



Sena & Papariello  
ADVOGADOS

**PROCURAÇÃO**

**OUTORGANTE:** George Dayson de Souza Ferreira

RG 6.966.545 CPF 055.820.444-93 PROFISSÃO mecânico

ESTADOCIVIL solteiro ENDEREÇO Rua Nova Cultura  
Nº 97 Unado Recife - PE

EMAIL ALEXSANDRO\_KK@hotmail.com

**OUTORGADOS:** DIEGO MEDEIROS PAPARIELLO, inscrita na OAB/PE sob o nº 29.143, CAMILLA ALMEIDA LOPES TAVARES, OAB PE - 32.262 todos com endereço profissional na Rua Bartolomeu de Medeiros, nº104, Guadalupe, Olinda - PE CEP:53240-540

**PODERES:** Para o foro em geral, com cláusula "*ad judicium*", para defender os interesses e direitos do outorgante, e ações e processos de qualquer natureza, até o final da decisão como autor, réu, assistente ou oponente, perante qualquer juízo, instância ou Tribunal, repartições, órgãos ou autarquias Federais, estaduais e Municipais, contra qualquer pessoa física ou jurídica de direito público ou privado, em defesa dos legítimos interesses do outorgante, conferindo-lhe poderes ainda para confessar, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, desistir, renunciar e assinar, interpor recursos necessários, tomar vistas em processos, representar em audiência ou judicialmente, contestar qualquer ação, receber notificação e intimação, incluindo também os poderes da procuração "*ad negotia*", a fim de requerer e fazer levantamento de valores creditados em favor do outorgante, através de alvará judicial, RPV ou Precatório, junto às instituições financeiras (CEF, Banco do Brasil S/A e outros), que façam referência aos depósitos judiciais que os outorgados atuaram como patrocinador da ação, podendo ainda pedir retenção de honorários advocatícios combinados de acordo com contrato de honorários, ou seja, 30% (trinta por cento) do proveito econômico, sem prejuízo dos honorários sucumbenciais, enfim requerer, assinar e praticar tudo o mais que se fizer necessário para o perfeito desempenho do mandato em conjunto ou separadamente, inclusive substabelecer com ou sem reserva de poderes que lhe são outorgados.

Recife, 28 de fevereiro de 2019.

Local e Data

*George Dayson de Souza Ferreira*

Outorgante

Rua Bartolomeu de Medeiros, nº104, Guadalupe, Olinda - PE CEP:53240-540  
Fones: 3241.4001 / 8876.5452





Sena & Papariello  
ADVOGADOS

**DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RECURSOS**

Eu, George Dayosou de Souza Ferreira  
\_\_\_\_\_, brasileiro(a) portador do RG: 6.966.545 e  
CPF: 055.820.444-93, DECLARO, nos termos das Leis nº 7.115/1983 e  
1060/50, para os devidos fins, de que sou pobre na acepção jurídica do termo, não  
dispondo de condições econômicas para custear as despesas judiciais, sem sacrifício do  
sustento meu e de minha família.

Por ser a expressão da verdade, assumindo inteira  
responsabilidade pelas declarações acima sob as penas da lei, assino a presente  
declaração para que produza seus efeitos legais.

Recife, 21 de fevereiro de 2019.

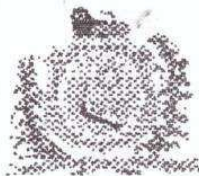
Local e Data

DECLARANTE

Rua Sergio Gonçalves, nº 32, Salgadinho – Olinda/PE CEP: 53110-770

Fones: 3241.4001 / 8876.5452





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 012ª CIRCUNSCRIÇÃO - JARDIM SÃO  
PAULO - DP12ªCIRC DIM/4ªDESEC

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0102004042**

1 de 5

22/11/2018 17:19

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/11/2018** às  
**16:26**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)**  
que aconteceu no dia **13/9/2018** no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE SAN MARTIN (BAIRRO), 1 - Bairro:**  
**SAN MARTIN - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE )  
JEAN PAULO MENEZES DE FREITAS (OUTRO )  
GEORGE DAYVSON DE SOUZA FERREIRA (VITIMA )

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

2 de 5

22/11/2018 17:19

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)  
Sr(a): **GEORGE DAYVSON DE SOUZA FERREIRA**

**Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)**

**GEORGE DAYVSON DE SOUZA FERREIRA (presente no plantão) - Sexo:**  
**Masculino Mãe: MARIA ELIZABETE DE SOUZA Data de Nascimento: 28/7/1983 Naturalidade:**  
**NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **RUA NOVA CULTURA, 97 - CEP: 55000-000 - Bairro: CURADO -**  
**RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**



**DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**JEAN PAULO MENEZES DE FREITAS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)**

3 de 5

22/11/2018 17:19

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/Polícia civil/infopol/xml/BOEFre...

**MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JEAN PAULO MENEZES DE FREITAS, que estava em posse do(a) Sr(a): GEORGE DAYVSON DE SOUZA FERREIRA**

**Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/XRE300 Objeto apreendido: NÃO. Cor: BRANCA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

**Placa: PCD2026 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

**Complemento / Observação**

**INFORMA O QUEIXOSO QUE NO DIA E HORA CITADOS, QUANDO PILOTAVA SUA REFERIDA MOTOCICLETA, CAIU DA MESMA AO BATER EM UMA PEDESTRE QUE NÃO ACEITOU SER SOCORRIDA E SAIU DO LOCAL, O QUEIXOSO DIRIGIU-SE A UPA DO CURADO E DE LÁ PARA O HOSPITAL GETULIO VARGAS, ONDE RECEBEU ATENDIMENTO. REGISTRA O FATO PARA TER COBERTURA LEGAL. CASO AFETO A DELEGACIA DE MUSTARDINHA.**

**Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial**

4 de 5

22/11/2018 17:19

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/Polícia civil/infopol/xml/BOEFre...

  
**GEORGE DAYVSON DE SOUZA FERREIRA**  
**(VITIMA)**

**B.O. registrado por: CLAUDENIO CALIXTO DE PONTES - Matrícula: 151896-2**

5 de 5

22/11/2018 17:19



Nome: **GEORGE DAYVSON DE SOUZA FERREIRA** Nº registro: 32808  
Dt. Nasc.: 28/07/83 - 35 ano (s)  
Sexo: Masculino Mãe: MARIA ELIZABETE DE SOUZA Fone: 81986428365  
Endereço: NOVA CULTURA, nº 97, CURADO. RECIFE - PE  
Data/hora: 13/09/2018 - 08:47  
Nº pág.: 1/1

## CONSULTA MÉDICA

### ANAMNESE:

DOR E ESCORIAÇÃO ANTEBRAÇO ESQ APÓS TRAUMA POR QUEDA DE MOTO (SIC)

### EXAME FÍSICO:

Peso:                      Altura:                      IMC: ( )                      Temperatura: °  
PA: x mmHg                      HGT: mg/dL  
SOLUÇÃO DE CONTINUIDADE SUPERFICIAL ANTEBRAÇO E COTOVELO ESQ  
DOR A PRONO SUPINAÇÃO  
EDEMA PUNHO ESQ

### HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S521 - Fratura da extremidade superior do rádio | Cabeça | Colo | Epífise proximal

ESCORIAÇÃO ANTEBRAÇO ESQ

### Resultados de Exames:

AAO RX  
SOLUÇÃO DE CONTINUIDADE COLO DO RADIO ESQ

### Evolução do paciente:

SOL TRANSF  
DE URGÊNCIA A CENTRAL DE LEITOS  
HOSP. GETÚLIO VARGAS  
SENHA: 5512080  
LIBERADO REMOÇÃO EM CONDUÇÃO PRÓPRIA S/N

**Dr. PAULO MARCELO CHAVES DE LIMA**  
CRM: 6984

Rua Leonardo da Vince, nº 68, Curado II  
CEP: 54220-000 - Jaboatão dos Guararapes/PE  
Contato: (81) 3184-4465

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.  
Nome do profissional: PAULO MARCELO CHAVES DE LIMA. CRM: 6984. Data e Hora: 13/09/2018 09:30:31.  
Vince, nº 68, Curado II CEP: 54220-000 - Jaboatão dos Guararapes/PE Rua Leonardo da  
Contato: (81) 3184-4465



Atendimento: 630121

Pedido:   
304792

Data Pedido: 13/09/2018

Controle: 15725

Paciente: 1097351 GEORGE DAYVSON DE SOUZA FERREIRA

Nascimento: 28/07/1983 (35a 1m 17d)

Leito.: Unid. Intern:

Médico Solicitante: 99999 PLANTONISTA HGV

Sexo: MASCULINO

Setor Solicitante: UNIDADE DE EMERGENCIA

Setor Executante: TOMOG/MG SERVICOS DE IMG RADIO

Local: SALA DE EXAME

Convenio: SUS - AMBULATORIO

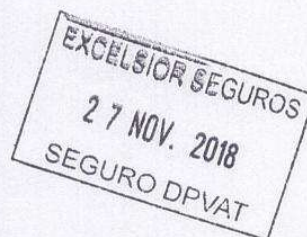
Plano: PLANO UNICO

Motivo: ROTINA

Observações:

Médico Executante: 0 - Não Informado

| Accession Number | *Access. N. Hex.                                                                           | Código | Descrição                                  | Entrega    |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------------------------------------------|------------|
| 540524           | <br>83F6C | 71     | TOMOGRAFIA DO COTOVELO SEM CONTRASTE - ESQ | 25/09/2018 |



SOULMV - SIMPLES E COMPLETO



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                            |                           |                                                                                                                     |                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>SUS</b><br>Sistema<br>Único de<br>Saúde | Ministério<br>da<br>Saúde | <b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE<br/>         PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AS)</b> | Folha<br><b>1/2</b> |
| <b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b><br>1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: <u>HGV</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                            |                           | 2 - CENS: <u>                    </u>                                                                               |                     |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: <u>HGV</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                            |                           | 4 - CENS: <u>                    </u>                                                                               |                     |
| <b>Identificação do Paciente</b><br>5 - NOME DO PACIENTE: <u>George Dayvson de Souza Ferreira</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                            |                           | 6 - Nº DO PRONTUÁRIO: <u>                    </u>                                                                   |                     |
| 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): <u>                    </u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                            |                           | 8 - SEXO: <u>M</u>                                                                                                  |                     |
| 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: <u>                    </u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                            |                           | 9 - DATA DE NASCIMENTO: <u>                    </u>                                                                 |                     |
| 12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): <u>                    </u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                            |                           | 11 - DATA DE SOLICITAÇÃO: <u>                    </u>                                                               |                     |
| 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: <u>                    </u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                            |                           | 16 - CEP: <u>                    </u>                                                                               |                     |
| <b>17 - NÚMERO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                            |                           | <b>15 - CDS</b>                                                                                                     |                     |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>             HGV - Hospital Getúlio Vargas<br/>             Atendimento: <b>630121</b><br/>             Paciente: <b>GEORGE DAYVSON DE SOUZA FERREIRA</b><br/>             Nascimento: <b>28/07/1983</b> Idade: <b>35 Anos</b> Sexo: <b>MASCULINO</b><br/>             Mãe: <b>MARIA ELZABETE DE SOUZA</b> Fone: <b>8659-0460</b><br/>             End: <b>NOVA CULTURA, Nº: 97 - TOTO</b><br/> <b>RECIFE - PE - Cep: 60920836</b><br/>             Prest: <b>612 PLANTONISTA HGV</b> data: <b>13/05/2018</b> hs: <b>12:15</b> Usuário: <b>JOSENEIDEAS</b> </div> <div style="text-align: center;"> <br/> <b>097351</b><br/>             Prontuário           </div> </div> |                                            |                           |                                                                                                                     |                     |
| <b>MUDANÇA DE PROCEDIMENTO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                            |                           |                                                                                                                     |                     |
| 18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR: <u>                    </u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                            |                           | 19 - CDD DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR: <u>                    </u>                                                    |                     |
| 20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA: <u>                    </u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                            |                           | 21 - CDD DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: <u>                    </u>                                                     |                     |
| 22 - DIAGNÓSTICO INICIAL: <u>Ex ceto radia. EL (?)</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                            |                           | 23 - CDD 10 PRINCIPAL: <u>                    </u>                                                                  |                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                            |                           | 24 - CDD 10 SECUNDÁRIO: <u>                    </u>                                                                 |                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                            |                           | 25 - CDD 10 CAUSAS ASSOCIADAS: <u>                    </u>                                                          |                     |
| <b>PROCEDIMENTO PRINCIPAL</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                            |                           |                                                                                                                     |                     |
| 26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: <u>TAC catovilo E</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                            |                           | 27 - CDD DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: <u>                    </u>                                                     |                     |
| 28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE           <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I           <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II           <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III         </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                            |                           |                                                                                                                     |                     |
| 29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: <u>                    </u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                            |                           | 30 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: <u>                    </u>                                                      |                     |
| 32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: <u>                    </u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                            |                           | 33 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: <u>                    </u>                                                      |                     |
| 35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: <u>                    </u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                            |                           | 36 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: <u>                    </u>                                                      |                     |
| <b>38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                            |                           |                                                                                                                     |                     |
| <u>Solicito TAC catovilo para avaliar traço de fratura e definir conduta</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                            |                           |                                                                                                                     |                     |
| <b>PROFISSIONAL SOLICITANTE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                            |                           |                                                                                                                     |                     |
| 39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: <u>Rafael Luiz Souza</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                            |                           | 40 - DATA DA SOLICITAÇÃO: <u>13/05/18</u>                                                                           |                     |
| 41 - DOCUMENTO: <u>                    </u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                            |                           | 42 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): <u>                    </u>                                 |                     |
| 43 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: <u>02118345931-136111</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                            |                           |                                                                                                                     |                     |
| <b>AUTORIZAÇÃO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                            |                           |                                                                                                                     |                     |
| 44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: <u>                    </u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                            |                           | 45 - CDD ORGÃO EMISSOR: <u>                    </u>                                                                 |                     |
| 47 - DOCUMENTO: <u>                    </u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                            |                           | 48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: <u>                    </u>                                                               |                     |
| 49 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: <u>                    </u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                            |                           | 50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): <u>                    </u>                                 |                     |



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL  
Getúlio Vargas



# RECEITUÁRIO

NOME COMPLETO: GEORGE DAYVISON DO SOUZA

IDADE:

SEXO: F ☐ M ☐

Ao Ambulatório de traumatologia

em 15/02/2019.

H2: Fratura do colo do fêmur  
esquerdo

Dr. Thiana Guerra  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 22.598/PE

Avenida General San Martin s/n - Cordeiro  
Recife/PE - CEP 50.630-060  
Fone: 0XX81.31845600

HGV.1002.V.1.2013.



|                                                                                                                                                                                  |                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <b>Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco</b><br><b>HOSPITAL</b><br><b>Getúlio Vargas</b> |  <b>RECEITUÁRIO</b> |
| <b>NOME COMPLETO:</b>                                                                                                                                                            |                                                                                                      |
| <b>IDADE:</b>                                                                                                                                                                    | <b>SEXO:</b> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>                                   |
| <p>Jefferson<br/>↓<br/>Raul Pereira</p>                                                                                                                                          |                                                                                                      |

HGV.1002.V.1.2013.

Avenida General San Martín s/n – Cordeiro  
Recife/PE – CEP 50.630-060  
Fone: 0XX.81.31845600



# REQUISIÇÃO DE EXAMES

|                                                                                       |                                            |                                                  |                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------|
| NOME: <b>George Davison de Souza Ferreira</b>                                         |                                            | REGISTRO: <b>1097351</b>                         |                          |
| IDADE: <b>30</b>                                                                      | SEXO: <b>M</b>                             | CLÍNICA: <b>Nº</b>                               | ENFERMARIA: <b>LEITO</b> |
| JUS.TIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO:                                                        |                                            | EMERGÊNCIA: <b>LEITO</b>                         |                          |
| EXAME(S) REQUISTADO(S):                                                               |                                            |                                                  |                          |
| <b>Rx de cotovelo ESQUERDO AP e PERFIL</b><br><b>Rx de punho ESQUERDO AP e PERFIL</b> |                                            |                                                  |                          |
| URGÊNCIA <input type="checkbox"/>                                                     | ROTINA <input checked="" type="checkbox"/> | ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO                   |                          |
| DATA: <b>05/05/2019</b>                                                               | HORA DA SOLICITAÇÃO: <b>14:30</b>          | <b>Dr. Hanna Emile</b><br>Médico<br>CRM-PE 20633 |                          |





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL  
Getúlio Vargas



## RECEITUÁRIO

NOME COMPLETO:

IDADE:

SEXO:

F ☐

M ☐

LAUDO

Paciente, George Daysson de Souza Ferreira,  
35 anos, vítima de acidente motociclístico  
em 13/09/18 evoluindo com fratura fechada  
de cabeça do rádio esquerdo sendo tratado  
desde então com gesso-axilopalmar em MSE.  
Comparece hoje em primeira consulta de  
retorno ambulatorial em uso de imobi-  
lização, com novo agendamento de retorno  
para acompanhamento em terceira semana de  
outubro/2018. Deixo a cargo de médico  
perito questões trabalhistas.

Avenida General San Martin s/n - Cordeiro  
Recife/PE - CEP 50.630-060  
Fone: OXX 81.31845800

Dra. Camilla Emile  
Médica  
CREMEC 17384 / CRM-PE 26633

Recife, 28/09/18

HGV.1002.V 1 2013.





HOSPITAL GETÚLIO VARGAS  
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



## BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

**NOME:** GEORGE DAYVSON DE SOUZA FERREIRA

**1. Ocorrência da Emergência:** 630121

**1.1 - Atendimentos em:** 13/09/18

**1.2 - Às 12 horas e 15 minutos.**

**1.3 - Internado:**

**1.4 - Retirou-se às hr. e min.**

**2. Internamento Eletivo – Reg. Geral No.**

**2.1 – Internado em:**

**2.2 - Alta em:**

**3. Hipótese Diagnóstica:** FRATURA DE COLO RÁDIO PROXIMAL ESQUERDO SEM DESVIO.

**4. Tratamento:** 1) IMOBILIZAÇÃO AXILOPALMAR.  
2) ANALGESIA.

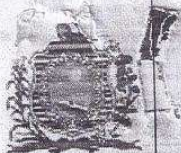
**5. Observação:** ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO.

DATA: 26.9.2018  
HORA: 16:26:28  
PASTA: 01.09.2018  
JGAS  
RS

  
Jéssica Guido de Araújo Sá  
Dermatologista  
CRM 15.938 RQE 2197

Dra. Jéssica Guido.





# HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



## 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 630121

Prontuário: 1097351

Nome: GEORGE DAYVSON DE SOUZA FERREIRA

Data Nasc.: 28/07/1983

Idade: 35

Sexo: MASCULINO

Cor:

CPF:

RG:

CNS:

Nº: 97

Endereço: NOVA CULTURA

Cidade: RECIFE

Estado: PE

Bairro: TOTO

CEP: 50920836

Fone: 86590460

Profissão:

Nome da Mãe: MARIA ELZABETE DE SOUZA

Acompanhante: JOSEMIR

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: UPA DO CURADO

Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Ocorrência: ENC. COM SENHA 5512080 ACIDENTE DE TRANSITO SEGUNDO INF. DO PACIENTE. [MOTO]

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

## 2 - ATENDIMENTO

DATA: 13/09/2018

HORA: 12:15

h

Médico: 13-15

Queixa Principal / HDA:

Paciente vítima de queda de moto hoje com trauma sobre M50. Refere dor local em cotovelo

## História do Trauma

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐

Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐

Tipo:

Motorista: ☐ Passageiro: ☐

Colisão: Sim ☐ Não ☐

Tipo:

Atropelamento: Sim ☐ Não ☐

Local de Impacto:

Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura: m

Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐

Tipo:

Transporte Realizado por:

Queimadura: Sim ☐ Não ☐

Por:

Por que:

Condições de mobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐

Observações:

Nega alergia. Sem sinais TCE, Sem

## Exame Físico:

A: Geral

Via aérea esta pervia: Sim ☐ Não ☐

O paciente fala: Sim ☐ Não ☐

Temp.: Cº

BEG, COTE

B: Respiratório

Eupneia

C: Circulatório

PA:

x

mmm

Pulso:

bpm:

Estável Hemodinâmico

D: Exames Neurológico

Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐

Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular

Glasgow: Resposta Verbal

Glasgow: Resposta Motora

Escore:

Hora:

Escore:

Hora:

Escore:

Hora:

615



100





Nome: **GEORGE DAYVSON DE SOUZA FERREIRA**

Nº registro: **32808**

Dt. Nasc.: 28/07/83 - 35 ano (s)

Sexo: Masculino Mãe: MARIA ELIZABETE DE SOUZA Fone: 81986428365

Endereço: NOVA CULTURA, nº 97, CURADO, RECIFE - PE

Data/hora: 13/09/2018 - 09:12

Nº pag.: 1/1

## GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA

### HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

DOR M.S.E. APÓS TRAUMA POR QUEDA DE MOTO ( SIC )

### EXAME FÍSICO:

Peso:

Altura:

IMC: ( )

Temperatura: °

PA: x mmHg

HGT: mg/dL

DOR E SANGRAMENTO M.S.E. COM EDEMA E LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE PRONO

SUPINAÇÃO COTOVELO ESQ

ESCORIAÇÃO ANTEBRAÇO ESQ

### CONDUTA:

CURATIVO

COLOCADO TALA GESSADA

### Exames Complementares/Resultados:

AO RX

SOLUÇÃO DE CONTINUIDADE COLO DO RÁDIO ESQ (?)

### HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

5521 - Fratura da extremidade superior do rádio | Cabeça | Colo | Epífise proximal

### DADOS DA TRANSFERÊNCIA:

Transferência encaminhado para: HOSP. GETÚLIO VARGAS

Motivo: Tratamento Cirúrgico

Senha: 5512080

Especialidade: ORTOPEDIA

Prioridade de Remoção:

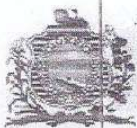
**Dr. PAULO MARCELO CHAVES DE LIMA**  
**CRM: 6984**

Rua Leonardo da Vince, nº 68, Curado II  
CEP: 54220-000 - Jaboatão dos Guararapes/PE  
Contato: (81) 3184-4465

*Dr. Paulo Marcelo C. de Lima*  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA  
CRM - 6984

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória nº 2.200-2 de 24/08/2001.  
Nome do profissional: PAULO MARCELO CHAVES DE LIMA, CRM: 6984. Data e Hora: 13/09/2018 09:28:03.  
Vince, nº 68, Curado II CEP: 54220-000 - Jaboatão dos Guararapes/PE Rua Leonardo da  
Contato: (81) 3184-4465





# HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



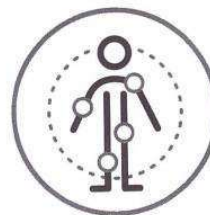
|                                                                                                                                                                                                              |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| E: Abdômen                                                                                                                                                                                                   |  |
| Diagnóstico Inicial: ① Fx colo rádio proximal E s/desvi                                                                                                                                                      |  |
| Exames Solicitados : 1 - Patologia Clínica                                                                                                                                                                   |  |
| Exames Solicitados : 1 - Especializados                                                                                                                                                                      |  |
| Resultado de Exames: ② Transilicong + cont                                                                                                                                                                   |  |
| Tratamento / Procedimentos: TAC: Fx colo rádio, sem desvio, sem acromioclavicular                                                                                                                            |  |
| Indicação Cirúrgica: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Motivo:                                                                                                                       |  |
| Evolução de Enfermagem: ③ Imobilização + acromioclavicular                                                                                                                                                   |  |
| Diag. Definitivo: (Caso Fratura)                                                                                                                                                                             |  |
| Definição do Caso: <input type="checkbox"/> Internamento <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Obito <input type="checkbox"/> Termo de Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Evadiu-se |  |
| AP. GESSADO REALIZADO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. DIA 13.09.2018                                                                                                                                             |  |
| Informação do Serviço Social                                                                                                                                                                                 |  |
| Confirmação do Nome:                                                                                                                                                                                         |  |
| Confirmação do Endereço:                                                                                                                                                                                     |  |
| Providências: Alta <input checked="" type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Estudo de Caso <input type="checkbox"/> Exames Externo: <input type="checkbox"/>                               |  |
| Observações: Ao ambulatório                                                                                                                                                                                  |  |
| Autorização para Alta / internamento / Transferência                                                                                                                                                         |  |
| Médico: CRM/CRO: Data: Hora:                                                                                                                                                                                 |  |
| Termo de Responsabilidade Para Internamento:                                                                                                                                                                 |  |
| - Estou ciente das normas existente neste Hospital, as quais integralmente e autorizo a realização de tratamentos, clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares:           |  |
| Data: Nome completo legível: N° da Identidade: Assinatura:                                                                                                                                                   |  |
| Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido:                                                                                                                                                                  |  |
| - Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir.                                              |  |
| Data: Nome completo legível: N° da Identidade: Assinatura:                                                                                                                                                   |  |
| Cadastramento: 13/09/2018 12:16 h JOSENEIDEAS impressão: 13/09/2018 12:16 h JOSENEIDEAS                                                                                                                      |  |

Médico



# Dr. Pedro Marques

Ortopedista e Traumatologista - CRM 8594



## LAUDO DE PERÍCIA MÉDICA PARA DPVAT

### DADOS PESSOAIS

Nome do paciente GEORGE DAYVISON DE SOUZA FONSECA  
Data de nascimento 20/07/1983 RG 5966545 SDS CPF 055.820.444/93

### DADOS CLÍNICOS

Data do primeiro atendimento 13/09/2018

Nº do B.O. 18E0102004042

Resumo clínico PRESENÇA VITIVA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA  
SOMEN FORTI TRAVEL

Diagnóstico FRATURA EXTREMIDADE SUPERIOR RADIO ESQ

Tratamento IMOBILIZAÇÃO GESSORA P/ OS SEQUELAS + FISIOTERAPIA

Sequelas LIMITAÇÃO DA PRONÓ - SUPINAÇÃO DO MOTOPOLO ESQ,  
LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENÇÃO

Data da alta ambulatorial definitiva 09/01/19

Abreu e Lima, 09 de 01 de 2019

Dr. Pedro Marques  
Ortopedia e Traumatologia  
CPF CREME 8594  
172.676.334-04  
NÃO AUTORIZO A TROCA

Médico (CRM)

Rua Castelo Branco, 470 - Abreu e Lima/PE | Fone: (81) 3542.3278



## SINISTRO 3190028000 - Resultado de consulta por beneficiário

---

**VÍTIMA** GEORGE DAYVSON DE SOUZA FERREIRA

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

**BENEFICIÁRIO** GEORGE DAYVSON DE SOUZA FERREIRA

**CPF/CNPJ:** 05582044493

### Posição em 21-02-2019 13:49:58

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

| Data do Pagamento | Valor da Indenização | Juros e Correção | Valor Total |
|-------------------|----------------------|------------------|-------------|
| 13/02/2019        | R\$ 843,75           | R\$ 0,00         | R\$ 843,75  |



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
481231951

PROIBIDO PLASTIFICAR  
481231951

NOME  
GEORGE DAYVSON DE SOUZA FERREIRA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF  
6966545 SDS PE

CPF  
055.820.444-93

DATA NASCIMENTO  
28/07/1983

FILIAÇÃO  
IRAN DE ARAUJO  
FERREIRA  
MARIA ELIZABETE DE  
SOUZA

PERMISSÃO  
ACC  
CAT. HAB.  
AD

Nº REGISTRO  
03038883787

VALIDADE  
31/08/2016

1ª HABILITAÇÃO  
30/09/2003

OBSERVAÇÕES  
Exerce Ativ Remunerada

ASSINATURA DO PORTADOR  
George Dayvson

DATA EMISSÃO  
19/03/2012

LOCAL  
RECIFE - PE

ASSINATURA DO EMISSOR  
L. F. A. S. P. R.

88583183084  
PE046099646

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)



## 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.GOV.BR](http://WWW.MTE.GOV.BR)

MINISTÉRIO DO TRABALHO  
E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

133.15129.45-1

7580907

0050

PE

*Camilla Lopes Tavares*

ASSINATURA DO TITULAR

PROTEGER DIREITOS



**GEORGE DAYVSON DE SOUZA FERREIRA**

26117758987-50-35

FILIAÇÃO.....: MARIA ELIZABETE DE SOUZA  
IRAN DE ARAUJO FERREIRA

NASCIMENTO.....: 28/07/1983

ESTADO CIVIL.....: SOLTEIRO

NATURALIDADE.....: RECIFE - PE

DOCUMENTO.....: R.G. - 6966545 - 10/01/2002 - SDS - PE

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF.....: 055.820.444-93 CNH.....:

TIT. ELEITOR: 065402590868 SEÇÃO: 0203 ZONA: 003

LOCAL DE EMISSÃO: SEC - RECIFE - SEMPETQ EXPRESSO CIDADAO CORDEIRO

DATA DE EMISSÃO.: 23/05/2017

*Eduardo Geovane de Freitas Leite*  
EDUARDO GEOVANE DE FREITAS LEITE  
Superintendente Regional do Trabalho e Emprego/PE

ASSINATURA DO EMISSOR

**QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO**

---

**ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE**

FILIAÇÃO.....: MARIA ELIZABETE DE SOUZA

DATA DE NASC. DE.....: 28/07/1983 PARA.....: 28/07/1983

DOCUMENTO.....: R.G. - 6966545 - 10/01/2002 - SDS - PE

ASSINATURA E CAMBIO DO SERVIDOR

NOME.....: GEORGE DAYVSON DE SOUZA FERREIRA

DOCUMENTO.....: R.G. - 6966545 - 10/01/2002 - SDS - PE

ASSINATURA E CAMBIO DO SERVIDOR

NOME.....: GEORGE DAYVSON DE SOUZA FERREIRA

DOCUMENTO.....: R.G. - 6966545 - 10/01/2002 - SDS - PE

ASSINATURA E CAMBIO DO SERVIDOR

NOME.....: GEORGE DAYVSON DE SOUZA FERREIRA

DOCUMENTO.....: R.G. - 6966545 - 10/01/2002 - SDS - PE

ASSINATURA E CAMBIO DO SERVIDOR

**LEGE NDA**

A - CASAMENTO C - DIVÓRCIO E - RECONHECIMENTO DE FILIÇÃO F - DATA DO NASCIMENTO

B - SERVIÇO D - ADICION F - MODIFICAÇÃO DE NOME

03



# DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR

|                                                                                                                     |                                                                      |                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| GRUPO SANGÜÍNEO<br>FATOR RH                                                                                         | DIABETE<br><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | HEMOFILIA<br><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |
| ALERGIAS<br><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO                                               |                                                                      |                                                                        |
| DOADOR DE ÓRGÃOS (Dec. nº 879, de 12 de julho de 1993)<br><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |                                                                      |                                                                        |

## CARTEIRAS ANTERIORES

|          |       |    |                 |
|----------|-------|----|-----------------|
| NÚMERO   | SÉRIE | UF | DATA DE EMISSÃO |
| 58515    | 35    | PE | 14/01/04        |
| 30.06/17 |       |    |                 |
| NÚMERO   | SÉRIE | UF | DATA DE EMISSÃO |
|          |       |    |                 |
| NÚMERO   | SÉRIE | UF | DATA DE EMISSÃO |
|          |       |    |                 |
| NÚMERO   | SÉRIE | UF | DATA DE EMISSÃO |
|          |       |    |                 |

# CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR: F DE OLIVEIRA LIRA AUTO PEÇAS ME  
 CNPJ: 10.577.257/0001-64  
 ESTRADA DE BELEM Nº 1440 LOJA C  
 BAIRRO CAMPO GRANDE CEP 52040-000  
 ESP. DO ESTABELECIMENTO: COMERCIAL  
 CARGO: MECÂNICO  
 CBO - 9144-05  
 DATA ADMISSÃO: 01/03/2017  
 REGISTRO FOLHA: 06  
 REMUNERAÇÃO: 1.060,00 (UM MIL E SESSENTA  
 REAIS) POR MÊS

Flavio de Oliveira Lira  
 F. de Oliveira ME

|                     |    |    |
|---------------------|----|----|
| DATA DE SAÍDA       | DE | DE |
|                     |    |    |
| COM. DISPENSA CD Nº |    |    |
| FGTS Nº DA CONTRA   |    |    |

07

06



# CAIXA

A vida pede mais que um banco



CTC RECIFE PE PL1 DATA DE POSTAGEM: 30/07/2018

GEORGE DAYVSON SOUZA FERREIRA  
R NOVA CULTURA 97  
CURADO  
50940-400 RECIFE PE



7211307021023465420024634430300718

EXCELSIOR SEGUROS  
27 NOV. 2018  
SEGURO DPVAT

SEG-AN552

## PARA USO DOS CORREIOS

- |                                                    |                                           |                                                             |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 01-Mudou-se               | <input type="checkbox"/> 05-Desconhecido  | <input type="checkbox"/> 10-Objeto Danificado               |
| <input type="checkbox"/> 02-Endereço Insuficiente  | <input type="checkbox"/> 06-Recebido      | <input type="checkbox"/> 11-End. Desconhecido na Localidade |
| <input type="checkbox"/> 03-Não Existe Nº Indicado | <input type="checkbox"/> 07-Ausente       | <input type="checkbox"/> 12-Falta Complemento (Coletiv./GU) |
| <input type="checkbox"/> 04-Falecido               | <input type="checkbox"/> 08-Não Procurado | <input type="checkbox"/> 13-Caixa Postal Cancelada          |

Reintegrado ao Serviço Postal em:

Rubrica do Responsável:

Matrícula:

REMETENTE

000042101 03/08/18

GEFUD/PE  
VALIO S.A.  
DEVOLUÇÃO ELETRÔNICA CEDO  
AV. DR. RUISE RANOS, 1.561  
SÃO BERNARDO DO CAMPO SP  
09639-900



MISTO

Papel produzido a partir  
de fontes responsáveis  
FSC® C002688

SAC CAIXA  
(informações, reclamações, sugestões e elogios)  
0800 726 0101

0800 726 2482  
(para pessoas com deficiência auditiva)

Ouvidoria CAIXA  
0800 725 7474

www.caixa.gov.br



## CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

### DA IDENTIFICAÇÃO DAS PARTES:

|                                                                              |                               |                          |
|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| Pelo Presente Instrumento Particular: <i>George Dayson de Souza Ferreira</i> |                               |                          |
| Nacionalidade: <i>brasileira</i>                                             | Estado Civil: <i>solteiro</i> |                          |
| RG: <i>6.966.545</i>                                                         | CPF: <i>055.820.444-93</i>    | Nasc.: <i>28/07/1983</i> |
| Profissão: <i>mecânico</i>                                                   |                               |                          |
| Endereço: <i>Rua Nova Cultura n: 97</i>                                      |                               |                          |
| Bairro: <i>Cunado</i>                                                        | CEP: <i>50840-400</i>         |                          |
| Município: <i>Recife</i>                                                     | Estado: <i>Pe</i>             |                          |

**CONTRATADO:** ESCRITÓRIO SENA E PAPARIELLO ADVOCACIA & ASSOCIADOS, INSCRITO NO CNPJ 19.454.173/0001-08, juntamente com a Bela. **CAMILLA ALMEIDA LOPES TAVARES**, advogada, solteira, inscrita na OAB/PE 32.262, Rua Sergio Gonçalves, nº 32, Salgadinho – Olinda/PE CEP: 53110-770

As partes acima identificadas têm, entre si, justo e acertado o presente Contrato de Prestação de Serviço, ficando desde já aceito, pelas cláusulas abaixo descritas.

### DO OBJETO DO CONTRATO

**Cláusula Primeira:** O presente contrato tem como OBJETO a prestação de serviços pelos **CONTRATADOS** para promover em nome do **CONTRATANTE** todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho do seu mandato do contrato.

**Parágrafo único:** estes serviços poderão ser feitos administrativamente ou por vias judiciais, caso necessário.

### DA FASE JUDICIAL

**Cláusula Segunda:** caso necessário A intervenção judicial para o desempenho do seu mandato do contrato, pela procuração outorgada, os **CONTRATADOS**, constituirão, em nome do contratante, profissionais especializados para tais fins. A opção do **CONTRATANTE** em propor demanda judicial é expressa por sua concordância nos termos do presente contrato.

**Parágrafo único:** as despesas referentes ao trâmite judicial serão, a princípio, suportadas pelos **CONTRATADOS** e não se constituem em honorários profissionais objeto deste instrumento, ficando o **CONTRATANTE**, no ato do recebimento do seguro, obrigado a ressarcir-las.

### DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

**Cláusula Terceira:** A **CONTRATANTE** obriga-se pela veracidade e exatidão das informações prestadas aos **CONTRATADOS**, fornecendo-lhe procuração e aos seus sócios com fins específicos para agir em seu nome, além de todos os documentos pessoais e demais documentos indispensáveis que lhe forem solicitados etc. devendo pagar a importância equivalente a **30% (trinta por cento)** do proveito econômico auferido na fase judicial do presente instrumento, caso se faça necessário.

### DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

**Cláusula quarta:** é obrigação dos **CONTRATADOS** realizar a prestação de contas nos moldes do presente contrato.

Rua Sergio Gonçalves, nº 32, Salgadinho – Olinda/PE CEP: 53110-770

Fones: 3241.4001 / 8876.5452



**Cláusula quinta:** a partir da entrega da documentação, os **CONTRATADOS** serão responsáveis pela sua guarda e utilização devida.

#### **DO RECEBIMENTO**

**Cláusula sexta:** Os **CONTRATADOS** estão autorizados a praticar todo e qualquer ato que julgue necessário para um bom resultado. Poderá, portanto, receber, passar recibos, endossar cheques, depositar os cheques em sua conta corrente, dar quitação dos valores por si recebidos.

**Cláusula sétima:** Os **CONTRATADOS** estão autorizados a promover a abertura de conta corrente e poupança para recebimento do seguro DPVAT nas instituições bancárias credenciadas em nome da **CONTRATANTE**.

**Cláusula oitava:** Não há prazo determinado para o término do procedimento.

**Cláusula nona:** Os comprovantes, cópias e documentos serão mantidos nos arquivos dos **CONTRATADOS** por 12 (doze) meses após o fim do processo. Após esse período, os **CONTRATADOS** estão autorizados a dar o encaminhamento devido aos documentos relativos aos serviços prestados à **CONTRATANTE**.

#### **DA PRESTAÇÃO DE CONTAS**

**Cláusula décima:** A **CONTRATADA** se compromete a prestar toda e qualquer informação que a **CONTRATANTE** julgue necessária sobre a prestação de seus serviços. Tanto na fase administrativa como na judicial, se necessária.

**Cláusula décima primeira:** A **CONTRATANTE** pagará aos **CONTRATADOS** 30% (trinta por cento), do proveito econômico que for auferido, a título de remuneração pelos serviços prestados.

**Cláusula décima segunda:** A **CONTRATANTE** aceita e autoriza os **CONTRATADOS** a proceder os descontos de seus honorários em percentual acima descrito e demais despesas administrativas como cartório, sedex, eventuais consultas médicas, serviços despachante, perícias, etc; tudo que envolva o fiel cumprimento deste mandado, tais como a do parágrafo único da Cláusula Segunda, entre outras, no ato de prestação de contas e repasse da importância recebida, que deverá ser feito através de débito, saque ou transferência em conta que houver o recebimento do seguro DPVAT.

#### **DA RESCISÃO**

**Cláusula décima terceira:** Em havendo desistência, distrato, revogação do presente instrumento ou prática de qualquer ato violador destes termos, reputar-se-á vencido e exigível o total da remuneração dos serviços contratados, bem como as despesas descritas na Cláusula Décima Segunda, constituindo o presente contrato em título executivo extrajudicial, nos termos do Código de Processo Civil.

#### **DO FORO**

**Cláusula décima quarta:** Para dirimir quaisquer controvérsias oriundas do CONTRATO, as partes elegem o foro da comarca de Recife/Pernambuco.

Recife, 21 de fevereiro de 2019.

  
CONTRATANTE

SENA E PAPARIELLO ADVOCACIA & ASSOCIADOS  
CNPJ 19.454.173/0001-08

CAMILLA ALMEIDA LOPES TAVARES  
OAB-PE 32.262

Testemunha

Testemunha

Rua Sergio Gonçalves, nº 32, Salgadinho – Olinda/PE CEP: 53110-770  
Fones: 3241.4001 / 8876.5452

