

ESCRITÓRIO RESPONSÁVEL: JBAA		AUDIÊNCIA: 27/08/2019.		GPROC/SISJUR: 2639278	
3 () VC () JEC () TJ COMARCA: CRATEUS		UF: CE			
DADOS DO PROCESSO					
AUTOR		NOME: MARIA VALDIRENE GERMANO DE SOUSA GALVAO			
		() VÍTIMA () BENEFICIÁRIO () REP. LEGAL		DATA DO AJUIZAMENTO: ____/____/____	
Nº PROCESSO (CNJ)		0010027-23.2019.8.06.0070		DATA DA CITAÇÃO: ____/____/____	
VÍTIMA		NOME: MARIA VALDIRENE GERMANO DE SOUSA GALVAO			
		CPF: 874.313.943-49		() INCAPAZ () MENOR	
EX ADVERSO		NOME: ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS		OAB/UF: 34.613 - OAB/CE	
PROGNÓSTICO		() PROVÁVEL () POSSÍVEL () REMOTO			
OBJETO		() INVALIDEZ INTEGRAL () INVALIDEZ DIFERENÇA () OUTROS SINISTRO: ____/____/____			
DADOS DO VEÍCULO ENVOLVIDO		PLACA: _____		CATEGORIA: () 00 () 01 () 02 () 03 () 04 () 08 () 09 () 10 () 99	
INVALIDEZ PERMANENTE					
LAUDO NOS AUTOS?		() NÃO () IML () JUDICIAL () PARTICULAR () MUTIRÃO ANTERIOR () OUTROS: _____			
LESÃO APURADA		____ () 10% () 25% () 50% () 75% () 100%			
AVALIAÇÃO MÉDICA NO MUTIRÃO:		1. <u>Quadril esguinhado</u> () 10% () 25% () 50% () 75% () 100% 2. <u> Joelho esguinhado</u> () 10% () 25% () 50% () 75% () 100% 3. _____ () 10% () 25% () 50% () 75% () 100% 4. _____ () 10% () 25% () 50% () 75% () 100%			
EMPRESA MÉDICA		NOME: <u>Teleda Assistência Médica LTOA</u>			
PERITO JUDICIAL		NOME: <u>Francisco Jose Fruto</u>			
ASSISTENTE TÉCNICO		NOME: <u>Greive Freitas Carvalho</u>			
MORTE					
DATA DO ÓBITO: ____/____/____		CERTIDÃO DE ÓBITO () SIM () NÃO		BENEFICIÁRIOS: () CÔNJUGE () FILHOS () OUTROS: _____ QUANTIDADE DE BENEFICIÁRIOS: _____	
VERIFICAÇÃO MEGADATA					
PAGAMENTO ADMINISTRATIVO		() SIM () NÃO			
NATUREZA DO SINISTRO:		() 1 - MORTE () 2 - INVALIDEZ () 3 - DAMS			
VALOR DO PAGAMENTO ADMINISTRATIVO:		R\$: <u>REGULAÇÃO 2 - NEGADO</u>			
Nº SINISTRO ADM: 3180457576		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\$: _____			
Nº SINISTRO JUD:		DATA DO PAGAMENTO: ____/____/____			
ACORDO					
() SIM		() AUTOR NÃO COMPARECEU (X) 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 () SINISTRO ADIMPLIDO NA VIA ADMINISTRATIVA	
R\$: _____		() AUTOR DESASSISTIDO		() PRESCRIÇÃO () VÍTIMA AINDA EM TRATAMENTO	
(X) NÃO		() AUTOR FALECEU		() PROCESSO COM TRAMITAÇÃO INFERIOR A 12 MESES () RENÚNCIA (MARCAR TAMBÉM O MOTIVO NAS OPÇÕES ANTERIORES)	