



Ablner Santos
Advocacia e Consultoria

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

Nome completo: Arquimedes Jose Crespo Carralho
Nacionalidade: Venezuelana Estado Civil: Solteiro
Profissão: Desempregado RG: _____ SSP/_____
CPF: 70545806216 Endereço: Av. Psicultura
Nº: 312
Bairro: Psicultura CEP: _____ - Município: Boa Vista / RR
Telefone: (95) 99118 - 8830 E-mail: _____

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, 01 de Julho de 2020.

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: Arquimedes Jose Crespo Caraballo
Nacionalidade: Venezuelana Estado Civil: Solteiro
Profissão: Desempregado RG: _____ SSP/_____
CPF: 705458062-16 Endereço: Av. Psicultura
Nº: 312
Bairro: Psicultura CEP: _____ - _____ Município: Boa Vista / RR
Telefone: (95) 99118 - 8830 E-mail: _____

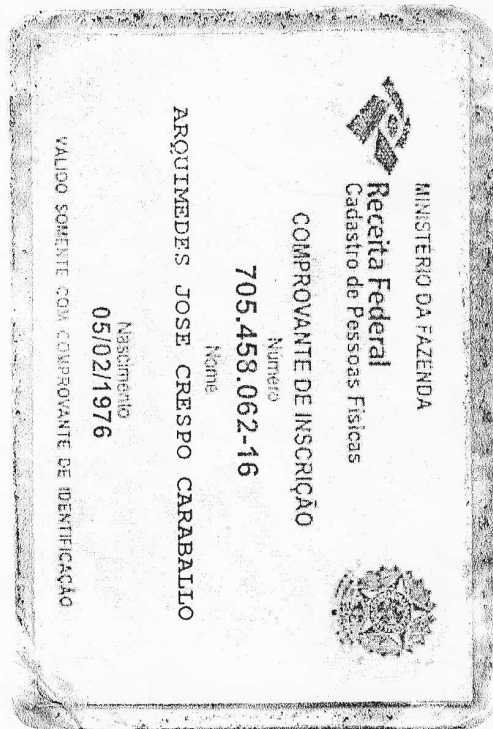
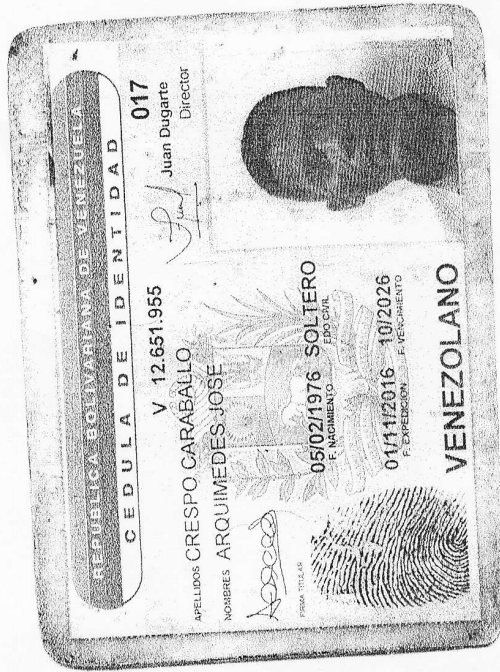
Pelo presente documento, declaro, para os devidos fins, que não possuo condições de arcar com as despesas processuais da presente ação, sob o risco de comprometimento de meu sustento e de minha família, sendo considerado hipossuficiente na forma da Lei, pleiteando, portanto, **direito à Justiça Gratuita**.

Boa Vista/RR, 01 de Julho de 2020.



Declarante





08 OUT. 2019

SEI/PPF - 7013346 - Refúgio: Protocolo Provis. de Solicit. de Refúgio

https://sei.dpf.gov.br/sei/controlador.php?acao=documento_imprimir



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MESP - POLÍCIA FEDERAL
DELEGACIA DE POLÍCIA DE IMIGRAÇÃO - DELEMIG/DREX/SR/PF/RR

Documento Provisório de Identidade de Estrangeiro		MINISTÉRIO DA JUSTIÇA COMITÊ NACIONAL PARA REFUGIADOS
DADOS DO ESTRANGEIRO Nome: ARQUIMEDES JOSE CRESPO CARABALLO Nome do pai: ARISTIDES CRESPO Nome da mãe: CARMEN ELIZABETH CARABALLO DE CRESPO Data de nascimento: 05/02/1976 Gênero: MASCULINO Nacionalidade: VENEZUELA Assinatura:		Protocolo nº.: 08485.004057/2017-41 Data de Expedição: 11.06.2018 Data de Validade: 11.06.2019
	Tipo do pedido: SOLICITAÇÃO DE REFÚGIO Solicitação nos termos da Lei: 9.474/1997 Anexo I da Resolução CONARE nº 18/14	A Lei 9.474/1997 assegura ao portador deste documento que "em hipótese alguma será efetuada sua deportação para fronteira de território em que sua vida ou liberdade esteja ameaçada, em virtude de raça, religião, nacionalidade, grupo social ou opinião política" (Artigo 7, §1) Este protocolo é documento de identidade válido em todo o território nacional e é prova da condição migratória regular do seu titular. O titular deste protocolo possui os mesmos direitos de qualquer outro estrangeiro em situação regular no Brasil e deve ser tratado sem discriminação de qualquer natureza.
Assinatura do servidor (Assinar eletronicamente)		O titular deste protocolo deverá manter os seus contatos atualizados e comunicar a Polícia Federal e ao CONARE em caso de qualquer alteração em seu telefone, endereço e e-mail. A comunicação pode ser feita pelos seguintes meios: - pessoalmente, na Delegacia de Polícia Federal mais próxima - por escrito, para o e-mail conare@mj.gov.br - pelo telefone (61) 2025-9225 Assinatura: (assinado eletronicamente)



Documento assinado eletronicamente por **DAYANNE SOUZA AMORIM, Agente Administrativo**, em 11/06/2018, às 13:21, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.



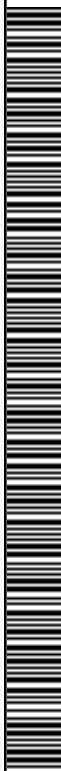
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.dpf.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **7013346** e o código CRC **030DF78A**.

Referência: Processo nº 08485.004

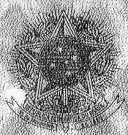
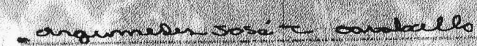


2017-41

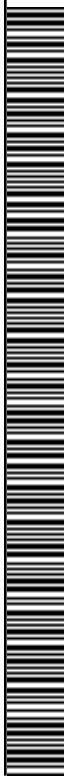
SEI nº 7013346


Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.trj.jus.br/projudi/> - Identificador: PJSRZ Z22EC 8JQBG 6D26D



11/06/2018 13:21

TRABALHADOR	
<p>Esta é a sua Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS, documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.</p> <p>Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do tempo de serviço - FCTS.</p> <p>O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.</p> <p>Pela sua importância, é seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.</p> <p>CONFECCIONADA COM RECURSOS DO FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.</p> <p>ESTA CARTEIRA CONTÉM 34 PÁGINAS NUMERADAS</p>	
<div><div></div><div>MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO</div></div> <div>CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL</div> <div><div>PIS/PASEP 144 88907.31-4</div><div><div>NÚMERO 0394712</div><div>SERIE A01</div><div>UF RR</div></div><div><div> ASSINATURA DO TITULAR</div><div><div> POLEGAR DIREITO</div></div></div></div>	



02		QUALIFICAÇÃO CIVIL	
ARQUIMEDES JOSE CRESPO CARABALLO		ESTRANGEIRO	
FILIÇÃO..... CARMEN ELIZABETH CARABALLO DE CRESPO ARISTIDES CRESPO			
NASCIMENTO..... 05/02/1976			
ESTADO CIVIL..... SOLTEIRO			
NACIONALIDADE: VENEZUELA			
DOCUMENTO..... CIE 08485004057201741 - 10/04/2017			
RNE.....			
MODALIDADE..... BASE LEI Nº 9474			
CPF..... 705.458.062-18			
VALIDADE..... 10/04/2018			
LOCAL DE EMISSÃO: SRTE/RR - BOA VISTA			
DATA DE EMISSÃO.: 02/05/2017			
 ADELAIO PEREIRA MOTA BEZERRA Superintendente Regional do Trabalho e Emprego/RR ASSINATURA DO EMISSOR			

03		ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE	
FILIÇÃO.....			
DATA DE NASC. DE / / PARA / /			
DOCUMENTO.....			
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR.....			
MOTIVO.....			
NOME.....			
DOCUMENTO.....			
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR.....			
MOTIVO.....			
NOME.....			
DOCUMENTO.....			
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR.....			
MOTIVO.....			
NOME.....			
DOCUMENTO.....			
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR.....			
MOTIVO.....			

1. E C E N D A

A - CASAMENTO | C - DIVÓRCIO | E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE | G - DATA DE NASCIMENTO
B - SEP. JUDICIAL | D - ADOPÇÃO | F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA



Lista de Faturas da UC: 1625969

https://www.roraimaenergia.com.br/segundavia/listauc.php

Faturas da UC: 1625969

[x] Sair

Unidade Consumidora
1625969

Nome do Cliente
CELESTE VICTORIA AREVALO CONO

Endereço
R. DA PISCICULTURA, 312 , 3 - PISCICULTURA

Mês de Faturamento	Data de Vencimento	Valor	Situação
06/2020	11-JUL-20	R\$ 201,61	PAGO
05/2020	11-JUN-20	R\$ 224,29	PAGO
04/2020	11-MAY-20	R\$ 249,96	PAGO
03/2020	11-APR-20	R\$ 262,71	PAGO
02/2020	11-MAR-20	R\$ 264,82	PAGO
01/2020	11-FEB-20	R\$ 242,58	PAGO

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em https://projudi.tjr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJLMK MQ8GZ P6TGL S9FCY





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 35

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/BIBLIOTECASWEB/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 Inacio de Souza

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

Arquimedes Jose Crespo Caraballo inscrito (a) no CPF sob o Nº 405.458.062 / 16

do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima Arquimedes Jose Crespo Caraballo

inscrito (a) no CPF sob o Nº 405.458.062 / 16 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

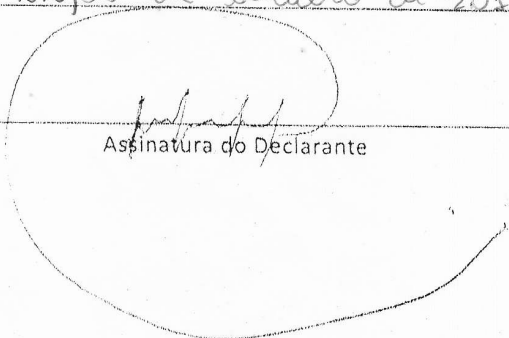
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ 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: Antonio Pinheiro Galvão</u>	Número: <u>1832</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>Buritis</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>ilairrr@hotmail.com</u>	CEP: <u>69.309-209</u>	Tel.(DDD): <u>(95) 98403-5060</u>

Local e Data: Boa Vista-RR, 08 de outubro de 2019


Assinatura do Declarante



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 019018/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 26/06/2019 10:28 Data/Hora Fim: 26/06/2019 10:38
Delegado de Polícia: Clayton Alexandre Ellwanger

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 3º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 14/06/2019 19:28 (Data Aproximada)

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: RUA ATELIER PEREIRA DE MELO
Complemento: VIA PUBLICA - BAIRRO UNIÃO

Bairro: União

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1093: Acidente de trânsito sem vítima - Outros	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ARQUIMEDES JOSE CRESPO CARABALLO (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Venezuelana Naturalidade: CURUPANO DE Sexo: Masculino Idade 43
Profissão: Administrador
Estado Civil: Sem Informação
Nome da Mãe: Carmen Elizabeth Caraballo de Crespo Nome do Pai: Aristides Crespo

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA ATELIER PEREIRA DE MELO
Complemento: VIA PUBLICA - BAIRRO UNIÃO
Bairro: União
Telefone: (95) 99118-8830 (Celular)

Nº: 1038

08 OUT. 2019

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

COMUNICANTE REGISTRA OCORRÊNCIA DE TRANSITO EM 14/04/2019 AS 19:28:44 . QUE TRAFEGAVA O VEICULO (1) HONDA 125 ANO 2000 COR AZUL, PLACA NAK 1099 CHASSIS 9C2JC3010YR023838 RENAVAL 00731095030. PROPRIETARIO AQUIMEDES JOSE CRESPO CARABALLO QUE O CONDUTOR SOFREU FRATURA NO BRAÇO ESQUERDO

VEICULO 2 (NÃO IDENTIFICADO) CONDUTOR (NÃO IDENTIFICADO) SEGUNDO INFORMAÇÕES ESTE TERIA SIDO O RESPONSÁVEL E CAUSADOR DO ACIDENTE EMPREENDENDO FUGA APÓS O SINISTRO.

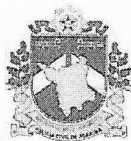
QUE NÃO HOUVE INTERVENÇÃO DA POLICIA MILITAR. QUE O COMUNICANTE FOI ATENDIDO POR VIA MOVEL e SAMU.



Delegado de Polícia Civil: Clayton Alexandre Ellwanger
Impresso por: Leonardo Sidou Piedade
Data de Impressão: 26/06/2019 10:38
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 019018/2019

ASSINATURAS

Leonardo Sidou Piedade
Responsável pelo Atendimento

Arquimedes Jose Crespo Caraballo
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

08 OUT. 2019

14/04/2019

...: Guia de Atendimento 17 ...



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

1ª Classificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.:

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.:

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.:

1901097351	14/04/2019 19:28:44	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		NOTURNO		19-	24
Paciente	Data Nascimento		Idade		CNS		CPF	Prontuário	
ARQUIMEDES JOSE CRESPO CARABALLO	05/02/1976		43 A 2 M 9 D				70545806216		
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade	
				M	SOLTEIRO(A)	PARDA		VENEZUELA	
Mãe	Pai		Contato						
CARME CARABALLO	ARISTE CRESPO								
Endereço	Ocupação								
RUA - DA PISCICULTURA - 302 - PISCICULTURA - BOA VISTA - RR	NÃO INFORMADA								
Class. de Risco	Plano Convênio	N° da Carteira		Validade	Autorização	Ss Prenatal			
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE								
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.		Procedência	Temp.	Peso	Pressão		
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA								
Sector	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.		Registrado por:					
GRANDE TRAUMA	SAMU REGIONAL			CLAUDECI RODRIGUES					
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue								

Anamnese de Enfermagem

GSC

TOTAL

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

☐ RAO-X☐ ULTRA-SON☐ TC☐ SANGUE☐ URINA☐ ECG☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica☐ Alta a Pedido☐ Alta a Revelia☐ Transferência para:☐ Ambulatório☐ Observação (Até 24h)☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ NãoDestino: ☐ Família☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: claudeci.rodrigues

Data Hora: 14/04/2019 19:30:07

© 2019
SISTEMAS - Soluções em Tecnologia
154 - VIGILÂNCIA em Saúde
011 2228 0108/34



1901097351

B

Anexo I

Alto 18.04.2019

SUS		Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde				2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE				4 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE				6 - Nº DO PROMISSÁRIO	
BLOCO B				171963	
Identificação do Paciente				9 - SEXO	
5 - NOME DO PACIENTE				11 - TELEFONE DE CONTATO	
Arquimede Jose Bruno Caraballo				Masc. 1 Fem. 3	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO	
8 9 8 0 0 5 5 8 0 4 0 7 3 6 9				05/03/76	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL				12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	
Carine Caraballo				R. Sao Psicultera 302 Psicultera	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO	
BU				212	
15 - UF				16 - CEP	
RJ					
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
Paciente com fatura supracitada					
08 OUT. 2019					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
170 unguis					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
EF + Rx					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL					
Fatura supracitada - 08 OUT. 2019					
21 - CID 10 PRINCIPAL					
22 - CID 10 SECUNDÁRIO					
23 - CID 10 TERC. ASSOCIADAS					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO					
Internação					
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO					
26 - CLÍNICA					
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO					
28 - DOCUMENTO					
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
Dr. Pedro					
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO					
14/05/19					
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)					
Dr. Pedro Di Giovanni					
Ortopedista/Traumatologista					
CRM/RJ 15157 RQE 684					
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO					
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO					
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAÍTO					
36 - CNPJ DA SEGURADORA					
37 - Nº DO BILHETE					
38 - SE RUI					
39 - CNPJ EMPRESA					
40 - CNAE DA EMPRESA					
41 - CHOR					
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA					
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO					
AUTORIZAÇÃO					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR					
45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR					
46 - DOCUMENTO					
47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)					
0308010019					
Tob					
CCP W499					

ADM

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <i>Arquimede Lou</i>					
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS		HAS		NEGA	
IDADE		LEITO		DM2	
ITEM		PRESCRIÇÃO		HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE				SNP
2	AVP. SF0.9% 500ml 1X/dia				22
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				
4	TILATIL 20mg 12/12hs				
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N				SN
6	TRANAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/6h SE DOR INTENSA				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/6h (S/N)				SN
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS				SN
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSV + CCGG 6/6 H				NOTAS
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				Alex
14	CURATIVO DIÁRIO				M
15					
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-240: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6LI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML GLICOSE 55% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
SOLUÇÃO MÉDICA:					

o bloco para programação cirúrgica

08 OUT. 2019

Realizada Visão e Orientação

Katiane F. Rocha Sousa
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 639.096

PA FC T

SINAIS VITAIS			
6 H	130x80	70	36,4°C
12 H			
18 H			
24 H	120x75	75	37,1°C

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

Edilaine B. Barbosa
Técnico de Enfermagem
COREN-RR 904.159 - TE

Eva Ayda Silva
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 220.262

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE ARQUIMEDES JOSE CRESPO					
AGNÓSTICO FX COTOVELO E					
ALERGIAS	NEGA	HAS	NÃO	DM2	NÃO
IDADE		LEITO	PAAR	DATA	15/04/2019
ÍTEM	HORÁRIO				
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	SF0,9% 500ML S/N EV				
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS OU VO 500MG 6/6HR				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	CURATIVO DIÁRIO				
11	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	MORFINA 10 MG + 9AD- 4MLEV 6/6 H S/N (NA FALTA DO ITEM 6)				
13					
14					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	
6 H					
12 H	150x90	66		36,3°C	
18 H	150x110	65		36,7°C	
24 H	145	68	56	36,1°C	

Adm Maca 01

Obs: Paciente até às 13hs, os médicos do dia: Enfe de plantão e parte

Dr. Fernando Rezende
Médico Residente em Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 2007

AO BLOCO

22 H

PA = 180x110

FC = 84

T = 36,8°C

Aditania Matias da Silva
COREN/RR 510758 - TE

08 OUT. 2019

BLD COL

Elaine Cristina de Brito
Enfermeira
CRM/RR 143.775



GOVERNO DE
RORAIMA
HOSPITAL GERAL DE
RORAIMA

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	09/04/2019	DIH		DN	
PACIENTE	ARQUIMEDES JOSE CRESPO				
AGNÓSTICO	FX COTOVELO E				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	MACA 1	DATA	16/04/2019
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
4	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				SUSPENSO
7	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N				
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H				22:00 18:40
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
13	CURATIVO DIÁRIO				
14	SSVV + CCGG 6/6 H				
15					
16					
17					
18					
19					
20					
	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO,
COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
CONDUTA; MANTIDA

08 OUT. 2019

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H				
18 H	em snta do pulmão			
24 H	140/90	72		35,7°C

06:00 130/80 PA 81 PA 36,4°C

MACA
1





HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU – SUS
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE André Carlos Israel 11 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 14 / 10 / 2019, COM
DIAGNÓSTICO DE fratura de fêmur

NO DIA 14 / 10 / 2019, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
SEDO

OPERADO PELO DR. 08 OUT. 2019 E DR.

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 14 / 10 / 2019, ÀS 15 H, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 14 / 10 / 2019, ÀS 15 H, COM O
DR.

08 OUT. 2019

ORIENTAÇÕES GERAIS:

08 OUT 2019

- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RX COM 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.



PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR.

Dr. Odinachi Okem
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 18.511-PP

BOA VISTA, 14 / 10 / 2019

MÉDICO



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	405.458.062-16	Arquimedes Jose Crespo Caraballo	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
Arquimedes Jose Crespo Caraballo		405.458.062-16	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Autônomo	Av. Piscicultura	312	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Piscicultura	Boa Vista	RR	
E-mail:	Tel. (DDD):		
lloxxv@hmail.com	(95) 99154-4282		

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

RENDA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input checked="" type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		Nome do BANCO: _____	
AGÊNCIA: 1352	CONTA: 49531	AGÊNCIA:	CONTA:
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(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.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		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.

Local e Data, Boa Vista - RR, 02/05/2019

Nome: Arquimedes Jose Crespo Caraballo

CPF: 405.458.062-16

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



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, 10 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190577089

Vítima: ARQUIMEDES JOSE CRESPO CARABALLO

Data do Acidente: 14/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ARQUIMEDES JOSE CRESPO CARABALLO

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: ARQUIMEDES JOSE CRESPO CARABALLO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 341

Agência: 000001352

Conta: 0000049531-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

Pag. 01623/01624 - carta_15R - INVALIDEZ

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrj.jus.br/projudi/> - Identificador: PJVSC BUTZY SPPXG H7B23

27/07/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Cálculo de Atualização Monetária

DrCalc / EasyCalc- Cálculos financeiros e judiciais pela web

<http://drcalc.net/correcao2.asp?descricao=&valor=7087...>**Cálculo de Atualização Monetária****Dados básicos informados para cálculo**

Descrição do cálculo	
Valor Nominal	R\$ 7.087,50
Indexador e metodologia de cálculo	IPCA-E (IBGE) - Calculado pro-rata die.
Período da correção	14/04/2019 a 27/07/2020
Taxa de juros (%)	1 % a.m. simples
Período dos juros	14/04/2019 a 27/07/2020

Dados calculados

Fator de correção do período	470 dias	1,030114
Percentual correspondente	470 dias	3,011369 %
Valor corrigido para 27/07/2020	(=)	R\$ 7.300,93
Juros(470 dias-15,66667%)	(+)	R\$ 1.143,81
Sub Total	(=)	R\$ 8.444,74
Valor total	(=)	R\$ 8.444,74

Memória analítica do cálculo

Valor inicial	7.087,50
Data inicial	14/04/2019
Data final	27/07/2020
Periodicidade	Mensal
Metodologia de cálculo	Calculado pro-rata die.

Termo inicial	Termo final	Variação do período	Valor
14/04/2019	01/05/2019	0,4074 (%)	7.116,37
01/05/2019	01/06/2019	0,3500 (%)	7.141,28
01/06/2019	01/07/2019	0,0600 (%)	7.145,56
01/07/2019	01/08/2019	0,0900 (%)	7.152,00
01/08/2019	01/09/2019	0,0800 (%)	7.157,72
01/09/2019	01/10/2019	0,0900 (%)	7.164,16
01/10/2019	01/11/2019	0,0900 (%)	7.170,61
01/11/2019	01/12/2019	0,1400 (%)	7.180,65
01/12/2019	01/01/2020	1,0500 (%)	7.256,04
01/01/2020	01/02/2020	0,7100 (%)	7.307,56
01/02/2020	01/03/2020	0,2200 (%)	7.323,64
01/03/2020	01/04/2020	0,0200 (%)	7.325,10
01/04/2020	01/05/2020	-0,0100 (%)	7.324,37
01/05/2020	01/06/2020	-0,5900 (%)	7.281,16
01/06/2020	01/07/2020	0,0200 (%)	7.282,61
01/07/2020	27/07/2020	0,2516 (%)	7.300,93

Acréscimos de juro, multa e honorários

Juros(470 dias-15,66667%)	(+)	R\$ 1.143,81
Sub Total	(=)	R\$ 8.444,74
Valor total	(=)	R\$ 8.444,74

Retornar Imprimir

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 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	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					

