



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/
CPF: 010.090.982-50 Endereço: Av. São José 11 Nº: 919
Bairro: Equatombé CEP: 69.317-300 Município: Boa Vista / RR
Telefone: (95) 99143 - 2054 E-mail: jloirrr@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: Brasileira Estado Civil: Solteira
Profissão: Atendente RG: 345989-6 SSP/ RR
CPF: 010.090.982-50 Endereço: Av. São José Nº: 919
Bairro: Equatorial CEP: 69.317-300 Município: Boa Vista / RR
Telefone: (95) 99193-2054 E-mail: ilairm@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, Equatorial

OUTORGADO

NOME: Slair Inacio de Souza

NACIONALIDADE: Brasileiro

PROFISSÃO: Autônomo

IDENTIDADE: 114807

ENDEREÇO: Rua: Antonio P. Galvão - 1832, Bunitos

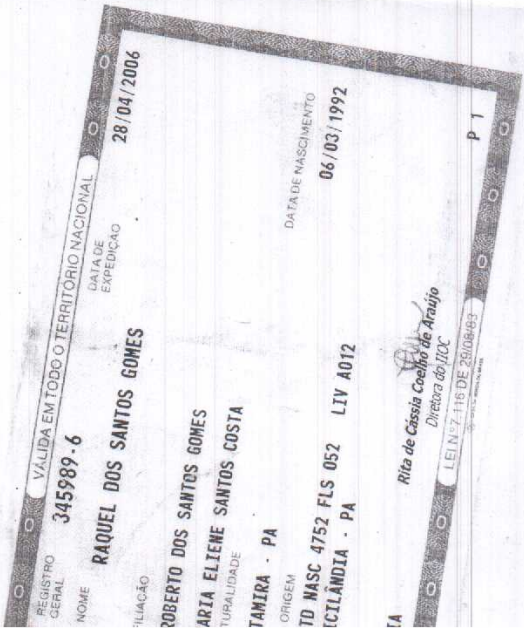
Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 02/06/2020 cobertura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

Raquel dos Santos Gomes

Raquel dos Santos Gomes

OUTORGANTE

BOA VISTA-RR, 23 DE junho /2020.



ENERGIA
DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA S.A.
Av. Capitão Enio Garcia, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CEP: 69.317-300 - Fone: (68) 3222-1100
Empresa Federal de Energia Elétrica - Série B 1

Para consulta com
a Roraima Energia,
Informe o nº da Fatura

Nº da Nota Fiscal: 5140294

0055330-1

MAIO/2020 01/06/2020

MARILUCE SUZANE COSTA BENTES
AV. SAO JOSE 919 - EQUATORIAL
CEP: 69.317-300 - BOA VISTA

1100 860,54
CPF: 00038221845272

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 78546
Anterior: 77446
Dias de consumo: 30
Constante de multiplicação: 1,000
Consumo medido: 1100
Consumo faturado: 1100

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 08/05/2020
Anterior: 08/04/2020
Próxima leitura: 08/06/2020
Emissão: 07/05/2020
Apresentação: 08/05/2020

Grupo/Subgrupo: 1.1.1.1.2
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Ligação: BIFÁSICA
Número Medidor: 2823722
Forma de Faturamento: NORMAL
Modalidade: 11423607

CONSUMO ILUMINACAO PUBLICA 1100 A R\$ 0,753650 = 829,01
31,53

TARIFA SEM TRIBUTOS:
U A 1100 - 0,617770

MAT/19 1031
JUN/19 674
JUL/19 872
AGO/19 793
SET/19 934
OUT/19 1052
NOV/19 1023
DEZ/19 1126
JAN/20 1072
FEV/20 1037
MAR/20 1208
ABR/20 1120
MAI/20 1100

Média 12 meses: 795

MENSAGENS IMPORTANTES
REAVISO DE VENCIMENTO

Parabéns! Até o dia 07.06.2020, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO
CPM: 674 581R 323C SCSE 0501 0623 EC20

Energia: 454,66 Encargos: 25,75
Transmissão: 199,12 Tributos: 149,46

Banco de Cálculos: 17,00
FIP: 8,17
CONSUMO: 0,55

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Índice	Valor	Índice	Valor
9,24	18,49	36,99	8,46
0,54	16,92	33,84	4,99
2,00	0,07		

Período de operação: 03/2020

ROT: 30.001.21.05.518600

RORAIMA ENERGIA
DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA
Av. Capitão Enio Garcia, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CEP: 69.317-300 - Fone: (68) 3222-1100
Emp. Estadual: 28.902.922-9

SEU CÓDIGO 0055330-1

MÊS FATURADO 05/2020

Nº da Nota Fiscal 5140294

TOTAL A PAGAR - R\$ 860,54

VENCIMENTO 01/06/2020

FCAM*

836900000008 1 60540075000 2 000000000055 4 330105200008 4

SEQ.: 0272 UC: 0055330-1 DT. LEIT.: 08/05/2020 T. ENTR.: 07
LEITURA: 78546 NORMAL TOTAL: 860,54 CARGA: 009
DT. VENC.: 01/06/2020 IRREG.: 000 COLETOR: 4161

 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
Logradouro: ATAIDE TEIVE
Bairro: BURITIS
Referência:
Complemento:

UF: RR

Nº: S/N

CEP: 69000-000

Tipo de local: VIA RURAL

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 WIRLEM 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 FRENTE 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 ELETRONICAMENTE

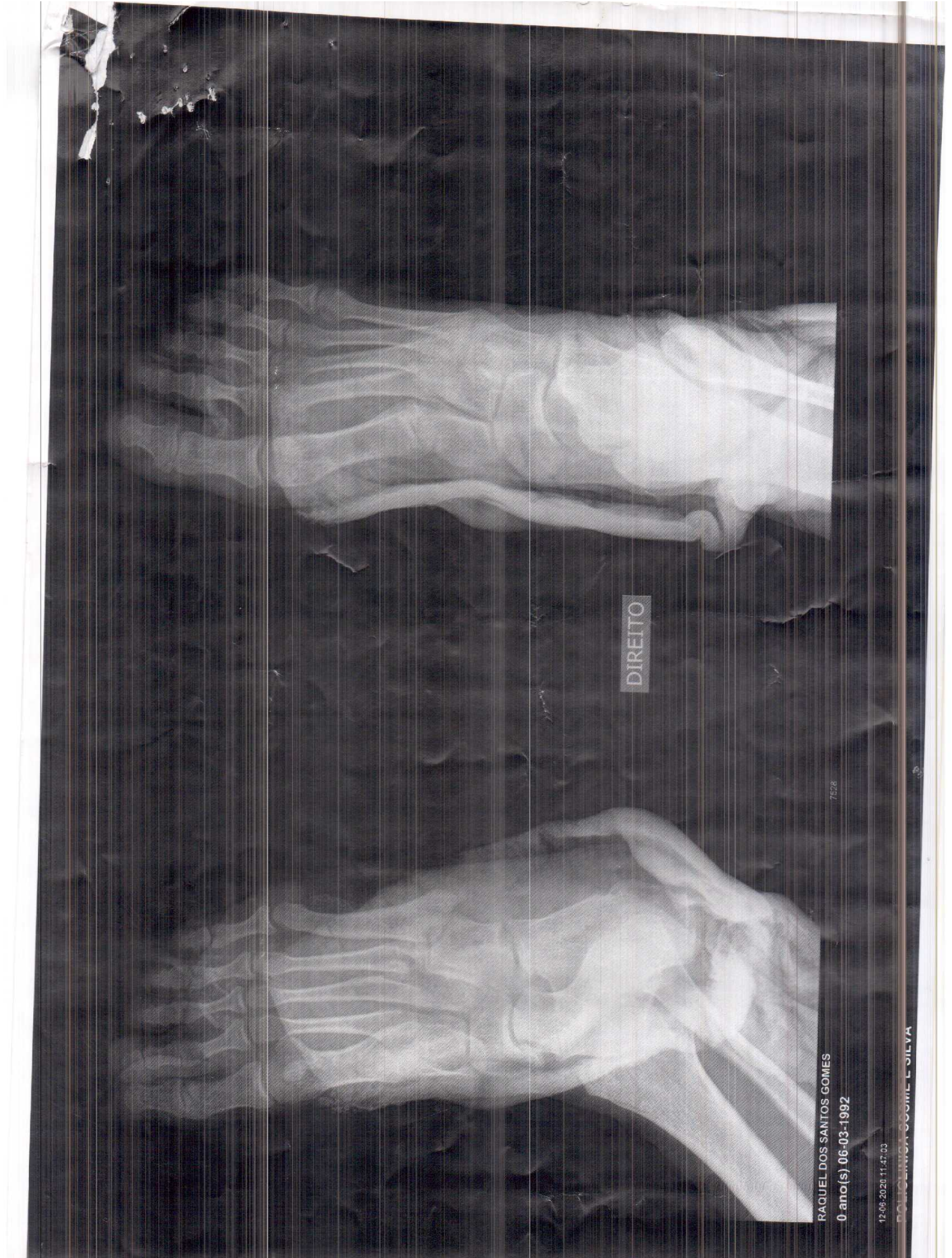
JOSÉ R. C. ARAÚJO
POLICIAL CIVIL
MATRÍCULA: 42000432
ASSINADO ELETRONICAMENTE


RAQUEL DOS SANTOS GOMES
COMUNICANTE



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







NOME: Rafael S. Carreira RECEITÁRIO

Paciente refere trauma
contuso no joelho ①, dia
02/06/20, sendo possível
perceber um ruído de
lavar do 5º metacarpo ①
no RX.

Surgiu 45 dias de
afastamento à cateter
02/06/20
DATA: 26.6.20

Assinatura e Carimbo

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
Rua Coronel Pinto, 636 - Centro-Boa Vista RR
CEP: 69.301-150 - CNPJ 04.013.408/0001-98
Telefone 2121 7474

Seguradora		LÍDER		Adesão ao Seguro DPVAT	
Escolha c(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE					
2 - Nº do sinistro ou ASL:		3 - CPF da vítima: 010.090.982-50		4 - Nome completo da vítima: Raquel 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: Raquel dos Santos Gomes		6 - CPF: 010.090.982-50		7 - Profissão: Atendente	
8 - Endereço: Av. São José		9 - Número: 959		10 - Complemento:	
11 - Bairro: Equatorial		12 - Cidade: Boa Vista		13 - Estado: RR	
14 - CEP: 69.383-300		15 - Tel (DDD): (95) 99154-4282		16 - E-mail: Raquel@hot-mail.com	
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR					
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:					
<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00					
<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00					
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)					
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)					
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)					
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)					
AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>					
AGÊNCIA: 4510 CONTA: 01030418					
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.					
22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE					
<input checked="" type="checkbox"/> 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, 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.					
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE					
23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo					
24 - Data do óbito da vítima:					
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:					
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					
29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:					
30 - Vítima deixou nasoturo (vaimascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					
31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					
32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:					
33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles 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.					
34					
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 - 1ª Nome: CPF:					
Assinatura da testemunha					
39 - 2ª Nome: CPF:					
Assinatura da testemunha					
40 - Local e Data, Boa Vista, RR, 23 de Junho de 2020					
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)					
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 85

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/BIBLIOTECABWEB/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 COAF².

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

Pelo exposto, eu Ilair 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 Invalidez 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: Rua Antonio Linheiro Galvão

Número: 1832

Complemento: _____

Bairro: Bunitos

Cidade: Boa Vista

Estado: RR

CEP: 69.309-209

E-mail: ILAIRRR@HOTMAIL.COM

Tel.(DDD): (95)98404-5363

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, retorne 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



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	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 cursam 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	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 superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	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	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	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 dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

