



Abhner Santos
Advocacia e Consultoria

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

Nome completo: Raquel dos Santos Gomes
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Solteira
Profissão: Atendente RG: 345.989-6 SSP/RR
CPF: 010.090.982-50 Endereço: Av. São José 11 N°: 919
Bairro: Equatoriale CEP: 69.317-300 Município: Boa Vista / RR
Telefone: (95) 99143 - 2054 E-mail: jtoirrr@hotmail.com

Pelo presente instrumento procuratório, nomeio e constituo, como meus procuradores, **ABHNER DE SOUZA GOMES LINS DOS SANTOS**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/RR sob o nº. 1018-N, e **ANDRÉ CARLOS ISRAEL**, brasileiro, casado, advogado inscrita na OAB/RR sob o nº. 2045-N, ambos com escritório localizado na Rua Dom Pedro I, nº. 1718, Bairro Mecejana, situado no Município de Boa Vista/RR, a quem confere amplos poderes para o foro em geral com cláusula *ad judicia*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defender nas contrárias até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes ainda poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, junto a quaisquer repartições do Poder Público, realizar levantamento de Alvarás Judiciais, podendo substabelecer esta procuração com ou sem reserva de iguais poderes.

Boa Vista/RR, 19 de novembro de 2020.

Raquel dos Santos Gomes
Outorgante

Endereço: Rua Dom Pedro I, nº. 1718, Bairro Mecejana, CEP nº. 69.304-010, Boa Vista/RR
Telefones: (95) 3224-7002 | (95) 99173-4223 | (95) 99118-5777
E-mail: adv.abhner@hotmail.com Website: <http://www.abhneradvcon.com.br>

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Nome completo: Raquel dos Santos Gomes
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: Solteira
Profissão: Atendente RG: 345989-6 SSP/RR
CPF: 010.090.982-50 Endereço: Av. São José 1111
Nº: 919
Bairro: Equatorial CEP: 69.317-300 Município: Boa Vista / RR
Telefone: (99) 99193-2054 E-mail: iloirrm@hotmail.com

Pelo presente documento, declaro, para os devidos fins, que não possuo condições de arcar com as despesas processuais da presente ação, sob o risco de comprometimento de meu sustento e de minha família, sendo considerado **hipossuficiente** na forma da Lei, pleiteando, portanto, **direito à Justiça Gratuita**.

Boa Vista/RR, 19 de novembro de 2020.
Raquel dos Santos Gomes
Declarante

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: Raquel dos Santos Gomes

NACIONALIDADE: Brasileira

PROFISSÃO: Atendente

IDENTIDADE: 345989-6

ENDEREÇO: Av. São José, 919, Equirônia

OUTORGADO

NOME: Glaiz Inacio de Souza

NACIONALIDADE: Brasileira

PROFISSÃO: Autônoma

IDENTIDADE: 164807

ENDEREÇO: Rua: Antônio P. Galvão - 1832, Buraus

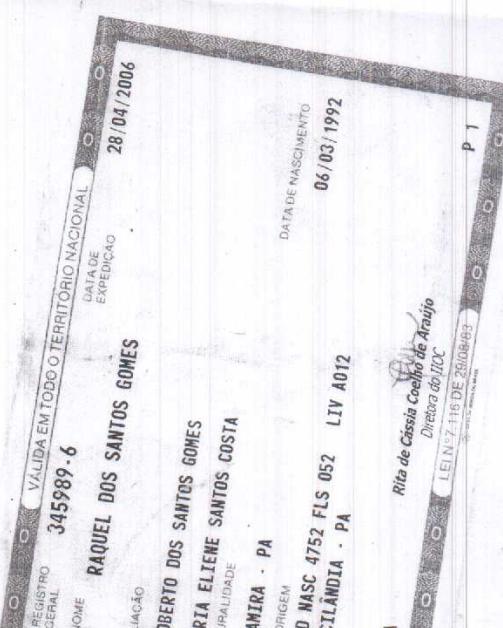
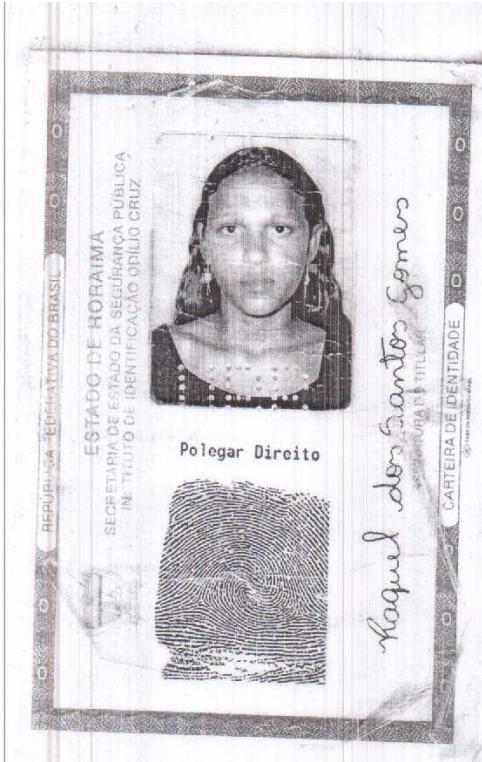
Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 02/06/2020, cobertura Imobilizado, vítima:

Raquel dos Santos Gomes

Raquel dos Santos Gomes.

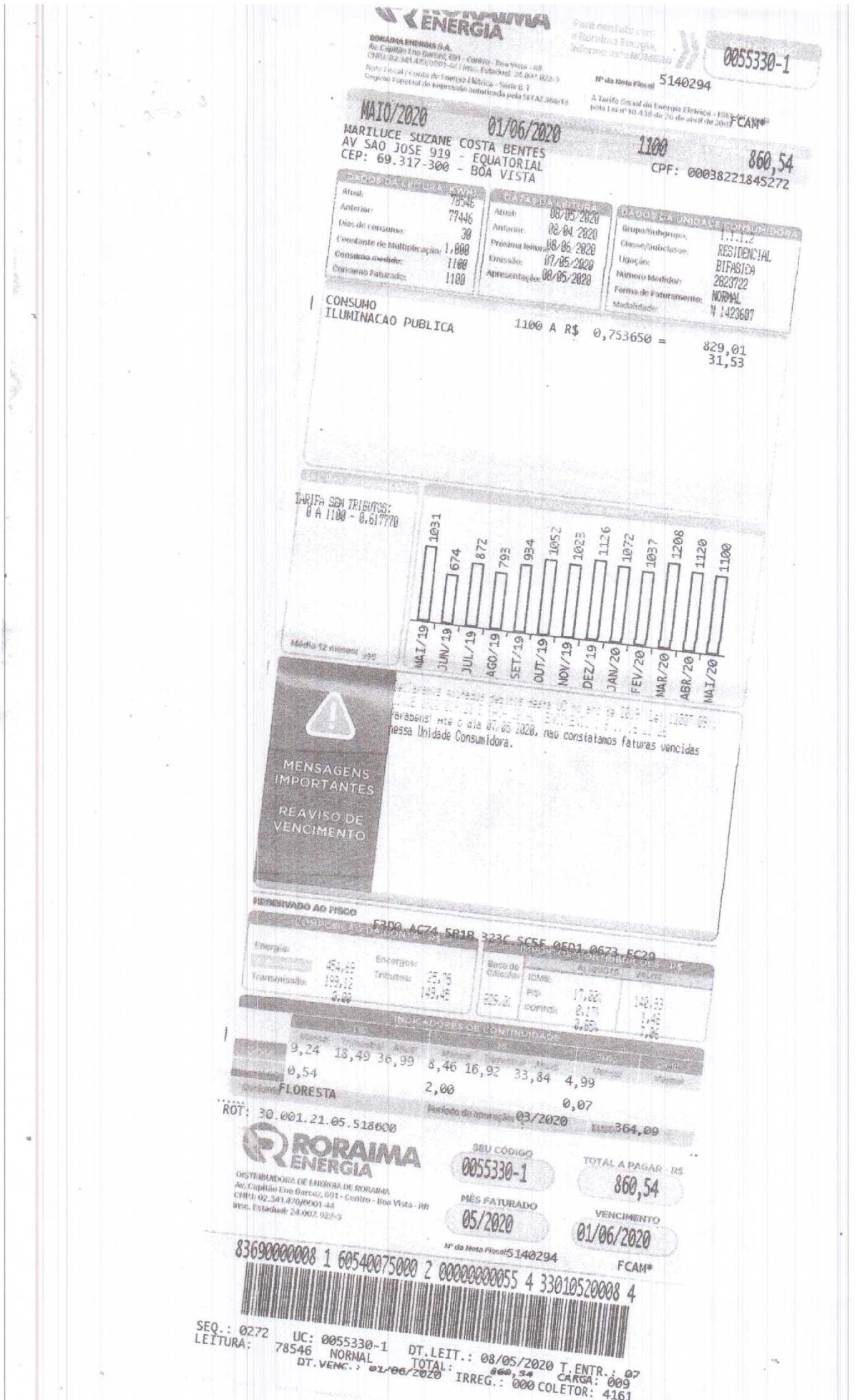
OUTORGANTE

BOA VISTA-RR, 23 DE junho /2020.



Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJXFR 2LHK9 92X5S J9KL9





FCAM*

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJVKK XCHIM 9P8CP LL3TU



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA ONLINE DE RR
ENDEREÇO: Av. Getúlio Vargas, 3859, Canarinho, Boa Vista/RR – CEP 69.306-045. Fone: (95) 9 9168-7209

Ocorrência Nº 6056/2020 - Registrado em: 06/07/2020 às 13h 14min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 02/06/2020 às 11h 45min

LOCAL DO FATO

Município: BOA VISTA

UF: RR

Logradouro: ATAIDE TEIVE

Nº: S/N

CEP: 69000-000

Bairro: BURITIS

Tipo de local: VIA RURAL

Referência:

Complemento:

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

RAQUEL DOS SANTOS GOMES(28), nascido(a) em 06/03/1992, sexo FEMININO, solteiro(a), exercendo a profissão de ATENDENTE, CPF Nº 010.090.982-50, País: BRASIL, natural de ALTAMIRA-PA, filho(a) de MARIA ELIENE SANTOS COSTA e ROBERTO DOS SANTOS GOMES, endereço: SAO JOSE, cep: 69300-000, Nº: 919, bairro JARDIM EQUATORIAL, BOA VISTA-RR, Telefone: (95) 99143-2054.

RELATO DA OCORRÊNCIA

A COMUNICANTE INFORMA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA/CG 160 FAN ANO: 2019/2020, COR: PRETA CHASSI: 9C2C2200LR024205, PLACA: NAQ2D62, DE PROPRIEDADE DE WIRLLEM BENTES DINIZ CPF: 008.532.682-82, NO ENDEREÇO ACIMA SENTIDO CENTRO NA FAIXA DA DIREITA. QUANDO UM CARRO QUE VINHA NO MESMO SENTIDO AO LADO DIREITO DA SUA FAIXA VIROU A ESQUERDA DA VIA ATRAVESSANDO NA SUA FRENTA NÃO DANDO TEMPO DA MESMA DESVIAR COLIDINDO ASSIM NA LATERAL DO CARRO, QUE COM A COLISÃO A MESMA CAIU AO SOLO SOFRENDO FRATURA NO PÉ ESQUERDO. A MESMA INFORMA AINDA QUE FOI SOCORRIDA PELO EQUIPE CORPO DE BOMBEIROS. É O RELATO.

ADRIANO S. S. SANTOS
DELEGADO DE POLÍCIA
MATRÍCULA: 42000916
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

JOSÉ R. C. ARAÚJO
POLICIAL CIVIL
MATRÍCULA: 42000432
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

Raquel dos Santos Gomes.
RAQUEL DOS SANTOS GOMES
COMUNICANTE



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

1ª Classificação
 Reclasseificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.:
S

Reclasseificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.:
S

Reclasseificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.:
S

2001247186 02/06/2020 13:18:40

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19 10

Paciente RAQUEL DOS SANTOS GOMES Data Nascimento 06/03/1992 Idade 28 A 2 M 27 D CNS 700909993990090 CPF 01009098250 Prontuário IDENTIDADE 3459896 RR Órgão Emissor Data Emissão 28/04/2006 Sexo F Estado Civil UNIAO PARDA Naturalidade ALTAMIRA - PA Nacionalidade BRASILEIRA Mãe MARIA ELIENE SANTOS COSTA Endereço ROBERTO DOS SANTOS GOMES Contato (95) 99158-0421 Ocupação AVENIDA - SAO JOSE - 919 - CENTRO - NORMANDIA - RR

Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
Motivo do Atendimento	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso Pressão
ACIDENTE DE MOTO	Caráter do Atendimento URGÊNCIA				
Setor	Tipo de Chegada		Procedimento Sol.		
GRANDE TRAUMA	RESGATE				
Queixa Principal					Registrado por: ANTONIA.SOARES
			<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue		

Anamnese de Enfermagem

GSC
AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6 TOTAL

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

- Vítima 08 ouvora 08 moto, com ferimento contuso em pé d.

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

RAIO-X ULTRA-SON TC SANGUE URINA ECG OUTROS:

PREScrição

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Conduta

- Alta por Decisão Médica
 - Alta a Pedido
 - Alta a Revelia
 - Transferência para: 2020 POMA
- Ambulatório
 Observação (Até 24h)
 Internação
 Data e Hora da Saída/Alta: / / : :

Óbito

Antes do 1º Atendimento? Sim Não Destino: Família IML Anatomia Patológica / / : :

Assinatura do Paciente ou Responsável

Impresso por: antonia.soares
Data Hora: 02/06/2020 13:19:47

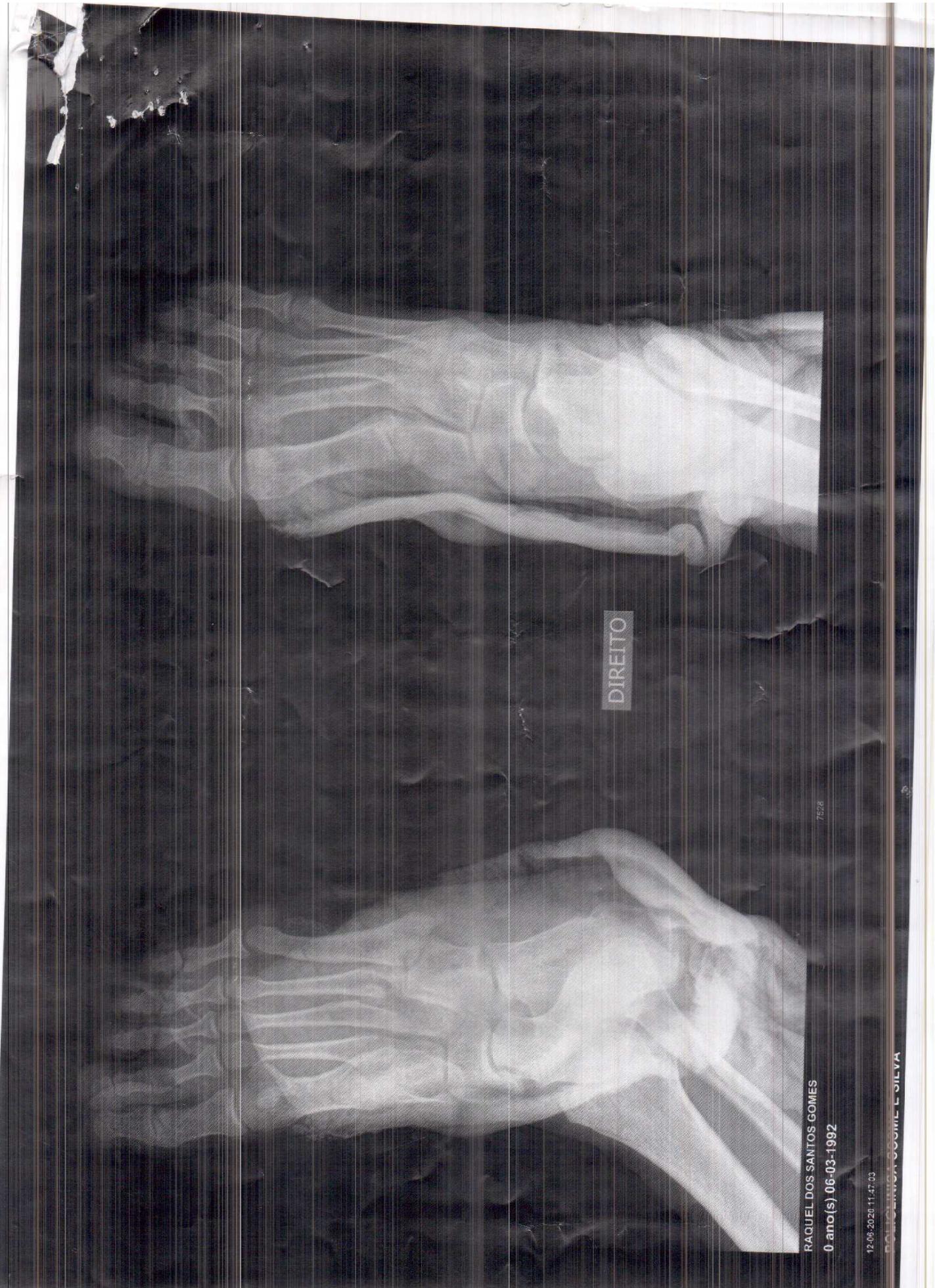
SCITECH - Software em Tecnologia
CNPJ: 23.527.512/0001-00
VII - 2017 - 01.000.000

Carimbo e Assinatura do Médico

Dr. Fernando André Martins Ferreira
Clirurgião Oncológico de
Cabeça e Pescoço
CRM RR 1643 / RQE: 820



2001247188



Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006

Validação deste em <https://projudi.tirr.jus.br/projudi> - Identificador: PJ6KB W9S9N FKEJZ 4DAVD





GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

NOME: Rogério S. Gazzola RECEITUÁRIO

Paciente refere trauma
extremo em jí (①), dia
02/06/20, mundo com
fratura em rejeção de
lata do 5º cintório (②)
ao RX.

Sigilo 45 dias de
afastamento à cat.
26.6.20

DATA:

Assinatura e Carimbo

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
Rua Coronel Pinto,636 – Centro-Boa Vista RR
CEP: 69.301-150 – CNPJ 84.013.408/0001-98
Telefone 2121 7474



LÍDER
Autônoma e segura de Seguro DPVAT

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS

Escolha c(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 030.090.989-50 | 1 - Nome completo da vítima: Lequel dos Santos Gomes

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Lequel dos Santos Gomes
7 - Profissão: Atendente
11 - Bairro: Aquatorial
13 - Cidade: Boa Vista
15 - E-mail: flavarr@hotmail.com

8 - Endereço: Av. São José
12 - Cidade: Boa Vista
14 - CEP: 69.381-300
16 - Tel.(DDD): (95) 99354-4282

9 - Número: 919 | 10 - Complemento:

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:
(informar o dígito se existir) CONTA:
(informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Santander

AGÊNCIA: CONTA:
(informar o dígito se existir) CONTA:
(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

INVALIDEZ PERMANENTE

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo | 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não | 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não | 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: | 30 - Vítima deixou nasceu/nascerá? Sim Não | 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não | 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: | 33 - Vítima deixou pais/avôs vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NAO ALFABETIZADO

34 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, *Boa Vista, RR, 23 de Junho de 2020*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) *Lequel dos Santos Gomes*

TESTEMUNHAS

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 55

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF.²

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURADO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Igor Inácio de Souza

inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Raquel dos Santos Gomes inscrito (a) no CPF sob o Nº _____ / _____

do sinistro de DPVAT cobertura Involidez da Vítima Raquel dos Santos Gomes

inscrito (a) no CPF sob o Nº 010.090.982 / 50, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Antônio Pinheiro Galvão</u>	Número:	<u>1832</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Buritis</u>	Cidade:	<u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u> CEP: <u>69.309-209</u>
E-mail:	<u>IKOIRR@HOTMAIL.COM</u>			

Local e Data: _____

Assinatura do Declarante



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 14 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200342718 Vítima: RAQUEL DOS SANTOS GOMES

Data do Acidente: 02/06/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RAQUEL DOS SANTOS GOMES

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 675,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: RAQUEL DOS SANTOS GOMES

Valor: R\$ 675,00

Banco: 033

Agência: 000004510

Conta: 000001070141-8

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:
www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
R. Senador Dantas 74, 5º andar
Centro Rio de Janeiro CEP 20031-205



Seguradora Líder · DPVAT

ANEXO 1

TABELA – LIMITES MÁXIMOS PARA ACORDOS EM PEDIDOS POR INVALIDEZ PERMANENTE

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores					
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 esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuizos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	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					
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	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					