

PROCURAÇÃO PARTICULAR

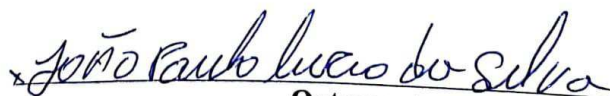
OUTORGANTE:	JOAO PAULO LUCIO DA SILVA , BRASILEIRO, SOLTEIRO, AGRICULTOR, COM RG: 3.030.676-2º SSDS/PB E CPF: 053.831.394-35, RESIDENTE E DOMICILIADO NA RUA PROJETADA, S/N, JOSE MARIZ, PAULISTA - PB. 998082813 / 996883523
OUTORGADO:	Dr. JAQUES RAMOS WANDERLEY , brasileiro, casado, advogado OAB/PB 11.984, RG 2428326 SSP/PB, CPF nº 032.976.134-08; Dr. MAYARA QUEIROGA WANDERLEY , brasileira, casada, advogada, OAB/PB nº 18.791, RG 3141039, SSP/PB, CPF nº 059.842.772-09, ambos com escritório profissional a rua Francisco Almeida, nº 219, centro CEP: 58.840-000, Pombal - PB. Tele-fax: (83) 3431-1825 / Cel. (83) 9 9974-6390 (TIM) e (83) 9 8164-0979 (VIVO)

PODERES:

Pelo presente instrumento de mandato, o(a) outorgante acima qualificado(a), nomeia e constitui o outorgado seu bastante procurador, com os mais amplos poderes, inclusive os gerais para o foro, representá-lo em juízo ou fora dele, de acordo com o estatuto da Advocacia - Lei 8.906/94, bem como perante qualquer repartição pública Federal, Estadual ou Municipal podendo dito procurador, com vistas ao cabal desempenho deste mandato, tudo requerer e praticar, patrocinar a defesa dos interesses do(a) outorgante como autor(a) ré(u), oponente, assistente, ou de qualquer forma interessada, usar dos poderes contidos na clausula "*ad judicia*", mais os **poderes especiais** de receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, acordar, discordar, arguir suspeições, excepcionar, prestar caução, receber, dar quitação, firmar compromisso, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica (em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC15) e finalmente praticar todo e qualquer ato que se faça necessário ao fiel e cabal desempenho do presente mandato, dando tudo por firme e valioso.

Os poderes específicos acima outorgados poderão ser substabelecidos.

POMBAL - PB, 13/ 06/ 2018.


Outorgante

Scanned by CamScanner



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

JOAO PAULO LUCIO DA SILVA, BRASILEIRO, SOLTEIRO, AGRICULTOR, COM RG: 3.030.676-2º SSDS/PB E CPF: 053.831.394-35, RESIDENTE E DOMICILIADO NA RUA PROJETADA, S/N, JOSE MARIZ, PAULISTA – PB, declara sob as penas da lei, que não pode arcar com despesas processuais por insuficiência de recursos, pelo que, nos termos assegurados pelos arts. 98 e seguintes do Código de Processo Civil/2015, faz jus aos benefícios da gratuidade da justiça.

Declaro, ainda, ser conhecedor das sanções civis, administrativas e criminais, caso o presente documento não porte a verdade.

Pombal-PB, 13 de JUNHO de 2018.


DECLARANTE

Scanned by CamScanner



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica: Nº 018.578.696



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 - Insc.Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

JOAO PAULO LUCIO DA SILVA
RUA PROJETADA S/N
PAULISTA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1456253-2

REFERÊNCIA

JAN/2019

APRESENTAÇÃO

15/01/2019

CONSUMO

42

VENCIMENTO

22/01/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 11,28

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

JOAO PAULO LUCIO DA SILVA

Roteiro: 08-242-710-7760

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 25/01/2019

VENCIMENTO

22/01/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 11,28

MATRÍCULA

1456253-2019- 01-8



Assinado eletronicamente por: JAQUES RAMOS WANDERLEY - 22/04/2019 12:04:22

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042212024391500000020113797>

Número do documento: 19042212024391500000020113797

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
3ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
19ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
1ª DELEGACIA DISTRITAL DE POLÍCIA CIVIL DE POMBAL
Rua Prof. Newton Seixas, Sn, Boa Esperança / Fone (83) 3431-2206

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 655/2018

Versando sobre: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data do fato: **06/06/2018** – Horário: **11h 00min**

Local do ocorrido: **BR 427, sentido Pombal/Paulista, Pombal/PB**

Data e hora em que a Delegacia tomou conhecimento: **01/08/2018 – 08h 35min**

GOVERNO DA PARAÍBA
1ª DELEGACIA DISTRITAL
DE POLÍCIA CIVIL DE POMBAL
1ª E 2ª DD

COMUNICANTE: JOÃO PAULO LUCIO DA SILVA, alcunha //; **Filiação:** José Lourival da Silva e de Francisca Ferreira da Silva; **Profissão:** agricultor; **Estado Civil:** solteiro; **Naturalidade:** Pombal - PB; **Nacionalidade:** brasileira; **Data de Nascimento:** 05/06/1987; **Endereço Residencial:** Rua Projetada, sn, Centro, Paulista – PB; **Endereço Profissional:** **; **Telefone** 83-9-9688-3523; **Portador da CI/RG nº:** 3.030.676 – SSP/PB.

HISTÓRICO: Que afirma o comunicante que no dia, hora e local acima referenciados conduzia o veículo HONDA CG 150 TITAN EX, placa QFR 5960/PB, NIV 9C2KC1660FR025507, cor VERMELHA, ano 2014/2015, licenciado (a) em nome de FRANCISCA FERREIRA DA SILVA, quando caiu ao chão devido a uma colisão com uma vaca; Que fora socorrido(a) por/pelo populares e levado (a) para o hospital local; Que devido ao acidente teve a(s) seguinte(s) lesão(ões): fratura na clavícula esquerda e escoriações; Que apresenta como testemunha deste fato: Valdeido Macedo da Silva, residente no(a) Rua Projetada, sn, Centro, Paulista/PB, 998082813 e Francisca Ferreira da Silva, residente no(a) Rua Projetada, sn, Paulista/PB - 9688-3523; Que vem comunicar o fato para fins de direito.

Pombal – PB, 01 de agosto de 2018.

AUTORIDADE POLICIAL: Del. Pol. Clenaldo Queiroz de Medeiros

COMUNICANTE:

JOÃO PAULO LUCIO DA SILVA

GOVERNO DA PARAÍBA
1ª DELEGACIA DISTRITAL
DE POLÍCIA CIVIL DE POMBAL
1ª E 2ª DD

Heromar P. Trigueiro

Escrivão de Polícia

Mat. 156.597-4

Heromar P. Trigueiro
Escrivão de Polícia
Mat. 156579-4



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-235




João Paulo Lucio da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.030.676 - 2ª VIA

DATA DE EXPEDIÇÃO 26/01/2015

NOME JOÃO PAULO LUCIO DA SILVA

FILIAÇÃO JOSÉ LOURIVAL DA SILVA
FRANCISCA FERREIRA DA SILVA

NATURALIDADE POMBAL-PB

DOC ORIGEM CERT. NASC. Nº6272 - LV-A-6 - FLS.174 - CARTORIO PAULISTA-PB

CPF 053.831.394-35

Idade 30 anos - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

DATA DE NASCIMENTO 05/06/1987



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº **013814135872**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA **1** COD. RENAVAM **01033250497** EXERCÍCIO **2018**
0103325049-7 **00/00000000**

NOME **FRANCISCA FERREIRA DA SILVA**

CPF/CNPJ **02985075440** PLACA **QFR5960/PB**

PLACA ANT./UF **NOVO PB** CHASSI **9C2KC1660FR025507**

ESPÉCIE TIPO **PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC** COMBUSTÍVEL **ALCO/GASOL**

MARCA/MODELO **HONDA/CG 150 TITAN EX** ANO FAB. **2014** ANO MOD. **2015**

CAP/POT/CIL **2 P/149 /CI** CATEGORIA **PARTIC** COR PREDOMINANTE **VERMELHA**

COTA ÚNICA **IPVA PAGO EM** VENC. COTA ÚNICA **00/00/0000** 1º **2º 3º**

Faixa P.V.A. ********* PARCELAMENTO/COTAS **0**

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) ********* IOF (R\$) ********* PRÊMIO TOTAL (R\$) ********* DATA DE PAGAMENTO **27/03/2018**

OBSERVAÇÕES **SEM RESERVA DE DOMÍNIO**

LOCAL **PAULISTA-PB** DATA **04/04/2018**

19399 **31054**

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO SEGURO DPVAT

PB Nº 013814135872 **BILHETE DE SEGURO DPVAT**

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA **1** CPF/CNPJ **02985075440** PLACA **QFR5960/PB**

RENAVAM **01033250497** MARCA/MODELO **HONDA/CG 150 TITAN EX**

ANO FAB. **2014** CAT. TARIF. **9** Nº CHASSI **9C2KC1660FR025507**

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) ********* DENATRAN (R\$) ********* CUSTO DO SEGURO (R\$) *********

CUSTO DO BILHETE (R\$) ********* IOF (R\$) ********* TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R\$) *********

PAGAMENTO **SEGURO** DATA DE QUITAÇÃO **27/03/2018**

☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

31054-0959342-20180404

04/2017



Dr. Túlio Alberto de Oliveira Souza

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB: 9251

LAUDO MÉDICO

Atesto para os devidos fins de perícia médica que o paciente Sr. **JOÃO PAULO LÚCIO DA SILVA**, RG 3030676 SSP/PB, é portador de sequela de fratura clavícula esquerda, devido a acidente de trânsito (colisão moto-animal) em 06/06/2018. Ao exame: Membro superior esquerdo: diminuição de força e atrofia muscular; limitação de amplitude de movimento de ombro esquerdo, presença de tumefação em região supraclavicular (calo ósseo) à esquerda. Traz radiografias: fratura alinhada com formação de calo ósseo. Relata que não conseguiu realizar fisioterapia.

Paciente de alta da ortopedia, com rigidez articular importante, com limitação grave de mobilidade de ombro impedindo o paciente para atividades diárias.

CID 10: S 42.0 / M 25.6

Pombal em 14 de setembro de 2018.

Dr. Túlio Alberto de O. Souza
Ortopedia e Traumatologia - CRM 9251
CNS: 20663762240007

MÉDICO

Clínica Santa Cecília - R. Cel. João Carneiro, 368 - Centro, Pombal - tel: (83) 3431-2020
Clínica Santa Cecília - Av Venâncio Neiva, 283, Centro, Catolé do Rocha - tel: (83) 3441-3667

Scanned by CamScanner





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE



HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"
SECRETARIA DE SAÚDE

ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que

João Paulo Melo da Silva
portador (a) do RG _____, foi submetido(a) à
consulta médica nesta data, no horário das 16 horas,
sendo portador da infecção CID-10 S42.0

Em decorrência, deverá permanecer afastado(a) de suas
atividades laborativas por um período de 90
(NOVENTA) dias, a partir desta data.

Pombal - PB, 06 de Junho de 20 18



Assinatura e Carimbo do Médico

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o

Dr. _____, a registrar o diagnóstico
codificado CID ou por extenso neste atestado médico.



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CÓDIGO DA UNIDADE: 000734/0 CNPJ/CPF: 08.778.268/0004-03

☐ AZUL ☐ VERDE ☐ AMARELA ☐ LARANJA ☐ VERMELHA

ENFERMARIA: _____

LEITO: _____

PACIENTE:

NOME: João Paulo Lucio da Silva IDADE: 31 SEXO: M
COR: marrom DATA DE NASCIMENTO: 5/6/87 PROFISSÃO: Agricultor
NOME DA MÃE: Francisca F. da Silva RG/CNH: _____
CARTÃO DO SUS: 206414470130018
MUNICÍPIO: Paulista ENDEREÇO: Rua Projetada Centro: S/N
ESTADO: PB CEP: 58800 CODIGO DO MUNICIPIO: _____ DATA DE ATEND: 6/6/2018

SINAIS VITAIS:

PA: _____ SPO: _____ FC: _____ R: _____ HGT: _____
T: _____ PESO: _____ GESTANTE: () SIM () NÃO SE SIM, SEMANAS: _____

QUEIXAS: _____

MEDICAÇÃO EM USO: _____

ALÉRGICO: () SIM () NÃO SE SIM, AO QUE: _____

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:

Paciente com história
de hipertensão por
uso de medicação

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:

TIPOS: _____

RESULTADOS: _____

PRESCRIÇÃO MÉDICA/MATERIAL UTILIZADO:

1° Volter 75 mg 1x 1x 6x
2°
3°
4°
5°
6°
7°
8°
9°
10°
11°
12°
13°
14°
15°
16°

Paulo Neide Melo Freyre
CRM 5374
RPP 0000043552487

Scanned by CamScanner



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



DIAGNÓSTICO MÉDICO/CID:

OBSERVAÇÕES DA ENFERMAGEM:

ASS./COREN:

CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:

NATUREZA DA CONSULTA:

CONSULTA BÁSICA (PAD):

CONSULTA ESPECIALIZADA:

PROCEDIMENTO

TIPO DE ATENDIMENTO:

- ☐ 01 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA;
☐ 02 - PRIMEIRA CONSULTA;
☐ 03 - CONSULTA SUBSEQUENTE;
☐ 04 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE;
☐ 05 - VACINAÇÃO DE ROTINA;
☐ 06 - VACINAÇÃO DE BLOQUEIO (SURTO OU SITUAÇÕES PARTICULARES);
☐ 07 - VACINAÇÃO DE CAMPANHA;
☐ 08 - PRIMEIRA CONSULTA ANUAL COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE;
☐ 09 - CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE.

MEDICAÇÃO:

- ☐ 1 - PRESCRIÇÃO
☐ 2 - APLICADA

- ☐ OBSERVAÇÃO
☐ OUTRO HOSPITAL

ENCAMINHAMENTO:

- ☐ RESIDÊNCIA
☐ ÓBITO

- ☐ INTERNAÇÃO
☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	ATIV. PROF.	TIPO ATEND.	GRUPO ATEND.	FAIXA ETÁRIA
1036110161010161	22	811	25	

ASS. DO (S) PROFISSIONAL (IS) ASSISTENTE (S) - CARIMBO (S)

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHAMENTO OU RESPONSÁVEL

OU POLEGAR DIREITO

Francisco Ferreira da Silva

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - CARIMBO

Scanned by CamScanner





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE



HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"
SECRETARIA DE SAÚDE

ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que

João Paulo Melo da Silva
portador (a) do RG _____, foi submetido(a) à
consulta médica nesta data, no horário das 16 horas,
sendo portador da infecção CID-10 S42.0

Em decorrência, deverá permanecer afastado(a) de suas
atividades laborativas por um período de 90
(NOVENTA) dias, a partir desta data.

Pombal - PB, 06 de Junho de 20 18



Assinatura e Carimbo do Médico

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o

Dr. _____, a registrar o diagnóstico
codificado CID ou por extenso neste atestado médico.





Hospital Regional de Pombal Senador "Rui Carneiro"



CNPJ: 08.778.268/0004-03

Rua Cel. João Leite 294 - Centro - Fone (83) 3431-2149 - Pombal - PB.

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: Denis Rocha

CRM 7054 UF PB Nº

Endereço:

Cidade: Pombal

1ª Via Farmácia
2ª Via Paciente



CARIMBO DO MÉDICO

Paciente: Mat. Paulo Sérgio da Silva

Endereço: Rua da República, s/n. Pombal

Prescrição: Rx vs. anal

(1) Aspirina 500mg - 01 c
Por 01 q. v. 12/124

(2) Ibuprofeno 600mg - 01 c
Por 01 q. v. 12/124

Data: 06/06/2018

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Ident.: Órg. Emissor:

End.:

Cidade: UF:

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data / /





Hospital Regional de Pombal Senador "Rui Carneiro"



CNPJ: 08.778.268/0004-03
Rua Cel. João Leite 294 - Centro - Fone (83) 3431-2149 - Pombal - PB.

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: Denis Rocha

CRM 7054 UF PB Nº

Endereço:

Cidade: Pombal

1ª Via Farmácia
2ª Via Paciente



CARIMBO DO MÉDICO

Paciente: João Paulo Leite da Silva

Endereço: Rua dos Bombeiros, s/n. Pombal

Prescrição: Rx vs. anal

1) Paracetamol 500mg - 01 c
Por 01 q. vs. 12/24

2) Ibuprofeno 600mg - 01 c
Por 01 q. vs. 12/24

Data: 06/06/2018

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Ident.: Órg. Emissor:

End.:

Cidade: UF:

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data: / /



INSS
CNIS - Cadastro Nacional de Informações Sociais
Relações Previdenciárias - Portal CNIS

01/02/2019 15:33:40

Identificação do Filiado

Nit: 1.681.795.688-0

Data de Nascimento: 05/06/1987

CPF: 053.831.394-35

Nome: JOAO PAULO LUCIO DA SILVA

Nome da Mãe: FRANCISCA FERREIRA DA SILVA

Não foram encontradas Relações Previdenciárias para o NIT informado.

O INSS poderá rever a qualquer tempo as informações constantes deste extrato, conforme art. 19, § 3º do Decreto 3.048/99.

Assinado eletronicamente, conforme art. 19, § 3º do Decreto 3.048/99.

Scanned by CamScanner





(1)



Buscar no site

A
COMPANHIASEGURO
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-
Atendimento)CENTRO DE DADOS E
ESTATÍSTICASSALA DE
IMPrensaTRABALHE
CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados e o parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180405989 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOAO PAULO LUCIO DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO MARCOS AURELIO VIDAL CORRETAGEM DE SEGUROS EIRELI

BENEFICIÁRIO JOAO PAULO LUCIO DA SILVA

CPF/CNPJ: 05383139435

Posição em 31-01-2019 16:32:08

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
24/10/2018	R\$ 2.531,25	R\$ 0,00	R\$ 2.531,25

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
07/09/2018	Exigência Documental	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/Fojio3gbexvqKBUGLKFDmQ=api_key=WC0KGkK1kCRZvGaIEW+KKV7ODdDJlOMYkfnCYk0QJ8g=)
07/09/2018	Aviso de Sinistro	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/MjGljNwypMCjBAQWCOdzapi_key=WC0KGkK1kCRZvGaIEW+KKV7ODdDJlOMYkfnCYk0QJ8g=)

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT



(https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8)



(https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital)



ANEXO II
(Incluído pela Medida Provisória nº 451, de 2008).
 (art. 3º da Lei nº 9.164, de 19 de dezembro de 1974)

DANOS CORPORAIS PREVISTOS NA LEI	PERCENTUAL DA PERDA (%)	TOTAL (100%)	INTENSA (75%)	MÉDIA (50%)	LEVE (25%)	RESIDUAL (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	100	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés						
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior						
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral						
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica						
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital						
DANOS CORPORAIS SEGMENTARES (PARCIAIS) REPERCUSSÕES EM PARTES DE MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES	PERCENTUAL DA PERDA (%)	TOTAL (100%)	INTENSA (75%)	MÉDIA (50%)	LEVE (25%)	RESIDUAL (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	70	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	50	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés						
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho						
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	25	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo						
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral						
DANOS CORPORAIS SEGMENTARES (PARCIAIS) OUTRAS REPERCUSSÕES EM ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CORPORAIS	PERCENTUAL DA PERDA (%)	TOTAL (100%)	INTENSA (75%)	MÉDIA (50%)	LEVE (25%)	RESIDUAL (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé						
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço						

