



Abhner Santos  
Advocacia e Consultoria

**PROCURAÇÃO AD JUDICIA**

Nome completo: Adriano da Silva  
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: Solteiro  
Profissão: Autônomo RG: 500543-4 SSP/RR  
CPF: 399.476.908-23 Endereço: R. Tarilo Ayus  
Q 410 N°: 153  
Bairro: Senador Helio Góes CEP: 69.316-560 Município: Boa Vista / RR  
Telefone: (95) 98103-1982 E-mail: adrianinho.amyrrha@gmail.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 judicium*, 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, 04 de Agosto de 2020.

Adriano da Silva

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](mailto:adv.abhner@hotmail.com) Website: <http://www.abhneradvcon.com.br>

## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Nome completo: Adriano da Silva  
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: Solteiro  
Profissão: Autônomo RG: 500543-4 SSP/RR  
CPF: 394.476.908-23 Endereço: R. Tarciso Ayres  
2410 N°: 153  
Bairro: Senador Nilo Costa CEP: 69.36-80 Município: Boa Vista / AA  
Telefone: (95) 98103 - 1982 E-mail: adriano.da.silva@gmail.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, 09 de Agosto de 2020.

x Adriano da Silva

Declarante

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODÍLIO CRUZ

Assinatura do Titular

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 500543-4 DATA DE EXPEDIÇÃO 20/10/2016

NOME ADRIANO DA SILVA

FILIAÇÃO JOÃO EVANGELISTA PEREIRA DA SILVA

VANDA MARIA CONCEIÇÃO SILVA DATA DE NASCIMENTO 24/11/1997

NATURALIDADE SÃO PAULO - SP

DOC. ORIGEM CERTD NASC 87641 FLS 89 LIV A-188

SÃO PAULO-SP

394.476.908-23 AMADEU ROCHA TRIANI  
Perito Papiloscópico da Polícia Civil  
Diretor do IODC

1 VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

15 JUL. 2019



## TRABALHADOR

Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

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 - FGTS.

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.

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.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO  
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

VISITE O PORTAL MTE: [WWW.MTE.COV.BR](http://WWW.MTE.COV.BR)

## MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

### CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

FIS/PASEP

212.81655.85-8

NÚMERO

7506353

SERIE

0050

RR

Adelmo da Silva



03



CONTRATO DE TRABALHO

03.742.809/0001-87

F. P. DE AGUIAR NETO ME

Av: Sebastião Diniz, 1029 - Centro

CEP: 69.301-040

Boa Vista

RR

VENDEDOR

CTON 5233-10

23 DE SETEMBRO DE 2018

63

R\$ 986,00

F. P. DE AGUIAR NETO

33 DE ABRIL DE 2018

F. P. DE AGUIAR NETO

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR

CODIGO

ENDERECO

MUNICIPIO

CEP DO ESTABELECIMENTO

CARGO

DATA DE ADMISSÃO

REGISTRO

RELAÇÃO ESPECÍFICA

DATA DE SAÍDA

COMPROVANTE

FECHAMENTO





a Roraima Energia,  
informe este NÚMERO

0060332-5

RORAIMA ENERGIA S.A.  
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 26.007.022-3  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime Especial de impressão autorizada pela SEFAZ 366/13

Nº DA NOTA FISCAL 5578918 FCAM\*  
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE  
foi criada pela Lei nº 10.436 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2020	26/08/2020	579	481,11

VANDA MARIA CONCEICAO SILVA  
CPF: 00030430280823  
R. TARCILIO AYRES 153 Q 410 - SENADOR HELIO CAMPOS  
CEP: 69.316-560 - BOA VISTA

DATAS DA LEITURA			
Atual:	15/07/2020	Anterior:	13/06/2020
Emissão:	14/07/2020	Apresentação:	15/07/2020
		Próxima leitura:	15/08/2020
		Dias de consumo:	32

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Grupo/Subgrupo	Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Faturamento	Modalidade
1.1.1.2	RESIDENCIAL	BIF	14EDB00976	NORMAL	CONVENC

DADOS DA LEITURA (kWh)							
	kWh	INJETADO	kWh	INJETADO	kWh	INJETADO	kWh
	TOT/PTA	TOT/PTA	F.PONTA	F.PONTA	INTERMED.	INTERMED.	RESERVADO
Leit. Atual	29156						
Leit. Anterior	28577						
Constante	1,000						
Resíduo							
Medido	579						
Faturado:	579						

DESCRIÇÃO DA CONTA		
CONSUMO	579 A R\$ 0,755234 =	437,28
CORRECAO MONETARIA DA 03/20-00		0,01
CORRECAO MONETARIA IG 03/20-00		3,84
MULTA POR ATRASO DE I 03/20-00		1,76
JUROS DE MORA POR ATR 03/20-00		0,50
MULTA POR ATRASO 03/20-00		4,67
JUROS DE MORA DE IMPO 03/20-00		3,97
ILUMINACAO PUBLICA		29,08

OUTRAS INFORMAÇÕES	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	0 A 579 - 0,519970
Media 12 meses:	515



**MENSAGENS IMPORTANTES**

**REAVISO DE VENCIMENTO**

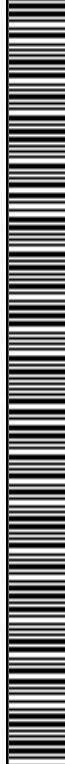
Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 30/09/2020, se função das contas vencidas nesta fatura. O não pagamento poderá acarretar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existir 02 (duas) contas vencidas e já realizadas no valor de R\$ 522,90 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso.

Mes/Ano: 08/2020 Valor R\$: 193,72

LIGAR 0800411111 E PAGAR 01000 VENCIMENTO 1 E 11 16 21 25

RESERVADO AO FISCO 3DC0.AE82.25FC.6B37.D205.15FF.EC94.D850

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		INDICADORES DE CONTINUIDADE			
Energia:	239,34	DIC	Mensal	Trimestral	Anual
Distribuição:	104,82	Limite	8,85	17,70	35,40
Transmissão:	0,00	Realizado	2,72		
Encargos:	13,55	ETC	Mensal	Trimestral	Anual
Perdas:		Limite	8,46	16,92	33,84
		Realizado	5,00		
IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$		DMIC	Mensal	DICRI	Mensal
Base de Cálculo:	437,28	Limite	4,82	Limite	
ALÍQUOTA	VALOR	Realizado	0,17	Realizado	
ICMS:	17,00%	Conjunto:	Mês apuração:	EUSD:	
PIS:	0,20%				
COFINS:	0,99%	DISTRITO	05/2020	65,70	
Tributos:	70,57				





**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA**  
**POLÍCIA CIVIL**  
**DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 002212/2019

**DADOS DO REGISTRO**

Data/Hora Início do Registro: 30/01/2019 10:29 Data/Hora Fim: 30/01/2019 10:36  
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito  
Data/Hora do Fato: 03/06/2018 21:00

**Local do Fato**

Município: Boa Vista (RR)  
Logradouro: Avenida Ataíde Teive

Bairro: Asa Branca

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo

**ENVOLVIDO(S)**

Nome Civil: ADRIANO DA SILVA (VÍTIMA, COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: SP - São Paulo	Sexo: Masculino	Nasc: 24/11/1997
Profissão: Desempregado			
Estado Civil: Solteiro(a)			
Nome da Mãe: Vanda Maria Conceição Silva	Nome do Pai: João Evangelista Pereira da Silva		

**Documento(s)**

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 394.476.908-23

**Endereço**

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: Rua Dalício Aires  
Bairro: Senador Helio campos  
Telefone: (95) 98120-8416 (Celular)

Nº: 153

**OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)**

<b>Grupo</b> Veículo	<b>Subgrupo</b> Motocicleta/Motoneta
<b>CPF/CNPJ do Proprietário</b> 394.476.908-23	<b>Placa</b> NAO9862
<b>Renavam</b> 01142816238	<b>Número do Motor</b> KC22E0J009866
<b>Número do Chassi</b> 9C2KC2200JR009774	<b>Ano/Modelo Fabricação</b> 2018/2018
<b>Cor</b> VERMELHA	<b>UF Veículo</b> Roraima
<b>Município Veículo</b> Boa Vista	<b>Marca/Modelo</b> HONDA/CG 160 FAN
<b>Modelo</b> HONDA/CG 160 FAN	<b>Veículo Adulterado?</b> Não
<b>Quantidade</b> 1 Unidade	<b>Situação</b> Envolvido
<b>Última Atualização Denatran</b> 15/02/2018	<b>Situação do Veículo</b> REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido	Envolvimentos
Adriano da Silva	Possuidor



Delegado de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha  
Impresso por: Erico Wallace Bessa Rocha  
Data de Impressão: 30/01/2019 10:37  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

15 JUL. 2019





**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA**  
**POLÍCIA CIVIL**  
**DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR**


**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**


Nº: 002212/2019

**RELATO/HISTÓRICO**

O comunicante informa que trafegava pela Avenida Ataíde Teive, sentido centro, conduzindo a motocicleta acima descrita, quando bateu em um quebra molas, perdeu o controle e caiu, sofrendo lesões corporais. Que foi socorrido pelo SAMU. Que registra SOMENTE para fins de seguro DPVAT. Era o relato.

**ASSINATURAS**

  
Erico Wallace Bessa Rocha  
Responsável pelo Atendimento

  
Adriano da Silva  
(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."



03/06/2018

... Guia de Atendimento 02 ...

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE  
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3508 - AEROPORTO



1800961126		03/06/2018 22:00:35		FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA				NOTURNO 19-		35	
Paciente		Data Nascimento		Idade		CNS		CPF		Prontuário	
ADRIANO DA SILVA		24/11/1997		20 A 6 M 9 D				07			
Tipo Doc		Documento		Órgão Emissor		Data Emissão		Sexo		Estado Civil	
IDENTIDADE		5005434		02/02/2007		M		SOLTEIRO		(APARDA	
Mãe		VANDA MARIA CONCEICAO SILVA		Pal		JOAO EVANGELISTA PEREIRA DA SI		Contato		(95) 99115-7407	
Endereço		RUA - S 11/27 - 153 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR								Ocupação	
Class. de Risco		Plano Convênio		N° da Carteira		Validade		Autorização		Sis Prenatal	
		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE									
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.		Peso	
ACIDENTE DE MOTO		URGÊNCIA									
Setor		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.				Registrado por:		LEILSON.SOUSA	
GRANDE TRAUMA		RESGATE									
Queixa Principal											
[ ] Síndrome Febril [ ] Sintomático Respiratório [ ] 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											
[X] RAIO-X [ ] ULTRA-SOM [ ] TC [ ] SANGUE [ ] URINA [ ] ECG [ ] OUTROS:											
PRESCRIÇÃO											
1 DIPIRONA 1 gr. EV											
2 TENOXICAM 40 mg EV											
APRAZAMENTO											
OBSERVAÇÃO											
Conduta											
[ ] Alta por Decisão Médica [ ] Ambulatório											
[ ] Alta a Pedido [ ] Observação (Até 24h)											
[ ] Alta a Revelia [ ] Internação											
[X] Transferência para: Data e Hora da Saída/Alta:											
óbito											
Antes do 1º Atendimento? [ ] Sim [ ] Não Destino: [ ] Família [ ] IML Anatomia Patológica											
Assinatura do Paciente ou Responsável											
Carimbo e Assinatura do Médico											
Impresso por: leilson.sousa											
Data Hora: 03/06/2018 22:03:19											
15 JUL. 2019											
1800961126											



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO  
CIRCULAR SUSEP 445/12

3190 1335 339

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Ilmar Inacio de Souza inscrito (a) no CPF 383.051.512 / 04  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Adriano da Silva inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 394.476.508 23, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima  
Adriano da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 394.476.508 23, 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 Góes</u>		Número <u>3832</u>	Complemento
Bairro <u>Buritis</u>	Cidade <u>Boca Vista</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69 309 209</u>
Email <u>Ilmar@hotmai.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular(DDD) <u>99154-4282</u>

Boca Vista - RR, 23 de Abri de 2019  
Local e Data

Assinatura do Declarante

15 JUL. 2019





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 20 de Novembro de 2019**

**Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190335339**

**Vítima: ADRIANO DA SILVA**

**Data do Acidente: 03/06/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), ADRIANO DA SILVA**

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

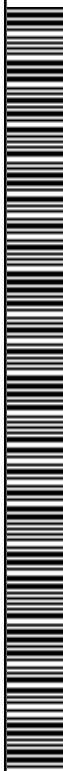
Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

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 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					

