



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO ACRE
Juizados Especiais
Setor de Reclamação

Dá-se à causa o valor de R\$ 39.920,00.

A parte requerente, neste ato, foi intimada da AUDIÊNCIA designada para a data e local abaixo informados.

Processo : 0003784-04.2019.8.01.0070

Audiência: Dia 04/06/2019, às 08:00h.

Local: Centro Judiciário de Solução de Conflitos e Cidadania dos Juizados Especiais Cíveis de Rio Branco - Av. Paulo Lemos de Moura Leite, 878 - Cidade da Justiça, Loteamento Portal da Amazônia - CEP 69915-777, Fone: ND, Rio Branco-AC - E-mail: cejusrb@tjac.jus.br.

Rio Branco -AC, 26 de abril de 2019.

RAIMUNDO NONATO DUQUE FEITOSA
Raimundo Nonato Duque Feitosa
Requerente



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA CENTRAL DE FLAGRANTES - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 012830/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 10/04/2019 09:51 Data/Hora Fim: 10/04/2019 10:24
Delegado de Polícia: Cléber Gnatta

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Polícia da 4ª Regional

Data/Hora do Fato: 22/03/2019 08:00

Local do Fato

Município: Rio Branco (AC)

Logradouro: Via Verde

Bairro: Floresta Sul

Ponto de Referência: Próximo ao Via Verde Shopping

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
20005: Acidente Com Lesões	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: RAIMUNDO NONATO DUQUE FEITOSA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: AC - Rio Branco

Sexo: Masculino

Nasc: 12/06/1973

Profissão: Amador

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: Terezinha Duque Feitosa

Nome do Pai: Alexandre Alves Feitosa

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 339.981.752-53

Endereço

Município: Rio Branco - AC

Logradouro: Rua Campo Novo

Bairro: Ayrton Sena

Telefone: (68) 98110-2270 (Celular)

Nº: 425



Nome Civil: RAILTON (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Endereço

Município: Rio Branco - AC

Telefone: (68) 99948-7781 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Microônibus/Ônibus

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Nome Envolvido

Railton

Envolvimentos

Depositário



Delegado de Polícia Civil: Cléber Gnatta
Impresso por: Alexandre Antonio Pinto de Oliveira
Data de Impressão: 10/04/2019 10:24
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA CENTRAL DE FLAGRANTES - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 012830/2019

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 495.039.602-15	Placa NXS2187
Renavam 01018355321	Número do Motor G3B9E-045820
Número do Chassi 9C6KG0650E0017505	Ano/Modelo Fabricação 2014/2014
Cor AZUL	UF Veículo Acre
Município Veículo Rio Branco	Marca/Modelo YAMAHA/YS150 FAZER SED
Modelo YAMAHA/YS150 FAZER SED	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido

Nome Envolvido

Raimundo Nonato Duque Feitosa

Envolvimentos

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O COMUNICANTE veio a esta especializada e noticiou que na data mencionada acima, se envolveu num acidente com 01 (um) ônibus; QUE, nessa ocasião, o COMUNICANTE trafegava em sua motocicleta pela faixa da direita e o ônibus na faixa da esquerda, ambos na mesma direção; QUE, o acidente aconteceu quando o COMUNICANTE vinha ultrapassando o ônibus, que foi quando o ENVOLVIDO ligou a seta e entrou na faixa da direita, tendo o COMUNICANTE sido obrigado a frear, vindo a cair, devido ter derrapado na pista ao apertar o freio dianteiro da motocicleta; QUE, ao visualizar que o COMUNICANTE havia caído, o condutor do ônibus parou mais à frente e foi ajudá-lo, tendo as partes envolvidas entrado em acordo no local, não tendo sido acionado qualquer órgão de trânsito para o atendimento da ocorrência; QUE, devido a queda, o COMUNICANTE teve algumas escoriações, mas até então não havia notado nada além disso em seu corpo; QUE, passado aproximadamente 15 (quinze) dias do ocorrido, ao sair para trabalhar, o COMUNICANTE colocou 01 (uma) roçadeira apoiada em seu ombro direito, sentiu inicialmente uma dor leve, notou que o osso do local começava a subir e a dor começou a aumentar, tendo ele em razão disso buscado 01 (uma) consulta no Pronto-Socorro de Rio Branco/AC e após um (01) exame de raio-X, sido constatada 01 (uma) fratura no local; QUE, o ombro quebrado é o mesmo que se encontra com escoriações em razão do acidente; QUE, não sabe se será realizada alguma cirurgia, tendo sido orientado pelo médico em apenas imobilizar o local, o que já vem sendo feito pelo COMUNICANTE; QUE, não informou ao ENVOLVIDO sua atuação situação. E nada mais disse.

ASSINATURAS

Alexandre Antonio Pinto de Oliveira
Responsável pelo Atendimento

Raimundo Nonato Duque Feitosa
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(s) 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."

Cláudio Ferreira de Sousa Junior
Delegado de Polícia Civil



Delegado de Polícia Civil: Cléber Gnatta
Impresso por: Alexandre Antonio Pinto de Oliveira
Data de Impressão: 10/04/2019 10:24
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0125775/19

Vítima: RAIMUNDO NONATO DUQUE FEITOSA

CPF: 339.981.752-53

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/03/2019

Titular do CPF: RAIMUNDO NONATO
DUQUE FEITOSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

RAIMUNDO NONATO DUQUE FEITOSA : 339.981.752-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/04/2019
Nome: RAIMUNDO NONATO DUQUE FEITOSA
CPF: 339.981.752-53

RAIMUNDO NONATO DUQUE FEITOSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/04/2019
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

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



Eu, Maria Claudie Soares Barbosa Feitosa

RG nº 261609, data de expedição 26/10/17

Órgão SSP/AC, portador do CPF nº 495.039.602-15

com domicílio na cidade de Rio Branco, no Estado de Acre

Rua campo novo, nº 425

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

RAIMUNDO RONATO DUQUE FEITOSA, cujo o condutor era

RAIMUNDO RONATO DUQUE FEITOSA

Veículo: Moto Modelo: YAMARA/XS 150 FAZER Ano: 2014

Placa: NXS2187 Chassi: 9C6K60650E0017505

Data do Acidente: 22/03/2019



Local e Data: Rio Branco - Acre, 10 de Abril de 2019.

Maria Claudie Soares Barbosa Feitosa.

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2630418 DATA: 07/04/2019 HORA: 10:43 USUARIO: NEIDE RAMOS
CNS: SETOR: 01-CONSULTORIO ADULTO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : RAIMUNDO NONATO DUQUE FEITOSA DOC...: 185432-AC
 IDADE.....: 45 ANOS NASC: 12/06/1973 SEXO...: MASCULINO
 ENDereco.....: RUA CAMPO NOVO NUMERO: 425
 COMPLEMENTO...: BAIRRO: SOBRAL
 MUNICIPIO.....: RIO BRANCO UF: AC CEP....: 69900-000
 NOME PAI/MAE...: ALEXANDRE ALVES FEITOSA /TERESINHA DUQUE FEITOSA
 RESPONSAVEL...: O MESMO TEL....: 3225-4302
 PROCEDENCIA...: SOBRAL
 ATENDIMENTO...: CONSULTA/PRESCRICAO
 CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA[X mmHg] PULSO[] TEMP.[] PESO[] FC[] SPO2[]

EXAM.COMPL.[] RAIO X[] SANGUE[] URINA[] TC[] LIQUOR[] ECG[] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: 22/03/19*induzido a morte e outros
com trauma subido*

OBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [VERDE] [AMARELO] [VERMELHO] [AZUL]

ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA]

DIAGNOSTICO: *Contusão de fêmur de esquerda distal*

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

*4/4/19*SAME / HUEB
CÓPIA

INFORME ORIGINAL

L. Silveiro
Médico Ortopedista
CRM 483-AC

DATA DA SAIDA: / /

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO HORA DA SAIDA: :
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO [] DESISTENCIA

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

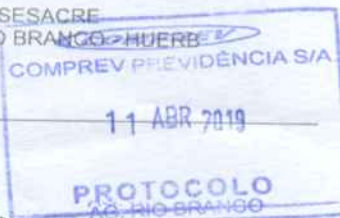
TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE - SESACRE
HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RIO BRANCO



UNIDADE: _____

RECEITUÁRIO MÉDICO

Imar

Raimundo Renato Duque Feitosa sofreu acidente de trânsito no dia 22/03/19 apresentando fratura de clavícula distal do ombro direito, sendo prescrito o tratamento conservador, evoluindo com dor e limitação funcional no ombro (D) e redução de força do membro superior direito.

7
4
19

Jose L. Silveiro C.
Médico Ortopedista
CRM 483 - AC

DATA

ASSINATURA DO PROFISSIONAL

1º CONSELHO

Av. Nações Unidas, 700 - Bosque Rio Branco-Ac CNPJ: 04034526000224 CNES: 2001578



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DETRAN - AC CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	
Nº 014397754299 EXERCÍCIO 2018	
VIA 01 Cód. Renavam 01018355321 R.N.I.T.R.C.	NOME MARIA CLAUDIA SOARES B FEITOSA AC
CPF/CNPJ 495.039.602-15 PLACA NX2187	PLACA NX2187
PLACA ANT / UF NX2187 AC CHASSI 9C6K60650E0017503	COMBUSTIVEL ALCO/GASOL
ESPECIE/TIPO PAS/MOTOCICLO/NAD APLICIA MARCA/MODELO YAMAHA/YS150 FAZER SED ANO FAB. 2014 ANO MOD. 2014	CATEGORIA PARTICU COR PREDOMINANTE AZUL
CAP / ROT / CIL 2P/0149CC/ COTA ÚNICA 1º *FAGO* 2º ***** 3º ***** 4º ***** 5º ***** 6º ***** 7º ***** 8º ***** 9º ***** 10º ***** 11º ***** 12º ***** 13º ***** 14º ***** 15º ***** 16º ***** 17º ***** 18º ***** 19º ***** 20º ***** 21º ***** 22º ***** 23º ***** 24º ***** 25º ***** 26º ***** 27º ***** 28º ***** 29º ***** 30º ***** 31º ***** 32º ***** 33º ***** 34º ***** 35º ***** 36º ***** 37º ***** 38º ***** 39º ***** 40º ***** 41º ***** 42º ***** 43º ***** 44º ***** 45º ***** 46º ***** 47º ***** 48º ***** 49º ***** 50º ***** 51º ***** 52º ***** 53º ***** 54º ***** 55º ***** 56º ***** 57º ***** 58º ***** 59º ***** 60º ***** 61º ***** 62º ***** 63º ***** 64º ***** 65º ***** 66º ***** 67º ***** 68º ***** 69º ***** 70º ***** 71º ***** 72º ***** 73º ***** 74º ***** 75º ***** 76º ***** 77º ***** 78º ***** 79º ***** 80º ***** 81º ***** 82º ***** 83º ***** 84º ***** 85º ***** 86º ***** 87º ***** 88º ***** 89º ***** 90º ***** 91º ***** 92º ***** 93º ***** 94º ***** 95º ***** 96º ***** 97º ***** 98º ***** 99º ***** 00º *****	VENC. / COTAS 1º ***** 2º ***** 3º ***** 4º ***** 5º ***** 6º ***** 7º ***** 8º ***** 9º ***** 10º ***** 11º ***** 12º ***** 13º ***** 14º ***** 15º ***** 16º ***** 17º ***** 18º ***** 19º ***** 20º ***** 21º ***** 22º ***** 23º ***** 24º ***** 25º ***** 26º ***** 27º ***** 28º ***** 29º ***** 30º ***** 31º ***** 32º ***** 33º ***** 34º ***** 35º ***** 36º ***** 37º ***** 38º ***** 39º ***** 40º ***** 41º ***** 42º ***** 43º ***** 44º ***** 45º ***** 46º ***** 47º ***** 48º ***** 49º ***** 50º ***** 51º ***** 52º ***** 53º ***** 54º ***** 55º ***** 56º ***** 57º ***** 58º ***** 59º ***** 60º ***** 61º ***** 62º ***** 63º ***** 64º ***** 65º ***** 66º ***** 67º ***** 68º ***** 69º ***** 70º ***** 71º ***** 72º ***** 73º ***** 74º ***** 75º ***** 76º ***** 77º ***** 78º ***** 79º ***** 80º ***** 81º ***** 82º ***** 83º ***** 84º ***** 85º ***** 86º ***** 87º ***** 88º ***** 89º ***** 90º ***** 91º ***** 92º ***** 93º ***** 94º ***** 95º ***** 96º ***** 97º ***** 98º ***** 99º ***** 00º *****
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) R\$0.7 IOF (R\$) R\$185.5 PRÊMIO TOTAL (R\$) R\$186.2	DATA DE PAGAMENTO 02/08/2018
OBSERVAÇÕES SEM RESERVA DE DOMÍNIO * BEN-TRIBUTARIO * *	
RIO BRANCO	DATA 16/08/2018



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

SEGURO OBRIGATÓRIO

IPVA - 1ª COTA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

IPVA - 2ª COTA

IPVA - 3ª COTA OU COTA ÚNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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: 339.981.752-53 Nome completo da vítima: Raimundo Renato Dague Feitosa

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

Nome completo: Raimundo Renato Dague Feitosa CPF: 339.981.752-53
Profissão: Auxiliar Endereço: Rua Campo Novo Número: 425 Complemento: _____
Bairro: Aguaíma Cidade: Rio Branco Estado: AC CEP: 69911-856
E-mail: _____ Tel.(DDD): (68) 98310-2270

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

REDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ 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)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0534 CONTA: 013.000.89109 1
(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)

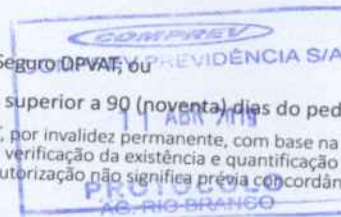
Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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: ☐ 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: _____ 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, Rio Branco, AC 11/04/2019
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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.

**DENTAL BELIA LTDA**

RUA MANOEL CESARIO, 234 - CAPOEIRA
69905-006 RIO BRANCO - AC
FONE: (68) 3224-1480

DANFE
DOCUMENTO
AUXILIAR DA
NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAÍDA

1

000.022.600
SÉRIE 1
FOLHA 1/1



fls. 13

CHAVE DE ACESSO

1219 0404 0438 0800 0107 5500 1000 0226 0010 0022 6003

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e

www.nfe.fazenda.gov.br/portal

ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

312190001254284 09/04/2019 08:01:03

INSCRIÇÃO ESTADUAL

01.000.516/001-17

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ

04.043.808/0001-07

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

RAIMUNDO NONATO DUQUE FEITOSA

CNPJ / CPF

339.981.752-53

DATA DA EMISSÃO

09/04/2019

ENDEREÇO

RUA CAMPO NOVO, 422

BAIRRO / DISTRITO

AYRTON SENA

CEP

69911-856

DATA DA SAÍDA

MUNICÍPIO

RIO BRANCO

UF

AC

FONE / FAX

(69) 98110-2270

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 09/04/2019 61,50

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE CALC ICMS

0,00

VALOR ICMS

0,00

BASE CALC ICMS ST

0,00

VALOR ICMS ST

0,00

TOTAL DOS PRODUTOS

65,00

VALOR FRETE

0,00

VALOR SEGURO

0,00

VALOR DESCONTO

3,50

OUTRAS DESP

0,00

VALOR IPI

0,00

TOTAL DA NOTA

61,50

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA

9-SEM FRETE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEIC

UF

CNPJ / CPF

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE

ESPECIE

MARCA

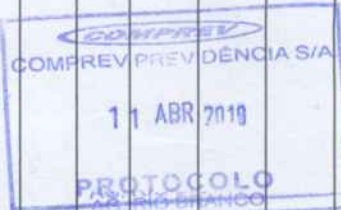
NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UNID	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CÁLC ICMS	VALOR ICMS	ALIQ ICMS
12557	TIPOIA IMOB J.F DUPLO BRIM ESTOFADO TAM GG REF 210	90211010	0102	5102	PC	1	65,00	65,00	0,00	0,00	



DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Cliente: 10991 - RAIMUNDO

Operação: 136934 - VENDA, Colaborador: 19 - MARIA DIRLENE DE BRITO

DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL, NAO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE IPI

RESERVADO AO FISCO

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:	
	339.983.752-53	Raimundo Norato Duque Jilosa	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
Raimundo Norato Duque Jilosa		339.983.752-53	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Armadador	Rua campo novo	425	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Asimton Lima	Rio Branco	AC	69933-856
E-mail:	Tel. (DDD):		
	(68) 98310-2270		

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ 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)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0534 CONTA: 013.000.89109

AGÊNCIA: CONTA:

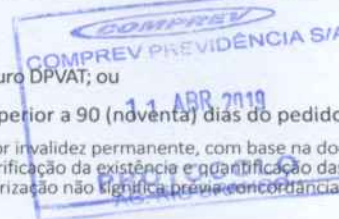
Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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: ☐ 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: 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, Rio Branco, AC 31/04/2019
 Nome: _____
 CPF: _____
 (*) Assinatura de quem assina A ROGO
 RAIMUNDO NORATO DUQUE FEITOSA
 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.



A situação atual

Estatísticas

Tipos de acidentes

Causas de acidentes

Localização dos acidentes

As vítimas de acidente...

As vítimas fatais e suas famílias

O mundo desconhecido das vítimas...

O atendimento pré-hospitalar d...

As lesões causadas pelos acide...

O atendimento hospitalar das v...

As sequelas físicas e psicológ...

A assistência post hospitalar...

A indenização das vítimas de a...

Seguro DPVAT: estatísticas e b...

As iniciativas públicas a favo...

Os direitos da pessoa com def...

Possibilidades de reinserção d...

Custo dos acidentes de...

Acidentes nas rodovias...

Acidentes com pedestres

Acidentes com ciclistas

Acidentes com motos

Acidentes de caminhões

Acidentes com ônibus e...

[Dados da PRF](#)[A prevenção](#)[Infra-estrutura](#)[Veículos](#)[Comportamentos](#)[Educação](#)[Documentos](#)[Participe](#)

DPVAT: tabela de indenização em função do grau de invalidez

Por Vias Seguras <info@vias-seguras.com> Sábado, 26 de Março de 2011

Valores determinados pela Lei nº 11.482 de 2007, que não foram corrigidos até agora.

DPVAT - Indenizações para vítimas

Dano	Percentual	Valor
PERDA TOTAL		
Perda total da visão de ambos os olhos	100%	R\$ 13.500,00
Perda total do uso de ambos os braços	100%	R\$ 13.500,00
Perda total do uso de ambas as pernas	100%	R\$ 13.500,00
Perda total do uso de ambas as mãos	100%	R\$ 13.500,00
Perda total do uso de um braço e uma perna	100%	R\$ 13.500,00
Perda total do uso de uma das mãos e um dos pés	100%	R\$ 13.500,00
Perda total do uso de ambos os pés	100%	R\$ 13.500,00
Alienação mental total incurável	100%	R\$ 13.500,00

Dano	Percentual	Valor
PERDA PARCIAL - PARTE SUPERIOR		
Perda total da visão de um olho	30%	R\$ 4.050,00
Quando não tiver a outra visão	70%	R\$ 9.450,00
Mudez Incurável	50%	R\$ 6.750,00
Fratura não consolidada do maxilar inferior	20%	R\$ 2.700,00
Anquilose total de um dos cotovelos	25%	R\$ 3.375,00
Anquilose total de um dos punhos	20%	R\$ 2.700,00
Surdez total incurável de um ouvido	20%	R\$ 2.700,00
Surdez total de ambos os ouvidos	40%	R\$ 5.400,00
Anquilose total de um dos ombros	25%	R\$ 3.375,00
Fratura não consolidada de um dos braços	30%	R\$ 4.050,00
Perda total de um dos braços	70%	R\$ 9.450,00
Anquilose total de um quadril	20%	R\$ 2.700,00
Perda total de uma das mãos	60%	R\$ 8.100,00
Perda do dedo mínimo	12%	R\$ 1.620,00
Perda do dedo anular	09%	R\$ 1.215,00
Perda do dedo médio	12%	R\$ 1.620,00
Perda do indicador	15%	R\$ 2.025,00
Polegar	18%	R\$ 2.430,00
Metacarpião	25%	R\$ 3.375,00

MARIA CLAUDIA SOARES BARBOSA FEITOS
R CAMPO NOVO, 425
AYRTON SENA
69911-856 RIO BRANCO - AC

Telefonica Brasil S.A.
Travessa Campo do Rio Branco, 450 - Cmp 436
CEP 69905-022 - Rio Branco - AC
I.E.: 01.013.631/001-77
CNPJ Matriz :02.558.157/0001-62
CNPJ Filial :02.558.157/0023-78

Vencimento
10/03/2019

Total a Pagar - R\$
49,99

Seus Números Vivo
68-99904-4608

Caso você tenha mais linhas, consulte o detalhamento da sua conta.

BOLETO ATUALIZADO DA CONTA

O que está sendo cobrado	Valor R\$
CONTA DO MÊS 02/2019	49,99
VALOR ATUALIZADO DA CONTA	49,99
COMPREV COMPREV S/A 11 ABR 2019 PROTOCOLO AG. RIO BRANCO	
TOTAL A PAGAR	49,99

MENSAGEM IMPORTANTE PARA VOCÊ

O relatório detalhado está disponível em www.vivo.com.br/meuvivo e pode ser solicitado impresso, de forma permanente ou não.


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADIAS
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CATEGORIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
RAIMUNDO NONATO DUQUE FEITOSA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
185432 SSP AC

CPF
339.981.752-53

DATA NASCIMENTO
12/06/1973

FILIAÇÃO
**ALEXANDRE ALVES
FEITOSA
Terezinha Duque
Feitosa**

PERMISSÃO
00000000000000000000000000000000

ACC
00000000000000000000000000000000

CAT. HAR.
A

Nº REGISTRO
05247650310

VALIDADE
03/04/2022

1ª HABILITAÇÃO
11/07/2011

OBSERVAÇÕES
A

ASSINATURA DO PORTADOR
RAIMUNDO NONATO DUQUE FEITOSA

LOCAL
RIO BRANCO - ACRE

DATA EMISSÃO
03/04/2017

ASSINATURA DO EMISSOR
ACRE

86839568468
 AC407422110

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1417343905

PROIBIDO PLASTIFICAR
1417343905

