

| CHECK LIST - MUTIROS DE CONCILIAÇÃO - DPVAT |                                                                  |                                                                              |                                                             |
|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| ESCRITÓRIO RESPONSÁVEL: JBAA                |                                                                  | AUDIÊNCIA: 30/07/2018                                                        |                                                             |
| ( ) VC ( ) JEC ( ) TJ COMARCA:              |                                                                  | UF:                                                                          |                                                             |
| DADOS DO PROCESSO                           |                                                                  |                                                                              |                                                             |
| AUTOR                                       | NOME: LUIS MANOEL DOS SANTOS                                     |                                                                              |                                                             |
| Nº PROCESSO (CNI)                           | ( ) VÍTIMA ( ) BENEFICIÁRIO ( ) REP. LEGAL                       | DATA DO AJUIZAMENTO: ____/____/____                                          |                                                             |
| VÍTIMA                                      | CPF: 484.459.771-72                                              | ( ) INCAPAZ ( ) MENOR                                                        |                                                             |
| EX ADVERSO                                  | NOME: ROSELY BEATO DA ROCHA                                      | OAB/UF: 010/CR 23.232                                                        |                                                             |
| PROGNÓSTICO                                 | ( ) PROVÁVEL ( ) POSSÍVEL ( ) REMOTO                             |                                                                              |                                                             |
| OBJETO                                      | ( ) INVALIDEZ INTEGRAL ( ) INVALIDEZ DIFERENÇA ( ) OUTROS        | SINISTRO: ____/____/____                                                     |                                                             |
| 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 |                                                                              |                                                             |
| LESÃO APURADA                               | ( ) OUTROS: ( ) 10% ( ) 25% ( ) 50% ( ) 75% ( ) 100%             |                                                                              |                                                             |
| AVALIAÇÃO MÉDICA NO MUTIRÃO:                | 1. ( ) 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:                                                            |                                                                              |                                                             |
| PERITO JUDICIAL                             | NOME:                                                            |                                                                              |                                                             |
| ASSISTENTE TÉCNICO                          | NOME:                                                            |                                                                              |                                                             |
| MORTE                                       |                                                                  |                                                                              |                                                             |
| DATA DO ÓBITO: ____/____/____               | CERTIDÃO DE ÓBITO<br>( ) SIM ( ) NÃO                             | BENEFICIÁRIOS: ( ) CÔNJUGE<br>( ) FILHOS<br>( ) OUTROS:                      | QUANTIDADE DE BENEFICIÁRIOS:                                |
| VERIFICAÇÃO MEGADATA                        |                                                                  |                                                                              |                                                             |
| PAGAMENTO ADMINISTRATIVO                    | ( ) SIM ( ) NÃO                                                  |                                                                              |                                                             |
| NATUREZA DO SINISTRO:                       | ( ) 1 - MORTE ( ) 2 - INVALIDEZ ( ) 3 - DAMS                     |                                                                              |                                                             |
| VALOR DO PAGAMENTO ADMINISTRATIVO:          | R\$:                                                             |                                                                              |                                                             |
| Nº SINISTRO ADM:                            | 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: ____/____/____                                |                                                                              |                                                             |
| MOTIVOS PARA NÃO REALIZAÇÃO DO ACORDO       |                                                                  |                                                                              |                                                             |
| ACORDO                                      | ( ) SIM ( ) NÃO                                                  |                                                                              |                                                             |
| ( ) 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                                              | ( ) SINISTRO ADIMPLIDO NA VIA ADMINISTRATIVA                |
| R\$: _____                                  | ( ) AUTOR DESASSISTIDO                                           | ( ) PRESCRIÇÃO                                                               | ( ) VÍTIMA AINDA EM TRATAMENTO                              |
| ( ) NÃO                                     | ( ) AUTOR FALECEU                                                | ( ) PROCESSO COM TRAMITAÇÃO INFERIOR A 12 MESES                              | ( ) RENUNCIA (MARCAR TAMBÉM O MOTIVO NAS OPÇÕES ANTERIORES) |

Dr. Betânia Regina Nogueira  
ADVOGADO  
OAB/CE 38.484