



Número: **0820604-56.2017.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **24ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **26/10/2018**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado
ALDO COUTINHO DA ROCHA (AUTOR)		CLAUDIMIR JOSE FERREIRA VELHO (ADVOGADO)
PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS (RÉU)		
URAI DE OLIVEIRA (TERCEIRO INTERESSADO)		
Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
10573 452	22/05/2017 13:50	<u>ALDO-COUTINHO20170522 13392633 compressed</u>
		Outros documentos

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: Aíde Coutinho da Rocha

Profissão: União Estadual Estado Civil: —

RG: 002.065.433 CPF: 038.973.954-52

Endereço: Rua do Juá Bairro: Zona Rural

Cidade: São Miguel do Gostoso Estado: RN CEP: 59585

OUTORGADOS: FELIPPE DE QUEIROZ BESSA BANDEIRA LEITE, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/RN sob o nº 5938, com endereço profissional na Rua João Pessoa, 267, Edifício Cidade do Natal, Sala 120, Cidade Alta, Natal-RN. CEP: 59025-500.

PODERES: A quem concedo(emos) amplos, limpos e ilimitados poderes, para em conjunto ou separadamente, no foro em geral, perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, propor(em) quaisquer medidas preliminares preventivas ou assecuratórias dos nossos direitos e interesses, usando, para tanto, os poderes da cláusula “*AD JUDICIA ET EXTRA*” e mais os especiais para transpor(em), firmar(em) compromissos, fazer acordo, receber(em), dar(em) quitação, representar-nos juntos as repartições Públicas, Estaduais, Municipais, Federais, Autárquicas e Sociedades de Economia Mista, praticando todos os atos de representação e defesa extrajudiciais, perante quaisquer pessoas físicas em geral, e, finalmente, praticar(em) todos os atos que se tornem mister para o fiel e completo desempenho deste mandato, inclusive interpor(em) total ou parcialmente, com ou sem reservas de poderes, o que tudo darei(emos) por bom, firme e valioso.

CONTRATO DE HONORÁRIOS: Acordam as partes que o Outorgante arcará com os honorários no percentual de 30% (trinta por cento) ao Outorgado, do valor percebido por aquele a qualquer título, por condenação ou acordo entre as partes.

Natal, 06 de Novembro de 2016.



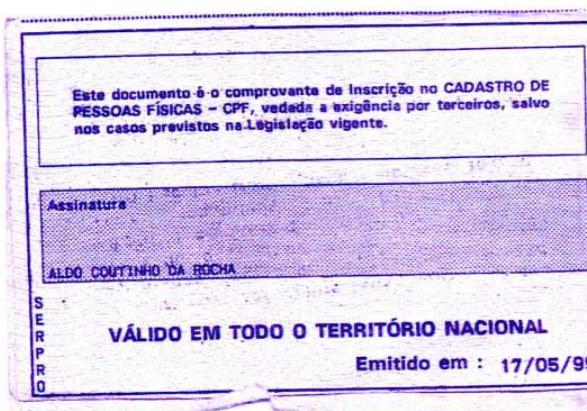
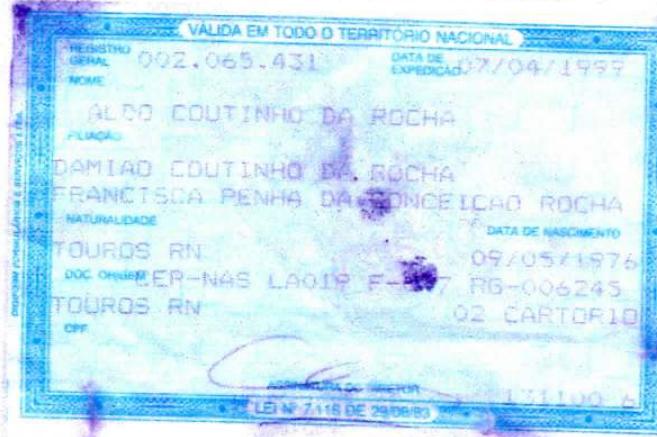
Aíde Coutinho da Rocha
OUTORGANTE

SUBSTABELECIMENTO

FELIPPE DE QUEIROZ BESSA BANDEIRA LEITE, brasileiro, casado, Advogado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil, secção do Rio Grande do Norte, sob o nº 5938, através desta, **substabelece COM RESERVA de iguais poderes**, a mim outorgados por **Aldo Coutinho da Rocha**, conforme documento particular de outorga de poderes, ao Ilustre Causídico **CLAUDIMIR JOSÉ FERREIRA VELHO**, advogado inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil, secção do Rio Grande do Norte, sob o nº 7268, com endereço profissional a Rua Doutor Sadi Mendes, 1010A, Santos Reis, Parnamirim/RN. CEP: 59141-085 para todos os fins, principalmente para interpor requerimento administrativo para recebimento de Seguro Obrigatório - DPVAT.

Natal, 24 de abril de 2017.


Felippe de Queiroz Bessa Bandeira Leite
OAB/RN 5938



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 095/2015

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE MOTO
DATA E HORÁRIO DO FATO: 05/02/2015 POR VOLTA 16:00H
LOCAL DO OCORRIDO: ESTRADA CARROCÁVEL NO Povoado DE CRUZAMENTO, DISTRITO
DE SÃO MIGUEL DO GOSTOSO/RN

COMUNICANTE: ALDO COUTINHA DA ROCHA

SEXO: MASCULINO

RG: 002.065.431 Itep RN **CPF:** 038.973.954-52

FILIAÇÃO: DAMIÃO COUTINHA DA ROCHA E FRANCISCA PENHA DA CONCEIÇÃO ROCHA

ENDEREÇO: POÇO DO JUÁ ÁREA RURAL DE SÃO MIGUEL DO GOSTOSO

ESTADO CIVIL: UNIÃO ESTÁVEL **NATURAL:** TOUROS/RN

DATA DE NASCIMENTO: 09/05/1976

TELEFONE: 84 8864-4338 **PROFISSÃO:** AGRICULTOR

VÍTIMA: O COMUNICANTE **SEXO:**

RG: **CPF:**

FILIAÇÃO:

ENDEREÇO:

NATURALIDADE:

TELEFONE: (84) **PROFISSÃO:**

ACUSADO: A ESCLARECER

ENDEREÇO:

REFERÊNCIA:

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA A VÍTIMA COMPARCEU NESTA DELEGACIA PARA RELATAR QUE NA DATA HORA E LOCAL ACIMA CITADO ESTAVA CONDUZINDO A MOTO DE PLACA **OJZ-6549**, RENAVAM 00666480212, CHASSI 9C2JC4110DR738876, ANO 2013, DE COR VERMELHA, DE MARCA E MODELO HONDA/CG 125 FAN KS, LICENCIADA EM NOME DE GILSON DE SOUZA CARDOSO JUNIOR, QUANDO OUTRA MOTO VINDO EM SENTIDO CONTRÁRIO BETEÚ DE FRETE NA SUA MOTO, APARTIR DESSE MOMENTO FICOU DESACORDADO, QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES PARA O PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO EM NATAL, ACORDANDO QUANDO JÁ ESTAVA SENDO SOCORRIDO. NADA MAIS DISSE E LHE FOI PERGUNTADO.

PROVIDÊNCIAS ADOTADAS: REGISTRO DO B.O. ENTREGUE 1ª VIA AO COMUNICANTE

SÃO MIGUEL DO GOSTOSO/RN, 06/05/2015

APC- JONAS MAT 166727-0

COMUNICANT/VITIMA

TESTEMUNHA INSTRUMENTÁRIA *[Assinatura]*

TESTEMUNHA INSTRUMENTÁRIA *[Assinatura]*

RUA DOS TUBARÕES, 26, CENTRO, SÃO MIGUEL GOSTOSO/RN.



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO GOSTOSO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ 01.612.396/0001-90
Av. dos Arrecifes 1619 – Centro – São Miguel do Gostoso
FONE/FAX: 0(XX) 84 3263-4968 - E-mail: saudegostoso@ig.com.br

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

NOME: Aldo Cobinho da Rocha IDADE: 39 SEXO: M () F ()
ESTADO CIVIL: _____ NATURALIDADE: _____ PROFISSÃO: _____
ENDEREÇO: Cidade CIDADE: 807
DATA: 20 / 02 / 2015 HORA/ENTRADA: 16.22'

ANAMENESE – EXAME FÍSICO:

*Segundo ptc vindo d/ Revisão do paciente
havia lesões fraturais e fruto que securam a
medida (tudo depende) que o atendente era p/ Keficar
a fala Gestada.*

T. A. _____ mm Hg PULSO: _____ RESP: _____ TEMP: _____

CONDUTA:

*Erivan Félix
Enfermeiro
COREN-RN 67647*

MÉDICO RESPONSÁVEL

Tipo de procedimento: () somente consulta () consulta c/ administração de medicamento
() sutura () curativo () observação até 12 horas () observação após 12 horas e até 24 horas
() outros _____

DATA DA ALTA:

ÓBITO EM: _____ / _____ / _____



SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
CIRURGIA GERAL

PACIENTE ALDO COUTINHO DA ROCHA
DATA DE ENTRADA 05/02/2015 **HORA** 21:44 **Nº BAA** 68883
IDADE 38 **SEXO** M **ETNIA** Pardo **CARTÃO SUS** 209902592710009
CPF - RG 002.065.431 **ESTADO CIVIL** Solteiro(a)
NOME DA MÃE FRANCISCA PENHA DA CONCEIÇÃO ROCHA
NOME DO PAI DAMIAO COUTINHO DA ROCHA
NASCIMENTO 09/05/1976 **NATURALIDADE** Touros-RN
TELEFONE (84) **PROFISSÃO** -
RUA/AV. Povoado Cruzamento **Nº** - **BAIRRO** ZONA RURAL
COMPLEMENTO - **CIDADE** São Miguel do Gostoso-RN
CEP 59585-000 **MOTIVO** Acidente de Trânsito / Moto - Moto
ORIGEM Família **USUÁRIO** Auristela
ACID. DE TRABALHO Não

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Paciente refere queda de moto hoje à tarde, não uso de capacete. Ninguém ferido na cabeca, torax e abd e cervicalgias, vem em cadeira de rodas. Refere dor apenas em tornozelo e dedo mínimo de reper. Botões pulsacionais, suprêmis, corado, flaccus 15, bem perfundido. AP: lento ABD: placido.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A
B
C
D
E

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL/RN, 20/02/15
SESAP. MAT. N° 152087

NHE/HMWC/185

Acidentes/Violências
08/02/2015
Paciente

OUTRAS OBSERVAÇÕES

Adalton Leandro
Téc. em Radiologia
CRTR - 03501-T

05015

DR

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	DOR	TEMP.	FREQ. RESPIRATÓRIA	FREQ. CARDÍACA	GLASGOW	RTS-SCORE FINAL

DIAGNÓSTICO INICIAL

TRAUMA
Fer. TUMORES
SBC FRATURA

CID SBC 0714

FER. PATEC
FRACTURA

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

A	
B	
C	

CABO

NAO APENAS TOQUE

D	
E	

O ESPAÇO DESTINADO PARA EXAMES SEJA INSUFICIENTE, UTILIZE IMPRESSOS PRÓPRIOS DO HOSPITAL, REQUISIÇÃO DE EXAMES FOLHA DE PRESCRIÇÃO E ANEXE AO BOLETIM.

A (ALERGIAS): _____

M (MEDICAÇÃO EM USO): _____

P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS): _____

L (LÍQ E ALIMENTOS INGERIDOS): _____

A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA): _____

V (PASSADO VACINAL): _____

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

- Rx tornozelo e pé AP/PP

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Lentes contácto - contínuo em região conjuntival

Realizado lavagem e exploração do período, Antigripes com PVP, amantecicam com lidocaína 2%, Sutura com nylon 3.0, Curativa, orientações para VAT

Até dia geral

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

CONFERE COM ORIGINAL

NATAL/RN 20/02/15

SESAP. MAT. N° 1520875

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1: <i>Ontopediatra</i>	HORA: 10:55	DATA: 05/02/15
ESPECIALISTA 2:	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3:	HORA:	DATA:

MÉDICO (CARIMBO)

O preenchimento do boletim de atendimento produz uma ação em saúde mais qualificada, um serviço hospitalar com registros mais fidedignos e protege o profissional de saúde, contribua para a melhoria da assistência no HMVG.

<small>PEGA UM DESFIBRILADOR (IDEA), 3 - ABRA VIA AÉREA, OU FENESTRAL BRANQUIAL EM LACTENTE, 7 - SE PULSO NÚCLEO (CZD) P/IDEA (RCP), E REINICIE RCP. MAIS SE MÉDIA, 13 - COLOQUE A MÃO DE RECUERDARÃO</small>	ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1	<u>Otorrédio</u>
	ANAMNESE	
<p>Acidente com moficicleta</p> <p>Apresentando queixa de dor</p> <p>em joelhos e joelhos</p>		
EXAME FÍSICO		
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA <i>Fratura do 5º dente pré e fratura de protetor</i>		
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)*** <i>Rx 2º pré AP/obturado</i>		LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS) <i>Revisão de medicina 1º 5º dente pré</i>		OUTROS ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<i>Isolamento</i>		<i>CONFERE COM ORIGINAL</i> <i>NATAL/URN, 20/02/15</i> <i>CP</i> <i>SESAF. MAT. N° 1820873</i>
Assinatura e Carimbo do Responsável		Assinatura e Carimbo do Responsável

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura Ocular (AO)	
Olhos se abrem espontaneamente.	4
Olhos se abrem no comando verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, se assim for marque 4, se não 3.)	3
Olhos se abrem por estímulo doloroso.	2
Olhos não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (MRV)	
Orientado. (Faz respostas corretamente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, idade, onde está e porque, a data e etc...)	5
Confuso. (Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Palavras inapropriadas (Faz aleatória, mas sem troca conversacional.)	3
Sons ininteligíveis. (Geme/ende sem articular palavras.)	2
Ausente.	1
Melhor resposta motora (MRM)	
Obedece a ordens verbais. (Faz coisas simples quando lhe é ordenado.)	6
Localiza estímulo doloroso	5
Retrada inespecífica a dor.	4
Padrão flexor à dor (Decorticação).	3
Padrão extensor à dor (Descerebração).	2
Sem resposta motora.	1
Total	

“ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-159 = 4 9-120 = 3 5-80 = 2 4-30 = 1 00 = 0
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	10-250 = 4 >250 = 3 6-90 = 2 1-50 = 1 00 = 0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	>90 = 4 75-890 = 3 50-750 = 2 1-490 = 1 00 = 0

^{**}Escala de Trauma Revisada (RTS): Bom indica de sobrevida para pacientes de trauma fechado. Referência: Adaptado de Champion H.R. Sacco W.L Copes, et al: A revision of the Trauma score,

**CLASSIFICAÇÃO DO TCE
(ATLAS 2005)**

03-08=grave (necessidade de intubação imediata);
09- 3= moderado;
14- 15= leve.

* Referência: TEASDALE G, JENNET B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. *Lancet* 1974; 2: 81-4.

"A escala proposta põe-se a doentes conscientes e que colaboram com idade superior a 3 anos. Na Escala Qualitativa solicita-se ao doente que classifique a intensidade da sua dor de acordo com os seguintes adjectivos:

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Pior Possível
0	1	2	3	4

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:		
ANAMNESE		
EXAME FÍSICO		
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA		
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM) ****	LABORATÓRIO	
OUTROS		
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	
<p>Exame Pediátrico</p> <p>Exames de laboratório</p> <p>Transferido para</p>		
<p>Assinatura e Carimbo do Responsável</p> <p>Assinatura e Carimbo do Responsável</p>		
DESTINO DO PACIENTE:	Nº do Boletim de Atendimento:	
INTERNAMENTO NA CLÍNICA:	DATA: / / HORA: :	
SAÍDA:	DATA: / / HORA: :	
Decisão Médica <input type="checkbox"/>	À Revelia <input type="checkbox"/>	Transferido para:
ÓBITO:	DATA: / / HORA:	
Entregue à família	com Atestado <input type="checkbox"/>	S.V.O. <input type="checkbox"/>
		CONFÉRE COM ORIGINAL
		NATAL/RN, 20/10/15
		ITEP. <input type="checkbox"/>
		SESAP. MAT. N° 152087

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação.

DESTACAR	DESTINO DO PACIENTE:	Nº do Boletim de Atendimento:		
	INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:	DATA:	/	/
	SAÍDA:	DATA:	/	/
	Decisão Médica <input type="checkbox"/> À Revelia <input type="checkbox"/> Transferido para: _____			
ÓBITO:	DATA:	/	/	HORA:
Entregue à família <input type="checkbox"/> com Atestado <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>				



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO GOSTOSO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ 01.612.396/0001-90
Av. dos Arrecifes, 1619 – Centro – São Miguel do Gostoso
FONE/FAX: 0xx84 3263-4968 - E-mail: saudegostoso@ig.com.br

FICHA DE REFERÊNCIA / ENCAMINHAMENTO

UNIDADE DE ORIGEM SOLICITANTE	ESPECIALIDADE	
Serra Verde	ORTOPEDIA	
NOME DO PACIENTE	DATA DE NASCIMENTO	
Aldo Coutinho da Rocha		
NOME DA MÃE		
ENDERECO		
SEXO	CPF	IDENTIDADE/ÓRGÃO EMISSOR
M ()		
		MUNICÍPIO DE ORIGEM
		São Miguel do Gostoso

RELATÓRIO DA UNIDADE DE ORIGEM

RESUMO CLÍNICO: (HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO DO PACIENTE)

Trauma em joelho E em seu penteamento com o antepedisté

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:	CID	PRIORIDADE
Fratura de joelho E		1 () 2 () 3 ()
LOCAL E DATA DA SOLICITAÇÃO	MÉDICO SOLICITANTE/CRM (ASSINATURA E CARIMBO)	
São Miguel do Gostoso 04/03/15	Dr. Jair P. Rocha MENGA CRM-RN 7018	

PARA USO DA CENTRAL DE REGULAÇÃO		
UNIDADE EXECUTANTE:	PRONTUÁRIO DO EXECUTANTE	CÓDIGO DO ATENDIMENTO
ENCAMINHADO PARA DR.	DIA	HORA

FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA

RELATÓRIO DA UNIDADE DE REFERÊNCIA	
NOME DO PACIENTE	CÓDIGO DO ATENDIMENTO
DIAGNÓSTICO	CID
CONDUTA ADOTADA	
MÉDICO EXECUTANTE/CRM (ASSINATURA E CARIMBO)	LOCAL E DATA
A ficha de Contra-Referência deverá acompanhar o paciente, visto que este é a sua garantia de retorno.	

