



Sena & Papariello  
ADVOGADOS

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Davi José do Amaral  
RG 5.664.152 CPF 043.383.514-69 PROFISSÃO pedreiro  
ESTADOCIVIL casado ENDEREÇO Rua Nova do  
Pacheco nº 63 Sincipina Jaboatão dos Guararapes  
EMAIL leiaethallymonmamedel@outlook.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 judícia*”, 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 referencia 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, 15 de abril de 2019.  
Local e Data

Davi José do Amaral  
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, Davi José do Amaral  
\_\_\_\_\_, brasileiro(a) portador do RG: 5.664.152 e  
CPF: 041.383.514-69, 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, 11 de abril de 2019.

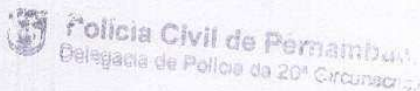
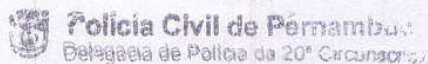
Local e Data

x Davi José do Amaral

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  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 020ª CIRCUNSCRIÇÃO - JABOATÃO DOS GUARARAPES -  
DP20ªCIRC DIM/6ªDESEC

BOLETIM DE Ocorrência Nº. **19E0110000064**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **04/01/2019** às **15:47**

Complementado pelo BO Número: **19E0110000554**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados)** que aconteceu no dia **12/12/2018** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA GOVERNADOR AGAMENON MAGALHAES, 01** - Bairro: **CAVALEIRO - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

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

TERCEIRO (AUTOR / AGENTE)  
CLEVERTON PIRES DO AMARAL (OUTRO)  
DAVI JOSE DO AMARAL (VÍTIMA)

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

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): TERCEIRO  
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): DAVI JOSE DO AMARAL

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

**DAVI JOSE DO AMARAL (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA LUIZA DA SILVA** Pai: **ABINER JOSE DO AMARAL** Data de Nascimento: **22/5/1980** Naturalidade: **JABOATÃO DOS GUARARAPES / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5664152/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Telefones Celulares: **- 983096972**

Endereço Residencial: **RUA NOVA DO PACHECO, 63 - CEP: 55000-000 - Bairro: PACHECO - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

**CLEVERTON PIRES DO AMARAL (não presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

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

**MOTOCICLETA (VEÍCULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DAVI JOSE DO AMARAL**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DAVI JOSE DO AMARAL**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**



Placa: **KJE4733** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

**MOTOCICLETA 2 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **TERCEIRO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **TERCEIRO**

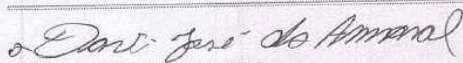
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

**ALEGA A VITIMA QUE ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA QUANDO OUTRA MOTOCICLETA O ATINGIU E A VITIMA FOI AO CHÃO. ALEGA QUE FOI SOCORRIDO POR UM TAXISTA E LEVADO A UPA DO CURADO E LOGO APOS AO HOSPITAL DON HELDER COM FRATURA DO DEDO DO PE ESQUERDO.**

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

  
**DAVI JOSE DO AMARAL**  
**(VITIMA)**

B.O. registrado por:  **ANTONIO ALBERTO BORGES BIVAR** - Matrícula: **221047-9**

 **Polícia Civil de Pernambuco**  
Delegacia de Polícia da 20ª Circunscrição

Laboreatório ...





Jaboatão

Jaboatão

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
PÓLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 020ª CIRCUNSCRIÇÃO - JABOATÃO DOS GUARARAPES -  
DP20ªCIRC DIM/6ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0110000554**Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **15/02/2019** às **12:06**Complementa o BO Número: **19E0110000064**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **12/12/2018** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA GOVERNADOR AGAMENON MAGALHAES, 1** - Bairro: **CAVALEIRO - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

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

TERCEIRO (AUTOR \ AGENTE)  
CLEVERTON HUGO PIRES DO AMARAL (OUTRO)  
DAVI JOSE DO AMARAL (VÍTIMA)

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

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): TERCEIRO  
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): DAVI JOSE DO AMARAL

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

**DAVI JOSE DO AMARAL (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA LUIZA DA SILVA** Pai: **ABINER JOSE DO AMARAL** Data de Nascimento: **22/5/1980** Naturalidade: **JABOATÃO DOS GUARARAPES / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5664152/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU INCOMPLETO** Telefones Celulares: **- 983096972**

Endereço Residencial: **RUA NOVA DO PACHECO, 63 - CEP: 55000-000 - Bairro: PACHECO - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

**CLEVERTON HUGO PIRES DO AMARAL (não presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **CLEVERTON HUGO PIRES DO AMARAL**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DAVI JOSE DO AMARAL**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**



Placa: **KJE4733** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Descrição: **MOTOCICLETA HONDA /CG 150TITAN, PRETA, PLACA KJE 4733-PE, A MESMA PERENÇA A DAVI JOSE DO AMARAL , A MESMA ESTAR EM NOME DE CLEVERTON HUGO PIRES DO AMARAL.**

**MOTOCICLETA 2 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **TERCEIRO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **TERCEIRO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

#### Complemento / Observação

**ALEGA A VITIMA QUE ESTAVA PILOTANDO A SUA MOTOCICLETA QUANDO OUTRA MOTOCICLETA O ATINGIU E A VITIMA FOI AO CHAO. ALEGA QUE FOI SOCORRIDO POR UM TAXISTA E LEVADO A UPA DO CURADO E LOGO APOS AO HOSPITAL DON HELDER COM FRATURA DO DEDO DO PE ESQUERDO.**

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

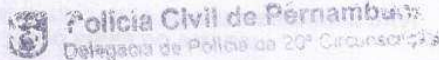
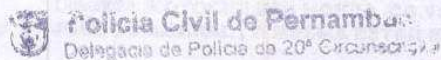
  
**DAVI JOSE DO AMARAL**  
**(VITIMA)**

B.O. registrado por:  **MARIO PEREIRA DA SILVA** - Matrícula: **1200844**

 **Polícia Civil de Pernambuco**  
Departamento de Polícia de 2ª Circunscrição

**Jaboa**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 020ª CIRCUNSCRIÇÃO - JABOATÃO DOS GUARARAPES -  
DP20ªCIRC DIM/6ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0110000554**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **15/02/2019** às **12:06**

Complementa o BO Número: **19E0110000064**  
Complementado pelo BO Número: **19E0110000693**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados)** que aconteceu no dia **12/12/2018** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA GOVERNADOR AGAMENON MAGALHAES, 1** - Bairro: **CAVALEIRO - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

TERCEIRO (AUTOR / AGENTE)  
CLEVERTON HUGO PIRES DO AMARAL (OUTRO)  
DAVI JOSE DO AMARAL (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): TERCEIRO  
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): DAVI JOSE DO AMARAL

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

**DAVI JOSE DO AMARAL (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA LUIZA DA SILVA** Pai: **ABINER JOSE DO AMARAL** Data de Nascimento: **22/5/1980** Naturalidade: **JABOATÃO DOS GUARARAPES / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5664152/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Telefones Celulares: **- 983096972**

Endereço Residencial: **RUA NOVA DO PACHECO, 63 - CEP: 55000-000 - Bairro: PACHECO - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

**CLEVERTON HUGO PIRES DO AMARAL (não presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

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

**MOTOCICLETA (VEÍCULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **CLEVERTON HUGO PIRES DO AMARAL**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DAVI JOSE DO AMARAL**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**



Placa: **KJE4733** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Descrição: **MOTOCICLETA HONDA /CG 150TITAN, PRETA, PLACA KJE 4733-PE, A MESMA PERENÇA A DAVI JOSE DO AMARAL , A MESMA ESTAR EM NOME DE CLEVERTON HUGO PIRES DO AMARAL.**


**MOTOCICLETA 2 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **TERCEIRO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **TERCEIRO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

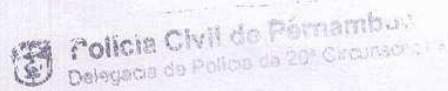
Complemento / Observação

**ALEGA A VITIMA QUE ESTAVA PILOTANDO A SUA MOTOCICLETA QUANDO OUTRA MOTOCICLETA O ATINGIU E A VITIMA FOI AO CHAO. ALEGA QUE FOI SOCORRIDO POR UM TAXISTA E LEVADO A UPA DO CURADO E LOGO APOS AO HOSPITAL DON HELDER COM FRATURA DO DEDO DO PE ESQUERDO.**

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

  
**DAVI JOSE DO AMARAL**  
**(VITIMA)**

B.O. registrado por: **MARIO PEREIRA DA SILVA** - Matrícula: **1200844**

  
Polícia Civil de Pernambuco  
Delegacia de Polícia da 20ª Circunscrição

Jaboticão



## SINISTRO 3190159315 - Resultado de consulta por beneficiário

---

**VÍTIMA** DAVI JOSE DO AMARAL

**COBERTURA** Invalidez

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

**BENEFICIÁRIO** DAVI JOSE DO AMARAL

**CPF/CNPJ:** 04138351469

### Posição em 11-04-2019 14:59:28

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
29/03/2019	R\$ 675,00	R\$ 0,00	R\$ 675,00





Nome: DAVI JOSE DO AMARAL

Nº registro: 714245

Dt. Nasc.: 22/05/80 - 38 ano (s)

Sexo: Masculino Mãe: MARIA LUIZA DA SILVA Fone: 81983096952

Endereço: RUA NOVA DO PACHECO, nº 63, SUCUPIRA, JABOATÃO DOS GUARARA - PE

Data/hora: 12/12/2018 - 18:26

Nº pág.: 1/1

## GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA

### HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA EM PE ESQ

### EXAME FÍSICO:

Peso:

Altura:

IMC: ()

Temperatura: °

PA: x mmHg

HGT: mg/dL

### CONDUTA:

TRANSFERÊNCIA PARA CIRURGIA DE URGÊNCIA

### Exames Complementares/Resultados:

FRATURAS 5PDE EXPOSTA

### HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S92 - Fratura do pé (exceto do tornozelo) | Nota

### DADOS DA TRANSFERÊNCIA:

Transferência encaminhado para: HOSP. DOM HELDER

Motivo: Tratamento Cirúrgico

Senha: 5575466

Especialidade: ORTOPEDIA

Prioridade de Remoção:

André Palitot  
Ortopedia

André Palitot  
Ortopedia

**Dr. ANDRE ALENCAR BARBOSA PALITOT**  
**CRM : 16457**

Rua Leonardo da Vinci, 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: ANDRE ALENCAR BARBOSA PALITOT. CRM: 16457. Data e Hora: 12/12/2018 18:27:25.

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





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 472970  
Usuário do Atendimento: DAYENESS

Data e Hora do Atendimento: 13/12/2018 15:45  
Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: DAVI JOSE DO AMARAL

Prontuário: 111833

Nome da Mãe: MARIA LUIZA DA SILVA

Nome do Pai: ABINER JOSE DO AMARAL

Data do Nascimento: 22/05/1980

Idade: 38 anos Sexo: MASCULINO

Estado Civil: CASADO

RG: 5664152

SDS PE Data Emissão:

CPF: 04138351469

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade:

Escolaridade: FUNDAMENTAL 5A A 8A COMPLETO

Carteira Nacional SUS:

Ocupação Habitual: PEDREIRO

Endereço: RUA NOVA DO PACHECO

63

SUCUPIRA

Cidade: JABOATAO DOS GUARARAPES

PE

CEP: 54280675

Fone: 988023357

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: UPA CURADO

Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: SALA VERDE/AMARELA - TRAUMA

Leito: 403-01

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL DOM HELDER CAMARA, bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Cabo de Santo Agostinho, 13/12/2018

Assinatura e R.G. do Responsável: \_\_\_\_\_

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Procedimento: \_\_\_\_\_

Alta em: 14/12/18

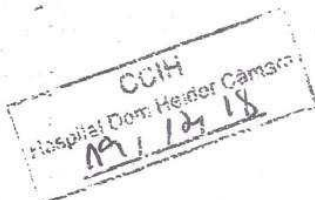
Hora: 12:00

Médico e C.R.M.: \_\_\_\_\_

Responsável pela retirada do paciente - Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura e R.G.: \_\_\_\_\_

Dr. Bruno Mattro  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 17726



HCM-Hospital Dom Helder Câmara  
Médico F. Gomes  
Assinatura  
Sala de Atendimento

Assinatura  
Faturamento / SANE  
19 DEZ 2018





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 472961

Senha da Classificação:

0035

Data e Hora: 13/12/2018 15:34

Paciente: 111833 DAVI JOSE DO AMARAL

Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 22/05/1980 Idade: 38 anos

Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG

Nome da Mãe: MARIA LUIZA DA SILVA

Nome do Pai: ABINER JOSE DO AMARAL

Estado Civil: CASADO

Nome do Médico: REINALDO MENDES DE CARVALHO

CRM: 14861

Endereço: RUA NOVA DO PACHECO

63

Bairro: SUCUPIRA

Cidade/UF: JABOATÃO DOS GUARARAPES PE

Usuário Atendimento: SANDRACA

RG (Identidade): 5664152

SDS PE

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física): 04138351469

Fone: 988023357

Cartão SUS:

Data de Emissão CRN: 13/12/2018

### RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

#### Queixa Principal

Doi com dor no sumo com fustar  
Exposto com peço A+D+E

#### Exame Físico

24h do ocorrido  
Fragor: Hiper pulso UPS local

#### Impressão Diagnóstica

Fração com 5i PDE.

#### Conduta Terapêutica

No Bloco

#### Prescrição Médica

1 Captolema 2g A+D+E

Dr. Bruno  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM/PE 25052

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

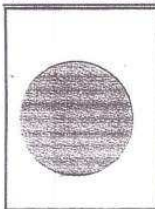


# HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 13/12/2018 15:16



Nome Paciente: DAVI JOSE DO AMARAL  
Cód. Paciente:  
Data de Nascimento: 22/05/1980  
Sexo: Masculino  
Idade: 38  
Senha: 0035  
Convênio:  
Atendimento:  
SAME:

Período: 13/12/2018 15:25 - 13/12/2018 15:30

IONEIDE CANDIDO DE ALENCAR - COREN: 398356 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

URGÊNCIA AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

PCT PROVENIENTE DA UPA DO CURADO II. SENHA: 5575466. COM RELATO DE DOR EM PE ESQ. APOS COLISAO MOTO X MOTO.  
HD: FRAT. EM 5 PDE EXPOSTA

Observação:

NEGA HAS, DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA

Exatograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- FERIMENTO SEM SANGRAMENTO ATIVO

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- PAD: 70.00 MMHG

- PAS: 110.00 MMHG

Acolhido(a) por: IONEIDE CANDIDO DE ALENCAR - COREN: 398356 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 13/12/2018 15:30

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



### HISTÓRIA CLÍNICA

Identificação

Nome: Dacilene de Amor Registro: \_\_\_\_\_ Nº Atendimento: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_ Acompanhante: ( ) Sim - ( ) Não  
Clínica: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_

Queixa Principal e Duração:

RT com po sem um  
um dor no MIE

História da Doença Atual:

RT com po sem um  
dor no MIE após acutal  
do modo HA + 24h.

Interrogatório Sintomatológica:

Do o limon





SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE  
HOSPITAL DOM HELDER CÂMERA  
ADMISSÃO  
DATA: 13/12/18 HORA: 19:30



HISTÓRICO

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Dona Jora do Amor Registro: 111833 Clínica: 426  
Enfermaria: 423 Leito: 1 Diagnóstico: FS - PDC

2. QUEIXAS PRINCIPAIS

3. ANTECEDENTES PESSOAIS

( ) Alergias Quais: ( ) Tabagismo ( ) Etilismo ( ) Cardiopatia ( ) Diabetes ( ) HAS  
( ) Epilepsia ( ) Depressão ( ) Câncer ( ) Doenças pulmonar ( ) Cirurgias Anteriores Quais:

EXAME FÍSICO

4. ESTADO GERAL

ESTADO GERAL: ( ) Bom ( ) Regular ( ) Grave

5. INTEGRIDADE DA PELE

( ) Normocorado ( ) Hipocorado ( ) Acianótico ( ) Cianótico ( ) Anictérico ( ) Ictérico ( ) Pele fria ( ) Pele úmida ( ) Reações Alérgicas  
( ) EDEMAS ( ) Face ( ) Pálpebra ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Anasarca  
( ) LESÃO POR PRESSÃO LOCAL:

6. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ( ) Consciente ( ) Inconsciente ( ) Orientado ( ) Desorientado ( ) Torporoso ( ) Sedado  
PUPILAS: ( ) Normais ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) Estrabismo ( ) Midríase ( ) Miose ( ) Fotorreagente

7. ESTADO EMOCIONAL

ESTADO EMOCIONAL: ( ) Cooperativo ( ) Choro ( ) Irritado ( ) Sonolento ( ) Ansioso ( ) Agitado

8. SINAIS VITAIS

( ) Afebril ( ) Febril T. AXILAR = °C FR \_\_\_\_\_ IPM Sat O2 = \_\_\_\_\_ ( ) Eupneico ( ) Dispneico ( ) Traqueostomia ( ) Intubado  
MURMÚRIOS VESICULARES: ( ) Presentes ( ) Ausentes ( ) Diminuídos RUIDOS ADVENTÍCIOS: ( ) Roncos ( ) Sibilos ( ) Crepítantes FC \_\_\_\_\_ bpm  
A: \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ mmHg PULSO: ( ) Filiforme ( ) Chelo ( ) Rítmico ( ) Ausente ACESSO VENOSO: ( ) Periférico Local: \_\_\_\_\_  
( ) Central Local: \_\_\_\_\_

9. SISTEMA GASTROINTESTINAL

DIETA: ( ) VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) GTT ABDOME: ( ) Flácido ( ) Tenso ( ) Distendido ( ) Globoso ( ) Doloroso ( ) Plano  
( ) Ascítico ( ) Gravidico EVACUAÇÃO: ( ) Normal ( ) Constipação ( ) Flatos ( ) Diarréia Nº evacuações \_\_\_\_\_ Aspecto: ( ) Normal ( ) Mucoso  
( ) Líquida ( ) Melena ( ) Odor fétido ( ) Odor Característico ( ) ÊMESE Aspecto: ( ) Hematêmase ( ) Com resíduo alimentar

10. SISTEMA GENITOURINÁRIO

DIURESE: ( ) Presente Aspecto: \_\_\_\_\_ ( ) Ausente ( ) Espontânea ( ) SVD ( ) SVA ( ) Cistostomia ( ) Irrigação ( ) Anúria  
( ) Disúria ( ) Hematúria ( ) Oligúria ( ) Polaciúria

11. SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

MOBILIDADE: ( ) Ativa ( ) Passiva MOVIMENTO CONSERVADO: ( ) Sim ( ) Não FORÇA MOTORA: ( ) Sim ( ) Não ( ) PARESIA Local: \_\_\_\_\_  
( ) AMPUTACÃO Local: \_\_\_\_\_ ( ) GESSO Local: \_\_\_\_\_ ( ) TALA GESSADA Local: \_\_\_\_\_  
Outros: \_\_\_\_\_

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica  
FC- Frequência Cardíaca  
SNG- Sonda Nasogástrica

MMSS- Membros Superiores  
VO- Via Oral  
SNE- Sonda Nasoenteral

MMII- Membros Inferiores  
SVD- Sonda vesical de demora  
VAS- Via Aérea Superior

FR- Frequência respiratória  
SVA- Sonda vesical de alívio  
GTT- Gastrostomia



Aviso de Cirurgia : 39121

Sala : 0004

SALA 04

Paciente : 111833

DAVI JOSE DO AMARAL

Atendimento : 472970

Convênio Atend. : 1

SUS - INTERNACAO

Carteira :

Leito : 619

LEITO 18

Idade : 38 Anos

Dt. Início : 13/12/2018 18:20

Dt. Fim : 13/12/2018 18:54

Cid Pré-Operatório :

Cid Pós-Operatório :

Procedimento: 0408050470

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS PODODACTILOS (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: 42

LOCAL

CIRURGIAO

13526 HOMERO RODRIGUES SILVA NETO

**Descrição Cirúrgica :**

HD: FRATURA EXPOSTA DE 5 PDE  
CD: LIMPEZA CIRURGICO + PASSAGEM FIO KIRSCHNER

**DESCRIÇÃO CIRÚRGICA**

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL EM MESA CIRÚRGICA
  2. ASSEPSIA + ANTI-SEPSIA MSD
  3. APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS
  4. DESBRIDAMENTO DE FERIDA
  5. LAVAGEM COPIOSA COM SF 0,9 % + PASSAGEM DE FIO K 1.5
- SUTURA  
CURATIVO

**Achados Cirúrgicos:**

**Descrição Complementar**



Dr. Luciano L. Cunha Jr.  
Especialista - Traumatologia  
CRM: 25.888

DR(A) : HOMERO RODRIGUES SILVA NETO  
CRM : 13526

13/12/2018  
Sistema Lipo  
Faturamento / 13/12/18

HOSPITAL METROPOLITANO SUL - DOM HELDER CAMARA



 <b>SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE</b> <b>BLOCO CIRÚRGICO</b>		 <b>GESTÃO</b> <b>IMIP</b> <b>HOSPITALAR</b>	
Nome: <u>David Jose do Amaral</u>		Registro: <u>111883</u>	Leito: _____
Procedimento Cirúrgico: <u>POI Ho. e. an. final 5º</u>		Data: <u>13/11/18</u>	Hora: _____
DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS	
1. Ansiedade	<input type="checkbox"/> Encorajar verbalização dos sentimentos e medos		
	<input type="checkbox"/> Proporcionar apoio emocional		
	<input type="checkbox"/> Dar informação ao paciente e familiares		
	<input type="checkbox"/> Outros		
2. Ventilação prejudicada ( )	<input type="checkbox"/> Manter decúbito elevado		
	<input type="checkbox"/> Aspirar vias aéreas superiores de ___/___ h		
	<input type="checkbox"/> Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz		
	<input type="checkbox"/> Manter o paciente em posição de fowler		
3. Padrão de eliminação urinária	<input type="checkbox"/> Anotar horário/valor de queda da saturação, FC e FR		
	<input type="checkbox"/> Instalar ( ) manter ( ) Anotar oximetria de pulso		
	<input type="checkbox"/> Outros		
	<input type="checkbox"/> Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de ___/___ h		
( ) Diminuído ( ) Aumentado	<input type="checkbox"/> Estimular eliminação por meios físicos (ligar torneira, compressas frias no abdômen)		
	<input type="checkbox"/> Colocar o paciente em posição de Fowler		
	<input type="checkbox"/> Orientar o aumento da ingestão hídrica		
	<input type="checkbox"/> Registrar-se: ( ) Dor ao urinar ( ) Abaulamento em região suprapúbica ( ) Ausência de diurese espontânea		
4. Dor <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Outros		
	<input checked="" type="checkbox"/> Verificar qual posição adequada do paciente no pós anestésico		
	<input checked="" type="checkbox"/> Avaliar a localização e a intensidade da dor		
	<input checked="" type="checkbox"/> Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação		
Local: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Identificar fatores desencadeantes da dor		
	<input checked="" type="checkbox"/> Registrar características e intensidade da dor		
	<input type="checkbox"/> Outros		
	<input checked="" type="checkbox"/> Descrever características da lesão		
5. Integridade tissular prejudicada <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Realizar curativo de <u>24/24</u> h		
	<input type="checkbox"/> Realizar mudança de decúbito de ___/___ h		
	<input type="checkbox"/> Medir decúbito de dreno de ___/___ h		
	<input type="checkbox"/> Manter curativo oclusivo por ___ h		
6. Sangramento ( )	<input type="checkbox"/> Outros		
	<input type="checkbox"/> Aferir pressão arterial de ___/___ h		
	<input type="checkbox"/> Manter decúbito: _____		
	<input type="checkbox"/> Realizar curativo compressivo		
Local: _____	<input type="checkbox"/> Outros		
	<input type="checkbox"/> Pinçar dreno ao transportar paciente		
	<input type="checkbox"/> Avaliar mobilização do dreno (fracionado)		
	<input type="checkbox"/> Manter repouso no leito em posição: _____		
7. Imobilidade no leito prejudicada ( )	<input type="checkbox"/> Outros		



## IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

### 1. Identificação

Nome: Davi José do Amaral Data: 13/12/18 Registro: 111.833  
Convênio: SUS Leito: 403-01 Hora: 17:30

### 2. Equipe médica:

Cirurgião: Dr. Romero 1º auxiliar: Dr. Luciano  
Anestesista: Dr. G. Mendes Instrumentador: Rafaela  
Circulante: Willya

INSTRUMENTAL	VALIDADE	INDICADOR
Mapa capote	blue → black IFG 13.12.18 02 13.12.18 03 ↑ STEAM ↓	blue → black 32 blue → black 32 ↑ STEAM ↓
Bx. Menor ortopedia	blue → black FS 13.12.18 02 13.12.18 02 ↑ STEAM ↓	blue → black NS 13.12.18 02 13.12.18 02 ↑ STEAM ↓
Faixa crepe		
Ricardinho		
Fio K. 1,5 mm		
Motor Broca	MOTOR BROCA C/C HDH UNIPSTER LOTE: 03.000.528 EST: 10/12/2018 VAL: 10/12/2019 78947627 PLASMA P.H RESP TÉCNICO RICARDO LEITE COREN: 342.739	



PACIENTE: <u>Dani Sere do Amaral</u>				DATA: <u>12/12/18</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Romero</u>				RG: <u>111.833</u>
ANESTESISTA: <u>Dr. O. Mendes</u>				AUXILIAR: <u>Dr. Luciano</u>
CIRURGIA: <u>Trat. Externa do 5º PDE</u>				ANESTESIA: <u>Local</u>
ESTRUMENTADOR: <u>Rafaela</u>				COORDENAÇÃO DO BLOCO: <u>Ruana</u>
CIRCULANTE: <u>Rafaela</u>				COREN: <u></u>
ENFERMEIRA: <u>Rafaela</u>				HORARIO INICIAL: <u>18:20</u> HORARIO FINAL: <u>18:35</u>
DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA <u>04</u>				DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA <u>04</u>

AGULHAS			
13X4,5	25X7	25X8	40X12
CARDIOPLEGICA	STIMUPLEX	RAQUI 25	RAQUI 27
ATADURAS			
CREPE 10CM	CREPE 15CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM
GESSADA 10CM	GESSADA 15CM	GESSADA 20CM	
CANULAS			
TRAQUEOST 7,0	TRAQUEOST 7,5	TRAQUEOST 8,0	TRAQUEOST 8,5
TRAQUEOST 9,0			
CATETER			
NASAL	CENTRAL PVC	EPIDURAL 16	SUBCLAVIA 16
PERIDURAL 17	JELCO 18	JELCO 16	JELCO 18
JELCO 20	JELCO 22	JELCO 24	
LIMPADORES			
CLIP 100	CLIP 200	CLIP 300	CLIP 400
CURATIVOS			
ADAPTIC	KERLIX	PURILON	TELA MARLEX
EQUIPOS			
BOMBA	BOMBA FOTO	P/SANGUE	P/SORO MACRO
EXTENSORES			
20CM	40CM	60CM	120CM
LAMINAS			
BISTURI 11	BISTURI 12	BISTURI 15	BISTURI 20
BISTURI 22	BISTURI 24	DERMATOMO 6	
LUVAS			
LUVA 7,0	LUVA 7,5	LUVA 8,0	LUVA 8,5
SERINGAS			
1ML	3ML	5ML	10ML
20ML	60ML	60ML CATETER	
AVENTAL CIRUR	B5. COLOSTOMIA	COMPRESSAS	CAPA P/ VIDEO
COLET. ABERTO	COLET. FECHADO	CONEXÃO 2VIAS	CONEXÃO 4VIAS
ELETRODOS	FILTRO UMIDIF.	GAZES	GELFOAN
KIT CIRURGICO	LATEX	TORNEIRA 3VIAS	PRESERV. URINA
SCALP 21	SCALP 23	TRANSOFIX	TRANS. PRESSAO

DRENOS			
KHER 8	KHER 10	KHER 12	KHER 14
KHER 18	SUCÇÃO 3,2	SUCÇÃO 4,8	SUCÇÃO 6,4
BLAKER 19FR	BLAKER 24FR	TORAX 20	TORAX 26
TORAX 28	TORAX 30	TORAX 32	TORAX 36
SONDAS			
ENTERAL 10	ENTERAL 12		
ASPIRAÇÃO 10	ENDOTRAQ. 2,0	ENDOTRAQ. 2,5	ENDOTRAQ. 3,0
ENDOTRAQ. 3,5	ENDOTRAQ. 4,0	ENDOTRAQ. 4,5	ENDOTRAQ. 5,0
ENDOTRAQ. 5,5	ENDOTRAQ. 6,0	ENDOTRAQ. 6,5	ENDOTRAQ. 7,0
ENDOTRAQ. 7,5	ENDOTRAQ. 8,0	ENDOTRAQ. 8,5	ENDOTRAQ. 9,0
FOLEY 3VIAS 14	FOLEY 3VIAS 16	FOLEY 3VIAS 18	FOLEY 3VIAS 20
FOLEY 2VIAS 06	FOLEY 2VIAS 08	FOLEY 2VIAS 10	FOLEY 2VIAS 12
FOLEY 2VIAS 14	FOLEY 2VIAS 16	FOLEY 2VIAS 18	FOLEY 2VIAS 20
NASO 10	NASO 12	NASO 14	NASO 16
NASO 18	NASO 20	NASO 22	URETRAL 4
URETRAL 6	URETRAL 8	URETRAL 10	URETRAL 12
URETRAL 14	URETRAL 16	URETRAL 18	URETRAL 20
FIOS CIRÚRGICOS			
ALGODÃO 0	ALGODÃO 2-0	ALGODÃO 3-0	FITA CARDIACA
CROMADO 0	CROMADO 1	CROMADO 2-0	CROMADO 3-0
CROMADO 4-0	SIMPLES 2-0	SIMPLES 3-0	SIMPLES 4-0
SIMPLES 5-0	NYLON 2-0	NYLON 3-0	NYLON 4-0
NYLON 5-0	NYLON 6-0	NYLON 8-0	NYLON 9-0
NYLON 10-0	POLIESTER 2	POLIESTER 2-0	POLIESTER 3-0
POLIESTER 4-0	POLIESTER 5	PROLENE 0	PROLENE 2
PROLENE 2-0	PROLENE 3-0	PROLENE 4-0	PROLENE 5-0
VICRYL 0	VICRYL 1	VICRYL 2-0	VICRYL 3-0
VICRYL 4-0	CERA P/OSSE	MARCAPASSO	VALVEKIT
SEDA 2-0	SEDA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0
SURGIGEL 5X75	AÇO 1	ACO 4	ACO 6

CÓD. 38407





Hospital Metropolitano Sul Dom Helder Câmara  
IMIP Hospitalar  
CNPJ: 09.039.744/0008-60

Fundação Professor Martiniano Fernandes  
IMIP HOSPITALAR  
CNPJ: 09.039.744/0001-94

## HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

### CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

FUND. MARTINIANO FERNANDES

Registro: 111833

Nome: DAVI JOSE DO AMARAL

Mãe: MARIA LUIZA DA SILVA

End.: RUA NOVA DO PACHECC

Enferm.: LEITO 18

Atendimento: 472970

Leito: 619

Dt. Cad: 13/12/2018

Dt. Nasc: 22/05/1980

Bairro: SUCUPIRA

Cidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES

CNS:

### ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

- ☒ Confirmação sobre o paciente
- ☒ Identificação do paciente
  - ☒ Local da cirurgia a ser feita
  - ☒ Procedimento a ser realizado
  - ☒ Consentimento informado realizado

- ☒ Sítio cirúrgico do lado correto / ou não se aplica
- ☒ Checagem do equipamento anestésico
- ☒ Oxímetro de pulso instalado e funcionando

O paciente tem alguma alergia?

☐ Não

☐ Sim

Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?

☒ Não

☐ Sim e há equipamento disponível

Há risco de perda sanguínea > 500ml (7mL/kg em crianças)?

☒ Não

☐ Sim e há equipamento disponível

### ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

- ☐ Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões
- ☐ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem verbalmente confirmam
- ☒ Identificação do paciente
  - ☒ Local da cirurgia a ser feita
  - ☒ Procedimento a ser realizado

Antecipação de eventos críticos:

- ☐ Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia? **NÃO**
- Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? **± 1h**

- ☐ Revisão do anestesista: Há alguma preocupação em relação ao paciente? **NÃO**

- ☐ Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico? **Sim**

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

☐ Sim

☐ Não se aplica

Exames de imagem estão disponíveis?

☒ Sim **Rx**

☐ Não se aplica

### ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

- ☐ Nome do procedimento realizado **Hx. crur. frnt. se PDE**
- ☐ A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta (ou não se aplica) **sim**
- ☐ Biópsias estão identificadas com o nome do paciente **N/A**
- ☐ Houve algum problema com equipamentos que devem ser resolvido **NÃO**
- ☐ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica desse paciente **Sim**

19 DEZ 2018  
IMIP Hospitalar  
Sistema Lys  
Faturamento / SAME  
[Assinatura]



**EVOLUÇÃO CLÍNICA**

Nome: Davi José de Amorim Registro: 111833

Clínica: Ortopedia Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Data/Hora	
13/12/14	# Ortopedia Ret. supra do Bloco
14/12/14	# Ortopedia
7:00	Ret. para cirurgia de emergência Hospital em transporte Ambulatório EG4 / ASA / 16h tempo

Dr. Bruno Brito  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 16595





## Atestado Médico

Paciente: DAVI JOSE DO AMARAL

Atesto para os devidos fins que o(a) paciente acima nominado(a) foi atendido(a) neste serviço no dia 13/11/2018.

Necessitando de 15 ( quinze) dias de afastamento de suas atividades laborais e/ou escolares.

CID 10

Dr. Bruno Brito  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/PE 26553

A Resolução nº 1.858/2002 do Conselho Federal de Medicina, em seu artigo 5º, estabelece:

“Os médicos somente podem fornecer atestados com diagnóstico codificado ou não quando, por justa causa, exercido de dever legal, solicitação do próprio paciente ou de seu representante legal.

Parágrafo único. No caso da solicitação de diagnóstico, codificado ou não, ser feita pelo próprio paciente ou seu representante legal, esta concordância deverá estar expressa no atestado.”

Portanto, o médico não está obrigado a colocar o diagnóstico ou CID-10 no atestado médico, salvo pelas razões supracitadas

## Fisioterapia

Paciente: DAVI JOSE DO AMARAL

Data do atendimento:

Solicito 20 (vinte) sessões de fisioterapia

FRATURA EXPOSTA EM 5 PDE

Dr. Bruno Brito  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/PE 26553

Cabo de Santo Agostinho, 14 de dezembro de 2018

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome Completo: LUCIANO LEITE DA CUNHA JR	
CRM, UF: PE Nº 25608	
Endereço: Hosp. Dom Helder Câmara, Rodovia BR 101 Sul-KM 95, CEP 54.510-000 Cabo de Santo Agostinho – PE	
Fone: (81) 3183.0000	
14/12/2018	

1ª VIA FARMÁCIA  
2ª VIA PACIENTE

Paciente: **DAVI JOSE DO AMARAL**  
Endereço:

Prescrição:

- 1) USADOR DIP ..... 01g – 01 caixa  
Tomar 01 comprimido via oral de 6/6h quanto tiver dor.
- 2) CEFALOXINA 500MG ..... 01 CX  
TOMAR 01 CP DE 6/6H POR 7 DIAS

OPCIONAL PARA DOR MUITO FORTE:  
3) NOVOTRAM ..... (50mg) – 01 caixa

Tomar um comprimido via oral de 8/8horas se a dor for muito forte

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome.....	
Ident.....Org. Emissor.....	
End.....	
Cidade.....UF.....	
Telefone.....	
ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA: ____/____/____	

Dr. Bruno Daltro  
Ortopedia Traumatologia  
CRM PE 25608

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome Completo: LUCIANO LEITE DA CUNHA JR	
CRM, UF: PE Nº 25608	
Endereço: Hosp. Dom Helder Câmara, Rodovia BR 101 Sul-KM 95, CEP 54.510-000 Cabo de Santo Agostinho – PE	
Fone: (81) 3183.0000	
14/12/2018	

1ª VIA FARMÁCIA  
2ª VIA PACIENTE

Paciente: **DAVI JOSE DO AMARAL**  
Endereço:

Prescrição:

- 1) USADOR DIP ..... 01g – 01 caixa  
Tomar 01 comprimido via oral de 6/6h quanto tiver dor.
- 2) CEFALOXINA 500MG ..... 01 CX  
TOMAR 01 CP DE 6/6H POR 7 DIAS

OPCIONAL PARA DOR MUITO FORTE:  
3) NOVOTRAM (50mg) ..... – 01 caixa

Tomar um comprimido via oral de 8/8horas se a dor for muito forte

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome.....	
Ident.....Org. Emissor.....	
End.....	
Cidade.....UF.....	
Telefone.....	
ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA: ____/____/____	

Dr. Bruno Daltro  
Ortopedia Traumatologia  
CRM PE 25608



## LAUDO MÉDICO

Data do Atendimento: 23/01/19

Nº PRONTUÁRIO: 111833

NOME DO PACIENTE: Davison de Almeida

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Aten. brevidade de DPPE

CID:

S92

OBS.:

Nº DIAS: 15 15  
15

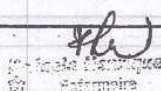
AFASTAMENTO DO TRABALHO

Assinatura do Médico  
Carimbo  
Dr. Eduardo de Queiroz  
CRM - 145082  
RECIFE



DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
8. Desidratação ( )	<input type="checkbox"/> Registrar frequência, volume e aspecto da diurese a cada ____ h <input type="checkbox"/> Avaliar e registrar umidade de mucosas <input type="checkbox"/> Registrar a existência de distúrbios de eliminação urinária <input type="checkbox"/> Registrar turgor e elasticidade da pele <input type="checkbox"/> Outros	
9. Êmese ( ) Náusea ( )	<input type="checkbox"/> Registrar aspecto e quantidade de episódios <input type="checkbox"/> Manter decúbito lateral ou semi-fowler com a cabeça lateralizada <input type="checkbox"/> Verificar posicionamento da SNG/SNE <input type="checkbox"/> Outros	
10. Temperatura Corporal ( ) Diminuída ( ) Elevada	<input type="checkbox"/> Aferir temperatura de ____ / ____ h / Comunicar se estiver abaixo de 35°C ou acima de 37°C <input type="checkbox"/> Em caso de hipotermia aquecer o paciente com cobertor ou manta térmica <input type="checkbox"/> Em caso de hipertermia retirar cobertor e avaliar a temperatura do ambiente <input type="checkbox"/> Outros	
11. Choque hipovolêmico (✓)	<input checked="" type="checkbox"/> Aferir sinais vitais a cada 6/6 h. <input type="checkbox"/> Avaliar coloração e umidade da pele <input type="checkbox"/> Avaliar e comunicar sinais de sangramento em F.O verificar sinais como: ( ) Taquicardia; ( ) Palidez cutânea; ( ) Pulso irregular; ( ) Pele fria; ( ) Perda de consciência. <input type="checkbox"/> Outros	
12. Risco para infecção (✓)	<input type="checkbox"/> Identificar procedimentos invasivos logo após sua realização <input checked="" type="checkbox"/> Registrar e anotar sinais flogísticos Local: <u>AVP</u> <input type="checkbox"/> Examinar F.O e registrar alteração de ( ) dor; ( ) Calor; ( ) rubor; ( ) edema. <input type="checkbox"/> Outros	
13.	<input type="checkbox"/> Outros	

SNG - Sonda Nasogástrica	PA - Pressão Arterial	FC: Frequência Cardíaca
SNE - Sonda Naso enteral	HGT - Hemoglicoteste	AVP - Acesso Venoso Periférico

 Enfermeira CURRÍCULO Nº 346.127	ENFERMEIRO(A) - N -	TEC. EM ENFERMAGEM - D -	TEC. EM ENFERMAGEM - N -
---	---------------------	--------------------------	--------------------------

ASSINATURA E CARIMBO

ASSINATURA E CARIMBO



ESCALA DE BRADEN - Avaliação de Risco para Lesões					Resultado
Descrição	1	2	3	4	
PERCEPÇÃO SENSORIAL	Totalmente Limitado	Muito Limitado	Levemente Limitado	Nenhuma Limitação	( ) Sem Risco
UMIDADE	Completamente Molhado	Muito Molhado	Ocasionalmente Molhado	Raramente Molhado	18-20 pontos
ATIVIDADE	Acamado	Confinado a cadeira	Anda Ocasionalmente	Anda Frequentemente	( - ) Risco Moderado
MOBILIDADE	Totalmente Imóvel	Bastante Limitado	Levemente Limitado	Não apresenta Limitações	12-17 pontos
NUTRIÇÃO	Muito pobre	Provavelmente Inadequado	Adequado	Excelente	( / ) Alto Risco
FRICÇÃO CISSALHAMENTO	Problema	Problema em Potencial	Nenhum Problema		6-11 pontos

Escala de Morse para Prevenção de Quedas			
	CATEGORIA	SIM/NÃO	SCORE
1	Histórico de queda (há no Máximo 3 meses)	Não	0
		Sim	25
2	Diagnóstico Secundário	Não	0
		Sim	15
3	Auxílio para Deambular		
	Sem auxílio/acamado/auxílio de enfermagem	Sim	0
	Muletas/Bengala/Andador	Sim	15
	Deambula segurando nos móveis	Sim	30
4	Acesso Venoso	Não	0
		Sim	20
5	Movimentação do Paciente / transferência		
	Normal/Repouso no leito	Sim	0
	Debilidade	Sim	10
	Prejudicada (restrito ao leito)	Sim	20
6	Estado Mental		
	Orientado para as próprias capacidades	Sim	0
	Superestima/esquece as próprias capacidades	Sim	15
Pontuação Total:			
Nível de Risco	SCORE	Ações	
Sem Risco	0 - 24	Intervenções de Prevenção Universal de Queda	
Baixo Risco	25 - 50	Intervenções para Queda	
Alto Risco	> 51	Intervenções de Prevenção para Alto Risco de Queda	

Hayre de Melo Santos  
 Enfermeira  
 COREN/PE: 440.585



Exame Físico:

*ECG/ASA/ck/ky*

Antecedentes Pessoais:

*[Handwritten signature]*

Medicações em Uso

*[Handwritten signature]*

Antecedentes Familiares:

*[Handwritten signature]*

Hipótese Diagnóstica Principal:

*Franco em SPDE*

Hipóteses Diagnósticas Secundárias:

*[Handwritten signature]*

Plano Terapêutico:

*Do Bloco*

Cabo de Santo Agostinho,

Assinatura e Carimbo

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES / PE  
Hospital Metropolitano Sul - Dom Hélder Câmara  
Rodovia BR 101 Sul - KM 95, CEP 54.510-000  
Cabo de Santo Agostinho - PE



MEDICAMENTOS DA SALA CIRURGICA

DESCRIÇÃO MEDICAMENTO USADO EM SALA	QUANTIDADE	DESCRIÇÃO MEDICAMENTO USADO EM SALA	QUANTIDADE
ÁGUA BIDESTILADA C/10ML	1	METRONIDAZOL 5MG/100ML	
ÁGUA BIDESTILADA C/500ML		MIDAZOLAM 5MG/3ML	
ALFENTANIL 0,5MG/5ML		MILRINONA 1MG/20ML (PRIMACOR)	
ATRACURIM 25MG/2,5ML		MORFINA 0,2MG/1ML	
ATROPINA 0,25 MG/1ML		MORFINA 10MG/1ML	
BICARBONATO DE SÓDIO 8,4% C/10ML		MORFINA 1MG/2ML	
BICARBONATO DE SÓDIO 8,4% C/250ML		NALOXONA 0,4MG/1ML	
BUPIVACAÍNA C/ADRENALINA 0,5% C/20ML		NEOMICINA + BACITRACINA POMADA	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA 0,5% C/4ML		NEOSTIGMINA 0,5MG/1ML	
BUPIVACAÍNA PESADA 0,5% C/4ML		NIPRIDE 25MG/2ML	
BUPIVACAÍNA S/ADRENALINA 0,5% C/20ML		NORADRENALINA 4MG/4ML	
CEFALOTINA 1G IV/IM		OMEPRAZOL 40MG IV	
CEFAZOLINA 1G IV		ONDASETRONA 8MG/4ML	
CEFTRIAXONA 1G IV		PANCURONIO 2MG/2ML	
CETOPROFENO 100MG IV		PAPAVERINA 50MG/2ML	
CIPROFLOXACINA 200MG/100ML		PETIDINA 50MG/2ML	
CLONIDINA 150MCG/1ML		PROPOFOL 10MG/20ML	
CLONIDINA 150MCG/1ML		PROTAMINA 1% C/5ML	
CLORETO DE POTÁSSIO 10% C/10ML		REMIFENTANIL 2MG (ULTIVA)	
CLORETO DE SÓDIO 0,9% C/1000ML		RINGER C/LACTATO 500ML	1
CLORETO DE SÓDIO 0,9% C/100ML	1	RONCURONIO 50MG/5ML	
CLORETO DE SÓDIO 0,9% C/250ML		SEVOFLURANO 100ML	
CLORETO DE SÓDIO 0,9% C/500ML		SOLUÇÃO CARDIOPLÉGICA C/10ML	
DEXAMETAZONA 4MG/2,5ML		SULFATO DE MAGNÉSIO 50% C/10ML	
DEXTROCEAMINA 10ML (CETAMINA S+)		SULFENTANIL CITRATO 5MG/2ML	
DIAZEPAM 10MG/2ML		SUXAMETONIO 100MG	
DIFENIDRAMINA 50MG/1ML		TRAMADOL 50MG/1ML	
DIPIRONA 500MG/2ML		TRIGLICÉRIDES CADEIA (TCM) 200ML	
DOBUTAMINA 250MG/20ML		VITAMINA C 500MG/5ML	
DOPAMINA 50MG/10ML		VOLUVEN 6% C/500ML	
EPINEFRINA 1MG/1ML			
ETILEFRINA 10MG/1ML			
ETOMIDATO 2MG/10ML			
FENTANIL 0,0785MG/10ML			
FENTANIL 0,0785MG/2ML			
FLUMAZENIL 0,1MG/5ML			
FUROSEMIDA 10MG/2ML			
GENTAMICINA 80MG/2ML			
GLICOSE 10% C/500ML			
GILCOSE 5% C/500ML			
GLICOSE 50% C/10ML			
GLUCONATO DE CÁLCIO 10% C/10ML			
HEPARINA SÓDICA 5.000UI/ML C/5ML			
HIDROCORTISONA 500MG			
IPSILON 4G C/20ML			
LIDOCAÍNA 2% C/ADRENALINA C/20ML			
LIDOCAÍNA 2% S/ADRENALINA C/20ML	1		
LIDOCAÍNA 2% GEL			
MANITOL 20% C/250ML			
METARAMINOL 10MG (ARAMIN)			
METIL PREDNISOLONA 500MG			
METOCLOPRAMIDA 10MG/2ML			
METOPROLOL 5MG/5ML (SELOKEN)			

VALVET	MARCAPOSO	CERAPISO	VERVET
MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 3-0	SEDA 3-0	SEDA 3-0
ACC 8	ACC 4	ACC 1	BURDIGAL 3x3

TRANSOL	TRANSOL	TRANSOL	TRANSOL
TRANSOL	TRANSOL	TRANSOL	TRANSOL
TRANSOL	TRANSOL	TRANSOL	TRANSOL

1000 3438





HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA  
PACIENTE: Paulo José de Araújo  
REGISTRO: 111.833  
DATA: 13 / 12 / 13

②



# Fatura Mensal

(Pág.: 02/03)



BradesCard

Cartão 4282.67\*\*.\*.6012

DEBORA RAQUEL BARBOSA DA SILVA  
RUA NOVA DO PACHECO 83  
SUCUPIRA  
54280-675 JABOATAO DOS GUARARA PE



CARTÃO C&A VISA INTERNACIONAL  
Vencimento 16/02/2019  
Previsão para fechamento da próxima fatura é dia 02/03

## Central de Atendimento BradesCard

REG. METROPOLITANAS E PRINCIPAIS CAPITAIS 4004-0127  
OUTRAS LOCALIDADES 0800-7010127

Limites de Créditos			
Compras R\$ 850,00	Saque R\$ 40,00	Parcelado R\$ 0,00	
Juros Remuneratórios	% a.m.	% a.a.	CET a.a.
Crédito rotativo	13,50%	357,04%	385,32%
Parcelado rede	7,99%	151,54%	187,08%
Parcelado loja	7,90%	149,03%	184,43%
Retirada/saque (1)	17,90%	621,38%	686,16%
Parcelamento da fatura	12,90%	328,87%	355,42%
(1) Será cobrada tarifa de até R\$ 18,00 por operação.			
* Multa	2,00% a.m.		
* Juros de mora	1,00% pro rata		
Taxa máxima de juros para a próxima fatura 13,90% * CET ao ano 406,22%			
* Serviços com incidência de IOF Adicional (0,38%) e IOF Diário (0,0082%).			

Saldo Anterior (R\$)	Crédito e Pagamento	Débitos	Total Nacional	TOTAL DESTA FATURA	PAGAMENTO MÍNIMO	PARCELAMENTO DA FATURA 18X
532,51	-	882,30	951,88	621,89	R\$ 107,00	R\$ 80,07
Saldo Internacional (US\$)	Cotação Dólar	Data da Cotação (US\$)	Total Internacional			
0,00	*	0,00	0,00	R\$ 621,89	10/42G	

Data	Descrição	Crédito	Débito
16/01	Saldo Anterior		532,51

## Movimentações Nacionais em Reais (R\$)

DEBORA R B SILVA N° 4282.67**.*.6012			
03/09	ANUIDADE DIFERENCIADA TITULAR	06/12	15,99
17/11	LOJAS AMERICANAS 1375 RECIFE	03/03	63,26
23/12	WAL MODAS Recife	02/02	25,00
23/12	ZAP ZAP RECIFE	02/05	23,00
24/12	CHARME INTIMO Paudalho	02/03	46,86
24/12	SHALON MODAS JABOATAO D	02/02	47,50
14/01	PAGAMENTO RECEBIDO - OBRIGADO		532,55
14/01	PAG* SandraMariaSilvaC JABOATAO D	01/05	85,95
14/01	PAG* SandraMariaSilvaC JABOATAO D	01/05	85,95
14/01	PAG* SandraMariaSilvaC JABOATAO D	01/05	85,95
14/01	ESTORNO COMPRA REDE		263,80
14/01	PAG* SandraMariaSilvaC JABOATAO D	02/05	85,95
14/01	PAG* SandraMariaSilvaC JABOATAO D	03/05	85,95
14/01	PAG* SandraMariaSilvaC JABOATAO D	04/05	85,95
14/01	PAG* SandraMariaSilvaC JABOATAO D	05/05	85,95
18/01	MERCADINHO ECONOMICO JABOATAO D		23,87
20/01	FRIGODAN JABOATAO D		32,50
20/01	EDILSON FRANCISCO DE O JABOATAO D		17,00
20/01	PAG* VeraPescados JABOATAO D		29,00
20/01	PAG* Duasirmas JABOATAO D		85,00
21/01	BAR DA GALEGA RECIFE		27,50

Juros da(s) Parcela(s) de Compra	R\$ 0,00
Juros da(s) Parcela(s) de Saque	R\$ 0,00
Juros da Fatura Parcelada/Parcelado Fácil	R\$ 0,00

Em caso de pagamento inferior ao valor total, haverá cobrança de encargos do crédito rotativo apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o pago. No caso de pagamento mínimo, no próximo mês serão cobrados encargos contratuais de até R\$ 71,56. Se já optou pelo rotativo no mês anterior e o pagamento desta fatura for inferior ao total, o saldo remanescente poderá ser parcelado em até 24 vezes. Dívidas, contate a Central de Atendimento. Operações financeiras geram cobrança de impostos (inclusive IOF).



Bradesco

237-2

23794.15009 90133.574534 63000.224509 7 00000000000000

Nome do Pagador/CNPJ/CPF/Endereço					
DEBORA RAQUEL BARBOSA DA SILVA /110.518.914-60					
/RUA NOVA DO PACHECO 83 /SUCUPIRA /JABOATAO DOS GUARARA -PE/54280-675					
Sacador/Avalista					
Nosso Número	Nº do Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	(-) Valor Pago	
01335745363	00094889	16/02/2019	R\$ 621,89		
Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF/Endereço					
BANCO BRADESCARD S.A. 04.184.779/0001-01 /Alameda Rio Negro, 585 - Alphaville - Barueri - SP.					
Agência/Código do Beneficiário					
4150/0002245-4					
Autenticação Mecânica					

SAC: 0800 730 5030 / SAC Deficiente Auditivo: 0800 722 0099 / Ouvidoria BradesCard: 0800 722 2073



Bradesco

237-2

23794.15009 90133.574534 63000.224509 7 00000000000000

Local de Pagamento						Data de Vencimento	
TODA A REDE BANCARIA OU NAS LOJAS C&A						16/02/2019	
Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF/Endereço						Agência/Código do Beneficiário	
BANCO BRADESCARD S.A. 04.184.779/0001-01 /Alameda Rio Negro, 585 - Alphaville - Barueri - SP.						4150/0002245-4	
Data do Documento	Nº do Documento	Especie DOC	Acerto	Data Processamento	Nosso Número		
16/02/2019	00094889	RECIBO	N	04/02/2019	01335745363		
Uso do Banco	Carteira	Especie	Quantidade	xValor	(-) Valor do Documento		
244	09	RS			R\$ 621,89		
Informações de responsabilidade do beneficiário						(-) Desconto/Abatimento	
PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NAS LOJAS C&A OU EM QUALQUER AGENCIA BANCARIA. OS ENCARGOS PROVENIENTES DE PAGAMENTO ROTATIVO OU DE ATRASO, SERAO COBRADOS NA PROXIMA FATURA.						*****	
SR CAIXA: RECEBER ATÉ 03/03/2019. APOS ESTA DATA, PAGAVEL SOMENTE NAS LOJAS C&A OU AGENCIAS DO BANCO BRADESCO.						(+/-) Juros/Multa	
						*****	
						(-) Valor Pago	
Nome do Pagador/CNPJ/CPF/Endereço/Cidade/UF/CEP							
DEBORA RAQUEL BARBOSA DA SILVA /110.518.914-60/RUA NOVA DO PACHECO 83 /SUCUPIRA /JABOATAO DOS GUARARA -PE/54280-675							
Sacador/Avalista/CNPJ/CPF							
23797000000000000004150090133574536300022450						Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação	



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TÍTULO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME  
**DAVI JOSE DO AMARAL**

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF  
**5664152 SDS PE**

CPF  
**041.383.514-69**

DATA NASCIMENTO  
**22/05/1980**

FILIAÇÃO  
**ABINER JOSE DO AMARAL**  
**MARIA LUIZA DA SILVA**

PERMISSÃO  
**A**

Nº REGISTRO  
**06923836927**

VALIDADE  
**01/12/2021**

1ª HABILITAÇÃO  
**27/09/2017**

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR  
*DAVI JOSE DO AMARAL*

LOCAL  
**JABOATÃO DOS GUARARAPES, PE**

DATA EMISSÃO  
**19/11/2018**

ASSINATURA DO EMISSOR  
*Charles Andrews Sousa Ribeiro*  
Diretor Presidente

70166273307  
PER089226054

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1754089215

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1754089215



## CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

### DA IDENTIFICAÇÃO DAS PARTES:

Pelo Presente Instrumento Particular: <i>Davi José do Amaral</i>	
Nacionalidade: <i>brasileira</i>	Estado Civil: <i>casado</i>
RG: <i>5664.152</i> CPF: <i>041.383.514-69</i> Nasc.: <i>22/05/1980</i>	
Profissão: <i>pedreiro</i>	
Endereço: <i>Rua Nova do Pacheco nº63</i>	
Bairro: <i>Guapina</i>	CEP: <i>54280-675</i>
Município: <i>Jaboatão</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 Sérgio 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 Sérgio Gonçalves, nº 32, Salgadinho – Olinda/PE CEP: 53110-770  
Fones: 3241.4001 / 8876.5452

*x Davi José do Amaral*



**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, 11 de abril de 2019.

*Camilla Almeida Lopes Tavares*

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



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 "envelhidos" e "curiosos" corram para o agravamento de sua lesão.  
Se você não é electricista, não se meta a fazer serviços de electricidade.  
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 reflita sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.  
Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.  
Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.  
Fare a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.  
Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.  
Combata o manuseio dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.



MINISTÉRIO DO TRABALHO  
SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO  
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

44881 00063

Número ..... Série .....



*Don't Psi de moral*  
ASSINATURA DO PORTADOR



Nome Davi José do Amaral  
 Loc. Nasc. Flórida - RJ Est. 220580 Data 220580  
 Filiação Wagner José da Silva  
 Doc. n.º 20840 Flórida - RJ  
 ETRANGEIROS  
 Chegada ao Brasil em ..... Doc. Ident. n.º .....  
 Exp. em ..... Estado .....  
 Obs. ....  
 Data Emissão 260398 DRT Flórida - RJ  
 Assinatura do Funcionário  
 M.ª Cristina de S. L. Aschoff  
 Mat. 6031-0

[illegible]

## CONTRATO DE TRABALHO

Empregador **[09 175 628/0001-00]**  
 Insc Est **037178873**  
 CGC/MF **Polimetalica Estruturas Projetadas Ltda**  
 Rua **R. Humberto de Francis e Silva, Nº 100**  
 Município **Lote 10, Distrito Industrial**  
 Esp. do estabelecimento **Caruaru-PE**  
 Cargo **Redeiro**  
 CBO nº **715210**  
 Data admissão **13 de dezembro** de **2011**  
 Registro nº **487** Fls./Ficha.....  
 Remuneração especificada **R\$ 904,62**  
**(novecentos e quarenta e duas reais,**  
**sessenta e dois centavos)**  
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.  
 1º ..... 2º .....  
 Data saída **10 de fevereiro** de **2012**  
**POLIMETÁLICA ESTRUTURAS PROJETADAS LTDA**  
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.  
 1º ..... 2º .....  
 Com. Dispensa CD Nº.....

## CONTRATO DE TRABALHO

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.....

