

**INSTRUMENTO PROCURATÓRIO**

**Outorgante: EDIVALDO BESERRA DE SOUSA**, brasileiro, estado civil solteiro, agricultor portador do RG Nº 6451022 SDS/PE, inscrito no CPF 038.755.384-39, residente e domiciliado (a) no sítio carapuça, bairro zona rural AFOGADOS DA INGAZEIRA - PE.

**Outorgada: ROSELANE MARIA BARBOSA DA SILVA**, OAB/PE 26.467, com endereço profissional à Rua Demócrito de Souza Filho, nº 335, Sala 903, Madalena, Recife – PE, CEP 50610-120.

**Poderes:** “AD JUDICIA ET EXTRA”, a quem conferem amplos poderes para o foro em geral, para propositura de demandas judiciais e/ou administrativas visando os interesses do (a) outorgante, devendo ainda defendê-las nas contrárias, seguindo umas as outras, e, podendo para tanto, recorrer a qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, agindo em conjunto ou separadamente, podendo assinar, concordar, discordar, transigir, assinar recibos, dar quitação, receber alvarás, intimações e notificações, efetuar levantamento de depósitos judiciais na justiça competente, substabelecer com ou sem reservas de iguais, levantar valores existentes em contas judiciais, tudo para o fiel cumprimento deste mandato.

AFOGADOS DA INGAZEIRA (PE), **05/07/2016.**

*Edivaldo Beserra de Sousa*

**Outorgante**

Rua Demócrito de Souza Filho nº 335, Emp. Green Tower, Sl. 903, Madalena, Recife – PE.  
Fones: (81) 3127-1776/8504-4046/ 9789-0245  
E-mail: roselane.barbosaadv@hotmail.com



**DECLARAÇÃO DE POBREZA**

**EDIVALDO BESERRA DE SOUSA**, brasileiro, estado civil solteiro, profissão agricultor portador do RG 6451022 SDS/PE, inscrito no CPF 038.755.384-39, residente e domiciliado (a) no sítio carapuças bairro zona rural AFOGADOS DA INGAZEIRA – PE.

Declara que não possui condições de arcar com as custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo do sustento próprio, bem como o de sua família, razão pela qual fazem jus ao benefício da gratuidade da justiça, nos termos do art. 4º da Lei 1.060/50, com redação introduzida pela Lei 7.510/86. Declara, ainda, sob as penas da lei (sanções civis, administrativas e criminais), que não auferir rendimentos anuais que lhe obriguem a declarar renda, nos termos do art. 1º da Lei 7.115/83, **responsabilizando-se pela veracidade de tais declarações.**

AFOGADOS DA INGAZEIRA (PE), 05/07/ 2016.

Edivaldo Beserra de Sousa

**Declarante**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 167ª CIRCUNSCRIÇÃO - AFOGADOS DA INGAZEIRA -  
DP167ªCIRC DINTER2/19ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **15E0257001329**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **06/10/2015** às **09:05**

**ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **17/9/2015** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **SITIO CARAPUÇA, ZONA RURAL, AFOG ING-PE - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE AFOGADOS DA INGAZEIRA, 1 -**  
**Bairro: ZONA RURAL - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **PROPRIEDADE RURAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO EXISTE ( AUTOR / AGENTE )  
ADELMO DE LIMA OLIVEIRA ( TESTEMUNHA )  
JOSE PIRES MACIEL FILHO ( TESTEMUNHA )  
EDIVALDO BESERRA DE SOUSA ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **EDIVALDO BESERRA DE SOUSA**

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

**EDIVALDO BESERRA DE SOUSA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DE FATIMA BESERRA DE SOUSA Pai: GENIVALDO PEREIRA DE SOUSA Data de Nascimento: 23/5/1981 Naturalidade: AFOGADOS DA INGAZEIRA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6451022/SSP/PE (RG) Estado Civil: AMASIADO(A) Profissão: AGRICULTOR(A)**  
Residencial: **SITIO IMBUZEIRO, ZONA RURAL, AFOG ING-PE - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO /BRASIL**

**ADELMO DE LIMA OLIVEIRA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Residencial: **SITIO IMBUZEIRO, ZONA RURAL, AFOG ING-PE - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

**JOSE PIRES MACIEL FILHO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Residencial: **SITIO IMBUZEIRO, ZONA RURAL, AFOG ING-PE - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO /BRASIL**

**NAO EXISTE - Ramo de Atividade: NÃO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -



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

**MOTOCICLETA (VEICULO)**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EDIVALDO BESERRA DE SOUSA**  
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS** Objeto apreendido: **Não**  
 Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEG4976** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **379953617** Chassi: **9C2KD0550CR511584**

Complemento / Observação

VEIO A ESTA DELEGACIA DE POLICIA A VITIMA, E DECLAROU QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA, ACIMA DESCRITA, NO ENDEREÇO SUPRACITADO, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA, VINDO A CAIR. A VITIMA AFIRMA QUE APOS O ACIDENTE FICOU DESACORDADO, E FOI SOCORRIDO POR POPULARES, SENDO LEVADO EM SEGUIDA PARA SUA RESIDENCIA. A VITIMA AFIRMA QUE NO DIA SEGUINTE RESOLVEU PROCURAR O HOSPITAL REGIONAL EMILIA CAMARA, PARA CUIDAR DOS FERIMENTOS CAUSADOS PELO ACIDENTE. ACRESCENTE-SE QUE A VITIMA NAO POSSUI CNH OU PPD PARA CONDUZIR O VEICULO EM QUESTAO. SENDO ESTES OS FATOS DIGNOS DE REGISTRO.

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

*Edivaldo Beserra de Sousa*  
**EDIVALDO BESERRA DE SOUSA**  
 (VITIMA)

B.O. registrado por: **ANTONIO CARLOS MARANHÃO** - Matrícula: **272923-7**



FD-35 (Rev. 3-8-59)

NOTIFICADO

Tratamiento

CD = R<sub>2</sub> de ordine

② Volumen  $f_{\text{sy}} - m$

© Descombes 7/1/1982

© peso anular

Висо-миліт

### Impressão Diagnóstica


① TCE

NOTRE DAME


Licença Concedida

Dr. Ademir Euzébio Neri  
Médico  
225-1658



 Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco <b>HOSPITAL</b> <b>Getúlio Vargas</b>		NOME DA UNIDADE: <b>HOSPITAL GETÚLIO VARGAS</b> CGC Nº: <b>10.572.048/0005-51</b> <b>(03 vias)</b>	
<b>LAUDO PARA EMISSÃO DE AIH</b>		SENHA:	
CARTÃO SUS: <b>36119126806 00001</b>		NOME DO PACIENTE: <b>Edinaldo Bezerra Sampaio</b>	
DATA DE NASCIMENTO: <b>23/05/1981</b>	SEXO: <b>M</b>	Nº DO REGISTRO: <b>886532</b>	
NOME DA MÃE: <b>Maria de Fátima Bezerra Sampaio</b>			
ENDEREÇO:			
Nº:	BLOCO:	APT:	BAIRRO:
MUNICÍPIO:		UF:	CEP:
<b>Aparecida de Imbuí</b>		<b>PE</b>	
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>			
HISTÓRIA CLÍNICA: <b>Paciente com história de acidente vascular cerebral há mais de 6 dias, cursando com sequelas motoras.</b>			
EXAME FÍSICO: <b>LOBs normais, insuflados, apicais normais, pulmões livres.</b>			
PRINCIPAIS RESULTADOS DOS EXAMES COMPLEMENTARES:			
<b>Exame físico e exames de imagem</b>			
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: <b>Infarto do miocárdio</b>			
PROCEDIMENTO SOLICITADO: <b>Exame de imagem de</b>		CÓDIGO:	
<b>Exame</b>		CARATER DA INTERNAÇÃO:	
DESCRIÇÃO DA CLÍNICA/ESPECIALIDADE: <b>E CTBNE</b>		<b>Urgência</b>	
DATA: <b>23/05/15</b>		DATA:	
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE DA INTERNAÇÃO		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO AUTORIZADOR	
<b>PARA USO DAS UNIDADES PÚBLICAS</b>			
<b>AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO EM UNIDADE COMPLEMENTAR</b>			
NOME DA UNIDADE:			
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELA ENCAMINHAMENTO		DATA DO ENCAMINHAMENTO	



 Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco <b>HOSPITAL</b> <b>Getúlio Vargas</b>		NOME DA UNIDADE: <b>HOSPITAL GETÚLIO VARGAS</b> CGC Nº: <b>10.572.048/0006-51</b> <b>(03 vias)</b>	
<b>LAUDO PARA EMISSÃO DE AIH</b>		<b>SENHA:</b>	
CARTÃO SUS:			
NOME DO PACIENTE:			
DATA DE NASCIMENTO:	SEXO:	Nº DO REGISTRO:	
NOME DA MÃE:			
ENDEREÇO:			
Nº:	BLOCO:	APT:	BAIRRO:
MUNICÍPIO:		UF:	CEP:
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>			
HISTÓRIA CLÍNICA:			
EXAME FÍSICO:			
PRINCIPAIS RESULTADOS DOS EXAMES COMPLEMENTARES:			
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:			
PROCEDIMENTO SOLICITADO		CÓDIGO	
DESCRIÇÃO DA CLÍNICA/ESPECIALIDADE		CARACTER DA INTERNAÇÃO	
DATA:		DATA:	
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE DA INTERNAÇÃO		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO AUTORIZADOR	
<b>PARA USO DAS UNIDADES PÚBLICAS</b> <b>AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO EM UNIDADE COMPLEMENTAR</b>			
NOME DA UNIDADE:			
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO		DATA DO ENCAMINHAMENTO	





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL  
Getúlio Vargas



\*27536  
275362

Paciente: EDIVALDO BEZERRA DE SOUZA  
Prontuário.: 996532  
Leito.....: C3-03  
Idade.....:  
Impresso: 11:22:43 imp : RENILTON

Pedido.: 275362  
Data.....: 24/09/2015  
Procedência.: HOSPITAL

Exames solicitados: HEMO,

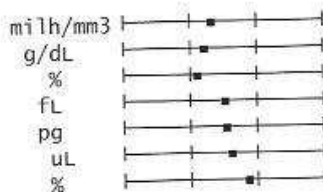
## HEMOGRAMA COMPLETO

Data da Coleta: 24/09/2015

Método Automatizado

### ERITROGRAMA

HEMACIAS.....: 4.73  
HEMOGLOBINA.....: 14.3  
HEMATOCRITO.....: 42.1  
V.C.M.....: 89.0  
H.C.M.....: 30.2  
C.H.C.M.....: 34.0  
R.D.W.....: 14.4



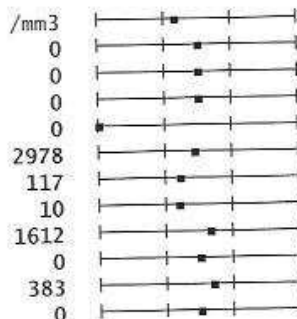
Homens | Mulheres | CRIANÇA

4.30-5.70	3.90-5.00	3.80-5.50
13.5-17.5	12.0-15.5	12.0-16.0
41.0-53.0	34.9-44.5	35.0-45.0
80.0-98.0	80.0-98.0	84.0-99.0
26.0-34.0	26.0-34.0	26.0-32.0
31.0-36.0	31.0-36.0	31.0-36.0
11.5-14.9	11.5-14.9	12.3-13.9

NORMOCÍTICAS, NORMOCRÔMICA

### LEUCOGRAMA

LEUCOCITOS.....: 5.100  
PROMIELOCITOS.....  
MIELOCITOS.....  
METAMIELOCITOS.....  
BASTONETES.....  
NEUTROFILOS.....: 58.4  
EOSINOFILOS.....: 2.3  
BASOFILOS.....: 0.2  
LINFOCITOS TÍPICOS.....: 31.6  
LINFOCITOS ATÍPICOS.....  
MONOCITOS.....: 7.5  
PLASMOCITOS.....  
BLASTOS.....



Relativo %	Absoluto	/mm
	4.000 - 11.000	
0.0 - 0.0	0 - 0	
0.0 - 0.0	0 - 0	
0.0 - 0.0	0 - 0	
3.0 - 6.0	120 - 660	
47.0 - 73.0	1.880 - 8.000	
1.0 - 7.0	50 - 700	
0.0 - 1.0	0 - 190	
25.0 - 35.0	1.000 - 3850	
0.0 - 0.0		
4.0 - 9.0	100 - 990	
0.0 - 0.0	0 - 0	
0.0 - 0.0	0 - 0	

LEUCOCITOS CONSERVADOS

PLAQUETAS.....: 217.000 /mm3



140.000 - 450.000

Dr. Renilton B. A. de Moura  
Biomédico  
CRBM 6611







Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL  
Getúlio Vargas



Paciente: EDIVALDO BEZERRA DE SOUZA  
Prontuário.: 996532  
Leito....: C3-03  
Idade....:  
Impresso: 11:41:54 imp : ANDREA

Pedido.: 275362  
Data.....: 24/09/2015  
Procedência.: HOSPITAL

Exames solicitados: TPAC.

TEMPO DE PROTROMBINA

Data da Coleta: 24/09/2015

TEMPO DE PROTROMBINA..:	12,90	seg	13.8 Segundos
ATIVIDADE ENZIMÁTICA..:	108	%	70 - 130
I.N.R.....:	0,97		< 1.3

  
Dra. Andréa Pontes  
Farmacêutica Bioquímica  
CRF 1967



Secretaria de Saúde - Recife - Pernambuco  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



### FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 536251

Nome: Edinaldo Gomes da Silva


Foi atendido às 21:42 hs. do dia 18/08/13

Diagnóstico Provável: Paciente com história de  
acidente automobilístico com lesão de  
medula cervical  
no C5

Tratamento Realizado: Exame de imagem no Hospital Geral  
de Vargas para avaliação de lesão

Observação: O paciente deve ser acompanhado  
em ambulância para exames

Cópia de: \_\_\_\_\_

  
Médico - CRM Nº \_\_\_\_\_

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação do médico do Ministério Público do Estado de Pernambuco.



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
**HOSPITAL**  
**Getúlio Vargas**

**ATESTADO MÉDICO**

ATESTO que o (a) Sr.(a) EDVALDO  
BOSSAVAL DE SOUZA  
 necessita de 15  
 ( Quinze ) dias de  
 afastamento do trabalho, a partir desta data por motivo  
 de doença.  
 CID: S02.4

HGV  
 HOSPITAL OU AMBULATÓRIO

RECIBO 01/10/13  
 LOCALIDADE E DATA

Dr. Danilo Araújo  
 Cirurgia e Traumatologia  
 Buco-Maxilo-Facial  
 Residente HGV - CRO/PE 9937

Assinatura do Médico - CRM nº

NOTA: Este atestado é válido para finalidades  
 previstas no Art. 86 do RGPS aprovado pelo Decreto  
 nº60.501 de 14/03/1967 e será expedido para  
 justificativa de 01 a 15 dias de afastamento do  
 trabalho.

Avenida General San Martin s/n - Cordero  
 Recife/PE - CEP 50.630-000  
 Fone: 0XX 81 31845600  
 HGV 1017 V 1 2013







ENFERMAGEM - SAE  
HISTÓRICO

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_:\_\_\_\_

NOME	IDADE	RELIGIÃO
ENDEREÇO	LEITO	PESO
Nº DE FILHOS	ALTURA	SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
PROCELENCIA		BARREIRA LINGÜÍSTICA <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM
<input type="checkbox"/> NEUROLÓGICO		ALERGIAS
ACOMPANHANTE? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM		GRAU PARENTESCO
EXATUL RODAS <input type="checkbox"/> MAGA		OUTROS

DATA DO PROCEDIMENTO	INSTITUIÇÃO
----------------------	-------------

HÁBITOS PESSOAIS

<input type="checkbox"/> SIM	PRÓTESE DENTÁRIA	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM
<input type="checkbox"/> SIM		<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM
<input type="checkbox"/> SIM		<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM
<input type="checkbox"/> SIM		<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM
<input type="checkbox"/> SIM	TIPO		
<input type="checkbox"/> SIM	LOCAL		
<input type="checkbox"/> SIM	LOCAL		
<input type="checkbox"/> SIM	QUAL?		

ANTECEDENTES CLÍNICOS

FAMILIARES (ESPECIFICAR PARENTESCO)	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

ENFERMEIRO(A) COREN





Hospital Getúlio  
Vargas

Nome:	Edvaldo Beserra de Sousa	REG:	996532
-------	--------------------------	------	--------

**LAUDO MÉDICO**

Declaro para os devidos fins e de direito que o Sr supracitado deu entrada neste nosocômio através da admissão no dia 23 de Setembro de 2015 com história de acidente motociclístico (SIC), diagnosticado com a patologia de **CID: S02.4** necessitando de procedimento cirúrgico sob anestesia geral. Foi submetido ao tratamento cirúrgico de correção da fratura no dia 30 de Setembro de 2015, com alta da BMF no dia 01/10/2015.

O mesmo ainda se encontra em acompanhamento ambulatorial.

Dr<sup>a</sup>. Daniella Araújo  
Cirurgia e Traumatologia  
Buco-Maxilo-Facial  
Residente HGV - CRO/PE 9937

Dr<sup>a</sup> Daniella Araújo  
CRO/PE-9937







Serviços de seguros

CADASTRO  
DE PROCESSOVISUALIZAR  
PROCESSOCADASTROS  
GERAISARQUIVO  
MORTOHELENITA SIQUEIRA | [alterar senha](#) | [institucional](#) | [sa](#)

## VISUALIZAR PROCESSO

Processo da: &lt;MATRIZ - CURITIBA&gt;

[Voltar](#)

## PROCESSO

Número do Sinistro: 3150/951174 (TOTAL)

Vítima: EDIVALDO BESERRA DE SOUSA

Filial: MATRIZ - CURITIBA

Data Cadastro: 04/11/2015

Garantia: INVALIDEZ

Data Sinistro: 17/09/2015

Data Recepção: 04/11/2015

Analista: CLAUDIA

Categoria: 09 - MOTO

Seguradora: Capemisa Vida e Previdência

Situação: DOC. PENDENTE

## CORRETORA

Nome: HELENITA SIQUEIRA

Responsável: HELENITA/ TANIA

## PROCURADOR

Nome: HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA

Email:

Telefone:

CPF: 589.391.134-20

Celular:

## ENVIO À SEGURADORA LÍDER

## BENEFICIÁRIOS / PAGAMENTOS

Data Pagto	Data Rateio	Beneficiário - CPF/CNPJ	Valor Indenização	Valor Pleitado	Diferença	Dados Bancários
		EDIVALDO BESERRA DE SOUSA 038.755.384-39	0,00	0,00	0,00	1   237 / _2542_ / _____133523/_

## DOCUMENTOS

Data Solicitação	Data Recepção	Descrição
12/11/2015		Adendo ao Boletim de Ocorrência nº 15 E 257 001 329 em original ou cópia autenticada, informando claramente o proprietário da motocicleta, visto que o recepcionado não informa.
12/11/2015		Declaração do Proprietário do Veículo COM FIRMA RECONHECIDA POR AUTENTICIDADE, haja visto que o documento ora recepcionado se encontra sem reconhecimento de firma.
12/11/2015		Obs.: DUT e declaração do proprietário recepcionado, divergem no proprietário da motocicleta.
	11/03/2016	RECEPCIONADO DOCUMENTAÇÃO COMPLEMENTAR - DOC E PROC ENC P/ ANALISE.
15/03/2016		Adendo ao Boletim de Ocorrência nº 15 E 257 001 329 em original ou cópia autenticada, informando claramente o proprietário da motocicleta, visto que o recepcionado não informa.
15/03/2016		Declaração do Proprietário do Veículo COM FIRMA RECONHECIDA POR AUTENTICIDADE, haja visto que o documento ora recepcionado se encontra sem reconhecimento de firma.
15/03/2016		Obs.: DUT e declaração do proprietário recepcionado, divergem no proprietário da motocicleta.
	23/05/2016	RECEPCIONADO BOLETIM DE OCORRÊNCIA - DOC E PROC ENC P/ ANALISE.
02/06/2016		Declaração do Proprietário do Veículo COM FIRMA RECONHECIDA POR AUTENTICIDADE, haja visto que o documento ora recepcionado se encontra sem reconhecimento de firma.
02/06/2016		Obs.: DUT e declaração do proprietário recepcionado, divergem no proprietário da motocicleta.

## GLOSA OU RELATÓRIO

05/07/2016 11:30



Assinado eletronicamente por: Roselane Maria Barbosa da Silva - 19/10/2019 10:46:19

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101910461896400000051802911>

Número do documento: 19101910461896400000051802911



ASSINATURA DO PORTADOR

Edição 1 de 19 de 2019

Número 00059

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO

MINISTÉRIO DO TRABALHO



Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho. Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada, para evitar maiores desgraças. Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição. Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "curiosos" e "entendidos" corram para o agravamento de sua lesão. Se você não é eletricitista, não se meta a fazer serviços de eletricidade. Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais. As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve respeitá-las. Atenda às recomendações dos Membros da CIPA e de seus mestres e chefes. Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha. Converse e discuta no trabalho predispondo a acidentes pela desatenção. Leia e releia sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes. Os andis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho. Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares. Pare a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la. Hábitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço. Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.

## ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE

(Com relação nome, est. civil e data nasc.)

9

Nome .....  
Doc. ....  
Nome .....  
Doc. ....  
Nome .....  
Doc. ....  
Est. Civil .....  
Doc. ....  
Est. Civil .....  
Doc. ....  
Nascimento .....  
Doc. ....

## QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome .....  
Lec. Nasc. .....  
Filiação .....  
Doc. n.º .....  
Chegada ao Brasil em .....  
Exp. em .....  
Obs. ....  
Data Emissão .....  
Assinatura do Funcionário .....  
DRT .....  
Estado .....  
Doc. Ident. n.º .....  
ESTRANGEIROS

**CONTRATO DE TRABALHO**

Empresa **MARIO JOSE DA SILVA**  
 CNPJ: 03703946407  
 End.: PROJ MARIA TEREZA, AREA C 21, LOTE 52  
 CEP: 56302-970 Cidade: PETROLINA PE  
 Esp. do estabelecimento: AGRICULTURA  
 Cargo: TRABALHADOR RURAL CBO 622505  
 Data admissão: 14/05/2013  
 Registro nº 1 Folha: 2  
 Remuneração especificada: 700,00 --//--  
 ( Setecentos Reais

*Mario Jose da Silva*  
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º ..... 2º .....  
 Data saída ..... de ..... de 19.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º ..... 2º .....  
 Com. Dispensa CD Nº.....

**CONTRATO DE TRABALHO**

15

Empregador .....  
 CGC/MF .....  
 Rua ..... Nº .....  
 Município ..... Est. ....  
 Esp. do estabelecimento .....  
 Cargo ..... CBO nº .....  
 Data admissão ..... de ..... de 19.....  
 Registro nº ..... Fls./Ficha .....  
 Remuneração especificada .....  
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º ..... 2º .....  
 Data saída ..... de ..... de 19.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º ..... 2º .....  
 Com. Dispensa CD Nº.....

Com. Dispensa CD Nº.....

1º ..... 2º .....  
 Data saída ..... de ..... de 19.....  
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.  
 1º ..... 2º .....  
 Com. Dispensa CD Nº.....

**CONTRATO DE TRABALHO**

10 228 787/0001-05

EMPREGADOR: MMJM EMPREITEIRA DE MÃO DE OBRA LTDA ME  
 CGC/MF: 08.043.888/0001-11  
 Rua: AV. AMANDIO CABRAL, 1292 Nº 1  
 Município: CENTRO - CEP 89247-008, SC  
 Esp. do estabelecimento: AGRICULTURA  
 Cargo: Ajudante  
 CBO nº: 842010  
 Data admissão: 24 de Setembro de 19 2012  
 Registro nº: 09  
 Fls./Ficha: 09  
 Remuneração especificada: 920,00 reais  
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Com. Dispensa CD Nº.....

1º ..... 2º .....  
 Data saída ..... de ..... de 19.....  
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.  
 1º ..... 2º .....  
 Com. Dispensa CD Nº.....

**CONTRATO DE TRABALHO**

12

EMPREGADOR: Luciene Moraes de Lima  
 CGC/MF: 97.330.033/0001-95  
 Rua: Lote C21-30 Núcleo C21  
 Município: CEP 56302-970-Petrolina-PE  
 Esp. do estabelecimento: AGRICULTURA  
 Cargo: Ajudante  
 CBO nº: 842010  
 Data admissão: 01 de Abril de 19 2012  
 Registro nº: 09  
 Fls./Ficha: 09  
 Remuneração especificada: 812,00 reais  
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.



