMAR FELIX MARTINS				Tipo Atendimento ATENDIMENTO DE URGÊNCIA		
Indicador de Acidente				Funcionário ANA KELE RODRIGUES		
Observação						
Salto		Datas/Hora Liberação	às	hs.	Tipo de Saída () Alta	() Internação () Óbito
Sinais Vitais	Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (impm)	PA (mmHg)

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

Paciente vítima de quebra de morte.
Hemobilígosta e glóssica (15)
Alvorada de dor, febre, suspeita de infecção
c/ RHAD (+) sem sinal de infarto. PEC
Fusos fáceis contuso no face

- ① Dato L - 600000
- ② SF 0,91 - 200000 2897 m
- ③ Dexamona 1,29 g a 6/6
- ④ PA + TPE

Dr. FRANCISCO VILMAR F. Martins
CIRURGIA GERAL E PEDIATRICA
CRM: 04592/CE

FRANCISCO VILMAR FELIX MARTINS - CRM: 04592

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: O MESMO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS LIBERDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE JUVENTUDE
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIDADE

NOME: FRANCISCO JAMES GOMES ALLENCAZ

DOC. IDENTIF./COMPROVANTE 98029176996 EGP 08

CF: 631.783-34 DATA NAC.: 07/03/1961

PARENTS: FRANCESCO NILSON DA SILVEIRA MARIA TOLANDA GOMES ALLENCAZ

RESIDÊNCIA: 05640527915

MÍDIA: 02/05/2017 EXPIRAÇÃO: 09/11/2012

DATA DE EMISSÃO: 03/07/2014

ASSINATURA DO PORTADOR:

Francisco James Gomes Allencaz

LUGAR: IGUARU, CE

DATA DE EMISSÃO: 03/07/2014

ASSINATURA DO CREDOR:

Foto: [Redacted]

01 TO IN CLO/CE/PR

959238262

PRÓTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0449819/17

Vítima: FRANCISCO JAMES SARMENTO ALENCAR

CPF: 638.631.703-34

Data do Acidente: 25/05/2017

CPF de: Próprio TITULAR do CPF: FRANCISCO JAMES SARMENTO ALENCAR

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Comprovação de ato declaratório

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

DUT

Outros

FRANCISCO JAMES SARMENTO ALENCAR : 638.631.703-34

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 16/11/2017

Nome: FRANCISCO JAMES SARMENTO ALENCAR

CPF/CNPJ: 638.631.703-34

Data do cadastramento: 21/11/2017

Nome: JANAINA RIBEIRO DE ALMEIDA

CPF: 870.655.687-68

FRANCISCO JAMES SARMENTO ALENCAR

JANAINA RIBEIRO DE ALMEIDA

Nº do Sinistro _____
Nº do Protocolo _____

Seguro Obrigatório Dpvat - Protocolo de Recepção de Documentos
INVALIDEZ PERMANENTE

Fenaseg Dpvat
Central Dpvat 0800-221204
www.dpvaseguro.com.br

QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Data do Acidente 25/07/17 Vítima FRANCISCO JAMES SARMENTO ALENÇAR
CPF 678.676.707-74 Seguradora LÍDER DOS CONSELHOS DPVAT

QUALIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Nome FRANCISCO JAMES SARMENTO ALENÇAR Vítima Representante Legal
Endereço para Correspondência RUA FLORIANO PEIXOTO
nº 111 Complemento _____ Bairro CENTRO
Cidade 16 VAZ UF ES CEP 67500-000 Telefone para contato 88-3581-1280

Preencha com para documentação entregue

Preencha com para documentação faltante

TIPO DE DOCUMENTO

DOCUMENTOS BÁSICOS

- Registro da Ocorrência, expedido pela autoridade policial
- Identidade / RG ou Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou CTPS ou Carteira Nacional de Habilitação da vítima
- CPF da vítima
- Comprovante de residência da vítima
- Autorização de Pagamento / Crédito de Indenização (preencher modelo anexo)

Em caso de vítima com até 16 anos, também deverão ser apresentados os documentos pessoais do responsável legal.

DOCUMENTOS DA VÍTIMA

- Laudo do Instituto Médico Legal - IML, qualificando a extensão das lesões físicas ou psíquicas da vítima
- Na falta do laudo do IML, documento da Secretaria de Segurança Pública, informando a inexistência do IML na localidade do evento
- Termo de Curatela, no caso de alienação mental
- Alvará Judicial (se for o caso)

REPRESENTANTE LEGAL - se houver

- Procuração
- Identidade / RG ou Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou CTPS ou Carteira Nacional de Habilitação do procurador
- CPF
- Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O processo de avaliação sobre o pagamento da indenização ou reembolso ocorrerá somente após a apresentação de todos os documentos e desde que eles estejam em conformidade com a legislação vigente, quando iniciará o prazo para pagamento da indenização, que é de até 30 dias.
- Se outros documentos forem solicitados, o prazo de 30 dias - previsto para pagamento - será interrompido.

PORDEDOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Data ____ / ____ / ____

Nome _____

Identidade _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

Documentação recebida sem conferência

Data ____ / ____ / ____

Nome _____

Identidade _____