



Número: **0820695-49.2017.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **23ª Vara Cível da Comarca de Natal - DPVAT**

Última distribuição : **18/12/2018**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                           |                    | Procurador/Terceiro vinculado                   |                          |
|----------------------------------|--------------------|-------------------------------------------------|--------------------------|
| ARLINDO CABRAL DE MACEDO (AUTOR) |                    | RODRIGO CAVALCANTI CONTRERAS (ADVOGADO)         |                          |
| MAPFRE SEGUROS (RÉU)             |                    |                                                 |                          |
| Documentos                       |                    |                                                 |                          |
| Id.                              | Data da Assinatura | Documento                                       | Tipo                     |
| 10580916                         | 22/05/2017 17:13   | <a href="#">Docs - Arlindo Cabral de Macedo</a> | Documento de Comprovação |

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

**OUTORGANTE(S):** ARILINDO CABRAL DE MACEDO, brasileiro, solteiro, residente de pedreiro, RG nº 472.106 SSP / RN, CPF nº 834.054.404-15, residente e domiciliado na Rua Luis Fernandes de Oliveira, 2, Bela Pousa, Fátima/RN, CEP 59142-825.

**OUTORGADO(S):** RODRIGO CAVALCANTI CONTRERAS, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 5990 e MELQUIADES PEIXOTO SOARES NETO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RN nº 9453 e RAFAELA CARLA MELO DE PAIVA, brasileira, solteira, inscrita na OAB/RN sob o nº 2909, ambos todos com escritório profissional sito na Av. Amintas Barros, nº 2909, 1º andar, sala 13, Lagoa Nova, Natal/RN, CEP: 59.062-250.

**PODERES:** a quem conferem amplos poderes da cláusula "ad-judicia et extra", para o foro em geral, podendo dito (s) procurador (es) em conjunto ou isoladamente, em qualquer instância, juízo ou tribunal, propor contra a quem de direito as ações competentes e defendê-los nas contrárias, e, ainda, requerer, acordar, discordar, confessar, transigir, desistir, receber e dar quitação, variar de ações, firmar termos de declarações legais e representá-los, em tudo se fizer necessário em favor de seus interesses, em qualquer repartição pública federal, estadual, municipal, autárquica, requerendo ou representando defesa, inclusive substabelecer o todo ou em parte as prerrogativas que ora lhe são conferidas.

### CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

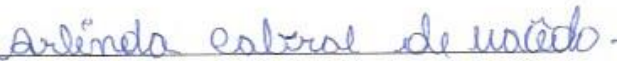
01 – Concomitantemente com os Poderes acima outorgados, o (a) outorgante/contratante acorda em pagar aos outorgados/contratados o valor correspondente a 20 (VINTE) por cento sobre o valor da condenação, acordo judicial ou extrajudicial, com as devidas atualizações apuradas pelo Juízo, até final do pagamento, facultado aos advogados contratados requererem nos autos, que lhes sejam pagos diretamente os honorários, por dedução da quantia a ser recebida pelo constituinte, ora contratante, tudo como previsto no artigo 22, § 4º, da Lei nº 8.906/94 (Estatuto da OAB).

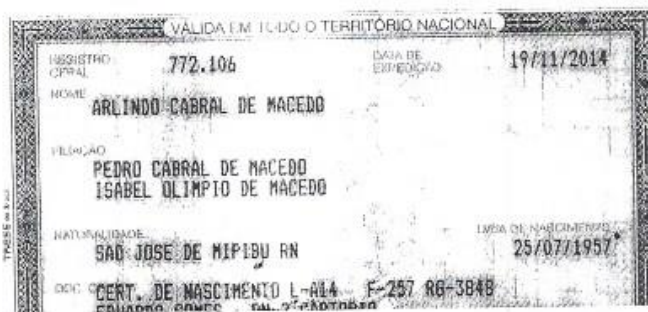
02 – Caberá ao Contratante para o bom andamento da ação, fornecer os documentos e informações solicitadas pelos advogados.

03 – A verba oriunda da parte adversa, pelo princípio da sucumbência, reverterá aos contratados.

04 – As partes contratantes elegem o foro de Natal/RN para dirimir quaisquer dúvidas oriundas deste contrato.

Natal / RN, 04 de abril de 2017

  
Outorgante/Contratante



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 772.106 DATA DE EXPEDIENTE 19/11/2014

NOME ARLINDO CABRAL DE MACEDO

FILIAÇÃO PEDRO CABRAL DE MACEDO  
ISABEL OLÍMPIO DE MACEDO

NATURALIDADE SÃO JOSÉ DE MIPIBU RN DATA DE NASCIMENTO 25/07/1952

BUC. CERT. DE NASCIMENTO L-A14 F-257 86-3848  
EDUARDO GOMES - RM-2 CARTÓRIO

CPI 837.057.404-13

*Rachael Antônia Taveira* Via VIA

LEI Nº 7.116/2014

## 2º Ofício de Notas

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
SEGUNDO OFÍCIO DE NOTAS  
AIRENE JOSÉ AMARAL DE PAIVA  
Tabelião Público  
NAILDO DE PAIVA OLIVEIRA  
Substituto

Av. Brigadeiro Souto nº 10 - CEP 59.140-610  
Boa Esperança, PARNAMIRIM-RN

LIVRO: 161  
Folha: 165/166  
TRASLADO: 1  
Protocolo: 7244

PROCURAÇÃO BASTANTE QUE FAZEM: ARLINDO CABRAL DE MACEDO em favor de ARLINDA CABRAL DE MACEDO na forma abaixo: protocolo nº 7244

outorgante: **Sr. ARLINDO CABRAL DE MACEDO, Brasileiro, solteiro, maior, servente, portador da carteira de identidade nº 772.106 SSP/RN expedido em 19/11/2014 e inscrito no CPF/MF sob o nº 837.057.404-15, residente e domiciliado na rua Honório Martiniano da Silva 22, no bairro de Bela Parnamirim, na cidade de Parnamirim-RN;** SAIBAM quantos este público instrumento de procuração bastante virem, na data de 20 de julho de 2015 nesta cidade e comarca de Parnamirim, Estado do Rio Grande do Norte, perante mim, Tabelião Público, compareceu como outorgante a pessoa acima qualificada, reconhecida e identificada como próprio por mim Tabelião Público, pelos documentos apresentados, do que dou fé. E, pelo mesmo me foi dito, que por este público instrumento e na melhor forma de direito nomeia e constitui sua bastante procurador **Sra. ARLINDA CABRAL DE MACEDO, Brasileira, solteira, maior, agricultora, portadora da carteira de identidade nº 002.121.311 SSP/RN expedido em 10/11/2014 e inscrita no CPF/MF sob o nº 011.416.314-66, residente e domiciliada na rua Honório Martiniano da Silva 22/B, no bairro de Bela Parnamirim, na cidade de Parnamirim-RN;** A quem outorga amplos, gerais e ilimitados poderes para representar o outorgante junto a qualquer repartição pública federal, estadual e municipal, Receita Federal, Correios, INSS - INSTITUTO NACIONAL DE SEGURO SOCIAL, podendo requerer e receber benefício, auxílio doença, ordens de pagamento, e demais vantagens em nome do outorgante, representá-lo em qualquer seguradora vigente neste país, Banco do Brasil S/A, e em qualquer seguradora deste país, podendo abrir conta bancária e movimentá-la em qualquer estabelecimento bancário do Sistema Financeiro Nacional com a finalidade única de requerer e receber a indenização do Seguro DPVAT, bem como assinar autorização de pagamento e crédito de indenização de sinistro referente à indenização de acidente automobilístico, e, ainda, os poderes para confessar, transigir, firmar compromisso ou acordos, receber e dar quitação, endossar e sacar de forma legal cheques nominativos ou outorgante exclusivamente referente a presente indenização, devendo assinar recibos e tudo o mais que for preciso, representá-lo ainda, junto a HOSPITAL públicos e particulares que lhe prestar atendimento, e ali assinar requerimentos, prontuários, protocolos, guias de internamento, recibos, passar informações, assinar todos e quaisquer documentos em nome dele outorgante, acima qualificado, bem como praticar todo e qualquer outro ato legal necessário ao

AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente cópia fotostática é a reprodução fiel do original que me foi apresentado a qual autentico e dou fé Monte Alegre/RN, 16/07/2015

Tabelião e Registrador

VALDO SOUZA COELHO DE ARAÚJO

Escrevente



cumprimento do presente mandato, podendo ainda, substabelecer esta a outrem com ou sem reserva de poderes, dando lido por bom firme e valioso. (feita sob minuta apresentada). à rôgo, Sr. VITOR SENNA PAIVA SILVA, Brasileiro, solteiro, maior, estudante, portador da carteira de identidade nº 002.313.085 SSP/RN expedido em 25/07/2001 e inscrito no CPF/MF sob o nº 094.618.594-81, residente e domiciliado na Rua Alvarenga Peixoto, nº 509, no bairro de Liberdade, na cidade de Parnamirim-RN; Assim justas, contratadas e convencionadas, me pediram que lhes lavrasse o presente instrumento, o qual depois de lido em voz alta e achado conforme aceitaram, outorgaram e assinam. Dispensada a apresentação de testemunhas, de acordo com o Art. 215, § 5 do Código Civil - Lei 10406/02, dou fé. Eu, NAILDO DE PAIVA OLIVEIRA, Substituto, o digitei, conferi e assino; dou fé. Emolumentos: R\$ 38,00; FDJ R\$ 10,00; FRMP R\$ 1,22, FCRCPN R\$ 2,00; TOTAL: R\$ 51,22. (a.a.) ARLINDO CABRAL DE MACEDO, (A Rôgo)VITOR SENNA PAIVA SILVA, ARLINDA CABRAL DE MACEDO SUBSCREVO E ASSINO. Em testemunho (sinal) da verdade. AIRENE JOSÉ AMARAL DE PAIVA. TABELIÃO PÚBLICO. Está conforme o seu original, ao qual me reporto e dou fé. Guia TJ 7000002221624.

AIRENE JOSÉ AMARAL DE PAIVA  
TABELIÃO PÚBLICO

AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente cópia fotostática e a reprodução fiel do original que me foi apresentado a qual autentico e dou fé Monte Alegre/RN, 11/04/2014

Tabelião e Registrador

VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICAÇÃO

Fabiana Maria Gomes da Silva  
Escrevente



**2º OFÍCIO DE NOTAS**  
Presidência do Registro Civil das Pessoas Naturais e do  
Protesto de Títulos da Comarca de Parnamirim - RN  
Av. Engadeiro Souto nº 10 - Boa Esperança -  
Parnamirim-RN - CEP 59140-590  
TEL: (84) 2020-1200 / 3272-2295 / 3272-2570 / FAX (84) 3272-2312  
Bela Airenê José Amaral de Paiva  
CPF nº 702.345.404-78  
(Tabelião Público)  
Naildo de Paiva Oliveira - CPF nº 826.376.514-00  
Ana Sofia Nunes - CPF nº 020.956.114-97  
Mara Joane de Paiva Nunes - CPF nº 026.032.034-80  
Monikely Nunes Santos - CPF nº 064.832.197-07  
Pedro Erasmo de Paiva Nunes - CPF nº 704.008.734-00  
Felipe Mateus N. Paiva - CPF nº 090.564.574-03  
(Substitutos)



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



ARLINDA GABRIEL DE MACEDO



CARTÃO DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL Nº 002.421.311

NOME ARLINDA GABRIEL DE MACEDO

PLACAO ARLINDA GABRIEL DE MACEDO

LOCALIDADE ZULEIDE DOS SANTOS 131010

NATAL - RN

DATA DE NASCIMENTO 28/07/1983

CPF 011.416.314-66

ASSINADO ELETRONICAMENTE

Assinado por: Arlinda Gabriel de Macedo

Assinado em: 10/11/2014

Assinado em: 3a. VIA

Assinado em: 28/07/1983

Assinado em: 011.416.314-66

Assinado em: 002.421.311

Assinado em: ARLINDA GABRIEL DE MACEDO

Assinado em: ZULEIDE DOS SANTOS 131010

Assinado em: NATAL - RN

Assinado em: DATA DE NASCIMENTO 28/07/1983

Assinado em: CPF 011.416.314-66

Assinado em: REGISTRO GERAL Nº 002.421.311

Assinado em: VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL



COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTO DO RIO GRANDE DO SUL  
Avenida Senador Salgado Filho, 555, Fátima, CEP 91015-000  
CNPJ: 06.334.385/0001-25 (INSC. Estadual: 20055.428-3)  
Admin. Central (04) 3212-4000 (Fax: 04) 3232-4562

08000-040195  
84 3644 1183

### CONTA DE CONSUMO DE PARAFUSO E SERVIÇOS

TIPO: 1111111111 MATRICULA: 1111111111 MÊS/ANO: 11/2011

#### DADOS DO CLIENTE

ARLINDO CARLOS DE OLIVEIRA  
RUA LUIZ-F DE OLIVEIRA, 11 BOTA D'ÁGUA, PARANÁ, PARANÁ, PR

| INSCRIÇÃO   | RUA        | SEGURA     | QUANTIDADE DE ECONOMIAS                  |
|-------------|------------|------------|------------------------------------------|
| 000.000.000 | 1111111111 | 1111111111 | RESIDENCIAL COMERCIAL INDUSTRIAL FÁBRICA |
| 000.000.000 | 1111111111 | 1111111111 | SITUAÇÃO DO CLIENTE                      |

|                   |                |
|-------------------|----------------|
| CONSUMO AGUA (M3) | DATA DE FÉRIAS |
| 1111111111        | 11/2011        |
| 1111111111        | 11/2011        |
| 1111111111        | 11/2011        |
| 1111111111        | 11/2011        |

| REF.    | CONSUMO    | REF.    | CONSUMO    | MEDIA      |
|---------|------------|---------|------------|------------|
| 10/2011 | 1111111111 | 09/2011 | 1111111111 | 1111111111 |
| 09/2011 | 1111111111 | 08/2011 | 1111111111 | 1111111111 |

|                      |            |            |
|----------------------|------------|------------|
| DE 11/2011           | 1111111111 | 1111111111 |
| AGUA                 | 1111111111 | 1111111111 |
| ADICIONAL DE 11/2011 | 1111111111 | 1111111111 |
| CONSUMO DE AGUA      | 1111111111 | 1111111111 |
| DE 11/2011           | 1111111111 | 1111111111 |

| TRIBUTOS   | VALOR DO TRIBUTOS | PERCENTUAL (%) | VALOR DO IMPOSTO |
|------------|-------------------|----------------|------------------|
| PTS        | 1111111111        | 1.65           | 0.51             |
| COFINS     | 1111111111        | 7.00           | 2.45             |
| VENCIMENTO | 1111111111        | TOTAL A PAGAR  | 31.52            |

A PARTIR DE 11/2011, O VALOR DO IMPOSTO DE AGUA É DE 1111111111.

| Parâmetros         | Turbidez   | PH         | Cond. Total | Cloro Residual Livre | Demanda por Oxigênio |
|--------------------|------------|------------|-------------|----------------------|----------------------|
| VMP - Recomendação | ≤ 5.0 NTU  | 6.5 a 8.5  | ≤ 1.0 mg/L  | 0.2 a 2.0 mg/L       | ≤ 10.0 mg/L          |
| Valores Obtidos    | 1111111111 | 1111111111 | 1111111111  | 1111111111           | 1111111111           |





Governo do Estado do Rio Grande do Norte  
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social  
Polícia Civil  
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: 1ª DELEGACIA MUNICIPAL DE PARNAMIRIM

Endereço: RUA EDGAR DANTAS, 1660, SANTOS REIS, PARNAMIRIM

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2016023000979

1.2 Data de Expedição: 16/02/2016 11.05.59

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 16/01/2016 19.00.00

2.2 Autoria: Conhecida

2.3 Fato: Consumado

2.4 Flagrante: Não

2.4 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.6 Tipo do local: Via Pública

2.7 Logradouro: EM TRANSITO

2.8 Número: S/N

2.9 CEP:

2.10 Complemento:

2.11 Ponto de Referência: PRÓXIMO A BONOR

2.12 Bairro: SANTOS REIS

2.13 Cidade: PARNAMIRIM

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: ARLINDO CABRAL DE MACEDO

3.2 Estado civil: Separado(a)

3.3 Etnia: Parda

3.4 Pai: PEDRO CABRAL DE MACEDO

3.5 Mãe: ISABEL OLIMPIO DE MACEDO

3.6 Data de Nascimento: 25/07/1957

3.7 Sexo: MASCULINO

3.8 RG: 772106 - ITEP/RN

3.9 CPF: 83705740415

3.10 Passaporte:

3.11 Nacionalidade:

3.12 Naturalidade: SAO JOSE DE MIPIBU RN

3.13 Profissão: SERVENTE

3.14 E-Mail:

3.15 Telefone(s): 84 991779022

3.16 Logradouro: RUA HONORIO MARTINIANO DA SILVA

3.17 Número: 22

3.18 CEP:

3.19 Bairro: BELA PARNAMIRIM

3.20 Cidade: PARNAMIRIM

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLUÍDOS ACUSADOS)

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLUÍDAS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não

7.1.2 Seguradora:

7.1.3 Chassi: LHJXCBLD0AB204044

7.1.4 Renavam:

7.1.5 Placa:

7.1.6 Estado:

7.1.7 Marca: JONNY HYPE

7.1.8 Modelo: 50CC

7.1.9 Categoria: Particular

7.1.10 Combustível: Gasolina

7.1.11 Ano do Modelo: 0

7.1.12 Ano de Fabricação: 0

7.1.13 Cor do veículo: PRETA

7.1.14 Tipo do veículo: MOTONETA

7.1.15 Nota Fiscal: C

7.1.16 Número do Motor: 139FMB10A05912

7.1.17 Nome do proprietário: ADONIAS PINHEIRO DA SILVA

7.1.18 Vínculo com a

7.1.19 Nome do condutor: ARLINDO CABRAL DE MACEDO

Ocorrência:

7.1.20 Observações: CONDUTOR NAO HABILITADO

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

RELATA QUE TRAFEGAVA NO VEICULO ACIMA QUALIFICADO QUANDO VEIO A CAIR . QUEDA DE MOTO; QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES ATÉ O HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES, CONFORME BOLETIM DE ATENDIMENTO APRESENTADO NUMERO 43CC.

9.2 Informações do CIOSP

9.3 Outras Providências

TESTEMUNHAS: MARCONE BERNADINO DE SOUZA E ARLINDA CABRAL DE MACEDO.

10. COMPLEMENTOS

Data do Complemento: 11/03/2016

Usuário: 1702637 - RAIMUNDO ANDRE DA SILVA

Complemento: quando a vítima ia para sua casa; desviou sua moto de um carro, como era a noite não deu para identificar o tipo do carro e o pneu da frente da moto bateu no meio fio(canteiro) e o guidon da moto caiu por cima do braço da vítima e o carro evadiu do local e um rapais em uma moto prestou socorro a vítima levando para o hospital deoclecio em Parnamirim-RN.

11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Data: 16/02/2016 11.05.59

Policial

Interessado



Polegar direito

Atendimento: 1943111 - DIANA GONÇALVES DA SILVA

Impresso por: 1702637 - RAIMUNDO ANDRE DA SILVA em 11/03/2016 11:50:41

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL MONSÊNHOR WALFREDO GURGEL  
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO



**BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA**  
CIRURGIA GERAL

**PACIENTE** ARLINDO CABRAL DE MACEDO  
**DATA DE ENTRADA** 16/01/2016 **HORA** 21:20 **Nº BAA** 153275  
**IDADE** 58 **SEXO** M **ETNIA** Pardo  
**CARTÃO SUS** - **ESTADO CIVIL** Solteiro(a)  
**CPF** 837.057.404-15 **RG** 772106 - SSP RN  
**NOME DA MÃE** IZABEL OLÍMPIO DE MACEDO  
**NOME DO PAI** PEDRO CABRAL DE MACEDO  
**NASCIMENTO** 25/07/1957 **NATURALIDADE** São José de Mipibu-RN  
**TELEFONE** (84) 9415-6755 **PROFISSÃO** Vigilante  
**RUA/AV.** Rua Honório Martiniano Da Silva **Nº** 22  
**COMPLEMENTO** - **BAIRRO** Bela Parnamirim  
**CEP** 59142-692 **CIDADE** Parnamirim-RN  
**ORIGEM** Ambulância - SAMU **MOTIVO** Acidente de Trânsito / Queda de moto  
**ACID. DE TRABALHO** Não **USUÁRIO** Francisco

**HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)**

Paciente vítima da queda de moto com fratura exposta de olecrano.

**EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)**

A  
B  
C  
D  
E

Sua alteração

**OUTRAS OBSERVAÇÕES**

CONFERE COM ORIGINAL  
NATALRN, 109.07.16  
SEAP. MAT. Nº

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

**DIAGNÓSTICO INICIAL**

Fratura exposta do olecrano

CID S51.0

## EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A (ALERGIAS):

M (MEDICAÇÃO EM USO):

P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS):

L (LÍQUIDOS E ALIMENTOS INGERIDOS):

A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA):

V (PASSADO VACINAL):

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)\*\*\*

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

## ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1:

HORA:

DATA:

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, contribuindo para a melhoria da assistência no HWWG.

| ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW                                                                                         |   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| Aperceção Ocular (AO)                                                                                                       |   |
| Outros se abrem espontaneamente.                                                                                            | 4 |
| Ditos se abrem ao comando verbal (Não concordam com o despertar de uma pessoa adormecida. ve 23.11) (ir marque 4, se não 3) | 3 |
| Outros se abrem por estimulação dolorosa.                                                                                   | 2 |
| Outros não se abrem.                                                                                                        | 1 |
| Melhor resposta verbal (MRV)                                                                                                |   |
| Orientado (P.ex. onde estou? e quem sou? e a pergunta sobre seu nome, idade, onde está o paciente, a data e etc.)           | 5 |
| Confuso (Responde as perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)                                        | 4 |
| Palavras inapropriadas (Fala aleatória, mas sem troca conversacional.)                                                      | 3 |
| Sons ininteligíveis. (Gemeção sem articular palavras.)                                                                      | 2 |
| Ausente.                                                                                                                    | 1 |
| Melhor resposta motora (MRM)                                                                                                |   |
| Obedece a ordens verbais. (Faz todos os gestos quando lhe é ordenado.)                                                      | 6 |
| 1 escala motora dolorosa                                                                                                    | 5 |
| Retirada inespecífica do dor                                                                                                | 4 |
| Padrão flexo a dor (Desconforto)                                                                                            | 3 |
| Padrão extensor a dor (Desconforto)                                                                                         | 2 |
| Sem resposta motora.                                                                                                        | 1 |
| Total                                                                                                                       |   |

\*Escala de Trauma Revisada (RTS): Bom índice de sobrevida para pacientes de trauma fechado. Referência: Adaptado de Champion H.R. Sacco WJ Copes, et al: A revision of the Trauma score. J. Trauma 24(5):624, 1993.

|         |      |          |         |               |
|---------|------|----------|---------|---------------|
| 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             |  |
|                                                  |  |                                     |  |
| Assinatura e Carimbo do Responsável              |  | Assinatura e Carimbo do Responsável |  |

|                                         |                                       |                                 |                                   |
|-----------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| DESTINO DO PACIENTE:                    |                                       | Nº do Boletim de Atendimento:   |                                   |
| INTERNAMENTO NA CLÍNICA: 0170MEDIA      |                                       | DATA: 16/01/16                  | HORA: 21:00h                      |
| 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"/> | I.T.E.P. <input type="checkbox"/> |



Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

|                                         |                                       |                                 |                                   |
|-----------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| 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"/> | I.T.E.P. <input type="checkbox"/> |



SECRETARIA ESTADUAL SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL  
PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO - 1042880



|               |                                 |         |                 |       |       |              |             |
|---------------|---------------------------------|---------|-----------------|-------|-------|--------------|-------------|
| PACIENTE      | ARLINDO CABRAL DE MACEDO        |         |                 |       |       |              |             |
| CARTÃO SUS    | -                               | Nº      | 1042880         |       |       |              |             |
| IDADE         | 58                              | SEXO    | M               | ETNIA | Pardo | ESTADO CIVIL | Solteiro(a) |
| NOME DA MÃE   | IZABEL OLIMPIO DE MACEDO        |         |                 |       |       |              |             |
| NOME DO PAI   | PEDRO CABRAL DE MACEDO          |         |                 |       |       |              |             |
| RUA/AV.       | Rua Honório Martiniano Da Silva |         | Nº              | 22    |       |              |             |
| COMPLEMENTO   | -                               | BAIRRO  | Bela Parnamirim |       |       |              |             |
| CEP           | 59142-692                       | CIDADE  | Parnamirim-RN   |       |       |              |             |
| ESPECIALIDADE | Ortopedia                       | UNIDADE | Observação 2    | LEITO | 1001  |              |             |
| USUÁRIO       | Francisco                       |         |                 |       |       |              |             |

ADMISSÃO 16/01/2016 21:56 ALTA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ÓBITO \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ DIAS DE PERMANÊNCIA \_\_\_

DIAGNÓSTICO INICIAL Fx EAPUSIA OUSGAW ①

DIAGNÓSTICO FINAL

VITÓRIA DE OUSGAW DE MUD C/ TORM  
EM OUSGAW ②

AS 24 FEB OUSGAW Pmw

QUARTO Pmw  
DA  
LIMITE

PA - PA

DE INTERVEN  
N/A

REAJUSTO UNDA + SUMMA + TALA

CONFERE COM ORIGINAL  
NATAL/RN, 02/10/16

SEAP. MAT N

Natal, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura do médico responsável - CRM

|                                                                                                                            |                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:                                                                                               |                                                                                        |
| ANAMNESE                                                                                                                   |                                                                                        |
| EXAME FÍSICO                                                                                                               |                                                                                        |
| IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA                                                                                                      |                                                                                        |
| EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)****                                                                           | LABORATÓRIO                                                                            |
|                                                                                                                            | OUTROS                                                                                 |
| CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)<br><hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>              | ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM<br><hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> |
| Assinatura e Carimbo do Responsável                                                                                        | Assinatura e Carimbo do Responsável                                                    |
| 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"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/> |                                                                                        |

\_\_\_\_\_  
Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

|                                                                                                                            |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 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"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/> |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                   |                                             |                                              |                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
|  <b>GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE</b><br>Secretaria de Estado da Saúde Pública<br>Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel<br>Pronto Socorro Clóvis Sarinho |                                             | <b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AIIH</b>        |                                                             |
| <b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR</b>                                                                                                                                                                              |                                             |                                              |                                                             |
| <b>IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO</b>                                                                                                                                                                                                           |                                             |                                              |                                                             |
| 1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE                                                                                                                                                                                                                   |                                             | 2 - CNES                                     |                                                             |
| WALFREDO GURGEL                                                                                                                                                                                                                                   |                                             |                                              |                                                             |
| 3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE                                                                                                                                                                                                                 |                                             | 4 - CNES                                     |                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                   |                                             |                                              |                                                             |
| <b>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>                                                                                                                                                                                                                  |                                             |                                              |                                                             |
| 5 - NOME DO PACIENTE                                                                                                                                                                                                                              |                                             | 6 - Nº DO PROTOCOLO                          |                                                             |
| ARLINDO CABRIL MACEDO                                                                                                                                                                                                                             |                                             |                                              |                                                             |
| 7 - CARTÃO NACIONAL / SUS                                                                                                                                                                                                                         | 8 - DATA DE NASCIMENTO                      | 9 - SEXO                                     | 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL<br>11 - TELEFONE DE CONTATO |
|                                                                                                                                                                                                                                                   |                                             | 1                                            |                                                             |
| 12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)                                                                                                                                                                                                                           |                                             | 13 - MUNICÍPIO                               |                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                   |                                             |                                              |                                                             |
| 14 - BAIRRO                                                                                                                                                                                                                                       |                                             | 15 - UF                                      | 16 - CEP                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                   |                                             |                                              |                                                             |
| <b>LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>                                                                                                                                                                                                |                                             |                                              |                                                             |
| 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS                                                                                                                                                                                                        |                                             |                                              |                                                             |
| WITOMA LE JOINTA LE MÃO CI TORNA EM OUTRO (D)<br>COTADO (D) COM PERÍMETRO LIMITADO E DOL.                                                                                                                                                         |                                             |                                              |                                                             |
| 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO                                                                                                                                                                                                        |                                             |                                              |                                                             |
| PODEBENDO CÍRURGICO                                                                                                                                                                                                                               |                                             |                                              |                                                             |
| 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)                                                                                                                                                              |                                             |                                              |                                                             |
| AUTOMNESE + Ex FÍSICO + RX                                                                                                                                                                                                                        |                                             |                                              |                                                             |
| 20 - DIAGNÓSTICO INICIAL                                                                                                                                                                                                                          | 21 - CID INICIAL                            | 22 - CID SECUNDÁRIO                          | 23 - LAUDOS ASSOCIADOS                                      |
| Ex OLECRANO (E)                                                                                                                                                                                                                                   | 5500                                        |                                              |                                                             |
| <b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>                                                                                                                                                                                                                    |                                             |                                              |                                                             |
| 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO                                                                                                                                                                                                         | 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO                 | 26 - LEITO / CLÍNICA                         | 27 - CARATER DA INTERNAÇÃO                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                   |                                             | ORTOMEDIA                                    | URGÊNCIA                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                   |                                             | N/A                                          |                                                             |
| 28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE                                                                                                                                                                                                             |                                             | 29 - DT SOLICITAÇÃO                          |                                                             |
| ORTOMEDIA                                                                                                                                                                                                                                         |                                             | 16, 01, 16                                   |                                                             |
| 30 - CNS / CPF                                                                                                                                                                                                                                    |                                             | 31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO) |                                                             |
| 76.499.194-20                                                                                                                                                                                                                                     |                                             | Dr. Marcelo Martins de Oliveira<br>ORTOMEDIA |                                                             |
| <b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>                                                                                                                                                                             |                                             |                                              |                                                             |
| 32 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO                                                                                                                                                                                                                     | 33 - CNPJ DA SEGURADORA                     | 34 - Nº DO BILHETE                           | 35 - BÔNUS                                                  |
| 36 - ( ) ACID. TRABALHO TÍPICO                                                                                                                                                                                                                    | 37 - CNPJ                                   | 38 -                                         | 40 -                                                        |
| 39 - ( ) ACID. TRABALHO TRAJETO                                                                                                                                                                                                                   | CONFERE COM ORIGINAL<br>NATAL RN 09/10/2016 |                                              |                                                             |
| 41 - CID PRINCIPAL                                                                                                                                                                                                                                | DESCRIÇÃO... CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL     |                                              |                                                             |
| 42 - CID SECUNDÁRIO                                                                                                                                                                                                                               | 43 - ( ) 44 - ( ) GRAVE 45 - ( ) GRAVÍSSIMA |                                              |                                                             |
| <b>AUTORIZAÇÃO</b>                                                                                                                                                                                                                                |                                             |                                              |                                                             |
| 46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO                                                                                                                                                                                                                     | 47 - DT AUTORIZ.                            | 48 - CNS / CPF                               | 49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)                |
|                                                                                                                                                                                                                                                   |                                             |                                              |                                                             |
| 50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARCEIRO CONTROLE AVALIAÇÃO                                                                                                                                                                                           |                                             | 51 - DT AUTORIZ.                             |                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                   |                                             |                                              |                                                             |
| 52 -                                                                                                                                                                                                                                              |                                             | 53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO) |                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                   |                                             |                                              |                                                             |
| 54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIIH)                                                                                                                                                                                            |                                             |                                              |                                                             |

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.

DR. REAZAID LINHARA W. FERREIRO + SUMMA + IMOBILIZ



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
Secretaria de Estado da Saúde Pública  
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel  
Pronto Socorro Clóvis Sarinho  
RELATÓRIO DE HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

Nome: Adriano Nº Registro: 10580916  
Serviço: Urgência Idade: 38 Leito: 1179

### HISTÓRIA CLÍNICA

VITÓRIA DE OLIVEIRA DE MOURA CI ROM  
EM OUTUBRO 2010

APÓS 500 DIAS EM

COTIDIANO DE FÉRIAS  
DA

RA F+

H+ F+ PAUSADA DUECMA 20

CI INTERMEDI

N/A

PS: DESAUVIZADA UNDEA + SUMMA + TAV

Dr. Marcelo Mariano  
Coordenador de Atendimento  
Pronto Socorro Clóvis Sarinho  
11/07/2016

CONFERE COM ORIGINAL  
NATAL RN 09/07/16  
SESAP. MAT. Nº

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.

Natal, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.



GOVERNO DO ESTADO RIO GRANDE DO NORTE  
Secretaria de Estado da Saúde Pública  
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel  
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

## FICHA DE ACOMPANHAMENTO SOCIAL

Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
UTI: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Data de admissão: 16 / 01 / 2016  
Alto: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### 1. Identificação

Nome: Artur Cabral de Macedo Naturalidade: São José do Mipibu/RN  
Idade: 58 Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Data de Nascimento: 25 / 07 / 1957  
RG: 772-106 Estado Civil: Solteiro Nível de Instrução: Não alfabetizado  
FILIAÇÃO: PAI: Pedro Cabral de Macedo  
MÃE: Isabel Olimpio de Macedo  
Endereço: Rua Honório Martiniano da Silva, nº 22 Bela Lapa - Cidade: Parnamirim/RN  
Telefone: ( ) 9 9451-6354 ☐ Residencial ☐ Trabalho ☐ Recado  
Contato: [PIU (filha)] Outros telefones: 9 9128-9734 Luciana (filha)  
Responsável pelo paciente: Luciana Parentesco: filha  
Endereço do Responsável: o mesmo (frente da casa)

### 2. Situação Ocupacional do Paciente e Vinculação Previdenciária

Atividade que desenvolve: Vigilante  
Trabalha com vínculo empregatício ☐ Sim ☐ Não  
Aposentado ☐ Sim ☐ Não Benefício da LOAS ☐ Sim ☐ Não Renda: SAP. MATR  
Composição familiar: Mora sozinho (filhas moram na outra casa conjugada com pai)

### 3. Forma de Acesso ao Serviço:

( ) Sozinho - procurou atendimento ( ) Trazido por familiares ( ) Trazido pelo SAMU  
( ) Socorrido em via pública  
(X) ENCAMINHADO: Hospital de origem: Parnamirim  
Médico: \_\_\_\_\_

### 4. Paciente encontra-se nos requisitos para ter acompanhamento?

Em caso positivo, qual o motivo? ☒ Sim ☐ Não

### 5. Evolução (Adaptação do paciente ao ambiente hospitalar, condições emocionais, participação da família na internação, visitas recebidas, encaminhamentos, etc.)

Paciente vítima de acidente de moto, com fratura exposta. Trazido por uma  
filha que diz ter sido "praticamente" chutado por ele.  
Fato que causou a lesão de entrevista com Luciana, filha.  
Anexo fotos de RG + CPF.

Silvia Maria Cunha dos Santos

Hospital mantido com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

ESTE HOSPITAL É MEU, É SEU, É NOSSO.

Silvia Maria Cunha dos Santos  
Assistente Social

[Buscar no site](#)

Seguro DPVAT

## Acompanhe o Processo de Indenização

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

## SINISTRO 3160149097 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ARLINDO CABRAL DE MACEDO

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO ARUANA SEGUROS S/A

BENEFICIÁRIO ARLINDO CABRAL DE MACEDO

CPF/CNPJ: 83705740415

Posição em 15-05-2017 17:23:13

Pedido de indenização negado conforme carta enviada ao beneficiário.

## ACESSIBILIDADE

</Pages/Acessibilidade.aspx> </Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx>

A A A

## COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

[Documentos Despesas Médicas \(/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx\)](/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)[Documentos Invalidez Permanente \(/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx\)](/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)[Documento Morte \(/Pages/Documentacao-Morte.aspx\)](/Pages/Documentacao-Morte.aspx)[Dicas Indispensáveis \(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx\)](/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

## PAGUE SEGURO

[Como Pagar \(/Pages/Pague-Seguro.aspx\)](/Pages/Pague-Seguro.aspx)[Consulta a Pagamentos Efetuados \(/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx\)](/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)[Informações Gerais \(/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx\)](/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)

## ACOMPANHE O PROCESSO

[Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. \(/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx\)](/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)