



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Fundação
Hospitalar
de Saúde

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: João da Silva
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: luxação do quadril
CIRURGIA REALIZADA: Redução imediata do quadril
CIRURGIÃO: D^{ra} Martha Barreto
AUXILIARES: D^r Hertz (Re)
ANESTESIA: Sedação ANESTESISTA: Lequie
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

() CIRURGIA LIMPA () CIR. POTENCIALMENTE CONTAMINADA
() CIRURGIA CONTAMINADA () CIR. INFECTADA
INFECÇÃO PRESENTE À ADMISSÃO? () SIM () NÃO

TOPOLOGIA DA INFECÇÃO:

() VIAS AÉREAS SUP. () PULMONAR () URINÁRIA () SNC () TGI
() CUTÂNEO () AP. CARDIO-VASCULAR () PLEURA () OUTROS

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1. Paciente em decúbito dorsal,
2. Sedação venosa,
3. Realização de rotacão externa do membro inferior
4. esquerdo.
5. Redução imediata, visto sob escopia,
6. Incisão cutânea p/ manter quadril redu-
7. zido.

DATA: 21/12/16

D^{ra} Martha Barreto
Ortopedia/Traumatologia
CREMESP
Assinatura do Cirurgião

NOME	Joilene dos Santos			PRONTUÁRIO	181969			
RECEBIDO NA S.O. POR	Equipe			DATA	24/12	18	SALA	09
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	ACORDADO	☒	SONOLENTO	☐	AGITADO	☐	COMATOSO	☐
CIRCULANTE	clear			PROCEDÊNCIA				
ENTRADA S.O.	08:25h	INÍCIO DA ANESTESIA	08:35h	INÍCIO DA CIRURGIA	08:40			
SAÍDA DA S.O.		FIM DA ANESTESIA		FIM DA CIRURGIA				
CIRURGIÃO	maria barreto			1º AUXILIAR	maria helena			
ANESTESISTA	judmila magalhães			2º AUXILIAR				
INSTRUMENTADOR				LATERALIDADE	() DIREITA () ESQUERDA () NA			
CIRURGIA PROPOSTA	Redução elementar de quadril							
CIRURGIA REALIZADA								

TÉCNICA ANESTÉSICA

GERAL VENOSA	GERAL INALATÓRIA	GERAL COMBINADA	GERAL BALANCEADA	RAQUIANESTESIA
PERIDURAL C/ CATETER	PERIDURAL S/ CATETER	SEDAÇÃO	BLOQUEIO DO PLEXO	LOCAL
TUBO ENDOTRAQUEAL () ORAL () NASAL	Nº:	TUBO ARAMADO	Nº:	MÁSCARA LARINGEA

ASSEPSIA

PVPI TÓPICO	PVPI ALCOÓLICO	PVPI DERGEMANTE	CLOREXID. ALCOÓLICA	CLOREXID. DEGERMANTE	CLOREXID. AQUOSA
-------------	----------------	-----------------	---------------------	----------------------	------------------

EQUIPAMENTOS E ACESSÓRIOS UTILIZADOS

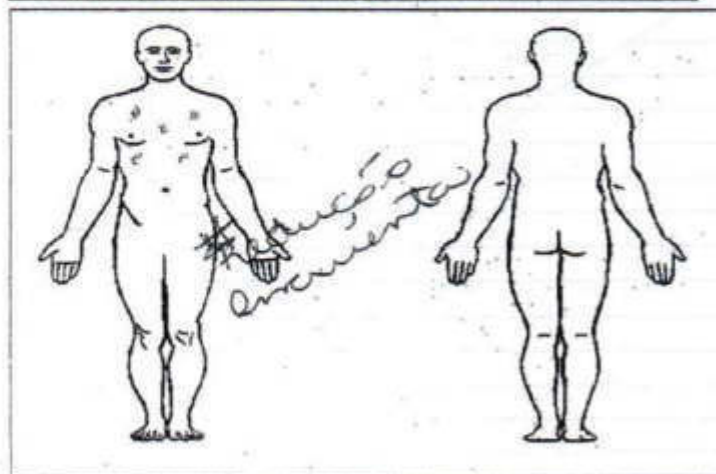
BOMBA DE INFUSÃO	DESFIBRILADOR	MONITOR CEREBRAL (BIS)	INTENSIFICADOR DE IMAGEM	MANTA TÉRMICA	MICROSCÓPIO
FIBROSCÓPIO	MONITOR CARDÍACO	PA (NÃO INVASIVA)	PA (INVASIVA)	OXÍMETRO	CAPNÓGRAFO
FOCO AUXILIAR	FONTE DE LUZ	VIDEOLAPAROSCÓPIO	BRONCOSCÓPIO	OUTROS	

COXINS DE CONFORTO UTILIZADOS

CABEÇA	MSD	MSE	MIE	MID
--------	-----	-----	-----	-----

BISTURI ELÉTRICO

BIPOLAR	MONOPOLAR
---------	-----------



PLACA BISTURI	COMPRESSAS GRANDES
LOCAL	ENTREGUE
ELETRODOS	DEVOLVIDA
INCISÃO CIRÚRGICA	PEQUENAS
AVP	ENTREGUE
AVC	DEVOLVIDA
GASOMETRIA: SIM () NÃO ()	

POSIÇÃO DO PACIENTE

DORSAL	VENTRAL	LAT. ESQ	LAT. DIR	CANIVETE	TRENDELEMBURG	LITOTOMIA
--------	---------	----------	----------	----------	---------------	-----------

SONDAS - DRENOS - CÂNULAS										
SNG	Nº:	SNE	Nº:	FOGARTY	Nº:	TRAQUEÓSTOMO	Nº:	GUEDEL	Nº:	
DRENOS		SUCÇÃO	Nº			TÓRAX	Nº		PENROSE	Nº
		ABDOMINAL	Nº			PIZZER	Nº		KHER	Nº
		BLAKE	Nº			OUTROS				
PASSAGEM DA SONDA FOLLEY		SEM RESTRIÇÃO		COM RESTRIÇÃO		VIAS		Nº:		
FOLLEY	Nº:	FOLLEY SILICONE	Nº	SONDA NELATON (URETRAL)				Nº:		
PASSADA POR					ANATOMO PATOLÓGICO		Nº PEÇAS			
SINAIS VITAIS										
FC (BPM)										
SpO2 (%)										
EPCO2 (mmHg)										
PA (mmHg)										
PAI (mmHg)										
FR (RPM)										
TEMP (°C)										
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM										
HORA	REGISTRO							ASSINATURA		
08:25	Paciente adm em NO para realizar							[assinatura]		
	tto. Em uso de MUP com SPT									
	monitorizada. Cliente.									
08:35	Iniciado monitoria de TC Cesárea							[assinatura]		
08:40	Iniciado reanimação e ventilação							[assinatura]		
	+ imobilização com tábua									
09:20	Termino do procedimento							[assinatura]		
09:35	Encaminhado para SRA							[assinatura]		
ENCAMINADO PARA:										

HUSE

BOLETIM DE ANESTESIA



Fundação Hospitalar de Saúde

PACIENTE:

UNIDADE:

MÉDICO:

REGISTRO:

LEITO:

CIRURGIA PROGRAMADA

CIRURGIA REALIZADA

DATA

ANESTESIOLOGISTA

TÉCNICA ANESTÉSICA

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

CIRURGIÃO

AUXILIAR

ASA

HORA DE INÍCIO

HORA DE TÉRMINO

ACESSO VENOSO

POSICÃO

8:10

9:20

Punção

II

15 30 45

15 30 45

15 30 45

15 30 45

15 30 45

AGENTES INALATÓRIOS

FLUIDOS

SM SM SM

8:10 9:20

200

180

160

140

120

100

80

60

40

20

0

CEC OUTROS

MONITORIZAÇÃO

CONDIÇÃO DE ALTA PARA CRPA

MONITORIZAÇÃO

PA NÃO INVASIVA

X

PVC

PA INVASIVA

ELETRCARDIOGRAFIA

X

TEMPERATURA

OXIMETRIA

X

DIURESE

CAPNOGRAFIA

VENTILAÇÃO

PAM

AGENTES ANESTÉSICOS

DOSE

ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO

NOME Capoteo 1g

1ª Dose as: 8:20 horas

2ª Dose as: horas

3ª Dose as: horas

OBSERVAÇÕES

ENCAMINHADO PARA: UNIDADE

Patricia T. Cabral Vir
Anestesiologista
CRM 5E 474

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: *Joseleus dos Santos*
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: *PO retinador fungos, gonorréia*
CIRURGIA REALIZADA: *Relaxar fungos gonorréia*
CIRURGIÃO: *Hiderson da Silva*
AUXILIARES: *Joseleus dos Santos*
ANESTESIA: *Propofol* ANESTESISTA: *Patricio Cabral*
DIAGNÓSTICO POS- OPERATÓRIO:

☒ CIRURGIA LIMPA ☐ CIR. POTENCIALMENTE CONTAMINADA
☐ CIRURGIA CONTAMINADA ☐ CIR. INFECTADA

INFECÇÃO PRESENTE À ADMISSÃO? ☐ SIM ☐ NÃO

TOPOLOGIA DA INFECÇÃO:

☐ VIAS AÉREAS SUP. ☐ PULMONAR ☐ URINÁRIA ☐ SNC ☐ TGI
☐ CUTÂNEO ☐ AP. CARDIO-VASCULAR ☐ PLEURA ☐ OUTROS

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

Paciente em DDH
Aspirar e amassar MIE
Corpos estranhos
Tramou porções a nível do pú
Relaxar de fungos gonorréia
Fechado por placas
Cicatrizado

DATA: *08.01.19*

[Assinatura]
Arturino Costa Neto
Ortopedia Geral
Cirurgia do Joelho
CRM: 2232

Registro de Enfermagem no Trans-Operatório

NOME <u>Josilene dos Santos</u>		PRONTUÁRIO <u>181969</u>	
RECEBIDO NA S.O. POR <u>Equipe</u>		DATA <u>08/01/18</u>	SALA <u>01</u>
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	ACORDADO ☒	SONOLENTO	AGITADO
CIRCULANTE	<u>neutro</u>	PROCEDÊNCIA	COMATOSO
ENTRADA S.O. <u>07:20 h</u>	INÍCIO DA ANESTESIA <u>07:30 h</u>	h	INÍCIO DA CIRURGIA <u>08:20 h</u>
SAÍDA DA S.O. <u>10:30 h</u>	FIM DA ANESTESIA <u>10:30 h</u>	h	FIM DA CIRURGIA <u>09:20 h</u>
CIRURGIÃO	<u>Dr. Hidelbrando</u>	1º AUXILIAR	
ANESTESISTA	<u>Dr. Fabricio</u>	2º AUXILIAR	
INSTRUMENTADOR	<u>Adriano + Gabriela</u>	LATERALIDADE	☒ DIREITA ☒ ESQUERDA () NA
CIRURGIA PROPOSTA			
CIRURGIA REALIZADA			

TÉCNICA ANESTÉSICA					
GERAL VENOSA	GERAL INALATÓRIA	GERAL COMBINADA	GERAL BALANCEADA	☒ RAQUIANESTESIA	
PERIDURAL C/ CATETER	PERIDURAL S/ CATETER	☒ SEDAÇÃO	BLOQUEIO DO PLEXO	LOCAL	
TUBO ENDOTRAQUEAL () ORAL () NASAL		Nº:	TUBO ARAMADO	Nº:	MÁSCARA LARINGEA

ASSEPSIA					
☒ PVPI TÓPICO	☒ PVPI ALCOÓLICO	☒ PVPI DERGEMANTE	☒ CLOREXID. ALCOÓLICA	☒ CLOREXID. DEGERMANTE	☒ CLOREXID. AQUOSA

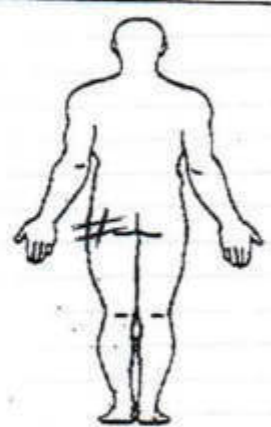
EQUIPAMENTOS E ACESSÓRIOS UTILIZADOS					
BOMBA DE INFUSÃO	DESFIBRILADOR	MONITOR CEREBRAL (BIS)	INTENSIFICADOR DE IMAGEM	MANTA TÉRMICA	MICROSCÓPIO
FIBROSCÓPIO	☒ MONITOR CARDÍACO	☒ PA (NÃO INVASIVA)	☒ PA (INVASIVA)	☒ OXÍMETRO	☒ CAPNÓGRAFO
☒ FOCO AUXILIAR	FONTE DE LUZ	VIDEOLAPAROSCÓPIO	BRONCOSCÓPIO	OUTROS	

COXINS DE CONFORTO UTILIZADOS				
☒ CABEÇA	MSD	MSE	MIE	MID

BISTURI ELÉTRICO	
☒ BIPOLAR	☒ MONOPOLAR



AVP



AVP

PLACA BISTURI		COMPRESSAS	
		GRANDES	
LOCAL <u>perna D</u>	ELETRODOS	ENTREGUE <u>20</u>	DEVOLVIDA <u>20</u>
INCISÃO CIRÚRGICA		PEQUENAS	
☒ AVP	☒ D ☒ E	ENTREGUE	DEVOLVIDA
☒ AVC	☒ D ☒ E		

GASOMETRIA: SIM () NÃO ☒

POSICIONAMENTO DO PACIENTE			
DORSAL	VENTRAL ☒	LAT. ESQ ☒	LAT. DIR
CANIVETE	TRENDELEMBURG	LITOTOMIA	

Clinica: GERAL TURNO:
NOME: JOÃO LEÃO DOS SANTOS
MATRICULA: 39298 DATA: 23-12-2018
CIDADE: N. S. DAS DORES

RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM

HOSPITAL REGIONAL GOV. JOÃO ALVES FILHO - N. S. DA GLÓRIA/SE

UNIDADE PARA REFERÊNCIA

H.N.I. - N. B. de São João

ENDEREÇO DA UNIDADE DE REFERÊNCIA

ESTAMOS ENCAMINHANDO O PACIENTE

João Leão dos Santos

SEXO

M

NASCIDO EM

25/03/81

MATRÍCULA

37A

CUJO PROBLEMA DE SAÚDE NECESSITA DE UM TIPO DE ATENDIMENTO QUE ESTA UNIDADE NÃO OFERECE.

MOTIVO DA CONSULTA / IMPRESSÕES DIAGNÓSTICAS OU PROBLEMAS IDENTIFICADOS

Paciente encaminhado vítima de acidente com fraturas, fratura de
PT L5/S1; fratura de L4/S5 e de L5/S6
- 500. 130x80 K2. 76 SMT 38/1A

M. Lumbos de fratura exposta + fratura de L5/S6
no vertébrulo

ESTUDOS A QUE FOI SUBMETIDO O PACIENTE, SEUS RESULTADOS E CONDLTA ADOTADA (RESUMO DOS PRINCIPAIS ACHADOS DO E
CLÍNICO E DOS EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS ANTES DA SOLICITAÇÃO DO ENCAMINHAMENTO)

Exames / N. S. de São João / N. S. de São João

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

Exames de L. Lumbos + fratura

DATA DO ENCAMINHAMENTO

23/12/18

Cerilda N. Almeida Jr.
CRM 38543

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

MS/DATASUS

HOSPITAL REGIONAL DE NOSSA SENHORA DA GLORIA

No. DO BE: 392981
CNS:DATA: 23/12/2018 HORA: 18:46
SETOR: 02-CONSULTORIO ADULTO

USUARIO: MKOSANTOS

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JOSILENO DOS SANTOS DOC...:
IDADE.....: 37 ANOS NASC: 25/09/1981 SEXO...: MASCULINO
ENDERECO.....: POVOADO SAPE NUMERO: 0
COMPLEMENTO...: CASA BAIRRO: ZONA RURAL
MUNICIPIO.....: NOSSA SENHORA DAS DORES UF: SE CEP...: 49600-000
NOME PAI/MAE...: NAO DECLARADO /MARIA LUZINETE BARRETO
RESPONSAVEL....: O PROPRIO TEL...:
PROCEDENCIA....: NOSSA SENHORA DAS DORES-SE
ATENDIMENTO....: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA: [] X mmHg] PULSO: []] TEMP.: []] PESO: []]

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAO X [] SANGUE [] URINA [] TC
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS: C. q. A. p. DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

1855 Ponto observado vítima de acidente (constatado) apresentando lesões
na perna esquerda.

Fórmula de EPI ALBETP

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO: Infecção A/E (Pneum)

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

① SSUV

② Mupirocin 2% AD 5

③ Rx de Pneu AD / Rx de Pneu APID

④ Rx de Pneu esquerdo esquerdo APID

⑤ G. B. p. 1kg x 100mg 5x/dia

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: :

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO

[] DESISTENCIA

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS

[] FAMILIA IML [] ANAT. PATOL

Geraldo N. Almeida Jr.
CRM-SE 5343

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA CARIMBO DO MEDICO

Contato com HRT - Dr. Brim
Contato SAMU - Dr. Alisson

Fundação
Hospitalar
de Saúde

Peso: _____ (Kg)

8810

Uso de Medicamentos: ☐ Não ☐ Sim. Especificar:

Uso de Medicação: ☐ Não ☐ Sim. Qual (is)?

www.ck12.org 名称: 数学-代数-一元二次方程-一元二次方程的解法-配方法

RESPOSTA OBSERVADA		TOTAL				
Espontânea 4	Ordem Verbal 3	Dor 2	Sem Resposta 1			
Orientada 5	Confuso 4	Palavras Inapropriadas 3	Palavras Incompreensíveis 2	Sem Resposta 1		
Responde ao comando 6	Localiza a dor 5	Reação Inespecífica 4	Flexão Anormal 3	Extensão a dor 2	Sem Resposta 1	

SINAIS VITAIS:							
FC (bpm)	FR (rpm)	SPO2 (%)	Tax °C	PA: (mmHg)	Glicemia (mg/dl)	Assinatura do profissional	

Vermelho: ☐ Laranja: ☐ Amarelo: ☐ Verde: ☐ Azul: ☐

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

Data Hora	Evolução de Enfermagem
-----------	------------------------

 GOVERNO DE SERGIPE SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE	HOSPITAL REGIONAL GOVERNADOR JOÃO ALVES FILHO	 Fundação Hospitalar de Saúde
---	--	---

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e a quem possa interessar, em 23 de Dezembro de 2018, foi admitido nesse nosocômio com BE392981 às 18h:46min, paciente vítima de acidente de trânsito, consta no sistema da recepção o nome do Sr. **Josileno dos Santos DN: 25/09/1981 Filho de Maria Luzinete Barreto**, porém consta no sistema da recepção dessa unidade hospitalar o nome da mãe incorreto, de acordo com a carteira de identificação do mesmo, o correto escreve-se **Maria Luzenite dos Santos. RG 3092655-6 SSP/SE**

Sem mais para o momento.

Josineide Feitosa Santos
Assistente Técnico I
FMS/IRGJAF

Nossa Senhora da Glória, 11 de Fevereiro de 2019.


Josineide Feitosa Santos
Assistente técnico I

INVESTPREV

31 JUL 2019



INVESTPREV

31 JUL 2019



HOSPITAL E MATERNIDADE
Santa Isabel

Av. Simeão Sobral, s/nº - Santo Antônio - CEP 49060-640 - Aracaju/SE
Fone: (79) 3212-4900 Fax: (79) 3236-2053 CNPJ/MF nº 13.025.507/0001-41

Para:

Relatório Médico

*Pac. feminino dos Santos vítima de
acidente motorciclístico em 03/10/18.
Desenvolveu dor, supun fratura em
região de quadril, tratado cirurgi-
camente, apresenta sequelas parciais,
erectamento de membro inferior.
Encaminhado de alta definitiva
CID= 570*

04/10/18
Dr. Alberto Velasco Verbo
CRM-957 - CEP 102.857.105-25

INVESTPREV

09 SET 2019

Solicitação de Ré – Análise

Eu: Josileno Dos Santos portador do RG: 3092655-6 CPF: 844.773.505-20 residente no Povoado Sape S/N Bairro: Area Rural Cidade: Nossa Senhora Das Dores -SE Cep: 49.600-000 venho pelo presente instrumento, solicitar aos senhores que seja marcado uma Perícia médica para o meu processo , pois só foi liberado 843,75 para as lesões que mim encontro enviei relatório médico que comprovam as lesões que foram **FRATURA DE FRAGMENTO OSSEO NA ARTICULAÇÃO DO QUADRIL ESQUERDO CID:S70** sinto muitas dores horríveis não trabalho mas , não consigo andar direito pois fiquei com uma perna menor que a outra , fico a merecer dos outros , por isso peço encarecidamente que marquem com urgência uma perícia para que o perito verifique e comprove o que aqui descrevo.

Certo de contar com vossa compreensão ,agradeço desde já.



JOSILENO DOS SANTOS

NOSSA SENHORA DA GLÓRIA-SE 26/08/2019

INVESTPREV

09 SET 2019

TESTEMUHAS:



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu João Marcos D.O. Reza inscrito (a) no CPF sob o Nº 020.003.675/00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Josefina Dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 844.773.505/20, do sinistro de DPVAT cobertura matutina da Vítima Josefina Dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 844.773.505/20, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: INVESTPREV e apresento os documentos comprobatórios:

31 JUL 2019

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Rua Dos Seluros</u>		Número	<u>217</u>	Complemento	<u>Centario</u>
Bairro	<u>Brasília</u>	Cidade	<u>Br. São da Aurora</u>	Estado	<u>SE</u>	CEP
Email	<u>marcosdufaria@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	<u>79.9918.9207</u>	Telefone celular (DDD)	<u>79.9923.2568</u>

Br. São da Aurora 24 de 07 de 19
Local e Data

João Marcos D.O. Reza
Assinatura do Declarante

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Elenilza Santos Moura
RG nº 1542929, data de expedição 15/06/1998
Órgão SSP/SE, portador do CPF nº 044.183.665-80
com domicílio na cidade de It. São José Dorados, no Estado de
Sergipe, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Por Sape, nº SIN,
complemento caso, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Josileno Dos Santos, cujo o condutor era
Josileno Dos Santos
Veículo: moto Modelo: HONDA POP100 Ano: 2014
Placa: QK 59436 Chassi: 3C2H802J06R462177
Data do Acidente: 23/07/18

INVESTPREV

31 JUL 2019

Local e Data: It. São da Glória 24.07.19

+ Elenilza Santos Moura

Assinatura do Declarante

Josileno Dos Santos

Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTOS - Rua
Edezio Vieira de Melo, 311, centro, Nossa Senhora
das Dores/SE, TEL. (79) 3265-1878 GLAUBER JUNHO
ANDRADE DE RESENDE - TABELIÃO
Reconheço por Autenticidade a firma de
ELENILZA SANTOS MOURA em 24/07/2019 e dou fé.
Em testemunho da verdade. SECREVENTE :
ALEXANDRA SANTOS DE LIMA ANDRADE Emel. nº 7,37,
FUND nº 1,47, Total nº 8,84 Selo:
201929860009090, Site: www.tjse.jus.br/x/8QA78N



CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTOS
ALEXANDRA SANTOS DE LIMA ANDRADE
Escrivente
AA097511

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTOS - Rua
Edezio Vieira de Melo, 311, centro, Nossa Senhora
das Dores/SE, TEL. (79) 3265-1878 GLAUBER JUNHO
ANDRADE DE RESENDE - TABELIÃO
Reconheço por Autenticidade a firma de
JOSILENO DOS SANTOS em 24/07/2019 e dou fé.
Em testemunho da verdade. SECREVENTE :
ALEXANDRA SANTOS DE LIMA ANDRADE Emel. nº 7,37,
FUND nº 1,47, Total nº 8,84 Selo:
201929860009091, Site: www.tjse.jus.br/x/34D98A



CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTOS
ALEXANDRA SANTOS DE LIMA ANDRADE
Escrivente
AA097511