

CHECK LIST - MUTIRÕES DE CONCILIAÇÃO - DPVAT

ESCRITÓRIO RESPONSÁVEL: JOÃO BARBOSA

DATA DA AUDIÊNCIA: 03/04/2017.

GPROC/SISJUR: 409919

ESCRITÓRIO QUE REALIZOU A AUDIÊNCIA: () O MESMO () OUTRO JB

UF: CE

1ª (X) VC () JEC () TJ

COMARCA: CRATEUS

DADOS DO PROCESSO

AUTOR	NOME: RONIEL MEDINA DE ARAUJO		
End: Fazenda santo antonio, s/n, zona rural, crateus/ce, cep 63700-000	() VÍTIMA () BENEFICIÁRIO () REPRESENTANTE LEGAL		
Nº PROCESSO (CNJ)	3257-97.2008.8.06.0070.	DATA DO AJUIZAMENTO: 15/09/2008	
VÍTIMA	NOME: () INCAPAZ () MENOR		
EX ADVERSO	NOME: FERNANDO ANDRADE CONHASCA	OAB/UF: 110.311 - OAB/RJ	
OBJETO	☒ INVALIDEZ INTEGRAL () INVALIDEZ DIFERENÇA () OUTROS		
DADOS DO VEÍCULO ENVOLVIDO	PLACA: HVH- 2113	ANO: 1998	CATEGORIA: 9 () 01 () 02 () 03 () 04 () 08 ☒ 09 () 10 () 99

INVALIDEZ PERMANENTE

LAUDO NOS AUTOS? () NÃO () IML () JUDICIAL () PARTICULAR () MUTIRÃO ANTERIOR () OUTROS:

LESÃO APURADA

AVALIAÇÃO MÉDICA NO MUTIRÃO:

1. JOELHO E () 10% () 25% ☒ 50% () 75% () 100%
2. _____ () 10% () 25% () 50% () 75% () 100%
3. _____ () 10% () 25% () 50% () 75% () 100%
4. _____ () 10% () 25% () 50% () 75% () 100%

EMPRESA MÉDICA

NOME: ACE

PERITO JUDICIAL

NOME: ANTONIO ENOAS DE B DE MENEZES

ASSISTENTE TÉCNICO

NOME: FELIPE BOVENORA APOLIANIO

MORTE

DATA DO ÓBITO:

CERTIDÃO DE ÓBITO
() SIM () NÃO

BENEFICIÁRIOS

() CÔNJUGE
() FILHOS
() OUTROS:

QUANTIDADE DE BENEFICIÁRIOS:

VERIFICAÇÃO MEGADATA

PAGAMENTO ADMINISTRATIVO	☒ SIM () NÃO	OBS: PGTO ADM- R\$ 1417,5
NATUREZA DO SINISTRO:	() 1 - MORTE ☒ 2 - INVALIDEZ () 3 - DAMS	
VALOR DO PAGAMENTO ADMINISTRATIVO:	R\$: 1417,5	
Nº SINISTRO ADM:	DATA DO PAGAMENTO: ____/____/____	
NATUREZA DO SINISTRO:	() 1 - MORTE () 2 - INVALIDEZ () 3 - DAMS	RUBRICA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL PELA CONSULTA: Adv. Gregory de Sousa M. Silva OAB - CE 28.608
VALOR DO PAGAMENTO ADMINISTRATIVO:	R\$:	
Nº SINISTRO ADM: 2006226286	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

Valor da indenização:

R\$: 400,00

Valor dos honorários:

R\$: 40,00

Valor total do acordo:

R\$: 440,00

() NÃO

MOTIVOS PARA NÃO REALIZAÇÃO DO ACORDO

() AUTOR NÃO COMPARECEU	() COISA JULGADA	() PROCESSO EXTINTO SEM RESOLUÇÃO DE MÉRITO
() NÃO ACEITOU PROPOSTA	() ILEGITIMIDADE ATIVA	() REGULAÇÃO 0 (PENDENTE PAGAMENTO ADMINISTRATIVO)
() AUDIÊNCIA CANCELADA/RETIRADA DE PAUTA	() ILEGITIMIDADE ATIVA	() REGULAÇÃO 2/3 (AUSÊNCIA DE COBERTURA)
() AUSÊNCIA DE COBERTURA	() INDÍCIOS DE IRREGULARIDADE	() REGULAÇÃO 2/3 (AUSÊNCIA DE NEXO CAUSAL)
() AUSÊNCIA DE DOCUMENTOS	() JÁ EXISTE ACORDO NOS AUTOS	() REGULAÇÃO 2/3 (PROPRIETÁRIO INADIMPLENTE)
() AUSÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE	() JÁ EXISTE PAGAMENTO JUDICIAL NOS AUTOS	() REGULAÇÃO 8 (INDÍCIOS DE IRREGULARIDADE)
() AUSÊNCIA DE NEXO CAUSAL	() LITISPENDÊNCIA	() SINISTRO ADIMPLIDO NA VIA ADMINISTRATIVA
() AUSÊNCIA DE REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO PRÉVIO	() PEDIDO JULGADO IMPROCEDENTE	() VÍTIMA AINDA EM TRATAMENTO
() AUTOR DESASISTIDO	() PRESCRIÇÃO	RENÚNCIA (MARCAR TAMBÉM O MOTIVO NAS OPÇÕES ANTERIORES)
() AUTOR FALECEU	() PROCESSO EM FASE DE EXECUÇÃO	

JOELHO 1687,50

84/ADM 1417,50

270,00

ATUAL → 400,00

10% → 40,00

440,00

AVALIAÇÃO PERICIAL

Art.31 da lei 11.945 de 4/6/2009 que altera a lei 6.194 de 14/12/74

Proc nº. 3257-97.2008

Vara : 1ª

Audiência:

Sala:

INFORMAÇÕES DA VÍTIMA

Nome completo: Roniel Medina de Araújo

CPF: 060.579.413-81

Endereço completo: Santo Antônio dos Anjos

INFORMAÇÕES DO ACIDENTE

Local: CMEC

Data do acidente: 18 / 10 / 2006

CONCORDÂNCIA COM A REALIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

1. Declaro-me ciente da nomeação do perito judicial, o Dr. ANTONIO ENÉAS RODRIGUES BEZERRA DE MENEZES, CREMEC 3792, e que me considero ciente e aceito a realização do exame por meio clínico, não havendo necessidade de profissional especializado, salvo se assim determinado pelo perito judicial.

Crateús, ___/___/___

Assinatura do advogado

1. Declaro-me ciente do exposto no item 1.

2. Declaro que as informações de vítima e do acidente acima indicadas, são verdadeiras e que compareci neste ato, por livre e espontânea vontade, para realização de perícia judicial.

Crateús, 03/04/07 Roniel Medina de Araújo

Assinatura da vítima

AVALIAÇÃO MÉDICA

I) Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

☒ Sim ☐ Não ☐ Prejudicado

Só prosseguir em caso de resposta positiva

II) Descrever o quadro clínico atual informado:

a) qual (quais) região(ões) corporal(is) encontra(m)-se acometido(s):

DOES E

b) as alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da vítima que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando as medidas terapêuticas tomadas na fase agudado trauma.

TUM CONSEQUÊNCIA DE TRAUMA
CONTINUA DO DOES E

III) há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação

☐ Sim ☒ Não

Se SIM, descreva a(s) medida(s) terapêutica(s) indicada(s):

IV) Seguindo o exame médico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

a) ☐ Disfunções apenas temporárias

b) ☒ dano anatômico/ ou funcional definitivo (sequelas)

Dr. Felipe Benventura Apolinário
Médico
CRMCE 13.234
CPF: 544.015.183-49

"ACT CERTÃO RE 1A VOT"

12A

Em caso de anatômico/ ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas no patrimônio físico da vítima

LEVE ADOÇÃO FÍSICA JOECHO E

V) Em virtude da evolução da lesão e/ou tratamento faz-se necessário exame complementar?

() Sim, em que prazo:

☒ Não

Em caso de enquadramento na opção "a" do item IV ou resposta afirmativa ao item V, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados:

VI) Segundo o previsto na lei 11.945 de 4 de julho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais suscetível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando segundo o anexo constante à lei 11.945/09 o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Segmento corporal acometido:

a) () Total (dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da vítima)

b) ☒ Parcial (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da vítima) **Em se tratando de dano parcial informar se o dano é:**

b.1 () Parcial Completo (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da Vítima)

b.2 ☒ Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da Vítima)

b.2.1) Informar o grau de incapacidade definitiva da vítima segundo o previsto na alínea II §1º do art 3º da lei 6.194/74 com redação introduzida pelo artigo 31 da lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido.

Segmento Anatômico

Marque aqui o percentual

1ª Lesão <u>JOECHO E</u>	() 10% residual	() 25% leve	☒ 50% Média	() 75% Intensa
2ª Lesão _____	() 10% residual	() 25% leve	() 50% Média	() 75% Intensa
3ª Lesão _____	() 10% residual	() 25% leve	() 50% Média	() 75% Intensa
4ª Lesão _____	() 10% residual	() 25% leve	() 50% Média	() 75% Intensa

Lesões apontados pela parte, não reconhecidas por falta de comprovação de sua existência ou relação com o acidente

Adilson Edmar R. B. de Moraes
MÉDICO PERITO
CRM/RS 3792

Dr. Felipe D. Ventura Apolinário
Médico
CRM/RS 13.234
CPF: 544.015.183-45

Crateús, 03/04/17

Assinatura do médico – CRM:

Observações: eventuais informações complementares deverão constar de folha anexa, com referência à sua existência nesta.

Anexos: Sim _____ Não ☒ _____