

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ENTRE PARTES ABAIXO QUALIFICADAS, NOS TERMOS A SEGUIR ESTABELECIDOS.

Pelo presente instrumento particular de Prestação de Serviços, que entre si fazem, de um lado, como **CONTRATANTE**, e assim doravante identificado neste instrumento,

(a) **SOCIEDADE PERNAMBUCUA DE COMBATE AO CÂNCER – SPCC**, associação civil sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ sob o nº. 10.894.988/0008-00, com sede na Rua da Aurora, nº 1675, Boa Vista, Recife/PE, CEP 50040-090, gestora do **HOSPITAL PROVISÓRIO DO RECIFE**, neste ato representada por seu superintendente geral, Sr. Filipe Costa Leandro Bitu, brasileiro, casado, administrador de empresas, portador da cédula de identidade de RG nº nº 970291556-92 (SSP/CE), e inscrito no CPF sob o nº 770.732.313-00;

e, do outro lado, como **CONTRATADA**, e assim doravante identificada neste instrumento,

(b) **DOCTORS CENTER – ASSISTÊNCIA E SERVIÇOS MÉDICOS S/S**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 24.659.669/0001-58, com sede na Avenida Eusébio de Queiroz, nº 101, Sala 212, Parnamirim, Eusébio/CE, neste ato representado pelo sócio administrador Sr. Mário Márcio Albuquerque Oliveira, brasileiro, casado, médico, inscrito no CPF/MF sob o nº 845.525.273-49, com domicílio profissional no mesmo endereço anteriormente indicado;

tem entre si justo e contratado tudo o que a seguir livremente estabelecem, aceitam, reciprocamente outorgam e se obrigam a cumprir, por si, herdeiros e sucessores a qualquer título:

CLAUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. O objeto do presente Contrato consiste na prestação de serviços médicos de coordenação das UTIs, bem como de assessoria na área de gestão, na área de saúde (“Serviços”), pela **CONTRATADA**, à **CONTRATANTE**, no **HOSPITAL PROVISÓRIO DO RECIFE (UNIDADE AURORA)**, situado na Rua da Aurora, nº 1675, Boa Vista, Recife/PE, CEP. 50.040-090, doravante designado simplesmente como “HOSPITAL”, em conformidade as necessidades reclamadas por ela, **CONTRATANTE**, desde que dentro dos limites estabelecidos nos Atos Constitutivos da **CONTRATADA**, vigente na presente data.

1.1.1. A **CONTRATADA**, durante a consecução dos Serviços, escopo do presente contrato, manterá profissionais habilitados e especialistas para sua área de atuação, que, observando os protocolos técnicos científicos adotados pela **CONTRATANTE**, bem como,



suas regras e normas internas, agirão com autonomia e independência, sem qualquer subordinação à **CONTRATANTE**.

1.1.2. Os Serviços serão prestados no "HOSPITAL" ou nas dependências da **CONTRATANTE**, em seus setores administrativo, ambulatorial e hospitalar, e serão voltados à gestão hospitalar e ao atendimento exclusivo aos pacientes suspeitos ou diagnosticados com o novo Coronavírus (Covid - 19/ Síndrome Respiratória Aguda Grave - SRAG) através de Cuidados Intensivos e Internação, em regime de demanda regulada pelo Município do Recife.

1.1.3. A **CONTRATADA** proverá tantos profissionais quantos forem necessários ao perfeito atendimento da demanda que lhe for apresentada, observando o quadro mínimo previsto no Anexo I (quadro de pessoal), às suas exclusivas expensas e responsabilidade, e devidamente capacitados para a complexidade das demandas que lhes serão submetidas.

1.1.4. A **CONTRATADA** manterá seus serviços disponíveis de modo a atender a necessidade da **CONTRATANTE**, devendo os dias e horários da prestação dos serviços ser informados pela **CONTRATANTE**, a depender do volume de demanda existente, certo que, caso haja necessidade de modificação do período de disponibilidade dos Serviços, a **CONTRATANTE** deverá comunicar à **CONTRATADA** com, pelo menos, uma semana de antecedência.

1.2. A **CONTRATADA** deverá, a cada atendimento ou procedimento realizado, providenciar o correto preenchimento das guias AIH – Autorização de Internação Hospitalar e/ou BPA – Boletim de Produção Ambulatorial, coletando, sempre que necessário, a assinatura do médico autorizador, profissional vinculado ao Serviço Único de Saúde – SUS.

1.2.1. Quando do preenchimento da AIH ou do BPA, deverá a **CONTRATADA** fazer constar, de forma clara, precisa e legível, todos os procedimentos realizados no paciente, bem como, todas as demais informações constantes das respectivas guias.

CLAUSULA SEGUNDA – DO PREÇO

2.1. O presente Contrato é ajustado por preço global conforme estipulado no ANEXO II – condições comerciais, a qual prevê, também, a forma de pagamento dos citados valores.

2.1.1. A **CONTRATADA**, de forma expressa, declara que a **CONTRATANTE** encontra-se vinculada aos regramentos estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde – SUS e, neste caso específico, à Secretaria de Saúde do Município do Recife e à dotação orçamentária prevista no Contrato de Gestão firmado entre a referida Secretaria e a **CONTRATANTE**, inclusive, no que diz respeito à necessidade de envio por ela, **CONTRATANTE**, ao SUS, dos documentos necessários ao repasse das verbas suficientes ao custeio dos Serviços, de modo que, caso haja qualquer irregularidade no



preenchimento dos documentos necessários à liberação de recursos cujo preenchimento seja de sua responsabilidade, que implique em perda de prazo para solicitação, de forma total ou parcial, dos recursos necessários ao pagamento dos **Serviços**, ou ainda, algum tipo de glosa, assumirá completa e integral responsabilidade pelo não repasse, à **CONTRATANTE**, das verbas correspondentes.

2.2. A **CONTRATANTE**, quando dos pagamentos a serem realizados à **CONTRATADA**, procederá com as retenções e recolhimentos de tributos, cuja responsabilidade a lei transfira para si. Na hipótese da **CONTRATANTE**, por qualquer razão, em qualquer momento, deixar de proceder com retenções determinadas por norma legal, a **CONTRATADA** obriga-se a noticiar tal fato à **CONTRATANTE**, de modo que seja feito o respectivo ajuste de contas, para fins de recolhimento do tributo.

2.3. Os valores devidos à **CONTRATADA** serão pagos através de depósito bancário, na forma disposta no Anexo II, que será deverá ser recebido pelo representante legal, no departamento financeiro da **CONTRATANTE**, salvo se pactuado de forma diversa pelas partes.

2.4. É expressamente vedada, sob qualquer hipótese, emissão e cessão, pela **CONTRATADA**, de títulos de créditos decorrentes dos **Serviços**, sendo vedada qualquer tipo de negociação de eventuais créditos decorrentes deste contrato, com terceiros.

CLAUSULA TERCEIRA – DO PRAZO DE VIGÊNCIA

3.1. O prazo de vigência deste contrato é de 06 (seis) meses, contados a partir da data da assinatura deste instrumento, podendo ser prorrogado de forma automática por igual período, salvo manifestação, por escrito, das partes com 10 (dez) dias de antecedência para o término da vigência.

3.2. O presente Contrato poderá ser rescindido, sem qualquer ônus para quaisquer das partes, a qualquer tempo, por iniciativa de qualquer das partes.

3.2.1. Na hipótese da denúncia ser oriunda da **CONTRATANTE**, deverá ela notificar a **CONTRATADA** com antecedência mínima de 10 (dez) dias; por outro lado, na hipótese da denúncia ser oriunda da **CONTRATADA**, deverá ela notificar a **CONTRATANTE** e, dada a essencialidade dos serviços prestados, observará uma antecedência mínima de 30 (trinta) dias, sem prejuízo, em qualquer das hipóteses, do pagamento dos serviços prestados até então pela **CONTRATADA**.



CLAUSULA QUARTA – DA NÃO EXCLUSIVIDADE

4.1. As partes celebram o presente instrumento sem caráter de exclusividade.

4.2. Obriga-se ainda, a **CONTRATADA**, a apresentar à **CONTRATANTE**, declarações acompanhadas de documentos fiscais, que atestem a prestação de serviços para outras entidades médicas.

CLAUSULA QUINTA – DA FISCALIZAÇÃO

5.1. Os Serviços prestados pela **CONTRATADA** serão avaliados pela Diretoria da **CONTRATANTE** ou sob delegação desta, que funcionará como órgão fiscalizador.

5.2. A **CONTRATADA** proporcionará, durante toda a execução dos serviços, condições necessárias à fiscalização da **CONTRATANTE** e, no que não diga respeito à atuação técnica científica, observará e cumprirá as orientações da **CONTRATANTE**, principalmente no que diga respeito à rotina administrativa de trabalho, voltada à proporcionar um maior bem estar dos pacientes.

5.3. A existência do órgão fiscalizador, não isenta ou reduz a responsabilidade da **CONTRATADA** pelos Serviços prestados, de modo que manter-se-á a **CONTRATADA** integralmente, responsável por todo e qualquer ato ou omissão decorrente dos seus Serviços.

CLAUSULA SEXTA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

6.1. Obriga-se a **CONTRATANTE** a:

6.1.1. Fornecer previamente à **CONTRATADA** todas as normas internas, técnicas ou administrativas que deverão orientar a prestação dos Serviços.

6.1.2. Manter a **CONTRATADA** informada sobre quaisquer decisões de caráter gerencial, técnico ou administrativa, que, de alguma forma, possa afetar a operacionalização dos Serviços.

6.1.3. Garantir instalações adequadas e condições técnicas e de materiais condizentes com a prestação dos Serviços, obedecendo e mantendo a constante adequação às normas da Vigilância Sanitária.

6.1.4. Notificar, por escrito, a **CONTRATADA**, sobre qualquer irregularidade verificada na prestação dos Serviços.

6.1.5. Cumprir todas as obrigações previstas neste instrumento.



[Handwritten signature]

F.B

CLAUSULA SÉTIMA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

7.1. Obriga-se a CONTRATADA a:

7.1.1. Prestar os Serviços observando o mais alto padrão técnico, profissional e de qualidade, inclusive, valendo-se apenas de profissionais devidamente habilitados e especializados para área de atuação.

7.1.2. Substituir, imediatamente após solicitação da **CONTRATANTE**, qualquer dos seus profissionais cuja presença seja entendida como inconveniente, ou que esteja ou tenha praticado atos entendidos como violadores de regras e normas legais e/ou da **CONTRATANTE**, no local dos Serviços, sempre por outro da mesma ou superior qualificação profissional.

7.1.3. Encaminhar, antes do início dos Serviços, à **CONTRATANTE**, relação com nomes, especialidades e/ou funções dos seus profissionais, que atuarão no desenvolvimento do escopo deste contrato, informando sempre que houver qualquer alteração dentre os profissionais que praticarão os Serviços.

7.1.4. Cumprir todos os protocolos médicos e/ou técnicos indicados pela **CONTRATANTE**, inclusive, com o devido e correto preenchimento dos formulários internos e prontuários médicos dos pacientes sob sua responsabilidade, observando toda orientação do Código de Ética da categoria, prezando, precipuamente, pela clareza e objetividade.

7.1.5. Disponibilizar tantos profissionais quantos forem necessários para atender à demanda da **CONTRATANTE**, conforme por ela informado.

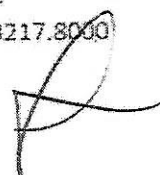
7.1.6. Fornecer à **CONTRATANTE**, sempre que lhe for solicitado, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas, caso outro inferior não seja necessário, todos os esclarecimentos e informações solicitados pela **CONTRATANTE**, a respeito dos Serviços.

7.1.7. Zelar pela integridade dos pacientes que estiverem sob seus cuidados, mesmo que indiretamente, em razão dos Serviços, respondendo pelos atos dos seus profissionais, na forma legal.

7.1.8. Remunerar seus profissionais, envolvidos nos Serviços, bem como efetuar o correto e pontual recolhimento de todos os tributos e encargos trabalhistas, previdenciários, fundiários ou de qualquer outra natureza, que venham a incidir, direta ou indiretamente, sobre o presente contrato, tudo em consonância com a norma cogente, apresentando, mensalmente, à **CONTRATANTE** os respectivos comprovantes dos recolhimentos.

7.1.9. Apresentar, mensalmente, certidões comprobatórias de regularidade perante as fazendas Federal, Estadual e Municipal, bem como, certidões comprobatórias de regularidade perante a Previdência Social e o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço.

7.1.10. Manter-se como única e exclusiva responsável por todas as obrigações tributárias, trabalhistas, sociais, fundiárias e quaisquer outras, inclusive, de responsabilidade civil, que, de forma direta ou indireta, incida sobre os Serviços, seus sócios e/ou empregados, F.Bt



mantendo a **CONTRATANTE** sempre indene, não cabendo à **CONTRATANTE**, qualquer vínculo ou responsabilidade, solidária, subsidiária ou de qualquer outra natureza.

7.1.11. Assumir polo passivo de eventuais processos administrativos e/ou judiciais, movidos em face da **CONTRATANTE** por fatos decorrentes dos Serviços, inclusive no que diz respeito à responsabilidade civil e reclamações trabalhistas, arcando, de forma exclusiva, com todos os ônus advindos dessas eventuais demandas, inclusive, honorários advocatícios contratuais e/ou sucumbenciais, custas processuais e condenações.

7.1.11.a. Na hipótese da **CONTRATANTE** ser mantida no polo passivo de qualquer demanda, cuja origem decorra dos Serviços prestados pela **CONTRATADA**, poderá a **CONTRATANTE** reter valores a serem pagos à **CONTRATADA**, suficientes para, sob a sua avaliação, custear eventual condenação.

7.1.11.b. Não sendo o valor retido suficiente para custear a condenação a que for a **CONTRATANTE** imputada, em decorrência dos Serviços da **CONTRATADA**, será ela comunicada para, no prazo de até 10 (dez) dias satisfazer o saldo, sob pena de, em não o fazendo, incidir sobre esse valor juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, apurado *pro-rata die*, e, sobre esse valor total, multa moratória no percentual de 2% (dois por cento).

7.1.11.c. Sendo o valor de eventual condenação, inferior ao valor retido, a **CONTRATANTE** restituirá o saldo existente à **CONTRATADA**, sem qualquer correção ou juros.

7.1.12. A **CONTRATADA** se compromete a fornecer, mensalmente, lista com os nomes dos profissionais de saúde disponibilizados para prestação do serviço, a qual conterá nome completo do profissional e o número de registro no conselho da classe, devendo estar assinada pelo profissional e pela empresa **CONTRATADA**, para fins de controle de entrada e saída dentro da Unidade Hospitalar.

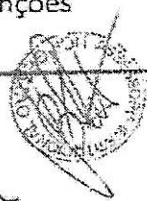
CLAUSULA OITAVA – DA CONFIDENCIALIDADE

8.1. A **CONTRATADA** se obriga a manter o mais absoluto sigilo a respeito de todos os dados, informações, resultados e análises fornecidas pela **CONTRATANTE**, inclusive relativos aos pacientes atendidos, que tiver acesso em decorrência dos Serviços.

8.2. Todo e qualquer acesso a prontuário médico dos pacientes, será feito sob sigilo e de acordo com as normas previstas no Código de Ética Médica.

CLAUSULA NONA – DA RESCISÃO CONTRATUAL

9.1. O presente Contrato poderá ser rescindido, de pleno direito, independentemente de qualquer notificação ou interpelação judicial ou extrajudicial, sem prejuízo das sanções



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

F.B.

contratuais e/ou legais e eventual indenização por perdas e danos, em qualquer das seguintes hipóteses:

- a) Falência, concordata, dissolução ou liquidação judicial ou extrajudicial de qualquer das partes;
- b) Descumprimento, total ou parcial, de qualquer cláusula, condição ou disposição do presente Contrato;

9.2. Por outro lado poderá ainda o presente Contrato ser rescindido pela **CONTRATADA**, na hipótese de atraso no pagamento de qualquer parcela dos serviços, por mais de 120 (cento e vinte) dias, salvo se ocorrido por justo motivo ou hipótese de caso fortuito ou de força maior, e, ainda, após notificação extrajudicial, concedendo-se prazo de 30 (trinta) dias para regularização dessa parcela, sendo certo, ainda, que dada a essencialidade dos serviços, não poderá a Contratada, sob qualquer hipótese, suspender a sua execução, sob a escusa de atraso no pagamento de valores.

CLAUSULA DÉCIMA – DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. Os casos omissos que porventura possam surgir, decorrentes da execução deste contrato, serão decididos entre as partes obedecendo-se o critério do presente instrumento, lavrando-se, da ocorrência, um termo escrito e assinado pelas mesmas partes, passando a integrar obrigatoriamente este contrato.

10.2. A presente contratação não guarda qualquer relação com vinculação empregatícia por parte do **CONTRATADO** e contratados, colaboradores para com a **CONTRATANTE**.

10.3. Eventual tolerância de uma das partes, em relação a qualquer infração ou inadimplência cometida pela outra parte, relativa a cláusulas ou obrigações previstas neste instrumento, será considerada como mera liberalidade, e não constituirá perdão, renúncia ou novação, podendo a parte tolerante, a qualquer momento, exigir o fiel cumprimento das obrigações estabelecidas.

10.4. É expressamente vedada a cessão ou transferência para terceiros, a qualquer título, dos direitos e obrigações decorrentes deste contrato, salvo se expressamente autorizado pela **CONTRATANTE**.

10.5. O presente instrumento revoga qualquer outro pacto anteriormente celebrado pelas **PARTES**.



[Handwritten signature]

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DO FORO.

11.1. As partes elegem o foro da cidade do Recife, Capital do Estado de Pernambuco, com a exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, a fim de dirimir quaisquer dúvidas provenientes deste instrumento.
E, por estarem justos e acertados, as partes aceitam o presente instrumento em duas vias, de igual teor e forma, para que produza seus devidos e legais efeitos.

Recife, 23 de abril de 2020.

Filipe Costa Leandro Bitu
HOSPITAL PROVISÓRIO DO RECIFE

Filipe Costa Leandro Bitu

Filipe Costa Leandro Bitu
Superintendente Geral das Unidades sob Gestão
Sociedade Pernambucana de Combate ao Câncer

Luíza Melo de Amorim Lima
DOCTORS CENTER – ASSISTÊNCIA E SERVIÇOS MÉDICOS S/S

Mário Márcio Albuquerque Oliveira

TESTEMUNHAS:

Angela Rafaela Pinheiro

Jéssica Simone Lins da Silva
Nome: JÉSSICA SIMONE LINS DA SILVA
Id: 9.662.702
CPF: 704.377.244-33

Nome:
Id:
CPF:

MARCYLIO DE
ALENCAR
FERREIRA LIMA

Assinado de forma digital
por MARCYLIO DE ALENCAR
FERREIRA LIMA
Dados: 2020.05.07 09:55:09
-03'00'



[Handwritten signature]

Anexo I – Quadro De Pessoal e início das atividades

A CONTRATADA se obriga a disponibilizar 01 (um) médico para o cumprimento de plantões semanais de vinte e quatro horas de segunda a sexta, com valor mensal estimado de R\$ 14.787,00 (quatorze mil, setecentos e oitenta e sete reais). Para fins de computo dos valores de plantões, será considerado o valor unitário de R\$ 1.738,75 (mil setecentos e trinta e oito reais e setenta e cinco centavos) por plantão de doze horas de segunda à sexta-feira, R\$ 1.878,00 (mil, oitocentos e setenta e oito reais) por plantão de doze horas em finais de semana, R\$ 3.696,75 (três mil, seiscentos e noventa e seis reais e setenta e cinco centavos) por plantão de vinte e quatro horas de segunda à sexta-feira e R\$ 3.945,75 (três mil, novecentos e quarenta e cinco reais e setenta e cinco centavos) por plantão de vinte e quatro horas em finais de semana , pagos após a verificação e aprovação da medição;

Área de Atuação da contratada: serviços médicos e assessoria de gestão na área de saúde

DIMENSIONAMENTO TOTAL DE PESSOAL

PROFISSIONAL	Quantidade de Profissionais	Carga Horária Semanal por profissional*	Remuneração mensal estimada
MÉDICO	01	24 HORAS	14.787,00

*Plantonista ou diarista

Caso haja necessidade de mudança na data de início dos médicos coordenadores, as novas datas serão comunicadas à CONTRATADA, e devem ser consideradas quando da emissão da fatura.

em

F. Brito



Av. Cruz Cabugá, 1597, Santo Amaro, Recife - PE
www.hcp.org.br hcp@hcp.org.br 81 3217.8000

[Handwritten signature]

Anexo II - Condições Comerciais

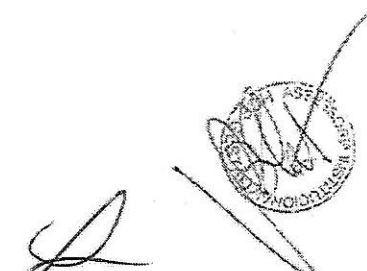
1. VALOR MENSAL GLOBAL ESTIMADO DO CONTRATOR \$ 14.787,00 (quatorze mil, setecentos e oitenta e sete reais)	
2. REGIME DE PAGAMENTO: <input checked="" type="checkbox"/> PREÇO GLOBAL <input type="checkbox"/> PREÇOS UNITÁRIOS (conforme tabela abaixo)	
2.1. Caso haja a necessidade específica de plantão extra, devidamente solicitado pela CONTRATANTE, será devido o valor de R\$ 1.738,75 (mil setecentos e trinta e oito reais e setenta e cinco centavos) por plantão adicional de doze horas e de R\$ 3.696,75 (três mil, seiscentos e noventa e seis reais e setenta e cinco centavos) por plantão adicional de vinte e quatro horas.	
3. REAJUSTAMENTO: <input checked="" type="checkbox"/> VALORES FIXOS <input type="checkbox"/> VALORES REAJUSTÁVEIS ÍNDICE:	
4. APRESENTAÇÃO DO BOLETIM DE MEDIÇÃO: Mensal PRAZO PARA APROVAÇÃO: 5 DIAS, APÓS APRESENTAÇÃO PRAZO PARA APRESENTAÇÃO DE NF: 5 DIAS, APÓS APROVAÇÃO PRAZO PARA REALIZAÇÃO DE PAGAMENTO: ATÉ 5 DIAS, APÓS O RECEBIMENTO DA NF FORMA DE PAGAMENTO: <input type="checkbox"/> CARTEIRA <input checked="" type="checkbox"/> DEPÓSITO BANCÁRIO BANCO: -AGÊNCIA: C/C:	

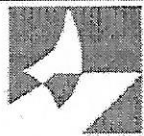
PLANTÃO 12 HORAS	R\$ 1.738,75
PLANTÃO 24 HORAS	R\$ 3.696,75

1. Todos os documentos de cobrança dos valores devidos pela prestação dos serviços, inclusive as Notas Fiscais, deverão ser submetidos ao Setor de SAME e FATURAMENTO.
2. As Notas Fiscais apenas serão emitidas pela CONTRATADA após autorização de emissão, pelo SAME e FATURAMENTO.

Cur

F. BA





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
SERVIÇO REGISTRAL DO DISTRITO DE MUCURIPE
COMARCA DE FORTALEZA - ESTADO DO CEARÁ
OFICIALA: MARIA ELENIR LIMA SALES LIBERATO



Av. Senador Virgílio Távora, 318, Lj 01, 542, Meireles - Fortaleza-CE - CEP: 60.170-250, Fone: (85)3242-2232
CNPJ: 06.573.471/0001-75

Livro: 212 - Páginas: 132 a 132V - 1º TRASLADO - Protocolo: 09585

SAIBAM, quantos este público instrumento de **PROCURAÇÃO** bastante que faz, **DOCTORS CENTER ASSISTENCIA E SERVICOS MEDICOS SS**. Em doze de julho de dois mil e dezoito (12/07/2018), nesta cidade e comarca de Fortaleza, do Estado do Ceará, República Federativa do Brasil, no prédio onde se situa o Serviço Registral do Distrito de Mucuripe, na Av. Senador Virgílio Távora, 318, Lj 01, Meireles, CEP: 60.170-250, telefone (85) 3242-2232, perante mim escrevente substituto, Claudemir de Sousa Santos, compareceu como outorgante, **DOCTORS CENTER ASSISTENCIA E SERVICOS MEDICOS SS**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 18.033.580/0001-89, com sede na Avenida Treze de Maio, nº 1096, sala 505, Bairro Fátima, Fortaleza/CE, representada neste ato por seu(a) sócio(a) **MARIO MARCIO ALBUQUERQUE OLIVEIRA**, brasileiro, casado, médico, portador do documento de identificação nº 91002100588 - SSP/CE e inscrito no CPF sob o nº 846.525.273-49, residente e domiciliado na Rua Barbosa de Freitas, nº 2541, Apto. 601, Bairro Aldeota, em Fortaleza/CE; o(a) presente reconhecido(a) pela identidade apresentada e acima citada, como o(a) próprio(a) de que trato, de cuja capacidade jurídica dou fé. E, por ela outorgante, na forma como vem representada, me foi dito que por este instrumento, nomeia e constitui seu(a) bastante procurador(a), **ANGELA RAFAELE PINHEIRO**, brasileira, casada, administradora, portadora do documento de identificação nº 2004010203455 - SSPDS/CE e inscrita no CPF sob o nº 025.767.003-30, residente e domiciliada na Rua Barbosa de Freitas, nº 2541, Apto. 601, Bairro Aldeota, em Fortaleza/CE. **PODERES**: confere amplos poderes para administrar todos os negócios e interesses da empresa outorgante, podendo assinar contratos e demais documentos necessários, abrir e movimentar as contas da empresa junto à rede bancária nacional, sejam bancos públicos ou particulares, fazer descontos e empréstimos bancários, estabelecendo condições, ordenar pagamentos inclusive por cartas, autorizar o protesto de títulos, conceder novos prazos e prorrogações, utilizar os créditos abertos na forma e pelos meios que forem ajustados, estipular cláusulas e condições, assinar contratos de retificações e ratificações dos contratos que forem celebrados, solicitar, assinar, emitir e endossar cheques, requerer e receber cartão magnético, digitar senha, fazer retiradas mediante recibos, autorizar débitos, transferência e pagamentos por cartas ou outro qualquer meio, solicitar informações de saldos de contas, extratos de contas, reconhecer saldos de contas credoras e devedoras, requisitar talões de cheques; admitir novos sócios na empresa outorgante, admitir empregados, fixando seus salários e dispensá-los, participar de concorrências públicas, tomadas de preços, licitações e carta-convite, credenciar funcionários para as mesmas assinar os documentos necessários, representar a empresa outorgante perante quaisquer repartições federais, estaduais, municipais e autárquicas, inclusive no INSS, assinar o que necessário relativamente ao FGTS, PIS, assinar declarações e fazer provas e recursos perante os órgãos do Imposto de Renda, pagar impostos e taxas e reclamar sua devolução, receber vales postais, e "Colis Postaux", pedir o desembaraço de mercadorias na Alfândega e assinar despachos e demais documentos, votar em assembleias de credores, receber dividendos, constituir procurador com poderes gerais, para o foro, com os mais amplos poderes, inclusive de desistir, acordar, concordar e transigir, praticar todos os atos para o integral cumprimento deste mandato. **Todos os dados do procurador e os poderes outorgados, foram fornecidos e conferidos pelo outorgante, na forma como vem representado, responsabilizando-se por sua exatidão e veracidade. É vedado o**



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 SERVIÇO REGISTRAL DO DISTRITO DE MUCURIBE
 COMARCA DE FORTALEZA - ESTADO DO CEARÁ
 OFICIALA: MARIA ELENIR LIMA SALES LIBERATO




Av. Senador Virgílio Távora, 318, Lj 01, 542, Meireles - Fortaleza-CE - CEP: 60.170-250, Fone: (85)3242-2232
 CNPJ: 06.573.471/0001-75

Livro: 212 - Páginas: 132 a 132V - 1º TRASLADO - Protocolo: 09585

substabelecimento. A presente procuração terá validade por dois (02) anos. Assim disse, do que dou fé, e me pediu este instrumento que lhe li, aceita e assina. Selo: AD 335165. Eu, CLAUDEMIR DE SOUSA SANTOS, Oficial Substituto, a digitei. Eu, (a) MARIA ELENIR LIMA SALES LIBERATO, Oficiala, a subscrevi, dou fé, e assino após a(s) parte(s). Emolumentos: (Cartório: R\$ 29,26, Fermoju: R\$ 3,69, Selo: R\$ 4,75, ISS: R\$ 1,46, FAADEP: R\$ 1,46, FRMMP: R\$ 1,46) 2003 - Procuracao comum: R\$ 42,08 (aa) **MARIO MARCIO ALBUQUERQUE OLIVEIRA**. Traslada em 12 de Julho de 2018. Eu, _____ expedí o presente traslado. Eu, CLAUDEMIR DE SOUSA SANTOS, Oficial Substituto, a digitei e assino em público e raso. **VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE**

Em testemunho (_____) da verdade.



 CLAUDEMIR DE SOUSA SANTOS
 Oficial Substituto

