

## CHECK LIST - MUTIROS DE CONCILIAÇÃO - DPVAT

|                                           |                                                                                                                                                                                                                          |                                                         |                                                                   |                              |                                                 |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------|
| ESCRITÓRIO RESPONSÁVEL: JBAA              |                                                                                                                                                                                                                          | AUDIÊNCIA: ____/____/____                               |                                                                   | GPROC/SISJUR: 2579662        |                                                 |
| ( ) VC ( ) JEC ( ) TJ                     |                                                                                                                                                                                                                          | COMARCA: VIÇOSA DO CEARA                                |                                                                   | UF: CE                       |                                                 |
| DADOS DO PROCESSO                         |                                                                                                                                                                                                                          |                                                         |                                                                   |                              |                                                 |
| AUTOR                                     | NOME: EDVALDO DE BRITO PEREIRA                                                                                                                                                                                           |                                                         |                                                                   |                              |                                                 |
|                                           | ( ) VÍTIMA ( ) BENEFICIÁRIO ( ) REP. LEGAL                                                                                                                                                                               | DATA DO AJUIZAMENTO: 09/08/2018.                        |                                                                   |                              |                                                 |
| Nº PROCESSO (CNJ)                         | 0000093-30.2018.8.06.0182                                                                                                                                                                                                |                                                         | DATA DA CITAÇÃO: 13/03/2019.                                      |                              |                                                 |
| VÍTIMA                                    | NOME: EDVALDO DE BRITO PEREIRA                                                                                                                                                                                           |                                                         |                                                                   |                              |                                                 |
|                                           | CPF: 777.489.053-04                                                                                                                                                                                                      | ( ) INCAPAZ ( ) MENOR                                   |                                                                   |                              |                                                 |
| EX ADVERSO                                | NOME: FRANCISCA LUCIA ALVES DE OLIVEIRA                                                                                                                                                                                  |                                                         |                                                                   | OAB/UF: 33.519 - OAB/CE      |                                                 |
| PROGNÓSTICO                               | ( ) PROVÁVEL ( ) POSSÍVEL ( ) REMOTO                                                                                                                                                                                     |                                                         |                                                                   |                              |                                                 |
| OBJETO                                    | ( ) INVALIDEZ INTEGRAL ( ) INVALIDEZ DIFERENÇA ( ) OUTROS                                                                                                                                                                |                                                         |                                                                   | SINISTRO: 19/07/2015.        |                                                 |
| DADOS DO VEÍCULO ENVOLVIDO                | PLACA:                                                                                                                                                                                                                   | CATEGORIA:                                              | ( ) 00 ( ) 01 ( ) 02 ( ) 03 ( ) 04<br>( ) 08 ( ) 09 ( ) 10 ( ) 99 |                              |                                                 |
| INVALIDEZ PERMANENTE                      |                                                                                                                                                                                                                          |                                                         |                                                                   |                              |                                                 |
| LAUDO NOS AUTOS?                          | ( ) NÃO ( ) IML ( ) JUDICIAL ( ) PARTICULAR ( ) MUTIRÃO ANTERIOR<br>( ) OUTROS:                                                                                                                                          |                                                         |                                                                   |                              |                                                 |
| LESÃO APURADA                             | ( ) 10% ( ) 25% ( ) 50% ( ) 75% ( ) 100%                                                                                                                                                                                 |                                                         |                                                                   |                              |                                                 |
| AVALIAÇÃO MÉDICA NO MUTIRÃO:              | 1. CRÂNIO FACIAL ( ) 10% ( ) 25% (X) 50% ( ) 75% ( ) 100%<br>2. _____ ( ) 10% ( ) 25% ( ) 50% ( ) 75% ( ) 100%<br>3. _____ ( ) 10% ( ) 25% ( ) 50% ( ) 75% ( ) 100%<br>4. _____ ( ) 10% ( ) 25% ( ) 50% ( ) 75% ( ) 100% |                                                         |                                                                   |                              |                                                 |
| EMPRESA MÉDICA                            | NOME: SAUDE SEG                                                                                                                                                                                                          |                                                         |                                                                   |                              |                                                 |
| PERITO JUDICIAL                           | NOME: FELIPE RAPHAEL BUGARIM BITENCOURT                                                                                                                                                                                  |                                                         |                                                                   |                              |                                                 |
| ASSISTENTE TÉCNICO                        | NOME: GREIVE FREITAS CAVALCANTE                                                                                                                                                                                          |                                                         |                                                                   |                              |                                                 |
| MORTE                                     |                                                                                                                                                                                                                          |                                                         |                                                                   |                              |                                                 |
| DATA DO ÓBITO: ____/____/____             | CERTIDÃO DE ÓBITO                                                                                                                                                                                                        | BENEFICIÁRIOS: ( ) CÔNJUGE<br>( ) FILHOS<br>( ) OUTROS: |                                                                   | QUANTIDADE DE BENEFICIÁRIOS: |                                                 |
|                                           | ( ) SIM ( ) NÃO                                                                                                                                                                                                          |                                                         |                                                                   |                              |                                                 |
| VERIFICAÇÃO MEGADATA                      |                                                                                                                                                                                                                          |                                                         |                                                                   |                              |                                                 |
| PAGAMENTO ADMINISTRATIVO                  | ( ) SIM ( ) NÃO                                                                                                                                                                                                          |                                                         |                                                                   |                              | RUBRICA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL PELA CONSULTA: |
| NATUREZA DO SINISTRO:                     | ( ) 1 - MORTE ( ) 2 - INVALIDEZ ( ) 3 - DAMS                                                                                                                                                                             |                                                         |                                                                   |                              |                                                 |
| VALOR DO PAGAMENTO ADMINISTRATIVO:        | R\$: 6.750,00                                                                                                                                                                                                            |                                                         |                                                                   |                              |                                                 |
| Nº SINISTRO ADM: 3170248660               | DATA DO PAGAMENTO: ____/____/____                                                                                                                                                                                        |                                                         |                                                                   |                              |                                                 |
| NATUREZA DO SINISTRO:                     | ( ) 1 - MORTE ( ) 2 - INVALIDEZ ( ) 3 - DAMS                                                                                                                                                                             |                                                         |                                                                   |                              |                                                 |
| VALOR DO PAGAMENTO ADMINISTRATIVO:        | R\$:                                                                                                                                                                                                                     |                                                         |                                                                   |                              |                                                 |
| Nº SINISTRO ADM:                          | DATA DO PAGAMENTO: ____/____/____                                                                                                                                                                                        |                                                         |                                                                   |                              |                                                 |
| PAGAMENTO JUDICIAL                        | ( ) SIM ( ) NÃO                                                                                                                                                                                                          |                                                         |                                                                   |                              |                                                 |
| NATUREZA DO SINISTRO:                     | ( ) 1 - MORTE ( ) 2 - INVALIDEZ ( ) 3 - DAMS                                                                                                                                                                             |                                                         |                                                                   |                              |                                                 |
| VALOR DO PAGAMENTO JUDICIAL:              | R\$: NÃO                                                                                                                                                                                                                 |                                                         |                                                                   |                              |                                                 |
| Nº SINISTRO JUD: NÃO                      | DATA DO PAGAMENTO: ____/____/____                                                                                                                                                                                        |                                                         |                                                                   |                              |                                                 |
| ACORDO                                    |                                                                                                                                                                                                                          |                                                         |                                                                   |                              |                                                 |
| MOTIVOS PARA NÃO REALIZAÇÃO DO ACORDO     |                                                                                                                                                                                                                          |                                                         |                                                                   |                              |                                                 |
| ( ) SIM                                   | ( ) AUTOR NÃO COMPARECEU                                                                                                                                                                                                 | ( ) B.O. SUPERIOR A 30 DIAS                             | ( ) PROCESSO EM FASE DE EXECUÇÃO                                  |                              |                                                 |
| Principal:                                | ( ) NÃO ACEITOU PROPOSTA                                                                                                                                                                                                 | ( ) COISA JULGADA                                       | ( ) PROCESSO EXTINTO SEM RESOLUÇÃO DE MÉRITO                      |                              |                                                 |
| R\$: _____                                | ( ) AUDIÊNCIA CANCELADA/RETIRADA DE PAUTA                                                                                                                                                                                | ( ) ILEGITIMIDADE ATIVA/PASSIVA                         | ( ) PROCESSO SEM CITAÇÃO                                          |                              |                                                 |
| Correção + Juros: ( ) 75% ( ) 50% ( ) 25% | ( ) AUSÊNCIA DE COBERTURA                                                                                                                                                                                                | ( ) INDÍCIOS DE IRREGULARIDADE                          | ( ) PROGNÓSTICO POSSÍVEL/REMOTO                                   |                              |                                                 |
| R\$: _____                                | ( ) AUSÊNCIA DE DOCUMENTOS                                                                                                                                                                                               | ( ) JÁ EXISTE ACORDO NOS AUTOS                          | ( ) REGULAÇÃO 0 (PENDENTE PAGAMENTO ADMINISTRATIVO)               |                              |                                                 |
| Honorários (limitados a 10%):             | ( ) AUSÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE                                                                                                                                                                                     | ( ) JÁ EXISTE PAGAMENTO JUDICIAL NOS AUTOS              | ( ) REGULAÇÃO 2/3 ( ) _____                                       |                              |                                                 |
| R\$: _____                                | ( ) AUSÊNCIA DE NEXO CAUSAL                                                                                                                                                                                              | ( ) LITISPENDÊNCIA                                      | ( ) REGULAÇÃO 8 (INDÍCIOS DE IRREGULARIDADE)                      |                              |                                                 |
| Total do acordo:                          | ( ) AUSÊNCIA DE REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO PRÉVIO                                                                                                                                                                       | ( ) PEDIDO JULGADO IMPROCEDENTE                         | (X) SINISTRO ADIMPLIDO NA VIA ADMINISTRATIVA                      |                              |                                                 |
| R\$: _____                                | ( ) AUTOR DESASSISTIDO                                                                                                                                                                                                   | ( ) PRESCRIÇÃO                                          | ( ) VÍTIMA AINDA EM TRATAMENTO                                    |                              |                                                 |
| ( ) NÃO                                   | ( ) AUTOR FALECEU                                                                                                                                                                                                        | ( ) PROCESSO COM TRAMITAÇÃO INFERIOR A 12 MESES         | ( ) RENÚNCIA (MARCAR TAMBÉM O MOTIVO NAS OPÇÕES ANTERIORES)       |                              |                                                 |

OBS: B.O. COM MAIS DE 30 DIAS