



Número: **0820177-88.2019.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

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

Última distribuição : **05/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 998,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | Procurador/Terceiro vinculado |
|---|---|
| JOAO PAULO ALVES DA SILVA (AUTOR) | RODRIGO MORENO DA SILVA PITANGA (ADVOGADO) PEDRO HENRIQUE DE OLIVEIRA MOURA (ADVOGADO) |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU) | |
| MICHEL FREIRE DE ARAUJO (TERCEIRO INTERESSADO) | |

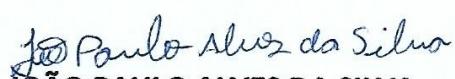
| Documentos | | | |
|------------|--------------------|--|--------------------------|
| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
| 43114 818 | 22/05/2019 14:56 | Procuração e docs pessoais | Documento de Comprovação |
| 43114 864 | 22/05/2019 14:56 | Boletim de Ocorrência | Documento de Comprovação |
| 43114 898 | 22/05/2019 14:56 | Doc. Médica | Documento de Comprovação |
| 43114 917 | 22/05/2019 14:56 | Pedido Administrativo | Documento de Comprovação |



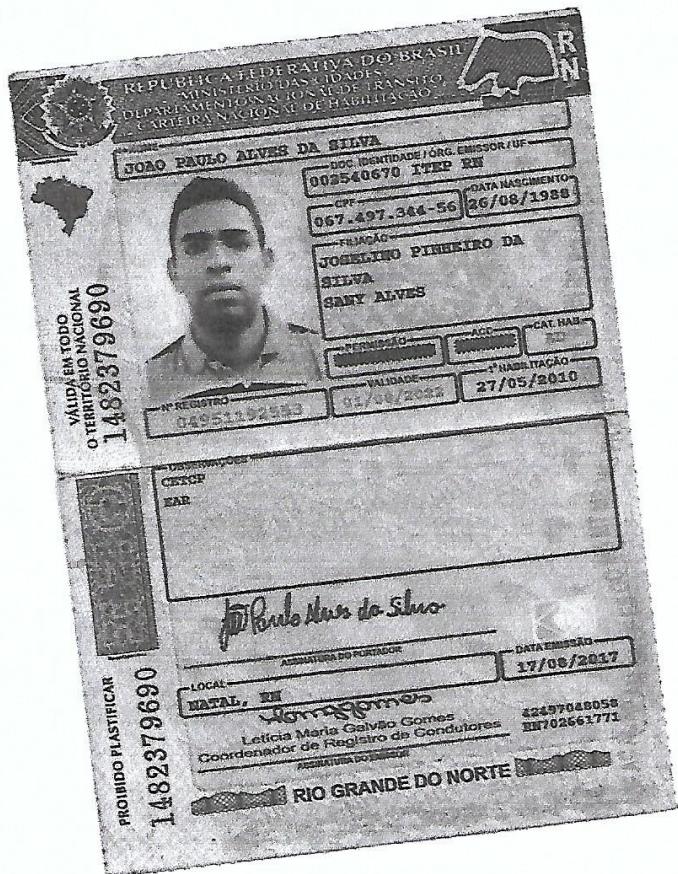
PROCURAÇÃO

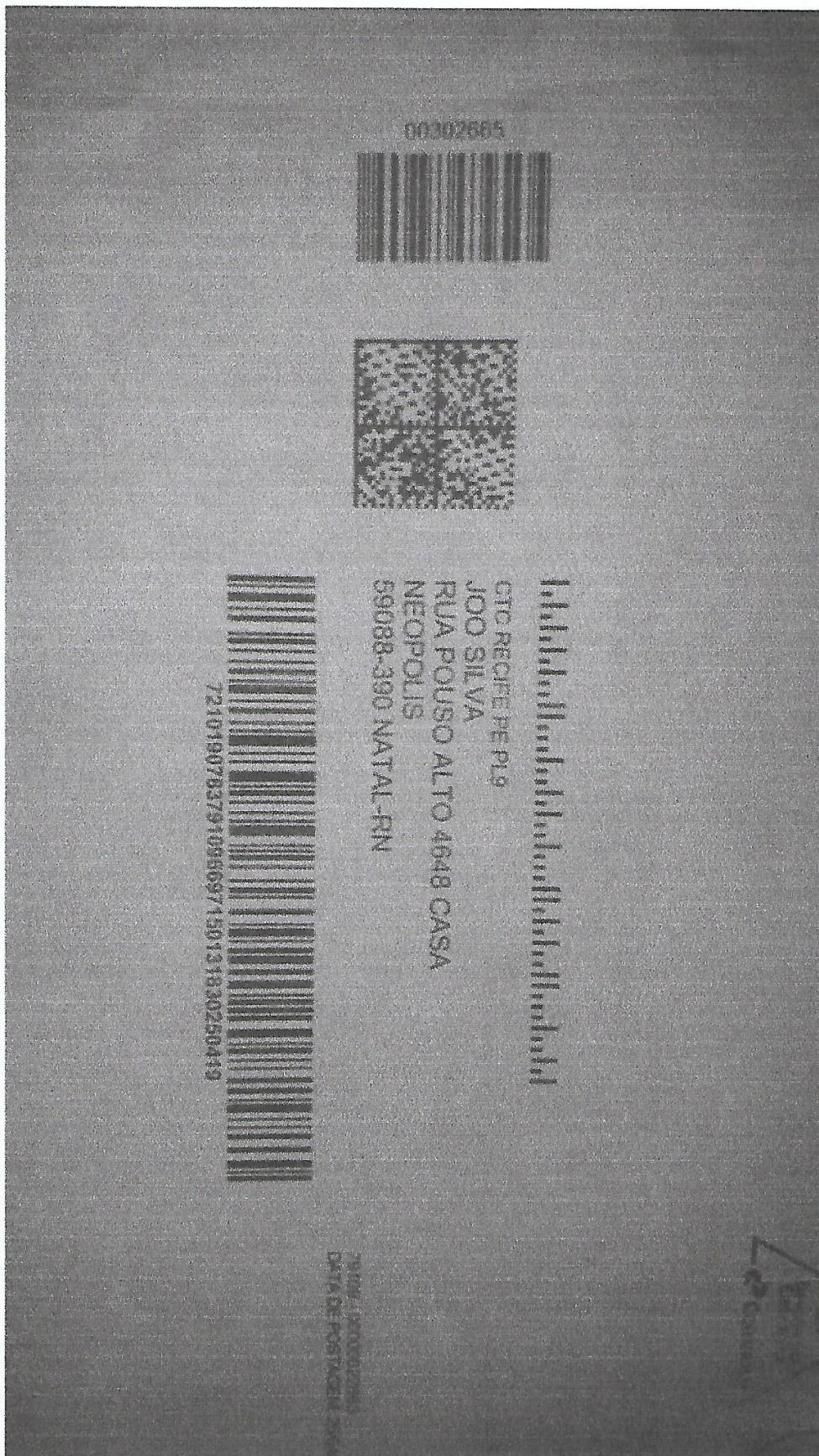
Pelo presente instrumento de mandato, **JOÃO PAULO ALVES DA SILVA**, brasileiro, portador do RG 2540670 e CPF 067.497.344-56, residente e domiciliado na Rua Pouso Alto, 4648, Neópolis, CEP: 59088-390, Natal/RN, nomeia e constitui como seus procuradores judiciais, **RODRIGO MORENO DA SILVA PITANGA** e **PEDRO HENRIQUE DE OLIVEIRA MOURA**, todos brasileiros, advogados, devidamente inscritos nos quadros da OAB/RN respectivamente sob o n. 12.313 e 13.112, com endereço profissional na Rua Dr. Lauro Pinto, n. 2000, Lagoa Nova, Natal/RN, a quem confere todos os poderes das cláusulas “*ad judicia et extra*”, para representá-la junto a qualquer órgão público ou particular, bem como em qualquer instância administrativa ou judicial, podendo receber citação inicial, intimações, notificações, confessar, transigir, desistir, renunciar, receber, dar quitação, firmar compromisso, apresentar contestação e interpor recurso, requerer cópia de documentos, desarquivar, fazer cargas de processos administrativos e judiciais, receber alvarás, substabelecer com ou sem reserva de poderes, além de tudo o mais que se fizer necessário para o fiel cumprimento deste mandato.

Natal/RN, 11 de abril de 2019.


JOÃO PAULO ALVES DA SILVA

Rua Dr. Lauro Pinto, 2000, sala 412, Lagoa Nova, CEP: 59064-250, Natal/RN
Fones: (84)99990-9816 (84)99164-9954
pitangaemoura.adv@gmail.com







ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
PÓLICIA MILITAR
COMANDO DE PÓLICIA RODOVIÁRIA ESTADUAL - CPRE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

B O A T 97477 -

1 - LOCAL E DATA

Local AV. AYRTON SENNA Bairro NEOPOLIS
Cidade/NF NATAL RN P. Ref. RUA DR ORLANDO 05 AREOPO
Data 02/11/2017 Hora do acidente 00:18 Hora do registro 00:40 Dia da semana QUINTA FEIRA

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

- Colisão Frontal - Colisão Lateral - Capotamento - Atropelamento
 - Colisão Posterior - Colisão Transversal - Choque - Outro(s) _____

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi QWP-6927 Cidade NATAL
Marca/Mod. HONDA CG 150 FAN Cor VERMELHA Ano 2015/2014
Proprietário ANA MARIA DA COSTA SILVA Nº de Ocupantes 01
Condutor JOÃO PAULO ALVES DA SILVA Data de Nasc. 26/08/1988
Endereço RUA PONTA LIMA Nº 4815 Fone 98846-7158
Bairro NEOPOLIS Cidade NATAL UF RN
CPF N° 067407344-56 CNH N° 01951192553 Validade 01/08/2020 Categoria A1
Local de Trabalho NORCEVANES Fone 98789-2133
End. RUA CAMINHARIO Nº 4602 Bairro NEOPOLIS Cidade NATAL

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi WPKA-5559 Cidade NATAL
Marca/Mod. KIA FOX Cor AZUL Ano 2013/2014
Proprietário JOSÉ TEIXEIRA FILHO Nº de Ocupantes 01
Condutor _____ Data de Nasc. 1/1
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF N° _____ CNH N° _____ Validade 1/1 Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

5 - VEÍCULO 03:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano 1/1
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. 1/1
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF N° _____ CNH N° _____ Validade 1/1 Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

6 - VEÍCULO 04:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano 1/1
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. 1/1
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF N° _____ CNH N° _____ Validade 1/1 Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

Autenticação Número do Boletim: 97477 Número da Ocorrência: 749878 Data Registro: 16/11/2017 Hora Registro: 09:49:51 Número/Controle: DAB990C0589862B3

7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/Av. Transitava?

Em que sentido?

Versão do condutor

AV. AYRTON SENNA
AV. PARANAMIRIM AV. ENG. ROBERTO FREIRE
ESTRADA NORMAL QUANDO VIU ENTROS NA
GUA FRENTE, QUE NAO FOI POSSIVEL EVITAR O ACIDENTE.

Assinatura do Condutor do V1

José Paulo Alves da Silveira

SOBRE V2 - Em que Rua/Av. Transitava?

Em que sentido?

Versão do condutor

Assinatura do Condutor do V2

SOBRE V3 - Em que Rua/Av. Transitava?

Em que sentido?

Versão do condutor

Assinatura do Condutor do V3

SOBRE V4 - Em que Rua/Av. Transitava?

Em que sentido?

Versão do condutor

Assinatura do Condutor do V4

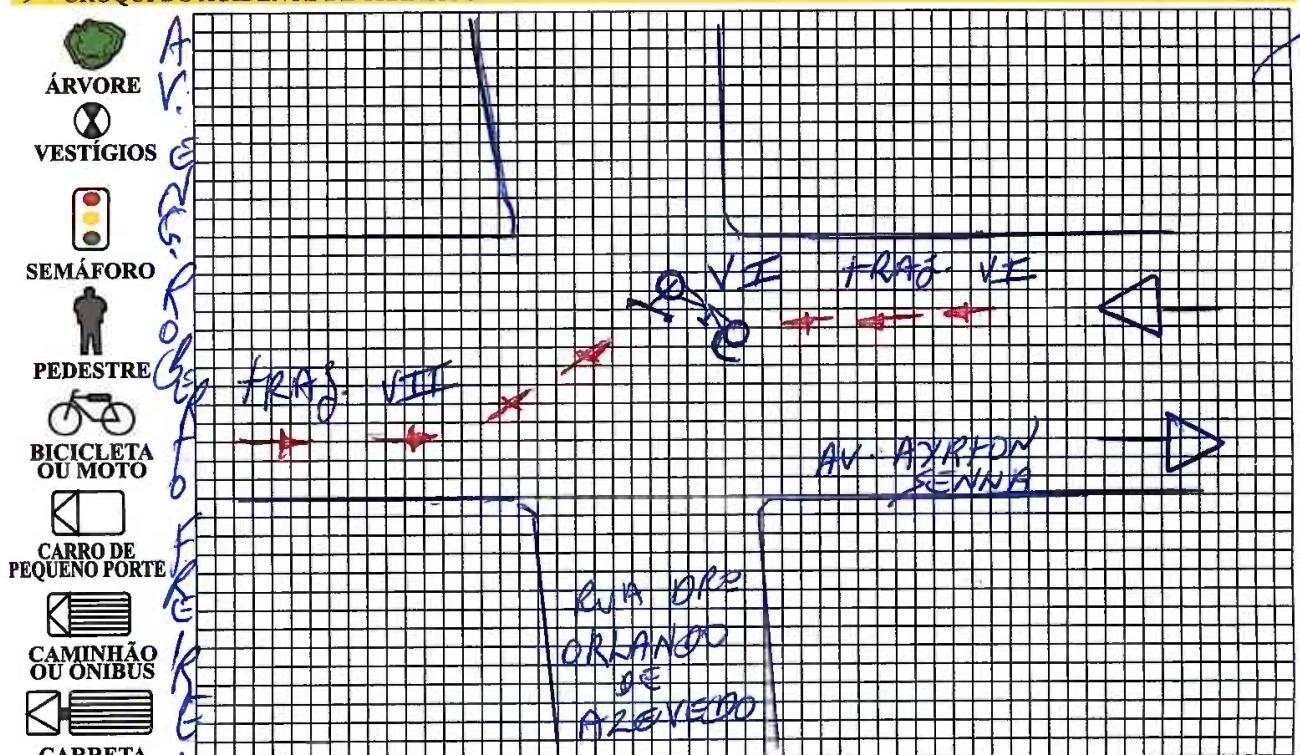
Autenticação Número do Boletim: 97477 Número da Ocorrência: 749878 Data Registro: 16/11/2017 Hora Registro: 09:49:51 Número/Controle: DAB990C0589862B3

97477 -

8 - CONDIÇÕES DA VIA

| Luminosidade | Cond./Tempo | Tipo da Pista | Caract./Pista | Cond./Pista | Sinalização |
|---|---|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Amanhecedo | <input checked="" type="checkbox"/> Bom | <input checked="" type="checkbox"/> Asfalto | <input type="checkbox"/> Reta | <input checked="" type="checkbox"/> Seca | <input type="checkbox"/> Inexistente |
| <input type="checkbox"/> Pleno Dia | <input type="checkbox"/> Nublado | <input type="checkbox"/> Paralelepípedo | <input type="checkbox"/> Curva | <input type="checkbox"/> Molhada | <input type="checkbox"/> Do Agente de Trânsito |
| <input type="checkbox"/> Anoitecendo | <input type="checkbox"/> Chuva | <input type="checkbox"/> Concreto | <input type="checkbox"/> Aclive Íngreme | <input type="checkbox"/> Inundada | <input type="checkbox"/> Do Semáforo |
| <input checked="" type="checkbox"/> Noite c/ Iluminação | <input type="checkbox"/> Neblina | <input type="checkbox"/> Cascalho | <input type="checkbox"/> Aclive Suave | <input type="checkbox"/> Poças D'água | <input type="checkbox"/> Faixa de Pedestre |
| <input type="checkbox"/> Noite s/ Iluminação | <input type="checkbox"/> Outros | <input type="checkbox"/> Terra | <input type="checkbox"/> Declive Íngreme | <input type="checkbox"/> Oleosa | <input type="checkbox"/> Linha _____ |
| <input type="checkbox"/> Iluminação Deficiente | | <input type="checkbox"/> Outros | <input type="checkbox"/> Declive Suave | <input type="checkbox"/> Enlameada | <input type="checkbox"/> Placa(s) _____ |
| | | | <input type="checkbox"/> Lombada | <input type="checkbox"/> Em Obras | <input type="checkbox"/> Lombada eletrônica |
| | | | <input type="checkbox"/> Cruzamento | <input type="checkbox"/> Com Buraco | <input type="checkbox"/> Vel. Máx. Perm. KM/H |
| | | | <input type="checkbox"/> Rotatória | <input type="checkbox"/> Com Areia | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> Retorno | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> Entroncamento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> Bifurcação | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

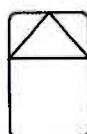
9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO



10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVARIAS DO VEÍCULO 1: FRENTE COMPLETA.
 (PARA O TELESCOPIO GUINCHO
 PARTEL RETROVISOR D. MANTO
 MIR. PNEU D. ESTRIGO
 PARTEL DE MACHA-1
 CALIBRAGEM OS FAROL
 FAROL. SUSPENSÃO
 E MECANISMO A VERIFICAÇÃO.

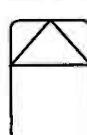
AVARIAS DO VEÍCULO 2



AVARIAS DO VEÍCULO 3



AVARIAS DO VEÍCULO 4



Autenticação Número do Boletim: 97477 Número da Ocorrência: 749878 Data Registro: 16/11/2017 Hora Registro: 09:49:51 Número/Controle: DAB990C0589862B3

11 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: *HC-SARINHO*
 Presenciou: Testemunha
 Fato Registro

Nome *JOAO PAULO ALVES DA SILVA* Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento *26/08/1988*
 RG Nº *002540670* Nº _____ Fone _____
 Endereço _____ Cidade _____ UF _____
 Bairro _____
 Versão _____

Assintura _____ Hora _____

12 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: _____
 Presenciou: Testemunha
 Fato Registro

Nome _____ RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento / /
 Endereço _____ Nº _____ Fone _____
 Bairro _____ Cidade _____ UF _____
 Versão _____

Assintura _____ Hora _____

13 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: _____
 Presenciou: Testemunha
 Fato Registro

Nome _____ RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento / /
 Endereço _____ Nº _____ Fone _____
 Bairro _____ Cidade _____ UF _____
 Versão _____

Assintura _____ Hora _____

14 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: _____
 Presenciou: Testemunha
 Fato Registro

Nome _____ RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento / /
 Endereço _____ Nº _____ Fone _____
 Bairro _____ Cidade _____ UF _____
 Versão _____

Assintura _____ Hora _____

15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO

Placa _____ Cidade _____ UF _____ Marca/Modelo _____
 Nome _____ RG Nº _____ Órgão Exp. _____
 Endereço _____ Nº _____
 Bairro _____ Cidade _____ Fone _____

16 - IMAGENS / FOTOS SIM NÃO AUTUAÇÃO SIM NÃO AIT Nº _____ CÓD/DESD _____

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

VII Ficou com I. VANILDO BARBOSA CERQUEIRA CNH: 04789978275 EPL: 008532 64-31 cel: 9 8828-0418
OS DADOS DE VII = FOI ANOTADO POR POPULARES;
PORÉM VII EVADIU-SE DO LOCAL DA OC.

Nome Completo do Agente *Henrique Benicio Reis*
 POSTO/GRAD.: *CA BO* PM Nº *97099* Viatura *ORE 106* Subunid. *B1-BP/RE*
 Local e Data *NATAK*, *02 de 31 de 2017*

Assinatura do Agente de Trânsito

Autenticação Número do Boletim: 97477 Número da Ocorrência: 749878 Data Registro: 16/11/2017 Hora Registro: 09:49:51 Número/Controle: DAB990C0589862B3

SESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO

BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 52963 /2017
Admissão: 02/11/2017 01:04:43

CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente: 46694 - JOAO PAULO ALVES DA SILVA (33 a 10 m 1 d)

Nascimento: 01/01/1984 Natural: NATAL.BRASIL

CNS: CPF:

Prof:

Mãe: MARIA

Logradouro: AYRTON SENNA, 1

CEP: 59088100

Bairro: NEÓPOLIS

Cidade: NATAL

Telefone: .

Compl: ONDE PACIENTE FOI PEGO

Sexo: M Cor: PARDA

Motivo: CARRO X MOTO

Origem: AMBUL. SAMU RN

Tipo: REFERENCIADO

*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 02/11/2017 00:58:52

| HORA | P.A. | HGT | SatO2 | FiO2 | F.R. | F.C. | TEMP. | Glasgow | RTS |
|------|------|-----|-------|------|------|------|-------|---------|-----|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: CERVICALGIA E DOR TORACICA

Hora: .

Vitó se trouxe motox carro uns 100m. Naq devoio ou vnto.
sent dorado

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A Pressão alta normal
- B nVd Bilirubin
- C -
- D ECG ns
- E Sigan evolucões

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Abdome. sa ria e irritado
anisodado

Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Gerado via SX por SEBASTIAO FERREIRA DOS SANTOS. Impresso em 02 de Novembro de 2017

| | |
|---------------------------|-------|
| GRAFIAMING | |
| Date: 02/11/17 | 01:11 |
| Técnico: Jara e Galvão | |
| Exame: | |
| Médico: Dr. Almino + Cury | |

EXAME FÍSICO SECUNDÁRIO

A (ALÉRGIAS): Nenhum
 H (ESPECIAÇÃO EM USO):
 P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS):
 D (LÍQUIDOS ALIMENTOS INGERIDOS):
 A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRABALHO):
 I (PASSADO VACINAL): Todos
 OUTRAS COMPLEMENTARES (RADIOLÓGIA E IMAGEM):
TC cerebral
RXTorax AP

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

| | |
|---|-------------------------------------|
| José Tovariz Fernandes Júnior MÉDICO CRM RN 8317 | OUTROS ANDROGÉNIO SESSILE MAGNET |
| CONSULTA PRIMÁRIA (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS): <u>Vit - glicose</u> <u>RXTorax e TC de tórax</u> <u>mentido se sente forte e dor</u> <u>estágio evolutivo</u> <u>Altas de cirurgia torácica</u> | |
| José Tovariz Fernandes Júnior MÉDICO CRM RN 8317 | |

Assinatura e Certidão do Relatório

Assinatura e Certidão do Relatório

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

| | | |
|---------------------|-------|-------|
| Especialista 1: NCR | HORA: | DATA: |
| Especialista 2: | HORA: | DATA: |
| Especialista 3: | HORA: | DATA: |

José Tovariz Fernandes Júnior
 MÉDICO
 CRM RN 8317

LOT 67010

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1

st Ncl

ANAMNESE

Colisão moto x carro
Sem sinal de alarme
G=18, sem derrubos.

EXAME FÍSICO

Dor à palpação de m. trapézio à direita

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Tetraferre.

EXAMES COMPLEMENTARES - RADIÓLOGIA E IMAGEM

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

TC crânio/cervical sem alterações

OUTROS

CARTA PRIMÁRIA (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

D) Orientações

2) Voltaren 75mg. 1a esp, 1m

3) Alta da Nef

*Medicamento prescrito e fornecido:
Nefopam 75 mg.
Fornecido: 100%
Data: 15/06/2018*

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

*Dr Andre
nms*

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo da Clínica

ESCALA DE GLASGOW

| RESPOSTA AUM | RESPOSTA VIVA | RESPOSTA DORMITANTE |
|--------------|---------------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 |
| 2 | 3 | 4 |
| 3 | 4 | 5 |
| 4 | 5 | 6 |
| 5 | 6 | 7 |
| 6 | 7 | 8 |
| 7 | 8 | 9 |
| 8 | 9 | 10 |
| 9 | 10 | 11 |
| 10 | 11 | 12 |
| 11 | 12 | 13 |
| 12 | 13 | 14 |
| 13 | 14 | 15 |
| 14 | 15 | 16 |
| 15 | 16 | 17 |
| 16 | 17 | 18 |
| 17 | 18 | 19 |
| 18 | 19 | 20 |
| 19 | 20 | 21 |
| 20 | 21 | 22 |
| 21 | 22 | 23 |
| 22 | 23 | 24 |
| 23 | 24 | 25 |
| 24 | 25 | 26 |
| 25 | 26 | 27 |
| 26 | 27 | 28 |
| 27 | 28 | 29 |
| 28 | 29 | 30 |
| 29 | 30 | 31 |
| 30 | 31 | 32 |
| 31 | 32 | 33 |
| 32 | 33 | 34 |
| 33 | 34 | 35 |
| 34 | 35 | 36 |
| 35 | 36 | 37 |
| 36 | 37 | 38 |
| 37 | 38 | 39 |
| 38 | 39 | 40 |
| 39 | 40 | 41 |
| 40 | 41 | 42 |
| 41 | 42 | 43 |
| 42 | 43 | 44 |
| 43 | 44 | 45 |
| 44 | 45 | 46 |
| 45 | 46 | 47 |
| 46 | 47 | 48 |
| 47 | 48 | 49 |
| 48 | 49 | 50 |
| 49 | 50 | 51 |
| 50 | 51 | 52 |
| 51 | 52 | 53 |
| 52 | 53 | 54 |
| 53 | 54 | 55 |
| 54 | 55 | 56 |
| 55 | 56 | 57 |
| 56 | 57 | 58 |
| 57 | 58 | 59 |
| 58 | 59 | 60 |
| 59 | 60 | 61 |
| 60 | 61 | 62 |
| 61 | 62 | 63 |
| 62 | 63 | 64 |
| 63 | 64 | 65 |
| 64 | 65 | 66 |
| 65 | 66 | 67 |
| 66 | 67 | 68 |
| 67 | 68 | 69 |
| 68 | 69 | 70 |
| 69 | 70 | 71 |
| 70 | 71 | 72 |
| 71 | 72 | 73 |
| 72 | 73 | 74 |
| 73 | 74 | 75 |
| 74 | 75 | 76 |
| 75 | 76 | 77 |
| 76 | 77 | 78 |
| 77 | 78 | 79 |
| 78 | 79 | 80 |
| 79 | 80 | 81 |
| 80 | 81 | 82 |
| 81 | 82 | 83 |
| 82 | 83 | 84 |
| 83 | 84 | 85 |
| 84 | 85 | 86 |
| 85 | 86 | 87 |
| 86 | 87 | 88 |
| 87 | 88 | 89 |
| 88 | 89 | 90 |
| 89 | 90 | 91 |
| 90 | 91 | 92 |
| 91 | 92 | 93 |
| 92 | 93 | 94 |
| 93 | 94 | 95 |
| 94 | 95 | 96 |
| 95 | 96 | 97 |
| 96 | 97 | 98 |
| 97 | 98 | 99 |
| 98 | 99 | 100 |

ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA NTIS

| DISCRIMINADOR | PONTUAÇÃO |
|----------------------------|-----------|
| ESTADO DE COMA DE GLASGOW | 0-15 |
| FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA | 0-30 |
| PRESSÃO ARTERIAL SISTÔMICA | 0-25 |

CLASSIFICAÇÃO ATLS

| |
|--------------------|
| CLASSIFICAÇÃO ATLS |

Escala de trauma revisada NTIS. Recomendação para pacientes de urgência e emergência.
Referência: Adaptado de L'chimp et al. em: Curr Opin Crit Care. 2000;6(3):212-216.

| | | |
|---|----------------|------------------|
| LAUDO: 465885 | PEDIDO: 809455 | DATA: 15/03/2019 |
| PACIENTE: 782274 - JOAO PAULO ALVES DA SILVA | | |
| IDADE: 30a 7m 0d | SEXO: M | CPF: 06749734456 |
| MÉDICO SOLICITANTE: HOSPITAL UNIVERSITARIO ONOFRE LOPEZ | | |
| UNID. INTERNAÇÃO: | LEITO: | |

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA LOMBAR**Técnica do exame:**

- Exame realizado com aquisições ponderadas em T1 e T2, sem a administração do meio de contraste paramagnético (gadolinio).

Os seguintes aspectos foram observados:

- Corpos vertebrais alinhados, de altura e sinal da medular óssea conservados, sem sinais de fraturas.
- Pedículos e estruturas do arco posterior integros.
- Articulações interfacetárias com contornos regulares e amplitude habitual.
- Em L5-S1: desidratação discal degenerativa associada a protrusão posterior e paramediana à esquerda, promovendo leve impressão sobre a face ventral do saco dural, tocando e deslocando a raiz descendente correspondente, destacando-se ainda pequena rotura longitudinal na porção posteromediana esquerda do ânulo fibroso.
- Demais discos intervertebrais com morfologia e sinal preservados, sem evidência de abaulamentos ou protruções significativas.
- Edema dos ligamentos interespinhosos no segmento L4-L5, inferindo sobrecarga mecânica.
- Diâmetros normais do canal vertebral e forames de conjugação.
- Cone medular de forma e sinal normais na transição toracolombar.
- Raízes da cauda eqüina de distribuição anatômica no interior do saco dural.
- Musculatura paravertebral sem alterações.

CONCLUSÃO:

- Protrusão discal no segmento L5-S1, promovendo leve impressão sobre a face ventral do saco dural, tocando e deslocando a raiz descendente esquerda, destacando-se ainda pequena rotura longitudinal na porção posteromediana esquerda do ânulo fibroso.

ADRIANO LUIS DE CARVALHO ARAUJO
CRM - 4402


MARCELA NAHARA SANTOS DA C. SOUSA
CRM - 7816

Missão: "Promover de forma integrada o ensino, a pesquisa, a extensão e a assistência no âmbito das ciências da saúde e correlatas, com qualidade, ética e sustentabilidade"
Av. Nilo Peçanha, 620, Petrópolis - Natal/RN CEP 59.012-300 Natal/RN
fone: (84) 3242 5000

**PLANTÃO 24 HORAS**

CIRURGIAS - CLÍNICO GERAL
PEDIATRIA - ORTOPEDIA
LABORATÓRIO DE ANALISES
PRONTO-SOCORRO - RAIO-X
ULTRASSONOGRAFIA

Rua Monte Sinai, 1948 - Fone: (84) 4008-5000 - (Ao lado do Nordestão Ponta Negra) - Natal/RN

Lameirinhas
Pronto atendimento Dr. Paulo Gurgel
de sábado à domingo de 08hs
às 19hs para idosos. Pediatria
de 08hs às 19hs. Ortopedia
de 08hs às 19hs. Radiologia
de 08hs às 19hs. Ultrassonografia
de 08hs às 19hs.
Maior de 15-16 anos.

10/05/19

MST-1

Dr. Gentil Fernandes de A. Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 5647

Natal,

SINISTRO 3180096839 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA JOAO PAULO ALVES DA SILVA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO CLEIDIO
CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME
BENEFICIÁRIO JOAO PAULO ALVES DA SILVA
CPF/CNPJ: 06749734456**

Posição em 11-04-2019 09:40:15

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

| Data do Pagamento | Valor da Indenização | Juros e Correção | Valor Total |
|-------------------|----------------------|------------------|-------------|
| 20/03/2018 | R\$ 843,75 | R\$ 0,00 | R\$ 843,75 |