



Abhner Santos
Advocacia e Consultoria

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

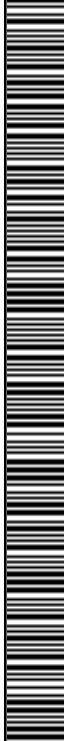
Nome completo: Anquimedes Jose Crespo Caraballo
Nacionalidade: Venezuelana Estado Civil: Solteiro
Profissão: Desempregado RG: _____ SSP/_____
CPF: 70545806216 Endereço: Av Psicicultura
Nº: 312
Bairro: Psicicultura CEP: _____ - Município: Boa Vista / RR
Telefone: (95) 99118 - 8830 E-mail: _____

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

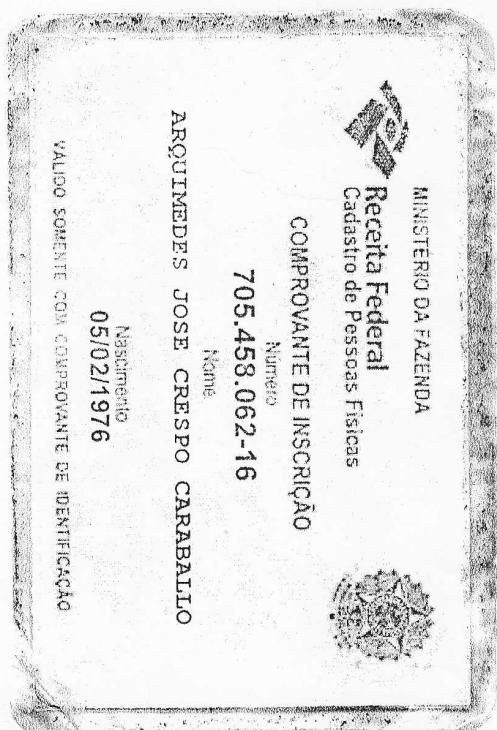
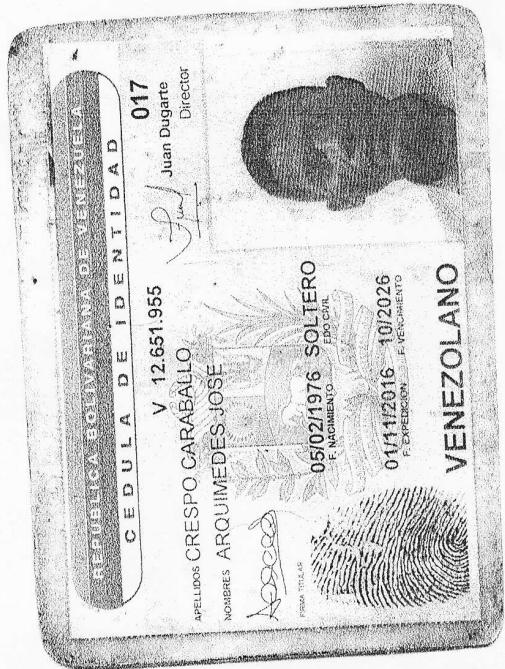
Pelo presente documento, declaro, para os devidos fins, que não possuo condições de arcar com as despesas processuais da presente ação, sob o risco de comprometimento de meu sustento e de minha família, sendo considerado hipossuficiente na forma da Lei, pleiteando, portanto, direito à Justiça Gratuita.

Boa Vista/RR, 01 de Julho de 2020.



Declarante





08 OUT. 2019

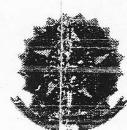
27/07/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Documentos pessoal do requerente

CC



27/07/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Documentos pessoal do requerente

SEI/PP - 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:		
	Tipo do pedido: SOLICITAÇÃO DE REFÚGIO Solicitação nos termos da Lei: 9.474/1997 Anexo I da Resolução CONARE nº 18/14	Protocolo nº.: 08485.004057/2017-41 Data de Expedição: 11.06.2018 Data de Validade: 11.06.2019
Assinatura do servidor (Assinar eletronicamente)	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.	



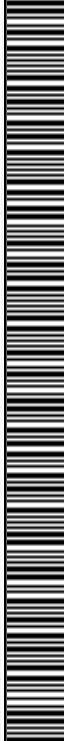
Documento assinado eletronicamente por DAYANNE SOUZA AMORIM, Agente Administrativo, em 11/06/2018, às 13:21, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.

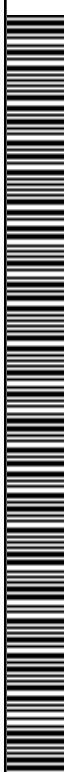
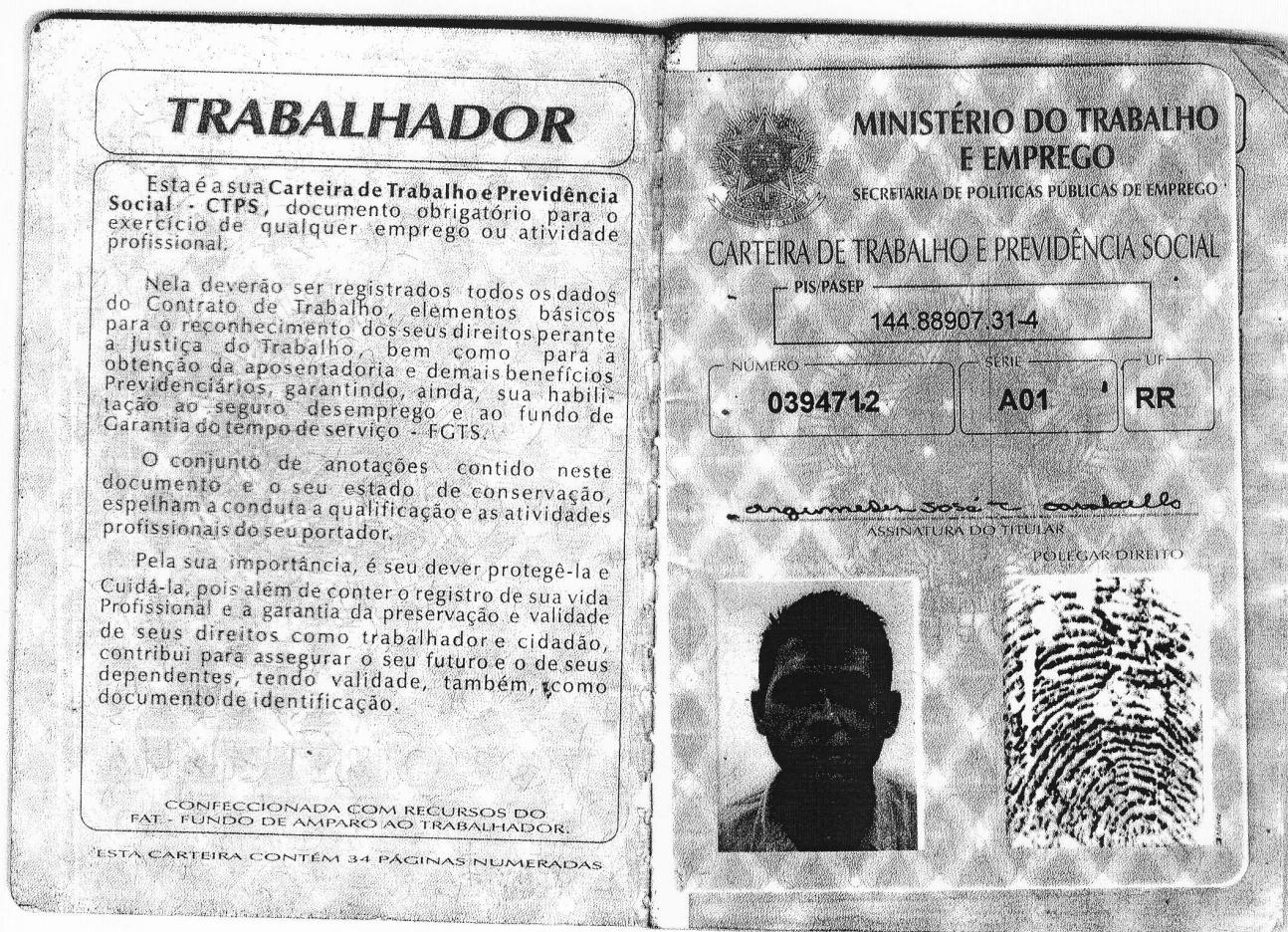


A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.dpf.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador 7013346 e o código CRC 030DF78A.

Referência: Processo nº 08485.004057/2017-41

SEI nº 7013346





02		QUALIFICAÇÃO CIVI	
ESTRANGEIRO			
ARQUIMEDES JOSE CRESPO CARABALLO			
FILIAÇÃO.....	CARMEN ELIZABETH CARABALLO DE CRESPO ARISTIDES CRESPO		
NASCIMENTO.....	05/02/1976		
ESTADO CIVIL.....	SOLTEIRO		
NACIONALIDADE.....	VENEZUELA		
DOCUMENTO.....	CIE 08465004057201741 - 10/04/2017		
RNE.....			
MODALIDADE.....	BASE LEI 9474		
CPF.....	705.458.062-16		
VALIDADE.....	10/04/2018		
LOCAL DE EMISSÃO: SRTE/RR - BOA VISTA			
DATA DE EMISSÃO: 02/05/2017			
ADELAID PEREIRA MOTA BEZERRA Superintendente Regional do Trabalho e Emprego/RR ASSINATURA DO EMISSOR			
L E C E N D A			
A - CASAMENTO B - SEP. JUDICIAL C - DIVÓRCIO D - ADOPÇÃO E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA G - DATA DE NASCIMENTO			

Lista de Faturas da UC: 1625969

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

Faturas da UC: 1625969

[x] Sair

Unidade Consumidora

1625969

Endereço

R. DA PISCICULTURA, 312 , 3 - PISCICULTURA

Nome do Cliente

CELESTE VICTORIA AREVALO CONO

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



27/07/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Declaração de Preveção a Lavagem de Dinheiro



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/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 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, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu J loir inacio de Souza

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.612 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Arquimedes Jose Crespo Caraballo inscrito (a) no CPF sob o N° 405.458.062 / 16
do sinistro de DPVAT cobertura Inválidoz da Vítima Arquimedes Jose Crespo Caraballo

Inscrito (a) no CPF sob o N° 405.458.062 / 16, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

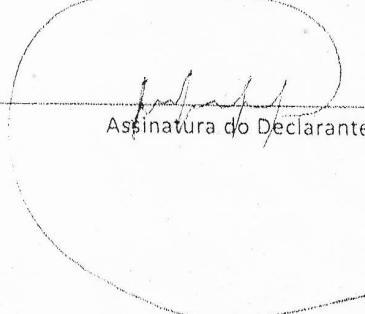
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

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: Antônio Pinheiro. Gabrato</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>ilovirr@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
PÓLICIA 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)

Bairro: União

Logradouro: RUA ATELIER PEREIRA DE MELO

Complemento: VIA PUBLICA - BAIRRO UNIÃO

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1Q93: 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

Nº: 1038

08 OUT. 2019

Logradouro: RUA ATELIER PEREIRA DE MELO

Complemento: VIA PUBLICA - BAIRRO UNIÃO

Bairro: União

Telefone: (95) 99118-8830 (Celular)

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 RENAVAM 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 RESPONSAVEL E CAUSADOR DO ACIDENTE EMPREENDENDO FUGA APÓS O SINISTRO.

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

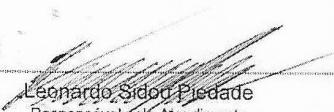


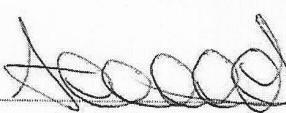
GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

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-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

08 OUT. 2019

27/07/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Documentos médicos

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

Classificação :

| Vermelho
| Laranja
| Amarelo
| Verde
| Azul Ass.

Reclassificação _____:
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul. Ass.:

Reclassificação :
 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	07	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)	PARD	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	Nº 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									
Setor		Tipo de Chegada			Procedimento Sol.			Registrado por:			
GRANDE TRAUMA		SAMU REGIONAL						CLAUDECIR 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: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : : h)

Possui intromissão pelo Dr. Jostho, pelo motivo
de novo dia. Pode ser resultado de
exame Físico.
não montava - célio, rebos ter regular
síndrome de choque. com fatores supra-introdutivos
pótese Diagnóstica (D): Refoto intromissão.

Hipótese Diagnóstica

~~Dr. Pedro Di Giovanni
Ortopedista/Traumatologista
CRM-RR 16120/ROE 682~~

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:

Ambulatório
 Observação (Até 24h)
 Internação

Certifico e Declaro que o presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentado neste hospital

ébitez

Antes do 1º Atendimento? () Sim () Não Destino: () 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



27/07/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Documentos médicos

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				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE			2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE			4 - CNES	
BLOCO B				
Identificação do Paciente				
5 - NOME DO PACIENTE			6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
<i>Aquimedes Tora breijo Caraballo</i>			171963	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			8 - DATA DE NASCIMENTO	
8 9 3 0 1 0 5 1 8 1 0 4 1 0 7 3 1 6 9			05/03/76	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL			9 - SEXO	
<i>Carmen Caraballo</i>			Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>	3
12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)			11 - TELEFONE DE CONTATO (N.º DO TELEFONE)	
<i>R. São Pio Vultino 302 Roraima</i>			DDD	11111111
13 - MUNICÍPIO DE PESIDÊNCIA			14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO	15 - UF
BO			ROR	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO				
<p><i>Paciente com fator negro intacodido</i> <i>cotovelo (B)</i></p> <p>08 OUT. 2019</p>				
16 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO				
<p><i>Fator amigdilo intacido (B)</i></p> <p>EF + Rx</p>				
17 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)				
<p><i>Fator negro adeno intacido (B)</i></p> <p>EF + Rx</p>				
18 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)				
<p><i>Fator negro adeno intacido (B)</i></p> <p>EF + Rx</p>				
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)				
<p><i>Fator negro adeno intacido (B)</i></p> <p>EF + Rx</p>				
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL				
<p><i>Fator negro adeno intacido (B)</i></p> <p>EF + Rx</p>				
21 - CID 10 PRINCIPAL				
<p><i>Fator negro adeno intacido (B)</i></p> <p>EF + Rx</p>				
22 - CID 10 SECUNDÁRIO				
<p><i>Fator negro adeno intacido (B)</i></p> <p>EF + Rx</p>				
23 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO				
<p><i>Intervenção</i></p> <p>EF + Rx</p>				
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO				
<p><i>Intervenção</i></p> <p>EF + Rx</p>				
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO				
<p><i>Intervenção</i></p> <p>EF + Rx</p>				
26 - CLÍNICA				
<p><i>Intervenção</i></p> <p>EF + Rx</p>				
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO				
<p><i>Intervenção</i></p> <p>EF + Rx</p>				
28 - DOCUMENTO				
<p><i>Intervenção</i></p> <p>EF + Rx</p>				
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE				
<p><i>Dr. Pedro Di Giovanni</i></p> <p>Oftopediatra Traumatologista</p> <p>CRM RR 16157 ROE: 684</p>				
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE				
<p><i>Dr. Pedro</i></p> <p>EF + Rx</p>				
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO				
<p><i>14/05/19</i></p> <p>EF + Rx</p>				
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				
<p><i>Dr. Pedro Di Giovanni</i></p> <p>Oftopediatra Traumatologista</p> <p>CRM RR 16157 ROE: 684</p>				
33 - FATOR DE RISCO				
<p><input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TÍPICO</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TRAJETO</p>				
34 - FATOR DE RISCO				
<p><input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TÍPICO</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TRAJETO</p>				
35 - FATOR DE RISCO				
<p><input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TÍPICO</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TRAJETO</p>				
36 - CNPJ DA SEGURADORA				
<p><i>EF + Rx</i></p>				
37 - Nº DO BILHETE				
<p><i>EF + Rx</i></p>				
38 - SE RII				
<p><i>EF + Rx</i></p>				
39 - CNPJ EMPRESA				
<p><i>EF + Rx</i></p>				
40 - CNAE DA EMPRESA				
<p><i>EF + Rx</i></p>				
41 - CHOR				
<p><i>EF + Rx</i></p>				
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA				
<p><input checked="" type="checkbox"/> EMPREGADO</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> EMPREGADOR</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> AUTÔNOMO</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> DESEMPREGADO</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> APOSENTADO</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> NÃO SE GURADO</p>				
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				
<p><i>EF + Rx</i></p>				
44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR				
<p><i>EF + Rx</i></p>				
45 - DOCUMENTO				
<p><i>EF + Rx</i></p>				
46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				
<p><i>EF + Rx</i></p>				
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO				
<p><i>03/08/19</i></p> <p>EF + Rx</p>				
48 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				
<p><i>EF + Rx</i></p>				
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO				
<p><i>EF + Rx</i></p>				
50 - HOSPITAL AR				
<p><i>EF + Rx</i></p>				

27/07/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Documentos médicos

ADM

**SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PPRESCRIÇÃO MÉDICA**

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	Arguimelos Tere		
DIAGNÓSTICO			
ALÉRGIAS	HAS	NEGA	DM2
IDADE	LE, FO	DATA	14-07-19
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		SNP
2	AVP. SF 0,9% 500ml 1X/dia		22
3	CEFALOTINA 1G EV 5/6H		500
4	TILATIL 20mg 12/12hs		NTF 22 (10) 8/12
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N		20/35 SN
6	TRANVAL 100MG + SF 0,9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA		SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		SN
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS		20/06 14
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		SN
10	SSVW + CCGG 6/6 H		noturna
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>160 E/OU PAD> 110 MMHG		Alem c
14	CURATIVO DIÁRIO		M
15			
16			
17			
18			
19			
20	DE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORTE ESQUEMA: 200-250: 2U; 251-300: 4U; 301-350: 6U; 351-400: 8U; ≥ 400: 10 U/ e OU GLICOSE ≤ 70 DM/ML GLICOSE ≥ 58% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		Dr. Pedro Di Giacomo Ortopedista/Traumatólogo CRM-RR 1615 / 1554

OLUÇÃO MÉDICA:

o bloco para programação cinética

08 OUT. 2019

Realizada Visita e Orientação

Katiane F. Rocha Sousa
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 638.098

PA

FC

T

36,4°C

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

Edilaine B. Barbosa

Técnico de Enfermagem
COREN-RR 904.159 - TE

Eva A. da Silva
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 220.262

27/07/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Documentos médicos

ADM Maçã 01

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	
ITEM						HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE					5ND
2	SF0,9% 500ML S/N EV					SN
5 *	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS OU VO 500MG 6/6HR					16/04/12 SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA					18/04/23 SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					SN
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					SN
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)					SN
10	CURATIVO DIÁRIO					pota
11	SSVV + CCGG 6/6 H					
12	MORFINA 10 MG + 9AD- 4ML EV 6/6 H S/N (NA FALTA DO ITEM 6)					SN
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	Dr. Fernando Rezende Médico Residente em Ortopedia e Traumatologia CRM/RR 2697
6 H					
12 H	150X90	66		36,3°C	
18 H	150X110	65		36,7°C	
24 H	125	08	38	36,1°C	

06/04/2019 71 72 38 36,1°C

12 hrs:

AO BLOCO

22 H

PA = 180X110

FC = 84

T = 36,8°C

Aditania Matias da Silva
COREN/RR 318758 - TE

08 OUT. 2019

BLD COL

Elaine Cristina de Freitas
Enfermeira
CR 143.775

MACA
1



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		5M 11H00
2	AVP		11H00 12H00
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 + SF 0,9% 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		5M
13	CURATIVO DIÁRIO		5M
14	SSVV + CCGG 6/6 H		5M
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

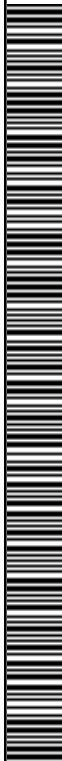
CONDUTA: MANTIDA

08 OUT 2019

CJ

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H				
18 H	Ar sanguíneo do fundo			
24 H	140/90 72		35,7°C	

06:00 130/80 PA 81 PA 36.4°C





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



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE _____, ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, _____, COM
DIAGNÓSTICO DE _____

NO DIA ____ / ____ / ____ , FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
SENDO

OPERADO PELO DR. _____ E DR. _____

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA ____ / ____ / ____ , ÀS ____ :____ , EM
BOM ESTADO GERAL., SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA ____ / ____ / ____ , ÀS ____ :____ , COM O
DR. _____

08 OUT. 2019

ORIENTAÇÕES GERAIS :

08 OUT. 2019

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Beira Litorânea, Centro, S/N
Nova Olinda, Tel/Fax: 031-3212-0620
AUTENTICAÇÃO

- 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 1851/PP

BOA VISTA, ____ / ____ / ____

MÉDICO

27/07/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Pedido Administrativo do Seguro DPVAT



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: Arquimedes Jose Crespo Caraballo CPF: 405.458.062-16
 Profissão: Autônomo Endereço: Av. Piscicultura Número: 312 Complemento:
 Bairro: Piscicultura Cidade: Boa Vista Estado: RR CEP:
 E-mail: ilovvv@hotmail.com Tel.(DDD): (65) 99354-4282

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO 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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- | | |
|--|--|
| <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) |

AGÊNCIA: 1352 CONTA: 49531 9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(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

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):

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou |
| <input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou |
| <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido. |

08 OUT. 2019

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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) 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, 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



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

DrCalc / EasyCalc- Cálculos financeiros e judiciais pela web

<http://drcalc.net/correcão2.asp?descrição=&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			
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 Lider 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	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
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	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					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	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					

