
Rio de Janeiro, 17 de Maio de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210138757

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS PAULINO BARBOSA

Data do Acidente: 21/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FRANCISCO DE ASSIS PAULINO BARBOSA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 22/07/2019, emitido pelo Dr. JOSÉ WILSON TOMAZ DE VASCONCELOS CRM nº 0 - CE, da Instituição UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3210138757 **Cidade:** Caucaia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DE ASSIS PAULINO BARBOSA **Data do acidente:** 21/07/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/05/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.
TRAUMA CONTUSO EM JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. PÁG 5/10/14
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG 14
EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES
QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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



SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

15 - C



Francisco de Assis Rufino Barbosa

1362825/87

22.07.87

FRANCISCO DE ASSIS PAULINO BARBOSA

Francisco Bezerra Barbosa

Rita Paulino Barbosa

Camindé -CE.

05.10.70

Art. Nasc. 137.129. Lv. A-103. Fls. 416.

Art. da 3ª Zona -CE.

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome

FRANCISCO DE ASSIS PAULINO BARBOSA

Nº de Inscrição

77961603-30

Data de Nascimento

05/10/70



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0112979/21

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS PAULINO BARBOSA/

CPF: 377.961.603-30

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 21/07/2019

Titular do CPF: FRANCISCO DE ASSIS
PAULINO BARBOSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

FRANCISCO DE ASSIS PAULINO BARBOSA : 377.961.603-30

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/05/2021
Nome: FRANCISCO DE ASSIS PAULINO BARBOSA
CPF: 377.961.603-30

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/05/2021
Nome: IVO SOUSA QUEIROZ
CPF: 069.082.203-03

FRANCISCO DE ASSIS PAULINO BARBOSA

IVO SOUSA QUEIROZ

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0112979/21

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS PAULINO BARBOS/

CPF: 377.961.603-30

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 21/07/2019

Titular do CPF: FRANCISCO DE ASSIS
PAULINO BARBOSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

FRANCISCO DE ASSIS PAULINO BARBOSA : 377.961.603-30

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/05/2021
Nome: FRANCISCO DE ASSIS PAULINO BARBOSA
CPF: 377.961.603-30

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/05/2021
Nome: IVO SOUSA QUEIROZ
CPF: 069.082.203-03

FRANCISCO DE ASSIS PAULINO BARBOSA

IVO SOUSA QUEIROZ

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Exclua (v) tipo(s) de cobertura:

☐ OMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nome completo da vítima

3 - CPF da vítima

4 - Nome completo da vítima

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E DATA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL - ONICULAR SUSCIP Nº 445/2012

5 - Nome completo

6 - Profissão

7 - Endereço

8 - CEP

9 - Município

10 - Complemento

11 - Bairro

12 - Estado

13 - Estado

14 - CEP

15 - Telefone

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 2 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal

18 - CPF do Representante Legal

19 - Profissão do Representante Legal

Declaram, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA

☒ R\$ 0,00 A R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 A R\$ 2.000,00

☐ R\$ 2.001,00 A R\$ 3.000,00

☐ R\$ 3.001,00 A R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 A R\$ 10.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

21 - BANCOS BANCÁRIOS

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPEIRA (Cartera para poupar e guardar dinheiro)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (204)

☒ CONTA CORRENTE (Conta de cheques)

Nome do BANCO:

Itaú

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT, que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já, a somente eu a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impedida de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento da indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 30 (trinta) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, considerando, desde já, que eu submeto a análise médica presencial, caso necessário, no curso de Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa acordo ou concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, com recurso do meu pedido.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima

☐ Solteiro

☐ Casado (no civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima

25 - Houve participação da vítima

26 - Vítima deixou bens pessoais

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou bens pessoais, informar o nome completo

28 - Vítima

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vítima

Falecidos

☐ Sim

☐ Não

30 - Vítima deixou

herança?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima

teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vítima

Falecidos

☐ Sim

☐ Não

33 - Vítima deixou

patrimônio?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer erro ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além de multa administrativa e multa por infração de artigo 199 do Código Penal.

34 - Assinatura de quem assina o pedido (a vítima)

35 - Nome legítimo de quem assina o pedido (a vítima)

36 - CPF legítimo de quem assina o pedido (a vítima)

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a vítima)

38 - 39 - Nome

CPF:

Assinatura do testemunho

39 - 39 - Nome

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Data e hora

Assinatura da vítima/beneficiário (declinante)

41 - Assinatura de Representante Legal (se houver)

11/11/2019

42 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 118 - 649 / 2021

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **NAO DELITUOSA**
Data / Hora da Comunicação: **23/02/2021 16:39:47**
Data / Hora da Ocorrência: **21/07/2019 20:40:00**
Endereço da Ocorrência: **R SAN DIEGO, PQ. GUADALAJARA - JUREMA**
CAUCAIA/CE
Ponto de Referência:

Noticiante(s)

Nome: **FRANCISCO DE ASSIS PAULINO BARBOSA**
Nascimento: **05/10/1970** CPF: **377.961.603-30**
RG: **20140035377** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **RITA PAULINO BARBOSA**
FRANCISCO BEZERRA BARBOSA
Endereço: **RUA GERALDO MENDES, 321 B**
Bairro: **PLANALTO AYRTON SENNA** CEP:
Município: **FORTALEZA/CE**
País: **BRASIL** Telefone:

Histórico

Em aditamento ao boletim de ocorrência nº 118-3637/2020, registrado nesta Delegacia (18DP), o noticiante informa que houve o seguinte erro de digitação no campo DATA DA OCORRÊNCIA, ONDE SE LÊ 21/07/2020, LEIA-SE 21/07/2019; QUE as demais informações permanecem inalteradas. Nada mais disse.////////

UNIDADE ADMINISTRATIVA DESTINO: DELEGACIA DO 18. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

JULIO DAPHINE SOUSA DO NASCIMENTO - MAT.: 198853-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO(A) DELEGADO(A):

JOSE JESUITA BARBOSA FILHO - MAT.: 133545-1-X



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 18. DISTRITO POLICIAL
Impresso nº 2020017019



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 118 - 3637 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **08/12/2020 11:44:00**
Data / Hora da Ocorrência: **21/07/2020 20:40:00**
Endereço da Ocorrência: **R SAN DIEGO, PQ GUADALAJARA - JUREMA**
CAUCAIA/CE
Ponto de Referência:

Notificante(s)

Nome: **FRANCISCO DE ASSIS PAULINO BARBOSA**
Nascimento: **05/10/1970** CPF: **377.961.603-30**
RG: **20140035377** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **RITA PAULINO BARBOSA**
FRANCISCO BEZERRA BARBOSA
Endereço: **RUA GERALDO MENDES, 321 B**
Bairro: **PLANALTO AYRTON SENNA** CEP:
Município: **FORTALEZA/CE**
País: **BRASIL** Telefone:

Histórico

Informa o declarante que no dia, hora e local acima citados estava atravessando a via caminhando, quando de repente foi atropelado por veículo de placas não anotadas, cujo motorista se evadiu do local sem prestar socorro ao declarante, QUE o declarante conseguiu contato com seus familiares, os quais se dirigiram ao local do acidente e socorreram o declarante até a U.P.A. (Unidade de Pronto Atendimento) do bairro Cj. José Walter, em Fortaleza/CE, onde recebeu os primeiros atendimentos médicos, sendo que alguns dias depois foi levado ao Hospital Instituto Dr. José Frota, onde foi atendido novamente. Nada mais disse.///////

UNIDADE ADMINISTRATIVA DESTINO: DELEGACIA DO 18. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

JULIO DAPHINE SOUSA DO NASCIMENTO - MAT.: 198853-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Francisco de Assis Paulino Barbosa*

VISTO DO(A) DELEGADO(A):

ITALO RENNO ALVES FEITOSA - MAT.: 300983-1-5

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Exclua (v) tipo(s) de cobertura:

☐ OMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nome completo da vítima

3 - CPF da vítima

4 - Nome completo da vítima

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E DATA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL - ONICULAR SUSCIP Nº 445/2012

5 - Nome completo

6 - Profissão

7 - Endereço

8 - CEP

9 - Município

10 - Complemento

11 - Bairro

12 - Estado

13 - Estado

14 - CEP

15 - Data

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 2 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal

18 - CPF do Representante Legal

19 - Profissão do Representante Legal

Declaram, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA

☐ R\$ 0,00 A R\$ 1.000,00
☐ R\$ 1.001,00 A R\$ 2.000,00
☐ R\$ 2.001,00 A R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 A R\$ 5.000,00
☐ R\$ 5.001,00 A R\$ 10.000,00
☐ R\$ 10.001,00 A R\$ 20.000,00
☐ R\$ 20.001,00 A R\$ 50.000,00
☐ R\$ 50.001,00 A R\$ 100.000,00
☐ R\$ 100.001,00 A R\$ 200.000,00
☐ R\$ 200.001,00 A R\$ 500.000,00
☐ R\$ 500.001,00 A R\$ 1.000.000,00
☐ R\$ 1.000.001,00 A R\$ 2.000.000,00
☐ R\$ 2.000.001,00 A R\$ 5.000.000,00
☐ R\$ 5.000.001,00 A R\$ 10.000.000,00
☐ R\$ 10.000.001,00 A R\$ 20.000.000,00
☐ R\$ 20.000.001,00 A R\$ 50.000.000,00
☐ R\$ 50.000.001,00 A R\$ 100.000.000,00
☐ R\$ 100.000.001,00 A R\$ 200.000.000,00
☐ R\$ 200.000.001,00 A R\$ 500.000.000,00
☐ R\$ 500.000.001,00 A R\$ 1.000.000.000,00

21 - BANCOS BANCÁRIOS

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPOANÇA (Cartera para poupar e guardar dinheiro)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (204)

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT, que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já, a ciência e a aprovação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou incapacitada de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento da indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 30 (trinta) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, considerando, desde já, que eu submeto a análise médica presencial, caso necessário, no curso de Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa acordo ou concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, com o IML ou do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Viúvo

☐ Separado judicialmente

☐ Vóvo

24 - Data do óbito da vítima

25 - Nome completo da vítima

26 - Vítima deixou algum herdeiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou algum herdeiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar nome e idade:

30 - Vítima deixou herdeiro(a) menor?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima deixou herdeiro(a) maior?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar nome e idade:

☐ Sim

☐ Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarão esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer erro ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além de multa administrativa e multa por infração de artigo 199 do Código Penal.

34 - Assinatura de quem assina o pedido (a vítima)

35 - Nome legítimo de quem assina o pedido (a vítima)

36 - CPF legítimo de quem assina o pedido (a vítima)

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a vítima)

38 - 39 - Nome:

CPF:

Assinatura do testemunho

39 - 38 - Nome:

CPF:

Assinatura da indenização

40 - Data e hora

Assinatura da vítima/beneficiário (declinante)

41 - Assinatura de Representante Legal (se houver)

11/11/2019

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

Cagece



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO

013593455

DADOS DO CLIENTE

F. A. DE A. DA LUZ IMPORTAÇÃO E EXPORTAÇÃO

RUA GERALDO MENDES, 321, B. PLANALTO AYLTON SENNA

FORTALEZA - CEP: 60766-130

Codificação: 001.055.0357.0207.0000.00.00

Padrão do imóvel: BÁSICO

Residencial: 001 Comercial: 000 Industrial: 000 Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Série	Sessão	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen	Atividade Semestral
AGUA	818W24400	47	51	4	5

DADOS

Leitura atual: 09/11/2023

Exigido: 09/11/2023

Leitura equi: 80640

Leitura anterior: 08/11/2023

Próxima leitura: 09/12/2023

QUALIDADE DE AGUA ENTREGUE POR TUBO A

09/2023

Nº de pontos	Classe	Força	Cor	Capacidade total	Tempo (s)
Existente	215	215	215	215	215

Banco: Landi (tel: 0800-707070)

Declaração

Declaro para devido fins que o paciente Fernanda de Azevedo Pombas, de id: 136.2525-87, e Cpf: 377.961603-30, realizou avaliação fisioterapêutica, mais a realização de 35 minutos atendimentos fisioterápicos devido a uma Lesão em joelho, a conduta foi para melhora do quadro algico, ganho de amplitude de movimento e aumento de força.

OBS: Pagamento
realizado a vista
c/ desconto.

Matheus Ramos Severo
Matheus Ramos Severo
Fisioterapeuta
CREFTO 199251/F

Matheus Ramos Severo
Fisioterapeuta
CREFTO 199251/F

Matheus Ramos Severo
Fisioterapeuta

Fortaleza, 23 de novembro de 2020.

Prefeitura de
Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
UAPS JOSE BARROS (2482495)

Guia de Encaminhamento para Especialista - Interconsulta / Referenciamento

Prontuário

Nome: FRANCISCO DE ASSIS PAULINO BARBOSA - Masculino - 06/10/1970 (48 anos)

Cadastro Nacional: 702001870247281

Nome da Mãe: RITA PAULINO BARBOSA

Endereço: RUA OSCAR ROMERO, 1041 - PLANALTO AYRTON SENNA - FORTALEZA - CEP: 60766480

Telefone: (85)34734883

Prontuário: 1199557

Priorização - Fila de Espera: **ALTA PRIORIDADE**

Nome do Pai: FRANCISCO BEZERRA BARBOSA

Serviço de Destino

Especialidade: ORTOPEDIA - CIRURGICA

001010072 - CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

Diagnóstico: S83 LUXACAO ENTORSE DISTENSAO ART LIG JOELHO / LUXACAO ENTORSE E DISTENSAO DAS ARTICULACOES

Motivo do Encaminhamento

Paciente vítima de tropeçamento por carro sofreu trauma em joelho do lado direito apresentando dor, edema e bloqueio articular. US de joelho direito (13/05/18) demonstra derrame articular, sinais de lesão por avulsamento do ligamento cruzado anterior. Cisto de Baker.

FORTALEZA, 14 de Agosto de 2018



FRANCISCO GILBRAZ LIMA MARQUES
CRM - 6814 / CNS: 98001600477469
MEDICO DA ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA



Av. Humberto Monte, 1440 - Parqueândia - CEP: 80450-000
Telefone: (85) 3283.4794 / 98300.0778

RECEITUÁRIO

Francisco de Assis P. Batista

Rec. 01, Legenda de
unidade de trabalho
solicita fisioterapia
35 SS.

Dr. João Batista Gomes da Silva
Médico - CRM: 5155
CPF: 229.775.923-01

Fortaleza

19/11/2020

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Declaro para os devidos fins, que o (a) Sr. (a) FRANCISCO DE ASSIS PAULINO BARBOSA, IDENTIDADE Nº esteve em observação nesta Unidade de Pronto Atendimento 24h no dia 21/07/2019, no período da 21:20 ATE 03:10

Fortaleza, 27 de Setembro de 2019


LEONISIA PEREIRA DA SILVA
2684 CRESS

LEONISIA PEREIRA DA SILVA
2684 CRESS

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL								DATA/HORA: 24/07/2019 19:58:47	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE									
CPF: 01000187024/201	NOME: FRANCISCO DE ASSIS PAULINO BARBOSA			RG: 5027886					
CPF: 07798190330	RG:	D. NASC: 05/10/1979		CPF: 07798190330	SEXO: M	RACIA COR: P/BRA			
NOME DA MÃE: ELITA PAULINO BARBOSA				NOME DO PAI: FRANCISCO BEZERRA BARBOSA					
TPO DE LOGRADOURO: RUA		DIÁRIO DO FONE: APOCALIPSE		Nº: 1044	Bairro: PLANALTO PÉROLA				
COMPLEMENTO:		TELEFONE: 08271350	MUNICÍPIO: FORTALEZA		UF: CE	CEP: 60768005			
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL									
NOME: FRANCISCO JOSÉ DE BARBOSA DE SOUZA			PARENTESCO: FILHO			TELEFONE:			
AGENTE DE TRABALHO									
TPO DE VÍNCULO:		CBO DO EMPREGADO:		CNPJ DO EMPREGADOR:		CÓDIGO DO CENSO:			
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO									
MOTIVO DO ATENDIMENTO: Acidente com pedestre. Paciente traumatizado em acidente com um automóvel (uma) grupo de sangramento									
QUEIXA: Vômito de arrojamento de vomito há 4 dias após com trauma a cabeça direita									
OBSERVAÇÃO:									
SINAIS VITAIS									
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública		Estado de Saúde: Moderado		Prioridade de Atendimento: AMARELO					
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: CLÍNICA MÉDICA									
ATENDIMENTO MÉDICO									
Anamnese: Atropelamento por carro há 4 dias.									
TCB com perda de consciência									
Sinais Físicos: Pupilas corneais, cefaléia e redução da audição									
Exames: auditivos.									
TC crânio									
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO									
DADOS COMPLEMENTARES DO LEITADO									
EXAMINAMENTO DO PACIENTE									
DATA E HORA DO ATENDIMENTO				CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA					

Virginia L. M. Roberto Teixeira
Endocrinologia e Metabolismo
CRM 12534/RQE 4183

24/07/2020
VR



INSTITUTO NACIONAL DE SEGURO SOCIAL

SABI
SISTEMA DE ADMINISTRAÇÃO DE
BENEFÍCIOS POR INCAPACIDADE

SOLICITAÇÃO DE INFORMAÇÕES AO MÉDICO ASSISTENTE - SIMA

Prezado(a) Dr(a),

Contando com sua preciosa colaboração, solicitamos a Vossa Senhoria fornecer os dados abaixo relacionados, que servirão para subsidiar a conclusão do exame médico-pericial. O fornecimento destas informações, sigilosas e de utilização exclusiva para subsidiar a análise do benefício pleiteado, conta com autorização do segurado interessado ou seu responsável legal (Lei nº 3.208/57, Lei nº 7.713/88, Lei nº 8.213/91, Lei nº 9.250/96, Decreto nº 44.045/58, Decreto nº 3.048/99 e Resoluções do Conselho Federal de Medicina nº 1.246/88 e 1.484/97).

- ☐ Comprovante de hospitalização
- ☐ Diagnóstico / CID - 10
- ☐ Exames complementares realizados
- ☐ Data do primeiro atendimento
- ☐ Evolução detalhada do quadro
- ☐ Estado atual da doença

☒ Outros

Fiche Patenteamento em anexo.

Atenciosamente

FORTALEZA CENTRO

10/08/2010

GIOVANNIA DE MENEZES RIBEIRO - 1534908

NOME DA AGÊNCIA

DATA

MÉDICO DO INSS

SEGURADO OU SEU REPRESENTANTE LEGAL

FRANCISCO DE ASSIS PAULINO BARROSA

1362025187

NOME COMPLETO

RG

Autorizo a emissão, em caráter confidencial, das informações acima solicitadas, por atenderem a meu interesse.

Nº REQUERIMENTO/NB

107744568 / 5086228122

ASSINATURA DO SEGURADO OU DO RESPONSÁVEL LEGAL

DIRBEN-03/4

COMPROVANTE DE PRESTAÇÃO DE INFORMAÇÕES

Governo Federal
Ministério do Desenvolvimento Social
Secretaria Nacional de Renda de Cidadania
Departamento do Cadastro Único

Formulário Principal de Cadastramento

Declaro, sob as penas da lei (Art. 299 do Código Penal), que as declarações contidas neste formulário correspondem à verdade e comprometo-me a procurar a gestão municipal para atualizá-las sempre que houver mudanças em relação às informações prestadas por mim nesta entrevista ou, no máximo, em até dois anos da data desta entrevista.

Nome FRANCISCO DE ASSIS PAULINO BARBOSA

377	961	603	30
-----	-----	-----	----

Identificação (CPF)

00588059805 | - | 23

Identificação (Título do Eleitor)

2 Francisco de Assis Brito e Silva
Assinatura do Responsável pela Unidade Familiar

Assinatura do Responsável pela Unidade Familiar:

Nome do município

FORTALEZA - CE

Código familiar

061865060-10

Data da entrevista

11/03/2020

Entrevistador

$$2 + 2 + 2 + 2 + 2 = 10$$

Identificação (CPF)

Modalidade da operação

☒ Including
Alteração

Telephone No. Organ responsible

8970-4067

Graciele
Assinatura do entrevistado

Assinatura do entrevistado:



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

SABI
SISTEMA DE AUTENTICAÇÃO DE
BENEFICIÁRIOS PLANEJADOS

AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

FORTALEZA - CENTRO

REMARCAÇÃO DE EXAME PERICIAL
REQUERIMENTO Nº 197744668

Prezado(a) Sr(a)

FRANCISCO DE ASSIS PAULINO BARBOSA

(Nome do requerente)

Informamos que foi remarcado seu exame pericial para a data, hora e local a seguir discriminados:

Data: 19/08/2019

Hora: 11:00

Endereço:

R. PEDRO PEREIRA 383

CENTRO

FORTALEZA - CE

Compareça ao exame pericial agendado, levando RG (Carteira de Identidade) ou Carteira Profissional. Considerando que já houve solicitação de remarcação, informamos que o não comparecimento na data acima agendada ensejará no indeferimento do requerimento ou cessação do benefício.

Fortaleza, 01 de agosto de 2019.

(Assinatura)
197744668

(Nome/Cargo/Assinatura/
(Atendente))

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Responsabilizo-me, sob as penas do Art. 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.

Cliente em 19/8/2019

Assinatura do Requerente Rep. Legal

Acao:

Inicio Ordem Desvio: Restaura Fim:

Nº: 6299228122 FRANCISCO DE ASSIS PAULINO B. Situação: Benefício Indeferido

DT. Processamento: 9/09/2019

OL Concessao: 05.0.01.130

OL Indefer: 05.0.01.120

Despacho: 55 INDEFERIMENTO ON-LINE

Especie: 31 AUXILIO DOENÇA PREVIDENCIARIO

DER: 25/07/2019

Motivo: 133 NAO COMPARECIMENTO PARA CONCLUIR EXAME MEDICO PERIC-
IAL

Observacao:

Window G-SREN/1 at QTPRJCV3

JOSE WALTER

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: FRANCISCO DE ASSIS PAULINO BARBOSA

Prontuário: 333530

Admissão: 21/07/2019 21:20

Data Nas.: 05/10/1970 Idade: 48 ano(s) 9 mes(es) e 16 dia(s)

Sexo: Masculino RG: 138202587

Mãe: RITA PAULINO BARBOSA

Telefone: (85) 98787-8634

Endereço: RUA NOVO HORIZONTE N 800

Bairro: PLANALTO AYRTON SENNA CEP: 60000-000

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Classificador: GISELLE PEREIRA ROVERE

Risco: AMARELO

Data: 21/07/2019 21:25

Queixa: DOR EMSD E MID E VOMITO HA POUCO MINUTOS. SOFREU ATROPELAMENTO APÓS LIBAÇÃO ACÓDICA, HIST. DE INCONSCIÊNCIA

Fluxograma: TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO

Discriminador: HIST. DE INCONSCIÊNCIA

Risco de Queda:

Sim

Alergia: Não

Dengue Não Primeiro sintoma

Chikungunya: Não

Prim/Sintoma

Sato02: Glasgow: 15 Temp.:

Glicemia: 169

Réguia: 5

Pulso/FC:

ALERGIAS

Descrição:

ATENDIMENTO

Médico: MARKUS PAULO FELICIO LAGE

Nº Atendimento: 849384

Data: 21/07/2019 21:33

Eixo: OBSERVAÇÃO BREVE ADULTO

CRM: 17896

P.A.:

Acidente: Não

Agressão: Não

Peso:

Protocolo Sepsis: Não

Hipótese Diagnóstica: FERIMENTO DE MEMBRO INFERIOR, NÍVEL NÃO ESPECIFICADO

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

PACIENTE ALCOOLIZADO. APRESENTA ESCORIAÇÕES EM MMII, RELATA TER SIDO ATINGIDO POR VEÍCULO AO ANDAR NA VIA.

NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA. REFERE HAS - NÃO SABE INFORMAR MEDICAÇÃO.

AO EXAME: PA 90X60

REG, ALCOOLIZADO, EUPNEICO, HIDRATADO, NORMOCORADO, AFEBRIL, COOPERATIVO

AC: RCR 2T BNF S/S

AP: MVU+ S/RA

ABD: PLANO, RHA+, FLÁCIDO, INDOLOR

EXT: ESCORIAÇÕES EM JOELHOS E PODODÁTILOS À DIREITA

PROTOCOLO SEPSIS

EXAME

Médico: MARKUS PAULO FELICIO LAGE

Data: 21/07/2019 21:45

Tipos	Prescrição	Aprazamento
Hidratação/Eletrólitos	Nº TOTAL DE FASES: 1 SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% - SOLAL - FR. ADMINISTRAR EM CADA FASE 500	

Hidratação/Eletrólitos	ML FASE(S) 1: VOLUME = 500,0 ML; VAZÃO = 0,003 AS/MIN INTRA VENOSA / DOSE ÚNICA / CORRER SORO RÁPIDO EM 30 MINUTOS / CORRER SORO RÁPIDO EM 30 MINUTOS	
Medicamento	DIPIRONA 1000MG/ML - 2ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2,0 ML / EM 18ML DE ÁGUA DESTILADA / INTRA VENOSA / DOSE ÚNICA	
Medicamento	METOCLOPRAMIDA 5MG/ML - 2ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2,0 ML / EM 18ML DE ÁGUA DESTILADA / INTRA VENOSA / DOSE ÚNICA	

EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
22/07/2019 00:40	GABRIELLA CRISTINA COELHO DE BRITO	PACIENTE VITIMA DE TCE HOJE ENQUANTO EMBEAGADO, AINDA SOB EFEITO DO ALCOOL, COM MARCHA HEBRIA. INSTABILIDADE NA MARCHA

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

☐ Alta Conduta

☐ Observação

☐ Referência para:

☐ Óbito



Clínica Sim- Itaperi
Av. Doutor Silas Munguba, 2745
(85) 33116060
(85) 981658886 Whatsapp

Paciente: FRANCISCO DE ASSIS PAULINO BARBOSA
Data do exame: 13/08/2019

ULTRASSONOGRAFIA DO JOELHO DIREITO

Presença de pequeno derrame articular em topografia suprapatelar.

Ligamento colateral tibial hipoeecogênico e espessado, com aspecto compatível com lesão parcial/estiramento.

Inserção distal dos tendões que compõem a "pata de ganso" (sartório, grácil e semitendíneo) com aspecto conservado.

Ligamento colateral fibular com ecotextura e espessura preservadas e contornos normais.

Tendões do quadríceps femoral, do biceps femoral e patelar com ecotextura e espessura preservadas e contornos normais.

Presença de cisto de Baker com conteúdo líquido com debris, contornos regulares e paredes finas, medindo 2,0 x 1,1 x 0,6 cm.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Derrame articular.

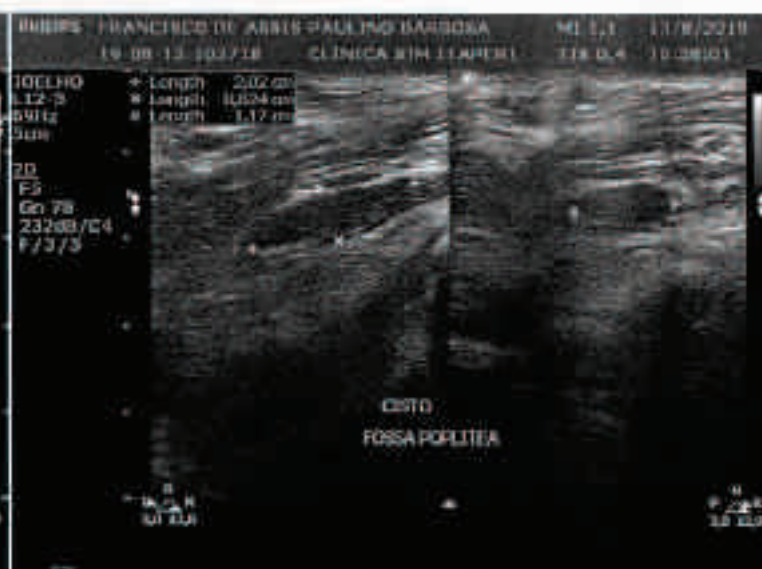
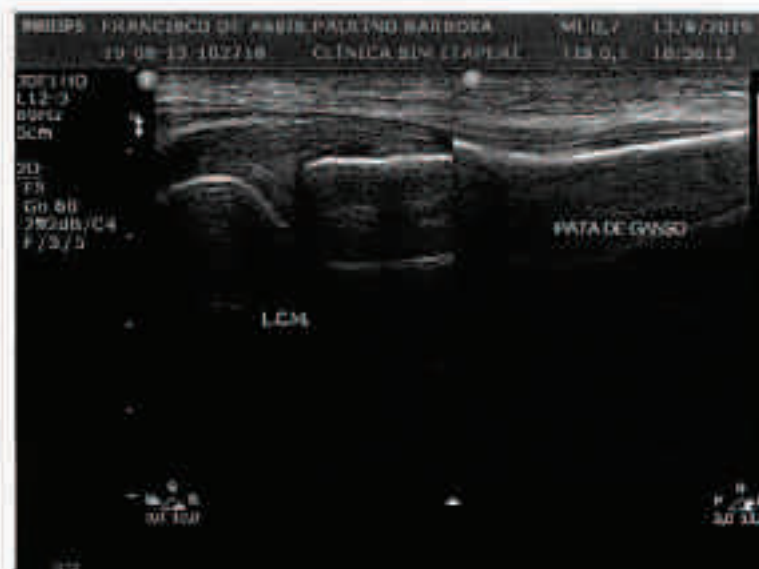
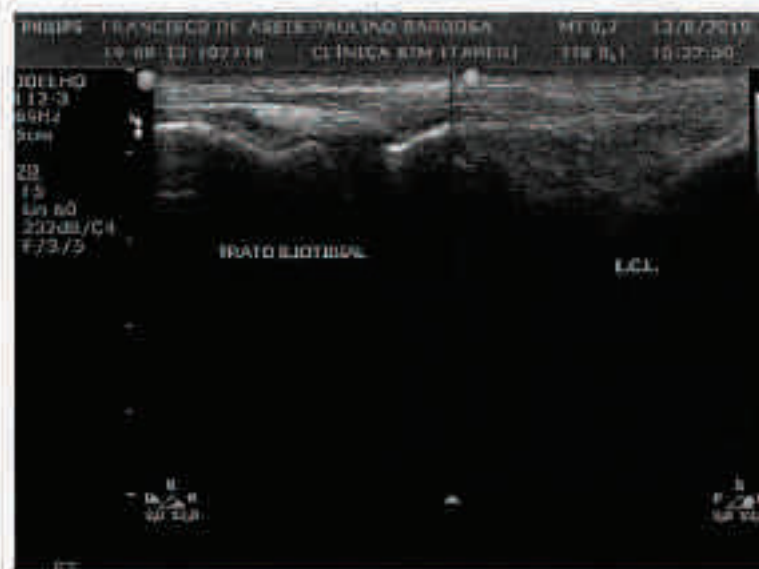
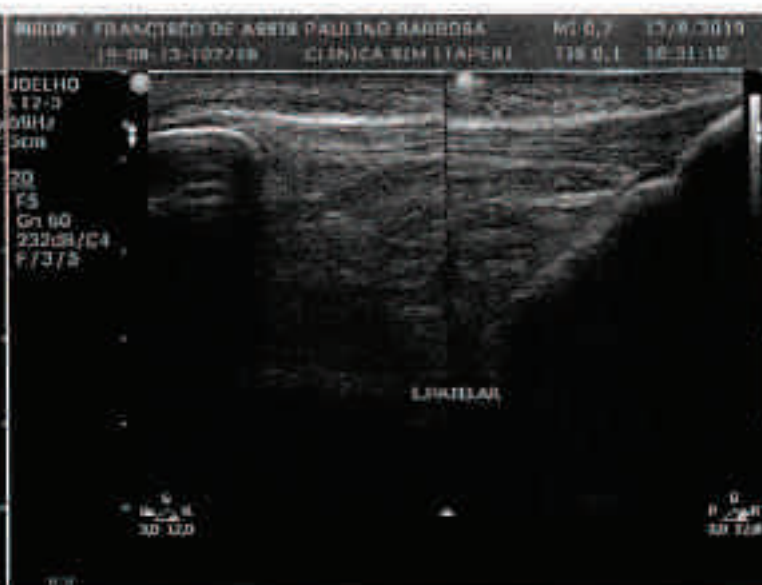
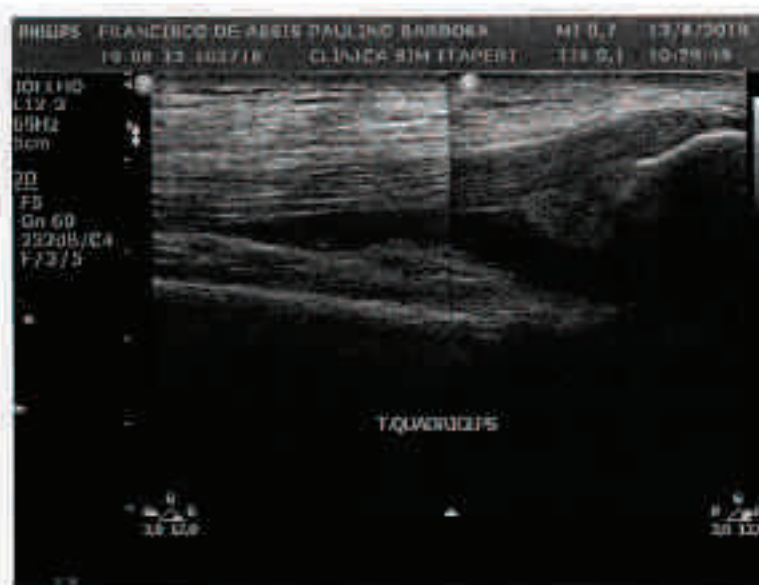
Sinais de lesão parcial/estiramento do ligamento colateral tibial.

Cisto de Baker.

Obs.:

- Sinais de edema discreto nos planos subcutâneos da face anterior do joelho direito.
- Realizado estudo comparativo com o joelho contralateral.

Dr. Filipe C. de Lemos
Médico Radiologista
CRM 14873



ITAPERI

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: FRANCISCO DE ASSIS PAULINO BARBOSA

Prontuário: 219130

Admissão: 22/07/2019 12:41

Data Nasc.: 05/10/1970 Idade: 48 ano(s) 9 mês(es) e 17 dia(s)

Mãe: RITA PAULINO

Sexo: Masculino RG:

Endereço: RUA APOCALIPSE 1044

Telefone: (85) 98771-0980

Bairro: PLANALTO Ayrton Senna CEP: 60000-000

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Classificador: LIDIANE COLARES MONTEIRO

Risco: AMARELO

Queixa: dor de ouvido, dor nos mmb e náusea desde ontem, após acidente

Data: 22/07/2019 12:53

Fluxograma: PROBLEMAS EM OUVIDOS

Discriminador: DOR MODERADA

Dengue Não Primeiro sintoma

Risco de Queda: Não Alergia: Não

Sato02: Glasgow: 15 Temp.: 36,3 Glicemia:

Chikungunya: Não Prim/Sintoma

Régua: 5 Pulso/FC:

ALERGIAS

Descrição:

ATENDIMENTO

Médico: JOSE WILSON TOMAZ DE VASCONCELOS

Nº Atendimento: 633704

Data: 22/07/2019 13:33

Eixo: MEDICAÇÃO NEBULIZAÇÃO

Acidente: Não Agressão: Não

Peso:

CRM: 17770 P.A.:

Protocolo Sepse: Não

Hipótese Diagnóstico: DOR AGUDA

HDA/Exame Físico:

Comorbidade:

RELATA QUE SOFREU ATROPELAMENTO ONTEM
DOR EM MID E EM OMBRO D
DESCONFORTO EM OUVIDO D SEM OTORRAGIA

BEG, EUPNEICO, NORMOCARDICO

ACH: FISIOLÓGICA

ABD: NDN

ESCORIAÇÕES LEVES EM MID

GLASGOW: 15

UPA ITAPERI
Contato com o paciente
Data: 06/08/2019
Ribeiro M. Carvalho
Mestre em Saúde

PROTOCOLO SEPSE

EXAME

RAIO-X JOELHO D AP/P (0204060125)

RAIO-X OMBRO D LATERAL/ ESCAPULAR (0204040116)

RAIO-X PE D AP/OBL IQ (0204060150)