

**PROCURAÇÃO  
“AD JUDICIA ET EXTRA”**

**OUTORGANTE:** FELIPE LEITE DE SOUZA MENEZES, brasileiro, solteiro, apontado por invalidez, inscrito no R.R. sob o nº. 481.688 SSS/PE, portador do CPF nº. 066.108.924-07, endereço e domicílio à Rua Apolônio de Souza Feraz, nº. 10, Parque I, Floresta/PE, CEP 56400-000.

**OUTORGADO:** ALCYDES CÉSAR GOMES DE SÁ FERRAZ, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito no CPF sob o nº. 051.844.904-18 e na OAB/PE sob o nº. 29.113, com escritório profissional localizado na Rua Agamenon Cornélio da Silva, nº. 173, Parque das Caraibeiras, Floresta/PE, CEP 56.400-000, e-mail [alcydesferraz@me.com](mailto:alcydesferraz@me.com), onde recebe intimações de estílo (art. 106 do NCPC).

**PODERES:** Por este instrumento o(a) Outorgante supra qualificado, nomeia e constitui o Outorgado acima identificado, seu bastante procurador, conferindo-lhe os mais amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicia et extra*, para agir, em conjunto ou separadamente, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-las nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, representá-lo perante os Órgãos Públicos, nomear peritos e assistentes, promover reivindicações e impugnações, prestar lícitos compromissos, promover requerimentos administrativos, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar, ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

**PODERES ESPECÍFICOS:** A presente procuração outorga ainda ao advogado acima descrito, os poderes para, em nome do(a) Outorgante, receber citação judicial ou administrativa, receber intimações, prestar depoimento pessoal, reconhecer a procedência do pedido, confessar, transigir, desistir, renunciar ao direito em que se funda a ação, firmar acordos ou compromissos, receber e dar quitação, levantar, requerer ou receber alvarás, levantar valores em contas bancárias, receber valores, inclusive, em cheques decorrentes de condenação judicial, renunciar a quaisquer valores superiores ao teto dos Juizados Especiais em razão de eventual ajuizamento no procedimento especial (art. 3º da Lei 10.259/2001 e Lei 9.099/1995), pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, além de outros não expressamente constantes nesse mandato (art. 105 do NCPC).

Os poderes nessa procuração descritos poderão ser substabelecidos no todo ou em parte, com ou sem reservas, dando tudo por bom, firme e valioso, para o fiel cumprimento deste mandato.

**DECLARAÇÃO:** O(a)(s) outorgantes(s) DECLARA(M), para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tem condições de arcar com as despesas inerentes à presente ação, sem prejuízo de seu sustento e de sua família, necessitando, portanto, da gratuidade judiciária, indicando como seus advogado o Outorgado acima nomeado, nos termos do § 4º do art. 5º, da Lei nº 1.060 de 1950 e art. 98 e ss. do NCPC.

Floresta/PE, 16 de maio de 2019.  
Filipe Leite de S. Menezes  
OUTORGANTE





Assinado eletronicamente por: ALCYDES CESAR GOMES DE SA FERRAZ - 28/04/2019 12:30:21  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042812302058200000043704067>  
Número do documento: 19042812302058200000043704067

Num. 44368749 - Pág. 1


  
**CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL DE  
FLORESTA - PERNAMBUCO - S/A**  
 Escrivente Substituto: **GILVANICE DE CARVALHO LIMA**  
 Escrivente Substituta: **Maria Auxiliadora Leite de Sá**  
 Escrivente Substituto Responsável: **Rosendo César Ferreira**

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**

**REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS**

**Certidão de Nascimento**

NOME  
**FELIPE LEITE DE SOUZA MENEZES**

MATRÍCULA:  
**073429 01 55 1986 1 00046 236 0007240 78**

|   |   |   |                                  |                                  |
|---|---|---|----------------------------------|----------------------------------|
| DATA DE NASCIMENTO (POR EXTENSO)<br>Vinte e cinco de maio de mil novecentos e oitenta e seis.   |   | DATA DE NASCIMENTO (POR EXTENSO)  | DATA DE NASCIMENTO (POR EXTENSO) | DATA DE NASCIMENTO (POR EXTENSO) |
|   |   | 25  | 05                               | 1986                             |
| HORA DE NASCIMENTO<br>05h30min  | MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO<br>FLORESTA - PE |   |                                  |                                  |
| MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO<br>Floresta - ESTADO DE PERNAMBUCO   |   | LOCAL DE NASCIMENTO<br>NA MATERNIDADE ANA CAROLINA<br>FERRAZ, EM FLORESTA - PE  | SEXO<br>Masculino                |                                  |
| PARECER<br>JOÃO DOMINGOS DE MENEZES FILHO e LUZINETE LEITE DE SOUZA MENEZES   |   |   |                                  |                                  |
| AVÓS<br>JOÃO DOMINGOS DE MENEZES e MARIA JOSÉ MENEZES (paternos) e JOSE DE SOUZA NECO e MARIA CLARA LEITE DE SOUZA (maternos)   |   |   |                                  |                                  |
| GÊNIOS<br>Não   | NOME E MATRÍCULA DOS GÊNIOS<br>Nada consta.                     |   |                                  | NÚMERO DA CRV<br>Não informado.  |
| DATA DE REGISTRO (POR EXTENSO)<br>Dois de junho de mil novecentos e oitenta e seis.   |   | OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES<br>Ato registrado no livro A-46, às folhas 236a sob o nº 7240. Data do registro: 2 de junho de 1986. Data de nascimento do registrado: 25 de maio de 1986. Não constam averbações à margem do termo. |                                  |                                  |
| <i>Maria Auxiliadora Leite de Sá</i><br>Escrevente Substituta Responsável<br>Maria Auxiliadora Leite de Sá<br>Escrivente Substituta Responsável<br>Registro Civil Floresta-PE   |   |   |                                  |                                  |
| Nome do ofício<br>Cartório do Registro Civil das Pessoas Naturais de<br>Floresta<br>Escreventes Substitutas<br>Maria Auxiliadora Leite de Sá-Responsável<br>Gilvanice de Carvalho Lima<br>Município/UF:<br>Floresta<br>Endereço<br>Rua Manoel Serafim de Souza Ferraz, 99 - Centro<br><br>Selo: 0073429.CSD03201701.00066<br>Consulte autenticidade em <a href="http://www.tjpe.jus.br/selodigital">www.tjpe.jus.br/selodigital</a> . |   |   |                                  |                                  |
| O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.<br>Floresta, 18 de abril de 2017.<br><br><i>Maria Auxiliadora Leite de Sá</i><br>Escrevente Substituta Responsável<br>Maria Auxiliadora Leite de Sá<br>Escrivente Substituta Responsável<br>Registro Civil Floresta-PE   |   |   |                                  |                                  |
| AAA 615768  |   |   |                                  |                                  |





AVENIDA CRUZ CABUGA - NUM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE  
CEP: 50040-000. Fone: (081) 0800 081 0195  
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2  
CNPJ: 09.769.035/0001-64  
Qualidade da Água: www.compresa.com.br

Nº Documento: 2018089216626

Escritório: FLORESTA

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

DADOS DO CLIENTE

JOSE DE SOUZA NECO  
R APOLONIO DE SA FERRAZ, N. 00010 - - CAETANO I FLORESTA PE 56400-000  
INSCRIÇÃO: 057.350.230.0050.000

MATRÍCULA: 00921662.6 08/2018-3

GRUPO: 5

OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 00921662.6

RESPONSÁVEL

ENDEREÇO PARA ENTREGA

| SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO   | SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL         | RESIDENCIAL 1                  | QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL | INDUSTRIAL | PÚBLICO                         |
|--|-----------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|------------|---------------------------------|
| HIDRÔMETRO A13U119000  | DATA LEIT. ANTERIOR<br>30/07/2018 | DATA LEIT. ATUAL<br>29/08/2018 |                                   |            | TIPO DE CONSUMO (A/E)<br>REAL / |
| <strong>ÁGUA</strong>  |                                   |                                |                                   |            |                                 |
| LEIT. ANT.: 399 CONSUMO: 16  |                                   |                                |                                   |            |                                 |
| LEIT. ATUAL: 415   |                                   |                                |                                   |            |                                 |
| LEIT. FAT.: 415  |                                   |                                |                                   |            |                                 |
| <strong>ESGOTO</strong>  |                                   |                                |                                   |            |                                 |
| LEIT. ANT.: 0 VOLUME: 0  |                                   |                                |                                   |            |                                 |
| LEIT. ATUAL: 0   |                                   |                                |                                   |            |                                 |
| LEIT. FAT.: 0  |                                   |                                |                                   |            |                                 |
| <strong>HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA/CONSUMO</strong>   |                                   |                                |                                   |            |                                 |
| 07/2018  | 16/                               | A [REDACTED]                   |                                   |            |                                 |
| 06/2018  | 15/                               | A [REDACTED]                   |                                   |            |                                 |
| 05/2018  | 16/                               | A [REDACTED]                   |                                   |            |                                 |
| 04/2018  | 23/                               | A [REDACTED]                   |                                   |            |                                 |
| 03/2018  | 10/                               | A [REDACTED]                   |                                   |            |                                 |
| 02/2018  | 9/                                | A [REDACTED]                   |                                   |            |                                 |
| MÉDIA  | 14/ 0                             | B [REDACTED]                   |                                   |            |                                 |
| <strong>PARÂMETROS</strong>  |                                   |                                |                                   |            |                                 |
| EXIG. PELA PORT. MS 2.914/11   |                                   |                                |                                   |            |                                 |
| TURBIDEZ   |                                   | 34                             |                                   | 34         | 34                              |
| COR APARENTE   |                                   | 34                             |                                   | 34         | 34                              |
| CLORO RESIDUAL   |                                   | 34                             |                                   | 34         | 34                              |
| COLIFORMES TOTAIS  |                                   | 34                             |                                   | 34         | 34                              |
| E. Coli  |                                   | 34                             |                                   | 34         | 34                              |
| <strong>OBSERVAÇÕES:</strong>  |                                   |                                |                                   |            |                                 |
| (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.   |                                   |                                |                                   |            |                                 |
| (2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA. |                                   |                                |                                   |            |                                 |
| (3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.                     |                                   |                                |                                   |            |                                 |

DESCRIPÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

AGUA

RESIDENCIAL 001 UNIDADE

ATE 10 M3 - R\$ 41,30 (POR UNIDADE)  
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,74 POR M3

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

10 M3 41,30  
6 M3 28,44

| TRIBUTOS | BASE DE CÁLCULO | PERCENTUAL (%) | VALOR DO IMPOSTO |
|----------|-----------------|----------------|------------------|
| PIS      | 69,74           | 1,65           | 1,15             |
| COFINS   | 69,74           | 7,60           | 5,30             |

VENCIMENTO: 08/09/2018

TOTAL A PAGAR: 69,74

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 12/09/2018

|                           |                                 |
|---------------------------|---------------------------------|
|                           |                                 |
| ATENDIMENTO: 0800-0810195 | 0800-2813844                    |
| VAZAMENTOS: 0800-0810185  |                                 |
| VENCIMENTO: 08/09/2018    | MATRÍCULA: 00921662.6 08/2018-3 |
|                           | TOTAL A PAGAR: 69,74            |
|                           | VIA COMPESA                     |
| AUTENTICAÇÃO MECÂNICA     |                                 |





## MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL  
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITOPROTOCOLO:  
17026805B01STATUS:  
Encerrado

## PESSOAS

|   |   |                                       |
|---|---|---------------------------------------|
| SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:<br>V1 / KHQ6584 / HONDA/CG 125 FAN ES          | EN VOLVIMENTO:<br>Condutor/ PROPRIETÁRIO  |                                       |
| NOME:<br>FELIPE LEITE DE SOUZA MENEZES  | DATA DE NASCIMENTO:<br>25/05/1986   |                                       |
| Nº DE IDENTIFICAÇÃO:<br>ESTADO CIVIL:<br>Solteiro(a)                          | CPF:<br>066.108.924-07<br>ÓRGÃO EXPEDIDOR:<br>NOME DA MÃE:<br>LUZINETE LEITE DE SOUZA MENEZES |                                       |
| SEXO:<br>Masculino  |   |                                       |
| LOGRADOURO:<br>RUA CAPITAO EUCLIDES DE SOUZA FERRAZ                           | NÚMERO:<br>77   |                                       |
| COMPLEMENTO:<br>CS  | BAIRRO:<br>CENTRO   |                                       |
| MUNICÍPIO/UF:<br>FLORESTA/PE  |   |                                       |
| TELEFONE:<br>(87) 38771228  | EMAIL:  |                                       |
| Dados da Habilitação  |   |                                       |
| HABILITAÇÃO:<br>Habilitação Nacional  | PAÍS DA HABILITAÇÃO:  | CATEGORIA:<br>AB                      |
| MOTORISTA PROFISSIONAL:<br>Não  | Nº DO REGISTRO:<br>03755327174  | UF:<br>PE                             |
| DATA DA PRIMEIRA HABILITAÇÃO:<br>23/12/2005                                   | VALIDADE DA CNH:<br>22/10/2020  |                                       |
| OBSERVAÇÕES DA CNH:<br>99   |   |                                       |
| Circunstâncias  |   |                                       |
| ESTADO FÍSICO:<br>Lesões Graves   | USAVA CINTO DE SEGURANÇA:<br>NÃO APPLICÁVEL   |                                       |
| USAVA CAPACETE:<br>Sim  | USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS:<br>NÃO APPLICÁVEL                                |                                       |
| TESTE DO ETILÔMETRO FOI POSSÍVEL:<br>Não                                      | RESULTADO DO TESTE:   | RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE:<br>Não |
| Descrição da impossibilidade de realização do teste:<br>Condutor inconsciente |   |                                       |
| VISÍVEIS SINAIS DE EMBRIAGUEZ:<br>Não   | SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS:<br>Não  |                                       |
| Informações complementares da pessoa envolvida:                               |   |                                       |
| Imagem de informação complementares:<br><br>Sem Imagem                        |   |                                       |

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 29/03/2017 17:06

NÚMERO DE CONTROLE: E52ADC2FF721A9632930E03743EA64

Página 4 de 6



Assinado eletronicamente por: ALCYDES CESAR GOMES DE SA FERRAZ - 28/04/2019 12:30:22  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042812302186400000043704076>  
Número do documento: 19042812302186400000043704076

Num. 44368759 - Pág. 1



**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
**17026805B01**

**STATUS:**  
**Encerrado**

**AVALIAÇÃO DE DANOS**

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:

V1 / KHQ6584 / HONDA/CG 125 FAN ES

NÚMERO DO BAT:

17026805B01

NOME/MATRÍCULA DO AGENTE:

AURELIO MAGALHAES/1073771

DATA/HORA:

26/03/2017 12:20

| Item                    | Nome da Peça                         | Item danificado no acidente |     |    |
|-------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|-----|----|
|                         |                                      | SIM                         | NÃO | NA |
| 1                       | Garfo dianteiro                      |                             | X   |    |
| 2                       | Mesa superior da suspensão dianteira |                             | X   |    |
| 3                       | Mesa inferior da suspensão dianteira |                             | X   |    |
| 4                       | Coluna de direção                    |                             | X   |    |
| 5                       | Chassi                               |                             | X   |    |
| 6                       | Garfo traseiro                       |                             | X   |    |
| 7                       | Eixo traseiro (triciclos)            |                             | X   |    |
| TOTAL GERAL (SIM + NA): |                                      | DIMENSÃO DA MONTA:          |     |    |
| 0                       |                                      | Pequena                     |     |    |

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 26/03/2017 17:06

NÚMERO DE CONTROLE: E52ADC2FF721A9632930E03743EA64

Página 5 de 6



Assinado eletronicamente por: ALCYDES CESAR GOMES DE SA FERRAZ - 28/04/2019 12:30:22  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042812302186400000043704076>  
Número do documento: 19042812302186400000043704076

Num. 44368759 - Pág. 2



## MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL  
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:  
17026805B01

STATUS:  
Encerrado

IMAGEM DE INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

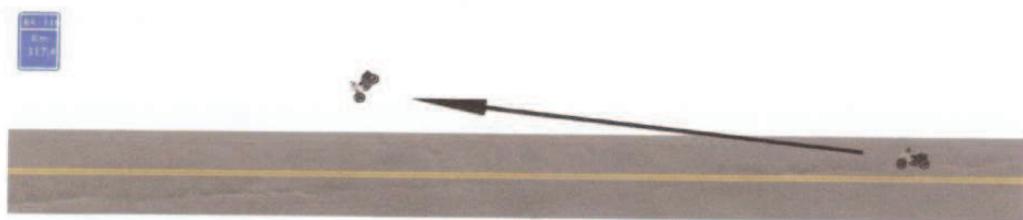
Sem Imagem

### DINÂMICA

#### Eventos Sucessivos

| Ordem | Tipo de Evento | Veículos Envolvidos |
|-------|----------------|---------------------|
| 1     | Saída de Pista |                     |

#### Croqui



FLORESTA -PE

PETROLANDIA -PE

#### Amarração - Não realizada

#### Narrativa

De acordo com os vestígios encontrados no local do acidente e danos no veículo, conclui-se que o condutor perdeu o controle e saiu de pista. Amarração impossibilitada por local desfeito.

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 29/03/2017 17:06

NÚMERO DE CONTROLE: E52ADC2FF721A9632930E03743EA64

Página 2 de 6



Assinado eletronicamente por: ALCYDES CESAR GOMES DE SA FERRAZ - 28/04/2019 12:30:22  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042812302186400000043704076>  
Número do documento: 19042812302186400000043704076

Num. 44368759 - Pág. 3



**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
17026805B01

**STATUS:**  
Encerrado

**INFORMAÇÕES GERAIS**

|  |                                |                    |
|--|--------------------------------|--------------------|
| POLICIAL/MATRÍCULA:<br>AURELIO MAGALHAES/1073771 | DATA/HORA:<br>26/03/2017 12:20 |                    |
| Na Rodovia                                       |                                |                    |
| MUNICÍPIO/UF:<br>FLORESTA/PE                     |                                |                    |
| BR:<br>316                                       | KM:<br>317.4                   | SENTO: Decrescente |
| DESCRITIVO DO LOCAL:                             |                                |                    |

**ASPECTOS DO LOCAL E DO ATENDIMENTO**

|                               |                                      |  |
|-------------------------------|--------------------------------------|--|
| FASE DO DIA:<br>Pleno dia     | CONDICÃO METEOROLÓGICA:<br>Céu Claro |  |
| TIPO DE VIA:<br>Principal     | TIPO DE PISTA:<br>Simples            | CONDICÃO DE PISTA:<br>Seca             |
| TIPO DE PAVIMENTO:<br>Asfalto | ESTRUTURA VIARIA:<br>Reta            |  |
| LOCALIDADE URBANIZADA:<br>Não | EXISTÊNCIA DE ACOSTAMENTO:<br>Sim    | EXISTÊNCIA DE CANTEIRO CENTRAL:<br>Não |
| IMAGEM DO LOCAL DO ACIDENTE:  | IMAGEM DE DESCRIÇÃO DO LOCAL:        |  |



Sem Imagem



Sem Imagem

|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| IMAGEM PANORÁMICA SENTIDO CRESCENTE: | IMAGEM PANORÁMICA SENTIDO DECRESCENTE: |
| Sem Imagem                           |  |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ACIDENTE:

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 29/03/2017 17:06 NÚMERO DE CONTROLE: E52ADC2FF721A9632930E03743EA64

Página 1 de 6



Assinado eletronicamente por: ALCYDES CESAR GOMES DE SA FERRAZ - 28/04/2019 12:30:22  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042812302186400000043704076>  
Número do documento: 19042812302186400000043704076

Num. 44368759 - Pág. 4



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL  
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:  
17026805B01

STATUS:  
Encerrado

FRENTE (V1)

TRASEIRA (V1)



LATERAL ESQUERDA (V1)

LATERAL DIREITA (V1)



VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 29/03/2017 17:06

NÚMERO DE CONTROLE: E52ADC2FF721A9632930E03743EA64

Página 6 de 6



Assinado eletronicamente por: ALCYDES CESAR GOMES DE SA FERRAZ - 28/04/2019 12:30:22  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042812302186400000043704076>  
Número do documento: 19042812302186400000043704076

Num. 44368759 - Pág. 5



**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
17026805B01  
**STATUS:**  
Encerrado

**VEÍCULOS**

|                              |                                 |  |                         |
|------------------------------|---------------------------------|--|-------------------------|
| SEQUENCIAL:<br>V1            | PLACA:<br>KHQ6584               | MARCA/MODELO:<br>HONDA/CG 125 FAN ES                                       | ANO FABRICAÇÃO:<br>2009 |
| SITUAÇÃO:<br>Tracionador     | TIPO DE VEÍCULO:<br>Motocicleta |  |                         |
| CHASSI:<br>9C2JC41209R031470 | RENAVAM:<br>00134068750         | PAÍS:<br>BRASIL  |                         |
| ESPECIE:<br>Passageiro       | CATEGORIA:<br>Particular        | MANOBRA NO MOMENTO DO ACIDENTE:<br>Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento |                         |
| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:  |                                 |  |                         |

NOME DO PROPRIETÁRIO:  
FELIPE LEITE DE SOUZA MENEZES | CPF/CNPJ:  
066.108.924-07

**Dados de Endereço**

LOGRADOURO:  
RUA CAP EUCLIDES DE SOUZA FERRAZ | NÚMERO:  
77  
COMPLEMENTO:  
CS

MUNICÍPIO/UF:  
FLORESTA/PE | BAIRRO:  
CENTRO

TELEFONE: | EMAIL:

**Dados da Carga**

DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

IMAGEM DE PRODUTO PERIGOSO: | IMAGEM DE CRONOTACÓGRAFO:

Sem Imagem

Sem Imagem

IMAGEM DE INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Sem Imagem

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 29/03/2017 17:06

NÚMERO DE CONTROLE: E52ADC2FF721A9632930E03743EA64

Página 3 de 6



Assinado eletronicamente por: ALCYDES CESAR GOMES DE SA FERRAZ - 28/04/2019 12:30:22  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042812302186400000043704076>  
Número do documento: 19042812302186400000043704076

Num. 44368759 - Pág. 6

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

**DETAN - PE**  
**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO**

|                                   |                      |                    |                   |
|-----------------------------------|----------------------|--------------------|-------------------|
| VIA                               | CÓD. RENAVAM         | R.N.T.R.C.         | EXERCÍCIO         |
| 1                                 | 134068750            | *****              | 2018              |
| NOME<br>FELIPE LEITE DE S MENEZES |                      |                    |                   |
| FLORESTA-PE                       |                      |                    |                   |
| CPF / CNPJ                        | PLACA                |                    |                   |
| 066.108.924-07                    | KHQ6584              |                    |                   |
| PLACA ANT / UF                    | CHASSI               |                    |                   |
| ***** /PE                         | 9C2JC41209R031470    |                    |                   |
| ESPÉCIE TIPO                      | COMBUSTÍVEL          |                    |                   |
| PAS / MOTOCICLETA                 | GASOLINA             |                    |                   |
| MARCA / MODELO                    | ANO FAB.             | ANO MOD.           |                   |
| HONDA/CG 125 FAN ES               | 2009                 | 2009               |                   |
| CAP / POT / CIL                   | CATEGORIA            | COR PREDOMINANTE   |                   |
| 2P/124CL                          | PARTIC               | PRETA              |                   |
| I COTA ÚNICA                      | VENC. COTA ÚNICA     | VENC / COTAS       |                   |
| PVVA                              | IPVA 2018 QUITADO    | *****              |                   |
| Faixa I.P.V.A.                    | PARCELAMENTO / COTAS | *****              |                   |
| A                                 | 1                    | *****              |                   |
| PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)            | IOF (R\$)            | PRÊMIO TOTAL (R\$) | DATA DE PAGAMENTO |
| SEGURADO PAGO                     |                      |                    |                   |
| OBSERVAÇÕES<br>SEM RESERVA        |                      |                    |                   |
| FLORESTA                          |                      | DATA               |                   |
| Charles Andrews Sousa Ribeiro     |                      | 10/03/18           |                   |
| Diretor Presidente DETAN/PE       |                      |                    |                   |

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

**PE Nº 013935865855 BILHETE DE SEGURO DPVAT**

FELIPE LEITE DE S MENEZES

56400-000

CS FLORESTA-PE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 10/03/18

VIA 1 CPF / CNPJ PLACA

134068750 RENAVAM KHQ6584 MARCA / MODELO

9C2JC41209R031470 N° CHASSI

ANO FAB. 2009 CAT. TARE. 09

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

SEGURADO PAGO IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO

COTA ÚNICA PARCELADO

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

CNPJ 09.246.608/0001-04

JAN 2018

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.  
ELA NÃO É DE PÔRTE OBRIGATÓRIO.



**BOLETIM DE EMERGÊNCIA**

R. Alcina T.  
Centro - L  
Floresta - PE

Nº \_\_\_\_\_

:UNIFERE COM U ORIGINAL

|                       |                    |                                    |
|-----------------------|--------------------|------------------------------------|
| <b>DATA:</b> 26/03/17 | <b>HORA:</b> 12:45 | <b>CARTÃO SUS:</b> 898003956441562 |
|-----------------------|--------------------|------------------------------------|

**NOME:**

Delype Freite de Souza Meneses

|                                  |                  |                |                               |                   |
|----------------------------------|------------------|----------------|-------------------------------|-------------------|
| <b>DATA NASCIMENTO:</b> 25/05/86 | <b>IDADE:</b> 30 | <b>SEXO:</b> m | <b>ESTADO CÍVIL:</b> Solteiro | <b>PROFISSÃO:</b> |
|----------------------------------|------------------|----------------|-------------------------------|-------------------|

**MÃE:** Lauzinete Freite de Souza Meneses

**PAI:** João Domingos de Meneses Filho

|  |                       |
|--|-----------------------|
| <b>ENDEREÇO:</b> R-Cap. Euclides de Souza Ferraz | <b>BAIRRO:</b> Centro |
|--|-----------------------|

|                            |              |             |            |
|----------------------------|--------------|-------------|------------|
| <b>MUNICÍPIO:</b> Floresta | <b>FONE:</b> | <b>CPF:</b> | <b>RG:</b> |
|----------------------------|--------------|-------------|------------|

|                           |              |              |                |                 |
|---------------------------|--------------|--------------|----------------|-----------------|
| <b>RAÇA/COR:</b> X BRANCA | <b>PRETA</b> | <b>PARDA</b> | <b>AMARELA</b> | <b>INDÍGENA</b> |
|---------------------------|--------------|--------------|----------------|-----------------|

|             |               |             |             |              |
|-------------|---------------|-------------|-------------|--------------|
| <b>P.A:</b> | <b>PULSO:</b> | <b>HGT:</b> | <b>TEMP</b> | <b>PESO:</b> |
|-------------|---------------|-------------|-------------|--------------|

|                 |                              |           |                     |            |               |
|-----------------|------------------------------|-----------|---------------------|------------|---------------|
| <b>CURATIVO</b> | <b>APLICAÇÃO MEDICAMENTO</b> | <b>RX</b> | <b>IMOBILIZAÇÃO</b> | <b>ECG</b> | <b>SUTURA</b> |
|-----------------|------------------------------|-----------|---------------------|------------|---------------|

|                                  |            |   |  |  |  |
|----------------------------------|------------|---|--|--|--|
| <b>VÍTIMA DE ACIDENTE:</b> X SIM | <b>NÃO</b> | <b>ASSINATURA PACIENTE OU RESPONSÁVEL</b> |  |  |  |
|----------------------------------|------------|---|--|--|--|

|                            |            |            |                                  |  |  |  |
|----------------------------|------------|------------|----------------------------------|--|--|--|
| <b>MORDIDA DE ANIMAIS:</b> | <b>SIM</b> | <b>NÃO</b> | x Delype Freite de Souza Meneses |  |  |  |
|----------------------------|------------|------------|----------------------------------|--|--|--|

|                                 |  |  |  |  |  |
|---------------------------------|--|--|--|--|--|
| <b>HISTÓRIA E EXAME FÍSICO:</b> |  |  |  |  |  |
|---------------------------------|--|--|--|--|--|

Preferencia  
Ana Maria Ferraz Silva  
Diretora do Hospital  
Mat. 405632

|                    |  |  |           |
|--------------------|--|--|-----------|
| <b>TRATAMENTO:</b> | Inhalar 2m e ou. Tru.<br>Medicamentos 4m - 03 + Eru-6<br>Sofáp. 1000 l - 4m + Cigarr 50x. 2g<br>Mucol 100 l<br>F-Arteria fl Hosp formares<br>UFT |  | 16F-6Tru. |
|--------------------|--|--|-----------|

|                              |                              |  |  |
|------------------------------|------------------------------|--|--|
| <b>HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:</b> | <b>CARIMBO E ASSINATURA:</b> |  |  |
|------------------------------|------------------------------|--|--|

|                     |                  |                   |                    |               |
|---------------------|------------------|-------------------|--------------------|---------------|
| <b>DO PACIENTE:</b> | <b>INTERNADO</b> | <b>RESIDÊNCIA</b> | <b>TRANSFERIDO</b> | <b>EVASÃO</b> |
|---------------------|------------------|-------------------|--------------------|---------------|



II Felipe Leste de S. Menegh.

rel acompanhamento  
com protocolo

Paciente com 31 anos  
sequela de traumatismo  
crânico, apresenta  
aptação psicomotora,  
oposição/dade necessitar  
de uso de neurole-  
ticos. Não tem muita  
paucelicia, tem perda  
da memória recente.  
Estimular esforço

✓ Valéria Salazar  
Neuropediatria  
CRM-PE 8904  
valazar@terra.com.br

Av. João de Barros 1527/803 - Espinheiro - Recife - PE - Fone/Fax: 81.3427.2747 e 3426.2895  
Av. Visc. Jequitinhonha 1144/710 - Boa Viagem - Recife-PE - Fone/fax: 81.3134.2710 e 2129.1710



Pl Felipe Lobo de S. Veneres

Nº: Terapeuta Ocupacional

Louco: requista de TCE  
censo ment. cognitivo  
perda da memória  
recente. Agitação  
procuradora com  
agressividade.

Dra Valéria Salazar  
Neuropediatria  
CRM - PE 8904

v.salazar@terra.com.br

Av. João de Barros 1527/803 - Espinheiro - Recife - PE - Fone/Fax: 81.3427.2747 e 3426.2895  
Av. Visc. Jequitinhonha 1144/710 - Boa Viagem - Recife-PE - Fone/Fax: 81.3134.2710 e 2129.1710





Av. Agamenon  
Magalhães, 4760  
Recife - PE  
CEP 52010-900  
Fone/Fax: (81) 3423.4568  
3423.8863  
3221.2823  
3416.1186  
3416.1203  
e-mail:prontoneuro\_ltda@ig.com.br

O SR FELIPE LEITE DE SOUZA MENEZES ENCONTRA-SE INTERNADO NO REAL HOSPITAL PORTUGUES DESDE O DIA 26/03/2017 VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO .ADMITIDO EM COMA , ENTUBADO E EM VENTILAÇÃO MECANICA

EXAMES DE INVESTIGAÇÃO MOSTRARAM TRAUMATISMO CRANIO ENCEFALICO GRAVE COM MULTIPLAS AREAS DE CONTUSÃO CEREBRAL E LESÃO AXONAL DIFUSA ;TRAUMA GRAVE DE FACE E CONTUSÃO PULMONAR

PERMANECEU POR TEMPO PROLONGADO EM VENTILAÇÃO MECANICA SENDO NECESSARIO REALIZAÇÃO DE TRAQUEOSTOMIA

ATUALMENTE O PACIENTE ENCONTRA-SE APRESSENTANDO ABERTURA OCULAR ESPONTÂNEA , MOVIMENTANDO ESPONTANEAMENTE O MEMBRO SUPERIOR DIREITO POREM NÃO ATENDE COMANDOS SIMPLES , NÃO CONTACTUA . ENCONTRA-SE TRAQUEOSTOMIZADO AINDA SEM PREVISÃO DE RETIRADA DO TRAQUEOSTOMO

FAZ USO DE DIETA POR SONDA NASOENTERAL E AINDA É LIMITADO AO LEITO .

NÃO TEM PREVISÃO DE ALTA HOSPITALAR E DEVERÁ PERMANECER AFASTADO DE SUAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS POR UM PERÍODO INICIAL DE 06 ( SEIS ) MESES A CONTAR DA ADMISSÃO

CID – S06.9

RECIFE , 19/04/2017

*Mry/3un 8676*  
*Dra. Feliciana R. Castelo Branco*  
*CRM 8676*  
*CNPJ 23.347.267/0001-25*

DRA FELICIANA R.CASTELO BRANCO – CRM 8676 – ENUROLOGIA/NEUROCIRURGIA





Av. Agamenon  
Magalhães, 4760  
Recife - PE  
CEP 52010-900  
Fone/Fax: (81) 3423.4568  
3423.8863  
3221.2823  
3416.1186  
3416.1203  
e-mail:prontoneuro\_ltda@ig.com.br

O SR FELIPE LEITE DE SOUZA FOI VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO EM MARÇO DE 2017 COM TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO GRAVE COM CONTUSOES CEREBRAIS E LESAO AXONAL DIFUSA . O PACIENTE APRESENTA DESDE A FASE AGUDA DO TRAUMA IMPORTANTE QUADRO DE AGITAÇÃO PSICOMOTORA .

AVALIAÇÃO NEUROLOGICA DE 22/09/2017 EVIDENCIADA PACIENTE AINDA COM SEVERO DISTURBIO DE COMPORTAMENTO , COM AGITAÇÃO PSICOMOTORA IMPORTANTE APESAR DO USO DE VARIOS NEUROLEPTICOS .ASSOCIADO AO DISTURBIO DE COMPORTAMENTO O PACIENTE TEM ALTERAÇÃO DE MEMORIA ACENTUADA E CRISES CONVULSIVAS .

DIANTE DO QUADRO ENERLOGICO PACIENTE ,NO MOMENTO . INCAPACITADO PARA EXERCER QUALQUER ATIVIDADE PROFISSIONAL DEVENDO PERMANECER AFASTADO , EM BENEFICIO ,POR UM PERIODO ADICIONAL DE 12 ( DOZE ) MESES APARTIR DE 20/09/2017 .

CID – S069

RECIFE , 22/09/2017

DRA FELICIANA R. CASTELO BRANCO – CRM 8676

Dra Feliciana R. Castelo Branco  
Neurocirurgia e Neuroreabilitação  
CRM-PE 8676



## RELATÓRIO MÉDICO DE ALTA

Nome: FELIPE LEITE DE SOUZA MENEZES  
 Reg.: 1812992 Pront.: 826245  
 Sexo: Masculino Dt. Nasc.: 25/05/1986  
 Conv.: S BRADESCO EMPRESA

Idade: 31 Admissão: 26/03/2017 22:29  
 Alta: 10/08/2017 08:03

## Admissão:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM PERDA DE CONSCIENCIA REALIZOU RM CEREBRAL QUE MOSTROU LESÃO AXONAL DIFUSA GRAU 3 INTECORREU COM INFECÇÃO RESPIRATORIA, TENDO SIDO TRAQUEOSTOMIZADO APRESENTOU SEVERO DISTURBIO DE COMPORTAMENTO TRATADO CLINICAMENTE.

## Evolução / Conduta:

REALIZOU EXAMES CONTROLE QUE MOETRARAM MELHORA DAS LESOES PERMANCEU COM DISTURBIO DE COMPORTAMENTO JA TENDO SIDO AVALIADO E MEDICADO PELO PSQUIATRA.

## Diagnóstico:

|               |       |  |
|---------------|-------|--|
| Principal     | S06.3 | TRAUMATISMO CEREBRAL FOCAL             |
| Co-Principais | S09.9 | TRAUMATISMO NAO ESPECIFICADO DA CABECA |

## Orientação:

SEGUIMENTO AMBULATORIAL COM MEDICAÇÃO ANTICONVULSIVANTE ORAL ACOMPANHAMENTO PÓS-OPERATÓRICO AMBULATORIAL.

## Comorbidades:

|                   |                              |                     |                                 |
|-------------------|------------------------------|---------------------|---------------------------------|
| Diabetes: Não     | Pressão Art. Sistêmica: Não  | Tabagismo: Não      | Asma Brônquica: Não             |
| Dislipidemia: Não | Arteriopatia Periférica: Não | Coronariopatia: Não | Doença pulm. osbt. crônica: Não |
| Obesidade: Não    | Acid. Vasc. Encefálico: Não  | Etilismo: Não       | Outros:                         |

## Prognóstico e Orientação Pós-Alta:

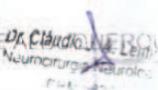
Vestimenta para atividade física. Número de dias: \_\_\_\_\_ Retornar ao consultório médico em: \_\_\_\_\_ dias. Fisioterapia Motor: Não.  
 Incessidades de equip. especial (s) e captação: \_\_\_\_\_ Fisioterapia Respiratória: Não.  
 Dieta especial / Restrição dietética: \_\_\_\_\_ Fonoterapia: Não.  
 Outros: \_\_\_\_\_

## Condição de Alta:

## Tipo de Alta: Médica

Declaro que Recebi as orientações acima, em \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, às \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_

Assinatura do paciente ou responsável: \_\_\_\_\_

Médico Responsável: Dr CLAUDIO JOSE DE   
 CRM: 5837



**Real**  
**PRONTONEURO**  
LAUDO MEDICO

Recife - PE  
CEP 52010-900  
Fone/Fax: (81) 3423.4568  
3423.8863  
3221.2823  
3416.1186  
3416.1203  
e-mail:prontoneuro\_ltda@ig.com.br

O SR FELIPE LEITE DE SOUZA FOI VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO EM MARÇO DE 2017 COM TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO GRAVE COM CONTUSOES CEREBRAIS E LESAO AXONAL DIFUSA . O PACIENTE APRESENTA DESDE A FASE AGUDA DO TRAUMA IMPORTANTE QUADRO DE AGITAÇÃO PSICOMOTORA .

AVALIAÇÃO NEUROLOGICA DE 22/09/2017 EVIDENCIAR PACIENTE AINDA COM SEVERO DISTURBIO DE COMPORTAMENTO , COM AGITAÇÃO PSICOMOTORA IMPORTANTE APESAR DO USO DE VARIOS NEUROLEPTICOS .ASSOCIADO AO DISTURBIO DE COMPORTAMENTO O PACIENTE TEM ALTERAÇÃO DE MEMORIA ACENTUADA E CRISES CONVULSIVAS .

DIANTE DO QUADRO ENERLOGICO PACIENTE ,NO MOMENTO . INCAPACITADO PARA EXERCER QUALQUER ATIVIDADE PROFISSIONAL DEVENDO PERMANECER AFASTADO , EM BENEFICIO ,POR UM PERIODO ADICIONAL DE 12 ( DOZE ) MESES APARTIR DE 20/09/2017 .

CID – S069

RECIFE , 22/09/2017

DRA FELICIANA R. CASTELO BRANCO – CRM 8676

*Flávia / Team 26*  
Dr. Fábia L. Leão Braga  
CRM-PB 6076  
Neurologista e Psiquiatra



**Real Hospital Português**  
DE BENEFICÊNCIA EM PERNAMBUCO  
<http://www.rhp.com.br>

Cod. 428



Assinado eletronicamente por: ALCYDES CESAR GOMES DE SA FERRAZ - 28/04/2019 12:30:24  
<https://pje.tjejus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042812302347300000043704084>  
Número do documento: 19042812302347300000043704084

Num. 44368769 - Pág. 7

**INSS - INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL**

Página 1 de 1

**Comunicação de Decisão**

01/09/2018 10:40:19

**NIT:** 134.84121.45-8

**Número do Benefício:** 618.173.639-9

**Espécie:** 31

**Número do Requerimento:** 179833042

**Ao Sr. (a):** FELIPE LEITE DE SOUZA MENEZES

**Endereço:** CAPITAO EUCLIDES DE SOUZA FERRAZ, CENTRO

**CEP:** 56.400-000

**Município:** FLORESTA

**UF:** PE

**Assunto:** Pedido de Auxílio - Doença

**Decisão:** Deferimento do Pedido

**Motivo:** Constatação de Incapacidade Laborativa

**Fundamentação Legal:** Artigos 42 e 101 da Lei Nº 8.213, de 24/07/1991, Artigos 43 e 46 do Decreto Nº 3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006.

Em atenção ao seu pedido de Auxílio-Doença, apresentado no dia 10/04/2017, informamos a V.Sa. que foi concedida Aposentadoria por Invalidez. Este benefício será revisto a cada dois anos, conforme determinação legal.



---

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

**Agência da Previdência Social:** RECIFE MARIO MELO

**Endereço:** AV MARIO MELO, 343 TERREO, SANTO AMARO

**CEP:** 50.040-010

**Município:** RECIFE

**UF:** PE

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.  
Ciente, 31 de Janeiro de 2018

---

Assinatura do Requerente / Representante Legal



Você pode conferir a autenticidade do documento em  
<https://meu.inss.gov.br/central/autenticidade.html>  
com o código 180901JGGYAG60



**Comunicação de Decisão**

01/09/2018 10:38:01

**NIT:** 134.84121.45-8

**Número do Benefício:** 621.797.077-9

**Espécie:** 32

**Número do Requerimento:** 185701957

**Ao Sr. (a):** FELIPE LEITE DE SOUZA MENEZES

**Endereço:** CAPITAO EUCLIDES DE SOUZA FERRAZ, CENTRO

**CEP:** 56.400-000

**Município:** FLORESTA

**UF:** PE

**Assunto:** Pedido de Acréscimo (25%)

**Decisão:** Deferimento do Pedido

**Motivo:** Constatação de necessidade de assistencia permanente de outra pessoa

**Fundamentação Legal:** Artigo 45 da Lei Nº 8.213, de 24/07/1991. Artigo 45 e Anexo I do Decreto Nº 3.048, de 06/05/1999.

Em atenção ao seu Pedido de Acréscimo (25%) ao valor de sua Aposentadoria por Invalidez, apresentado em 29/01/2018, informamos ter sido reconhecido o direito ao requerido, tendo em vista que foi constatada a necessidade da assistencia permanente de outra pessoa.



---

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

**Agência da Previdência Social:** RECIFE MARIO MELO

**Endereço:** AV MARIO MELO, 343 TERREO, SANTO AMARO

**CEP:** 50.040-010

**Município:** RECIFE

**UF:** PE

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.  
Ciente, 29 de Janeiro de 2018

---

Assinatura do Requerente / Representante Legal



Você pode conferir a autenticidade do documento em  
<https://meu.inss.gov.br/central/autenticidade.html>  
com o código 180901QCFJ6160



## INSS - INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL Histórico de Créditos

23/01/2019 18:39:12

### Identificação do Filiado

|   |                               |                                       |
|---|-------------------------------|---------------------------------------|
| NIT: 134.84121.45-8                                 | CPF: 066.108.924-07           | <b>Data de Nascimento:</b> 25/05/1986 |
| <b>Nome:</b> FELIPE LEITE DE SOUZA MENEZES          |                               |                                       |
| <b>Nome da mãe:</b> LUZINETE LEITE DE SOUZA MENEZES |                               |                                       |
| <b>Compet. Inicial:</b> 12/2018                     | <b>Compet. Final:</b> 01/2019 |                                       |

### Créditos do Benefício

|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>NB:</b> 6217970779                                | <b>Espécie:</b> 32 - APOSENTADORIA POR INVALIDEZ PREVIDENCIARIA | <b>APS:</b> 15023100 - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL FLORESTA/PE |
| <b>Data de Início do Benefício (DIB):</b> 29/01/2018 | <b>Data de Cessação do Benefício (DCB):</b>                     |  |
| <b>Data de Início do Pagamento (DIP):</b> 29/01/2018 | <b>MR:</b> R\$ 986,72   |  |

| Competência | Período                 | Valor Líquido | Meio de Pagamento    | Status | Previsão do Pagamento | Data do Pagamento | Crédito Invalidado | Isento IR |
|-------------|-------------------------|---------------|----------------------|--------|-----------------------|-------------------|--------------------|-----------|
| 12/2018     | 01/12/2018 a 31/12/2018 | R\$ 954,00    | CCF - CONTA-CORRENTE | Pago   | 03/01/2019            | 03/01/2019        | Não                | Sim       |

Banco: 237 - BRADESCO OP: 670168 - FLORESTA, PE Ocorrência: Pagamento Efetivado

Data Cálculo: 08/12/2018 Origem: Geração de creditos mensais. Validação Início: 03/01/2019 Fim: 28/02/2019

| Código | Descrição Rubrica            | Valor      |
|--------|------------------------------|------------|
| 101    | VALOR TOTAL DE MR DO PERÍODO | R\$ 954,00 |

| Competência | Período                 | Valor Líquido | Meio de Pagamento    | Status | Previsão do Pagamento | Data do Pagamento | Crédito Invalidado | Isento IR |
|-------------|-------------------------|---------------|----------------------|--------|-----------------------|-------------------|--------------------|-----------|
| 01/2019     | 01/01/2019 a 31/01/2019 | R\$ 1.247,50  | CCF - CONTA-CORRENTE |        | 04/02/2019            |                   | Não                | Sim       |

Banco: 237 - BRADESCO OP: 670168 - FLORESTA, PE Ocorrência: Divergência Cadastramento/Crédito

Data Cálculo: 11/01/2019 Origem: Geração de creditos mensais. Validação Início: 04/02/2019 Fim: 29/03/2019

| Código | Descrição Rubrica            | Valor      |
|--------|------------------------------|------------|
| 101    | VALOR TOTAL DE MR DO PERÍODO | R\$ 998,00 |
| 118    | COMPLEMENTO DE ACOMPANHANTE  | R\$ 249,50 |

O INSS poderá rever a qualquer tempo as informações constantes deste extrato, conforme art. 19, § 3º do Decreto 3.048/99.



Assinado eletronicamente por: ALCYDES CESAR GOMES DE SA FERRAZ - 28/04/2019 12:30:24  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042812302419000000043704088>  
 Número do documento: 19042812302419000000043704088

Num. 44368775 - Pág. 3

**INSS - INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL**  
**Histórico de Créditos**

23/01/2019 18:39:12

**Identificação do Filiado**

**NIT:** 134.84121.45-8

**CPF:** 066.108.924-07

**Data de Nascimento:** 25/05/1986

**Nome:** FELIPE LEITE DE SOUZA MENEZES

**Nome da mãe:** LUZINETE LEITE DE SOUZA MENEZES

**Compet. Inicial:** 12/2018

**Compet. Final:** 01/2019



Você pode conferir a autenticidade do documento em  
<https://meu.inss.gov.br/central/autenticidade.html>  
com o código 190123J5RBCH99

O INSS não poderá rever a qualquer tempo as informações constantes deste extrato, conforme art. 19, § 3º do Decreto 3.048/99.



Assinado eletronicamente por: ALCYDES CESAR GOMES DE SA FERRAZ - 28/04/2019 12:30:24  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042812302419000000043704088>  
Número do documento: 19042812302419000000043704088

Num. 44368775 - Pág. 4

**De:** faleconosco@seguradoralider.com.br  
**Assunto:** RES: [SEGURO DPVAT]  
**Data:** 13 de dezembro de 2018 10:48  
**Para:** alcydesferraz@me.com

F

Olá Sr. Felipe,

O processo (sinistro: 3180402802) foi cancelado tendo em vista tratar-se de vítima/beneficiária proprietária do veículo, para o qual a situação de pagamento do Seguro DPVAT se caracteriza como irregular, não havendo direito a indenização pelo Seguro DPVAT conforme Resolução CNSP 332/15.

Para o proprietário/beneficiário ter direito a receber a indenização, o Seguro Obrigatório precisa estar devidamente quitado e em dia na data do sinistro/acidente, conforme determina a Lei 6.194/74.

Oportuno enfatizar que no presente caso, seria descabido o pagamento da indenização com posterior ação de regresso, o que resultaria na cobrança ao próprio recebedor da indenização.

Atenciosamente,  
Seguradora Líder-DPVAT  
[www.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.com.br)  
<http://pt.slideshare.net/seguradoraslider-dpvat>

----- Mensagem Original -----

**De:** alcydesferraz@me.com  
**Enviada em:** 04/12/2018 19:26:37  
**Para:** faleconosco@seguradoralider.com.br  
**CC:**  
**Assunto:** [SEGURO DPVAT]  
SEGURO DPVAT - APP: FALE CONOSCO  
**Nome:** FELIPE LEITE DE SOUZA MENEZES  
**CPF/CNPJ:** 06610892407  
**E-mail:** alcydesferraz@me.com  
**Cidade - UF:** Floresta - PE  
**Telefone:** (83) 999396666  
**Opções Selecionadas:** Pedido de indenização > Outra dúvida  
**Mensagem:** Há mais de um mês eu tento visualizar o resultado do meu pedido de indenização e continuo sem resposta. Já entreguei toda a documentação solicitada e até o momento continuo sem resposta. Obrigado.  
**EMAIL ENVIADO AUTOMATICAMENTE**

#### CONFIDENCIALIDADE

Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

#### CONFIDENTIALITY

This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

