

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

Carta nº 12002822



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 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, 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

Carta nº 12874056





**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 LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
FRANCISCO JAMES SARMENTO ALENCAR	678.631.703-34	VIGIA
Endereço	Número	Complemento
RUA FLORIANO PEIXOTO	111	
Bairro	Estado	CEP
CENTRO	CE	63.500-000
Email		Telefone (DDD)
		(88) 9.9840-6084

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)

(Informar dígito se existir)

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

BANCO

Nome

NRO

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

104

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

0613

(Informar dígito se existir)

5677

(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.

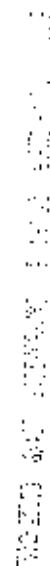
IGUAU/Ce, 06 de Novembro de 17

Local e Data

Francisco James Sarmento Alencar

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE IGUAU



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 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: IGUAU/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: CE
Filiação: MARIA IOLANDA SARMENTO ALENCAR
FRANCISCO NILSON DA SILVEIRA
Endereço: RUA FLORIANO PEIXOTO, 111 CASA
Bairro: CENTRO
Município: IGUAU/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 de CONDUCTOR na moto: HONDA/ CG 150 FAN, ESD/ AND FAB/ MOD: 2013/2014. COR: VERMELHA, PLACA: USF-6145, CE, CHASSI: 9CZKC1680ER414130, RENAVAL: 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 Iguaú 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 de DECLARANTE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE IGUAU

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

ROBERTO GOMES DO SANTOS - MAT.: 330074-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

X Francisco James Sarmiento Alencar

VISTO DO DELEGADO(A):

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, FRANCISCO JAMES SARMENTO ALENCAR, portador da carteira de identidade nº 05640527915 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.

Francisco James Sarmiento Alencar.

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

IGUAçu/CE, 06 de novembro de 2017

Local e data



ATO



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria de Saúde



SAMU
192
CEARÁ

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 ALENCAR, portador do RG 98029178895 e inscrito no CPF 638.631.703-54, no dia 25/05/2017, às 18h06, no município de Igatu/CE, na rua Maria Dolores, no bairro Jardim Oásis, vítima de colisão moto com carro, sendo encaminhado para o Hospital Regional de Igatu. E para constar eu, Ana Cristine Medeiros Silva, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA.

Eusébio, 03 de Julho de 2017

Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

Maruzio Sobrinho Bezerra
Enfermeiro COREN: 126.973
Gerente Samu 192 Regional Igatu

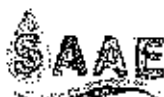
SAMU 192 CEARÁ

Rua da Paz nº 29 e 30 - Centro Eusébio - CEP: 64333-7434 Fone: (85) 3433 7434 Fax: (85) 3268 2061
E-mail: comunicacao@samu.ce.gov.br

(85) - 9678 - 7280

(85) 8923 - 5890

X



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

RECEITA AUTONOMA DE AGUA E ESGOTO
12/2017 (2017)

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

Folha: 01 / 0

INSCRIÇÃO

HIDRÔMETRO

FORMULAÇÃO

EMIÇÃO

VENCIMENTO

00117857

A13A010768

017054,69

23/05/2017

28/05/2017

ALDIVAN MACHADO DA SILVA

RUA FLORIANO PEIXOTO, 111, CENTRO

CEP: 63.500-000 IGUATU - CE

Localização:

00.00.08.0000017210

63500071

***** 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	MES/ANO	N. FISCAL	VENCIMENTO	VALOR
00117857	ABR/17	170100524	24/04/2017	38,47
FATURAS EM ABERTO				
1			VALOR TOTAL	38,47
CONSOLIDAR				
X				
AUTENTICAÇÃO NO VERSO				

Gula de atendimento - EMERGENCIA

BO = 4274/17
OS/cooling



DADOS DO PACIENTE

Fronteiriço	Atendimento	Nome do Paciente	CNS	Gula de Autorização
03194	0001	FRANCISCO JAMES SARMENTO ALENCAR		
Documento(s)	CPF: 638.631.703-34	Estado Civil	Salteiro(a)	Sexo
				Masculino
Data de Nascimento	Local			Idade
07/03/1981	IGUATU/CE			38 Ano(s)
Pai	Mãe			
FRANCISCO NILSON DA SILVEIRA	MARIA IOLANDA SARMENTO ALENCAR			
Endereço	Bairro	CEP	Município	UF
RUA FLORIANO PEIXOTO, 99	CENTRO	63500-000	IGUATU	CE
Profissão	Empresa	Cônjuge		Telefone
Responsável	CPF do Responsável	Endereço	Município	UF
O MESMO		RUA FLORIANO PEIXOTO, 99	IGUATU	CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento	Hora	Convênio	Matrícula	CID
25/05/2017	19:08	SUS		
Profissional de Atendimento	CRM/UF	Tipo Atendimento		
FRANCISCO VILMAR FELIX MARTINS	04592/CE	ATENDIMENTO DE URGÊNCIA		
Indicador de Acidente	Funcionário			
	ANA KELE RODRIGUES			
Observação				
Sala	Data/Hora Liberação	às	hs.	Tipo de Saída
				() Alta () Internação () Óbito
Sinais Vitais				
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (rpm)
				PA (mmHg)

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

Paciente autismo de quadro de mot.
desenvolvimento e linguagem (15)
Alto grau de comprometimento, uso de
C/RAH (+) sem sinais de interação per.
Fusos fixos contínuos no face.

Saturação

- 1) Dado L... 500/500
- 2) SFO. 9.1. - 200/120 289/12
- 3) Depressão 11/29 e 6/6
- 4) PA + TFL

Dr. Francisco Vilmar F. Martins
CIRURGIÃO GERAL E PEDIATRA
CRM: 9582

FRANCISCO VILMAR FELIX MARTINS - CRM: 04592

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: O MESMO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS LIBERDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
CARTEIRÃO DE IDENTIFICAÇÃO

959238262

VALIDAR ESE YUSE
O TERTIUM ALACAM

959238262

FRANCISCO JAMES SARMENTO ALMEIDA

DOCUMENTO / IDENTIFICATION
96029178988 SER 05

CPF 538.631.783-34 DATA NASCIMENTO 07/03/1961

FRANCISCO NELSON DA SILVEIRA
MARIA TOLANDA SARMENTO ALMEIDA

05640527915 02/05/2017 09/11/2012

SEM OBSERVAÇÃO

Francisco James Sarmento Almeida

LOCAL IGUAZU, CE DATA EMISSÃO 03/07/2014

66244056105 66142590266

DETALHES DE IDENTIFICAÇÃO

PROTÓCOLO 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

Data da entrega: 16/11/2017
Nome: FRANCISCO JAMES SARMENTO ALENCAR
CPF/CNPJ: 638.631.703-34

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Seguro Obrigatório Dpvat - Protocolo de Recepção de Documentos


Fenaseg convênio DPVAT
 Central Dpvat 0800-221204
 www.dpvatseguro.com.br

Nº do Protocolo

INVALIDEZ PERMANENTE**QUALIFICAÇÃO DO EVENTO**

Data do Acidente 25/05/17

Vítima FRANCISCO JAMES SARMENTO ALENCAR

CPF 639.636.707-34

Seguradora LIBER LOS CONSORCIOS DPVAT

QUALIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Nome FRANCISCO JAMES SARMENTO ALENCAR

☒ Vítima ☐ Representante Legal

Endereço para Correspondência RUA FLORIANO PEIXOTO

nº 111

Complemento

Bairro

CENTRO

Cidade IGAUAçu

UF CE

CEP 63500-000

Telefone para contato

88-3581-1280

Preencha com ☒ para documentação entreguePreencha 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.

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Data ____ / ____ / ____

Nome _____

Identidade _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA☐ Documentação recebida sem conferência

Data ____ / ____ / ____

Nome _____

Identidade _____