
Rio de Janeiro, 25 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190445022

Vítima: GASTAO COELHO

Data do Acidente: 03/10/2016

Cobertura: MORTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA COELHO JURAN

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para a cobertura de Morte, o valor da indenização é de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) e será pago aos legítimos beneficiários da vítima definidos em lei.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.250,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA COELHO JURAN

BANCO: 001

AGÊNCIA: 05779-7

CONTA: 000010011990-5

Nr. da Autenticação FE8C86D27F3FC77E

Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190445022

Vítima: GASTAO COELHO

Data do Acidente: 03/10/2016

Cobertura: MORTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA COELHO JURAN

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Recebedor: MARIA COELHO JURAN

Valor: R\$ 2.250,00

Banco: 1

Agência: 000005779-7

Conta: 000010011990-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 503.839.672-15 4 - Nome completo da vítima: Gostão Coelho

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Maria Coelho Junior 6 - CPF: 478.325.846-20
7 - Profissão: Russo me 8 - Endereço: Av. Norval Corrado 9 - Número: 938 10 - Complemento:
11 - Bairro: Camar 12 - Cidade: Rio Branco 13 - Estado: AC 14 - CEP: 69905-718
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (68) 99902-4091

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUZO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 5779 7 CONTA: 11990 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 07/10/2010
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☒ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☒ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☒ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: 3 Falecidos: 0 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☒ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: Genile Rodrigues dos Santos

CPF: 016.610.872-22

Genile Rodrigues dos Santos

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: Vaki Pires Junior

CPF: 360.053.552-87

Vaki Pires Junior

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Rio Branco, AC 04/07/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

DETRAN
ACRE

Departamento Estadual de Trânsito

GOVERNO DO
Povo
do Acre

SERVIR DE TODO CORAÇÃO

BOLETIM DE ACIDENTE
DE TRÂNSITO

01 NÚMERO BAT

007349

NÚMERO FOLHA

02 RUA, AVENIDA, CRUZAMENTO, RODOVIA, KM, TRECHO DA RODOVIA

SEIS DE AGOSTO, Nº 1040, SEIS DE AGOSTO

03 MUNICÍPIO

RIO BRANCO

04 UF

AC

05 PRÓXIMO CRUZAMENTO, PONTE, PASSAGEM DE NÍVEL, ETC...

QUARTA PONTE

06 HORA DA
OCORRÊNCIA

07:45

07 ZONA
RURAL / URBANA

08 DATA

12/3/10/16

09 DIA DA SEMANA

SEGUNDA-FEIRA

10 NATUREZA DO ACIDENTE

ATROPELAMENTO

☒ 1

COLISÃO

☐ 3

TOMBAMENTO OU CAPOTAGEM

☐ 5

CHOQUE COM OBJETO FIXO

☐ 7

OUTRA (ESPECIFICAR)

☐ 9

11 TIPO DE PAVIMENTO

ASFALTO

☒ 1

CONCRETO

☐ 3

PARALELEPÍEDO

☐ 5

CASCALHO

☐ 7

TERRA

☐ 9

AREIA

☐ 2

12 CONDIÇÕES DA VIA

SECA

☒ 1

MOLHADA

☐ 3

OLEOSA

☐ 5

ELAMEADA

☐ 7

DANIFICADA

☐ 9

OBRAS

☐ 2

13 CONDIÇÕES DO TEMPO

BOM

☒ 1

CHUVA

☐ 3

NEBLINA

☐ 5

GAROA

☐ 7

14 Nº DE VEÍCULOS

01

15 Nº DE VÍTIMAS

01

SEM VÍTIMAS

COM VÍTIMAS ☒

16 NOME CONDUTOR

RODINEY ROSARIO LIMA

17 SEXO

M ☒ 1 F ☐ 3

18 NASCIMENTO

26.07.80

19 ENDEREÇO

20 1ª HABILITAÇÃO

21 CATEGORIA

22 PRONTUÁRIO

23 UF

24 EX. MÉDICO EM DIA

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

25 USAVA CINTO

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

26 USAVA CAPACETE

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

27 MARCA

PEUGEOT 1208 ACT

28 ESPÉCIE

PASSAGEIRO

29 PLACA

NXT 2271

30 MUNICÍPIO

RIO BRANCO

31 UF

AC

32 NOME DO PROPRIETÁRIO

PORTO AUTOS LTDA

33 ENDEREÇO

34 CHASSIS

A36CLNFN2FB027983

35 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☐

NÃO ☐

36 AVARIAS

SEM RUADEIOS

38 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

SENTIDO DA 4ª PONTE P/ 2ª PONTE

40 AÇÃO DO CONDUTOR

NÃO PERMANECER NO LOCAL, CON FORTALE B.D. 1284/046

37 CARRO

39 MOTO

41 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

SIM ☐ NÃO ☐

SAF

44 NASCIMENTO

24 JUL 7919

46 1ª HABILITAÇÃO

47 CATEGORIA

48 PRONTUÁRIO

49 UF

50 EX. MÉDICO EM DIA

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

51 USAVA CINTO

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

52 USAVA CAPACETE

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

53 MARCA

54 ESPÉCIE

55 PLACA

56 MUNICÍPIO

57 UF

59 ENDEREÇO

61 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☐

NÃO ☐

63 CARRO

65 MOTO

67 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

SIM ☐ NÃO ☐

SAF

69 SEXO

M ☒ 1 F ☐ 3

70 NASCIMENTO

72 IDENTIDADE Nº

73 ÓRGÃO EMISSOR

74 UF

76 SEXO

M ☐ 1 F ☐ 3

77 NASCIMENTO

79 IDENTIDADE Nº

80 ÓRGÃO EMISSOR

81 UF

CONFERE COM O ORIGINAL

EM: 12/07/18

68 NOME

ELIAS PEREIRA PADREINHO

71 ENDEREÇO

CEARENSE, Nº 812.

75 NOME

78 ENDEREÇO

VÍTIMAS	82 NOME	GASTÃO COELHO		83 SEXO	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	84 NASCIMENTO	11/10/84
	85 ENDEREÇO			86 FERIMENTOS	LEVES <input type="checkbox"/> GRAVES <input checked="" type="checkbox"/> FATAIS <input type="checkbox"/>	87 VIAJAVO NO VEÍCULO N°	
N°	89 CONDIÇÃO DA VÍTIMA	90 CONDUZIDA PARA		92 SEXO	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	93 NASCIMENTO	
	CONDUCTOR <input type="checkbox"/> 1 PASSAG <input type="checkbox"/> 3 PEDESTRE <input checked="" type="checkbox"/> 5	PRONTO SOCORRO HUPPES ROTO SAMU.					
	91 NOME			96 VIAJAVO NO VEÍCULO N°	97 USAVA CINTO		
	94 ENDEREÇO			95 FERIMENTOS	LEVES <input type="checkbox"/> GRAVES <input type="checkbox"/> FATAIS <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/> 1 NÃO <input type="checkbox"/> 2	
N°	98 CONDIÇÃO DA VÍTIMA	99 CONDUZIDA PARA					
	CONDUCTOR <input type="checkbox"/> 1 PASSAG <input type="checkbox"/> 3 PEDESTRE <input type="checkbox"/> 5						

100 DIAGRAMA DO ACIDENTE

CONFERE COM O ORIGINAL
EM: 12/03/16

Alessandra Souza da Silva
Técnico Administrativo
Coord. de Engenharia de Trânsito
DETRANAC

101 OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

FOMAS ACIONADAS pelo CIOSP A ATENDIMENTO DE
ATRAZELAMENTO. A VÍTIMA FOI CONDUZIDA PARA P.S. E O CONDUCTOR SE MANTENDO
DISTANTE DO LOCAL COM MEDO DE REPRESENTAÇÃO DOS PAPULARES. MAIS COMO NÃO
É HABILITADO FOI CONDUZIDO A DEFCA. B.O. SP60 1289/2016
O LOCAL NÃO FOI PRESERVADO POR ISSO, NÃO FOI ACIONADO A PERITA.

ATESTO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE

102 MOTORISTA	103 MOTORISTA	104 AGENTE AUTORIDADE DE TRÂNSITO
105 NOME	106 NOME	107 NOME / RG
108 ASSINATURA	109 ASSINATURA	110 ASSINATURA
111 LOCAL	112 DATA	
RIO BRANCO - PE.	03/10/16	

710/0001-24
REGISTRO CIVIL
ESTADO DE RONDÔNIA
Comarca de Guajará-Mirim- RO
Cartório de Registro Civil e Notas
CGC-84.632.710/0001-24 Av. Desidério Domingos Lopes, 3293
Fone: (069)-XX-544-2371 CEP-78.939-000 - NOVA MAMORÉ - RONDÔNIA

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
24 JUL 7019
PROTOCOLO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RONDÔNIA
Comarca de Guajará-Mirim- RO
Cartório de Registro Civil e Notas
CGC-84.632.710/0001-24 Av. Desidério Domingos Lopes, 3293
Fone: (069)-XX-544-2371 CEP-78.939-000 - NOVA MAMORÉ - RONDÔNIA
MARIA MARGARIDA SOARES
TABELIA DE NOTAS -ATO DE NOM.130/93
Primeiro Traslado
CERTIDÃO DE ÓBITO N.º 510

CERTIFICO que, às fls. 055 v.º do Livro C-002 de Registro de ÓBITOS, foi feito no dia oito do mês de abril do ano Dois Mil e Quatro o assento de:

Juvercina Maria Chafra

Nascido(a) no dia (30) trinta do mês de (12) dezembro do ano de Mil Novecentos e Quinze (1.915) e FALECEU no dia (08) OITO do mês de (04) ABRIL do ano DOIS MIL E QUATRO (2.004) às 05:00 horas, em Domicílio à Linha 28, Distrito de Nova Dimensão, Neste Município de Nova Mamoré, Estado de Rondônia; DO SEXO: feminino; PROFISSÃO: agricultora aposentada; NATURAL de: São João do Mantena, Estado de Minas Gerais; RESIDENTE E DOMICILIADO(A): à Linha 28, Distrito de Nova Dimensão, Neste Município; IDADE: 88 (oitenta e oito) anos de idade; ESTADO CIVIL: solteira. FILHO(A) de Maria Joana Chagra (já falecida). FOI DECLARANTE: Erli Rodrigues Juran, portador da Carteira de identidade Rg. n.º 449107 SSP-RO. SENDO O ATESTADO DE ÓBITO FIRMADO pelo Dr. Vicente de Paulo Batista Rodrigues - CRM-250-S-RO. DEU COMO CAUSA DA MORTE: a) Falência Múltipla de órgãos; b) Insuficiência Cardíaca; c) Diabetes Mellitus; Senilidade. O sepultamento será feito no Cemitério: Local Deste Município. OBSERVAÇÕES: Era eleitora. Não deixou bens a inventariar. Deixou 07 (sete) filhos, a saber: Narcizo, Gastão, Lindomar, Antônio, Ana, Jovita e Maria. Serviram como testemunhas as constantes do termo. Foi feito nos termos das Leis 6.015/73 e 9.534/97.

O referido é verdade e dou fé.

Nova Mamoré, RO, 08 de abril de 2.004.



MARIA MARGARIDA SOARES
OFICIAL DO REGISTRO CIVIL

Maria Margarida Soares

TABELIA DE NOTAS
CPF 8716058-6
ATO DE NOM. 130/93

CGSP

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

Nº. DO BE: 2391083 DATA: 03/10/2016 HORA: 08:51 USUARIO: ALESSANDRA
 CNS: 20420326050005 SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME: DESCONHECIDO *Gaspar Coelho* DOC.: *Rg 266638*
 IDADE: 50 ANOS 68a NASC: 00/00/0000 SEXO: MASCULINO
 ENDEREÇO: NAO INF. *Amadeo Barbosa 14/08/48* NUMERO: 1731
 COMPLEMENTO: BAIRRO: *Camomila*
 MUNICIPIO: RIO BRANCO UF: AC CEP: *Jeremias maria de f... 99902469*
 NOME PAI/MAE: NAO INF. *COMPREV PREVIDENCIA S/A* TEL.: *999030777*
 RESPONSÁVEL: VEIO COM SAMU PLANO DE SAUDE: NAO TRAUMA: SIM
 PROCEDENCIA: DESCONHECIDO VEIO DE AMBULANCIA: SIM
 ATENDIMENTO: ATROPELAMENTO
 CASO POLICIAL: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO

PA[160x140mmHg] PULSO[] TEMP.[] PESO[] FC[90] SPO2[96%]

EXAM. COMPL. [] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] TC [] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

Paciente vítima de atropelamento?, veio pelo SAMU, que não
 valiam relatar a causa mas desconfiavam de atropelamento,
 inconsciência descoordenação, com vômito de xeror. A- vias aéreas
 livres, C- color cervical, B- expansão tórax preservada, m
 BS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [VERDE] [AMARELO] [VERMELHO] [AZUL]
 máscara de ventilação 50% venturando 95%, C- hemodinamicamente
 ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA] estável, PA↑, D-glasgow
 5, pupila (D) não reativa, pupila (E) de difícil avaliação, E- FCC

DIAGNOSTICO: em curso evoluindo

CID:

PRESCRIÇÃO

HORARIO DA MEDICACAO

① IOT / succinilcolina 1amp.
 clonidina 1 amp.

② TC cômio + cervical

③ RX

④ USG- abdome

DATA DA SAÍDA:

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

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INT. CAÇÃO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

[] FAMILIA [] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Ao 03/10/2016 Paciente admitido SET, procedente de via pública con-
 duzido pelo SAMU, em estado de inconsciência com história de atropelamento,
 descoordenação por fôlego color cervical sem plano venoso, ofe-
 rado vômito ao redor das vias aéreas, PA-160x140mmHg SPO2-96%
 Pi. Go. Ter. Amb. *camomila*

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

FICHA DE INTERNACAO IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo...: 81821
 Numero do CNS...: 204201326050005
 Nome...: GASTAO COELHO
 Documento...: RG0266638
 Data de Nascimento: 14/08/1948
 Sexo...: MASCULINO
 Responsavel...: IGNORADO
 Nome da Mae...: JOVERCINA MARIA DE JESUS
 Endereco...: AV. AMADEO BARBOSA 01731
 Bairro...: CANAA
 Telefone...: 000000999024691
 Municipio...: 1200401 - AC
 Nacionalidade...: BRASILEIRO
 Naturalidade...: ACRE
 Cep.: 99999-999

Tipo :
 Idade: 68 anos

DADOS DA INTERNACAO
 Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA
 Clinica...: 012 - UTI
 Leito...: 057.0002
 Data da Internacao: 03/10/2016
 Hora da Internacao: 09:30
 Medico Solicitante: 014.311.151-50 - THEREZA RAQUEL MOURA BAPTISTA
 Proced. Solicitado: 03.03.04.010-6
 Diagnostico...: S06.8
 Identif. Operador.: SERGIA
 No. do BE: 2391083

INFORMACOES DE SAIDA

Proc. Realizado:
 t. Hr Saida:
 Especialidade:
 Tipo de Saida:
 CID Principal:
 CID Secundario:
 Principal:
 Secundario:
 Outro:

SAME / HUEB
 CÓPIA
 CONFORME ORIGINAL

ATH - 323 610 039 140-7

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

6 - NOME DO PACIENTE

Gustavo Coltho

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

11/08/18

9 - SEXO

Masculino ☒ 1

Feminino ☐ 3

5 - Nº DO PRONTUÁRIO

81821

10 - RAÇA/DOR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

Joussara Maria de Jesus

12 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Av. Amadeo Barbosa 1731 Canaã

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Rio Branco

17 - CDD - IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

AC

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Atropelamento furto pelo SAMU

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Como, Gesso

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

CT: HSDAQUAO FTP esse

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

TCE Gesso

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Operação

28 - CLÍNICA

Neuro Emel

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO

31 - CNES

32 - CPF

29584463304

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Cláudio Luis

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

03/10/16

35 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

40 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO-SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

42 - CDD - ORÇÃO EMISSOR

43 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

44 - DOCUMENTO

() CNES

() CPF

45 - Nº DOCUMENTO (CNES/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

1710916212450001

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

Med. Rui Pinto

CPF: 732.571.877-51

Vouso

Procedimento Autorizado

1 -

03/10

2 -

05

3 -

07/10

4 -

5 -

DIAS DE U.T.I. Autorizados

Mês

Mês

Mês

Inic.

Ant.

Alta.

Total

()

() (15)

()

()

Acomp. Dias

(5)

Serviços Profissionais

01 Tipo	CNPJ	Auto Profis.	Tipo Ato	Q. T. Ato	NT. Fiscal
02	324.961.752.740.004		01	225-260	
03	203.675.906.240.006		01	225-251	
04		0204030870	02		
05		0205020046	01		
06	324.961.752.740.004	0303010170	02	225-260	
07	990.016.296.153.433	0303030170	01	225-120	
08	370.040.251.340.004	0302020012	08	223-805	
09		0206010079	01	686-1849	
10		0206010028	01	686-1849	
11	170.526.596.870.003	0306020068	03	303-505	
12		0212010026	02	230-6384	
13		0802010033	04		
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

SAIME / HUERB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

Proced. Realizado

0403010020

AIH Posterior

AIH Anterior

Houve Infec. Hospitalar

Esp.

Data de Saída

Diag. Princ.

Diag. Secund.

Mot. Cobrança

01

07.10.2016

S 062

V-093

41

Nº de Nascidos

Mortos

Altas

Nº de Saídas

Transf.

Óbitos

http://sisregiionorte.saude.gov.br/cgi-bin/marcar_?ETAPA_IH=S...

Código 180182789

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:
HOSPITAL GERAL DE CLINICAS DE RIO BRANCO
Município Regulador:
CENTRAL ESTADUAL - AC
Data Desejada:

CNES:
2001578
Unidade Desejada:
HOSPITAL GERAL DE CLINICAS DE RIO
BRANCO
03.10.2016
CNES:
2001578

DADOS DO PACIENTE

CNS:
207804658601810
Nome do Paciente:
GASTAO COELHO
Sexo:
MASCULINO
Data de Nascimento:
14/08/1948 (68 anos)
Nome da Mãe:
JOVERCINA MARIA DE JESUS
Tipo Logradouro:
DISTRITO
Número:

Nome Social/ Apelido:

Raça:
ANARÉIA
Tipo Sanguíneo:

Naturalidade:
MANTENA - MG
Logradouro:
NOVA DIMENSAO
Bairro:
PROJETO SIDNEY GIRAÔ
Município de Residência:
NOVA MANORE

Complemento:

CEP:

UF:

RO

País de Residência:
BRASIL
Telefone(s):

Nome do Responsável:
Não informado

Telefone do Responsável:
Não informado

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:
29584469304
Diagnóstico Inicial - CID:
OUTROS TRAUMATISMOS INTRACRANIANOS - S068
Classificação de Risco:
VERMELHO - emergência, necessidade de atendimento imediato.
Caráter:
11 - Urgência
Clínica:
COMPLEMENTAR - UTI ADULTO - TIPO II
Procedimento Solicitado:
TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO
GRAVE

Nome do Médico Solicitante:
CLAUDIANA CARDOSO LIMA VIEIRA

Status da Solicitação:
PENDENTE

Clínica Complementar:
Nenhuma
Código:
0303040106

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:
ATROPLAMENTO
COMA, TCE GRAVE
Principais Resultados de Provas Diagnósticas:
ANAMNESE + EX FIS + TC
Condições que Justificam a Internação:
AS ACIMA CITADAS - PCT AGUARDA VAGA P/UTI
BE : 2391093
Natureza da lesão:
Grave

PARECER

Situação:
PENDENTE
Motivo de Impedimento do Regulador:

Operador Solicitante:
SOLLOHANA-HUERB

Assinatura e Carimbo do Médico Solicitante (examinador)

CRM

Data:
03.10.2016 - 14:07:04

Data da Extração dos Dados: 03/10/2016 14:07:05

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Transp. Tec. Ant. Mason

Às 14:45h - Paciente encaminhado p/ centro cirúrgico p/ tratamento neurocirúrgico com PA = 140x80 mmHg, FC = 94 bpm, SpO₂ = 100% desprezados 400ml de urina

Obs: Tentado por ex realizar RX, porém com paciente em IOT, grave, não foi liberado pelo Retornando ao trauma.

Às 11:50 hrs. paciente admitido no centro cirúrgico.
entubado com suporte de O₂ e armbai. Acesso venoso peri-
férico em NG e SVIO. Para procedimento cirúrgico.
Ac. enf. unimorte Urticária Elicina. Em Tempo: Paciente en-
tra-se, hipocrorado, hipocrorado, eugaméico. *Marta Foz de A. Pacini*
Enfermeira

Admissão paciente encaminhado para UTI em TOT, com suporte de O₂ e Ambu. POI
transsecionia, eupneica, lipocorado. Portando Acesso Venoso periférico
em MSE; SE fluindo; Acesso Venoso Central e. SVD, desplugado 200ml
de diurese concentrada. Foi transfundido 2 bolsa de hemácia O+ com
291ml de número 0112160916023; O+ com 286ml de número 011260
716026. SSVU: PA = 131 x 88 mmHg, FC = 95 bpm e SpO₂ = 92%. Ac. Inf. Univer
Ji. Lucia Rosa

SAME / HUERB

CÓPIA

CONFIRMA
CONFORME ORIGINAL

PESCOÇO	<input type="checkbox"/> Sí Alteração	<input type="checkbox"/> Aumento Parótiidas	<input type="checkbox"/> Linfadenomegalia	<input type="checkbox"/> Gânglio Inflado	<input type="checkbox"/> Rigidez da Nuca	<input type="checkbox"/> Traqueostomia
	<input type="checkbox"/> Assimétrico	<input type="checkbox"/> Pulsos Carotídeos	<input type="checkbox"/> Outras: AUC			
TÓRAX / AP. RESPIRATÓRIO	<input type="checkbox"/> Sí Alteração	<input type="checkbox"/> Capotânea	<input type="checkbox"/> Venturi	<input checked="" type="checkbox"/> TOT	<input checked="" type="checkbox"/> RHM +	<input checked="" type="checkbox"/> Expansibilidade Normal
	<input type="checkbox"/> Assimétrico	<input type="checkbox"/> Ar Ambiente	<input type="checkbox"/> Coletes	<input type="checkbox"/> TOT	<input type="checkbox"/> I MV	<input type="checkbox"/> I Expansibilidade
	<input type="checkbox"/> Cifoescolose	<input type="checkbox"/> Suporte da O ₂	<input type="checkbox"/> Cuidado	<input type="checkbox"/> VNI	<input type="checkbox"/> I MV	<input type="checkbox"/> I Expansibilidade
	<input checked="" type="checkbox"/> VM	<input type="checkbox"/> Tuba T	<input type="checkbox"/> CPAP	<input type="checkbox"/> Outras:		
P. CARDIOVASCULAR	<input checked="" type="checkbox"/> Ritmo Normal	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Galope		<input type="checkbox"/> Pulsos Cheios	<input type="checkbox"/> Enchimento Capilar N
	<input type="checkbox"/> Arritmia	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Sopros		<input checked="" type="checkbox"/> Baços Finos	<input checked="" type="checkbox"/> Enchimento Capilar
	<input type="checkbox"/> Outras:					<input type="checkbox"/> I Enchimento Capilar
ABDOMEM	<input checked="" type="checkbox"/> Fino	<input type="checkbox"/> Indolor	<input checked="" type="checkbox"/> Rápido	<input type="checkbox"/> Timbânico	<input checked="" type="checkbox"/> RHA +	<input type="checkbox"/> RHA I
	<input type="checkbox"/> Globoso	<input type="checkbox"/> Doloroso	<input type="checkbox"/> Resistente	<input type="checkbox"/> Hipertônico	<input type="checkbox"/> RHA Ausente	<input type="checkbox"/> RHA I
	<input type="checkbox"/> Aranhas Vasculares	<input type="checkbox"/> Outros:				<input type="checkbox"/> Hepatomegalia
EVACUAÇÕES	<input type="checkbox"/> Sem Alteração	<input type="checkbox"/> Pastosa	<input type="checkbox"/> Líquido-Pastosa	<input type="checkbox"/> Líquida	<input type="checkbox"/> Melena	<input type="checkbox"/> Esverdeada
	<input type="checkbox"/> I N°	<input type="checkbox"/> I N°	<input type="checkbox"/> Outras:			
AP. GENITO-URINÁRIO / DIURESE	<input type="checkbox"/> Capotânea	<input type="checkbox"/> Polaciúria	<input type="checkbox"/> Anúria	<input type="checkbox"/> Colúria	<input type="checkbox"/> Alterações Anatômicas	
	<input type="checkbox"/> Incontinência	<input type="checkbox"/> Oligúria	<input type="checkbox"/> Limpida	<input type="checkbox"/> Hematúria	<input checked="" type="checkbox"/> Outras: SVS	
	<input type="checkbox"/> Disúria	<input type="checkbox"/> Polúria	<input type="checkbox"/> Concentrada	<input type="checkbox"/> Piúria		
MMSS	<input type="checkbox"/> Sensibilidade Preservada	<input type="checkbox"/> Motricidade Preserv	<input type="checkbox"/> Pulsos Palpáveis	<input type="checkbox"/> Parestia	<input type="checkbox"/> Gesso	
	<input type="checkbox"/> I Sensibilidade	<input type="checkbox"/> I Motricidade	<input type="checkbox"/> I Pulsos	<input type="checkbox"/> Plágia	<input type="checkbox"/> Amputação	
	<input type="checkbox"/> I Sensibilidade	<input type="checkbox"/> Edema	<input type="checkbox"/> Pulsos Impalpáveis	<input type="checkbox"/> Lesões	<input type="checkbox"/> Fratura	
MMII	<input type="checkbox"/> Sensibilidade Preservada	<input type="checkbox"/> Motricidade Preserv	<input type="checkbox"/> Pulsos Palpáveis	<input type="checkbox"/> Parestia	<input type="checkbox"/> Gesso	
	<input type="checkbox"/> I Sensibilidade	<input type="checkbox"/> I Motricidade	<input type="checkbox"/> I Pulsos	<input type="checkbox"/> Plágia	<input type="checkbox"/> Amputação	
	<input type="checkbox"/> I Sensibilidade	<input type="checkbox"/> Edema	<input type="checkbox"/> Pulsos Impalpáveis	<input type="checkbox"/> Lesões	<input type="checkbox"/> Fratura	

Procedimentos	N° dias	Procedimentos	N° dias	Procedimentos	N° dias	Procedimentos	N° dias
Acesso Venoso Periférico <input type="checkbox"/>		SNG / SNE <input type="checkbox"/>		SVD <input checked="" type="checkbox"/>		Drenagem de tórax <input type="checkbox"/>	
Intracath <input type="checkbox"/>		Gastronomia <input type="checkbox"/>		Dilatação Peritonal <input type="checkbox"/>			
Dissecção Venosa <input type="checkbox"/>		NPT <input type="checkbox"/>		Hemodíalise <input type="checkbox"/>			

7. ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO:

Categorias	1. Completamente limitada:	2. Muito limitada:	3. Ligeiramente limitada:	4. Nenhuma limitação:	Pontos:
Percepção sensorial					02
Umidade	1. Pele constantemente úmida:	2. Pele muito úmida:	3. Pele ocasionalmente úmida:	4. Pele raramente úmida:	03
Atividade	1. Acamado:	2. Sentado:	3. Anda ocasionalmente:	4. Anda	01
Mobilidade	1. Completamente imobilizado:	2. Muito limitada:	3. Ligeiramente limitado:	4. Nenhuma limitação:	01
Nutrição	1. Muito pobre:	2. Provavelmente inadequada:	3. Adequada:	4. Excelente:	02
Fricção e forças de deslizamento	1. Problemático:	2. Problema potencial:	3. Nenhum problema:		01
Observações:					Pontos: 09

Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.

EXAMES TRAZIDOS NO ATO DA ADMISSÃO:

TC de tórax + exames laboratoriais

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Sic opt possui deficiência mental

Natasha V. Volpato
Data: 23/06/2018
CORENAC 397276

ASSINATURA DO PROFISSIONAL COM CARIMBO

Natasha V. Volpato

N° CONSELHO

CONFORME ORIGINAL
CÓPIA
SOME / HUEB



Governo do Estado do Acre
Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE
Hospital de Urgência e Emergência do Rio Branco - HUERB
Unidade de Terapia Intensiva Dr. Sérgio Bruno



FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM

REG:

1. IDENTIFICAÇÃO

Proximidade da CC, Admissão às 16:50

Nome: Antônio Coelho	Data de Nascimento:	Idade: 68
Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil: Solteiro	Profissão: aposentado
Grau de Instrução: analfabeto		Religião: evangélico
Diagnóstico de Entrada: P.O. I de drenagem de HSA		

2. INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA E TRATAMENTO (Histórico de enfermagem conforme o motivo da internação)

Paciente com história de hipertensão arterial, vítima de infarto agudo do miocárdio, internado no Hospital de Urgência e Emergência do Rio Branco, com exames de imagem e laboratoriais compatíveis com infarto agudo do miocárdio, realizado cateterismo cardíaco com intervenção coronária percutânea (ICP) com sucesso, com colocação de stent na artéria coronária anterior descendente, evoluindo com melhora dos sintomas, sendo encaminhado para a Unidade de Terapia Intensiva Dr. Sérgio Bruno para observação e tratamento.

3. FATORES DE RISCO/PATOLOGIAS PREGRESSAS

<input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial	<input type="checkbox"/> Tuberculose	<input type="checkbox"/> Hepatite	<input type="checkbox"/> Sedentarismo	<input type="checkbox"/> Doença Imunológica
<input type="checkbox"/> Hanseníase	<input type="checkbox"/> Dengue	<input type="checkbox"/> Alcoolismo		
<input type="checkbox"/> Diálises	<input type="checkbox"/> Herpes	<input type="checkbox"/> Obesidade	<input type="checkbox"/> Tabagismo	<input type="checkbox"/> Alergias (Alimento/Medio/Externo)
<input type="checkbox"/> Cardiopatia/Coronariopatia	<input type="checkbox"/> Doença Pulmonar	<input type="checkbox"/> Doença Renal	<input type="checkbox"/> Uso de Drogas Ilícitas	
Cirurgia: P.O. I de drenagem de HSA				
Outros:				
<input type="checkbox"/> Medicamento em uso/dose:				

4. CONDIÇÕES DE MORADIA

Área de Moradia: Urbana	Tipo de Moradia: Casa	Material de Construção: Alvenaria	Saneamento: SAERB/SANACRE
Rural	Apartamento	Madeira	Rede de Esgoto
		Mista	Pogo
		Outro	Outro

5. HÁBITOS

Higiene Corporal Geral: Adequados
Alimentares: Adequados
Hábito de Sono e Repouso: Adequados

6. EXAME FÍSICO/ÓRGÃOS E SISTEMAS

PA (mmHg): 64x43	P (bpm): 108	FC (bpm): 108	FR (rpm): 14	Tax (°C): 37	Sat O ₂ (%): 100	Altura:	Peso:
Estado Nutricional: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Acima do Peso <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Desnutrido <input type="checkbox"/> Relato de Perda Ponderal							
Nível de Consciência: <input type="checkbox"/> Acordado <input type="checkbox"/> Lúcido <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Torporoso <input type="checkbox"/> Comatoso <input checked="" type="checkbox"/> Sedado							
Abertura Ocular: <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Estimulos Verbais <input type="checkbox"/> Estimulos Algicos <input type="checkbox"/> Não Abre							
Pupila: <input type="checkbox"/> Fotorresistente <input type="checkbox"/> Arreflexia <input type="checkbox"/> Isocoria <input type="checkbox"/> Anisocóricas (I D>E ou I E>D) <input checked="" type="checkbox"/> Miose <input type="checkbox"/> Midríase							
Mobilidade: <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Perda de Equilíbrio <input type="checkbox"/> Acamado <input checked="" type="checkbox"/> Retido ao Leito <input type="checkbox"/> Deambula c/ ajuda <input type="checkbox"/> Semi-acamado <input type="checkbox"/> Semi movimentação							
Pele / Mucosas / Tecidos: <input type="checkbox"/> Sem Alterações <input type="checkbox"/> Palidez <input type="checkbox"/> Lesões de Pele: <input type="checkbox"/> Úlcera de Pressão: Grau I em Joelhos							
<input type="checkbox"/> Anosmia <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Reações Alérgicas: <input type="checkbox"/> Giber Verrucosa							
<input type="checkbox"/> Oculorrotação <input type="checkbox"/> Ictericas							
OLHOS: <input type="checkbox"/> S/ Alteração <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Equimose <input type="checkbox"/> Fotofobia <input type="checkbox"/> Uso de óculos/lentes <input type="checkbox"/> Acuidade Visual Menor							
OUVIDOS: <input checked="" type="checkbox"/> S/ Alteração <input type="checkbox"/> Otalgia <input type="checkbox"/> Otorrria <input type="checkbox"/> Otorragia <input type="checkbox"/> Zumbido <input type="checkbox"/> Outras:							
NARIZ: <input checked="" type="checkbox"/> S/ Alteração <input type="checkbox"/> Anosmia <input type="checkbox"/> Rinorréia <input type="checkbox"/> Epistaxe <input type="checkbox"/> Outras:							
BOCA: <input type="checkbox"/> S/ Alteração <input checked="" type="checkbox"/> Dificuldade Prejudicada <input type="checkbox"/> Gengivite <input type="checkbox"/> Gengivorragia <input type="checkbox"/> Prótese <input type="checkbox"/> Outras:							

GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RIO BRANCO - HUEB

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Admissão da Fisioterapia- UTI

1 - Dados Pessoais		Idade	68 anos	Leito	UTI 10
Nome		GASTÃO COELHO		Peso	75 kg
Diagnóstico		T.C.G (ATROFICAMENTO)		Tempo de internação	03/10/2016
Procedência		<input type="checkbox"/> Pronto Socorro <input type="checkbox"/> Enfermaria / HUEB <input checked="" type="checkbox"/> Outras Unidades (SALA CIRÚRGICA)			
Anamnese					
História atual: Post admitido nesta unidade intubado, instável hemod., apresenta dislipidemia, Glasgow 3/15; eupneico, PCPD, boa expansibilidade torácica;					
História progressiva:					
Diagnóstico clínico:					
3 - Inspeção					
3.1 Dados vitais:					
PA	FC	FR	Tax	PVC	Sat, O ₂ 98% ETCO ₂
72/38 mmHg	87 bpm	16 ipm	35,4 °C		
3.2 Exame pneumológico:					
Ausculta	Tórax	Expansibilidade	Tiragens musculares		
MU S ^{RA}	NORMAL	NORMAL			
afirmação	Tosse	Secreção	Exame radiológico		
3.3 Exame ósteo-mio-articular e pele:					
Tônus	Movimentação	ADM's Preservadas a Mob. passiva			
(Soleto)		Outros sinais ou considerações			
Deformidades (s)					
4 - Ventilação mecânica (se paciente não estiver dependendo não preencher item 4):					
Tip Vent.	Modo	VC:	T _{insp} :	P _{insp} :	PEEP
WTK	P.C.V	± 400 ml	3.00 s	22 CMH ₂ O	5 CMH ₂ O
Pressão de suporte	FR:	V _m	Fluxo insp	Fluxo exp:	FIO ₂
CMH ₂ O	16 min	6.000 L/min	L/min	ml	40 %
Rel. I.E:	Sensibilidade	Nº T.O.T	Nº Fixação	Nº cânula-traqueal	Pres. Cuff
CMH ₂ O	-2cmH ₂ O	0.0	24		± 10 mmHg
5 - Exames de admssão					
Gasometria arterial	PH	PO ₂	PCO ₂	HCO ₃	Sat
Pa O ₂ I	FIO ₂ I	CO ₂ total	BE	Índice de tobin	Rel PO /FIO ₂
6 - Conduta					
→ V _M em modo P.C.V. → Cabeceira elevada 40°; → Troca de fixação de TOT; → Monitorização eletrônica; → Introduzido tubo orotraqueal de 25 pl 26 cm às 19:40 Tainara Sampaio 193382-F					
Ricardo M. 193.380 F					

PESO ESTIMADO _____ PESO IDEAL _____
BALANÇO ACUMULATIVO _____
BALANÇO DAS 24 HORAS _____

CONTROLE HIDRICO

SAGE HUETB
CÓPIA
CONFIRMÉ ORIGINAL

Q0001 - 1000

15. Geniturinário: ☐ Cistostomia ☐ Nefrostomia ☐ Ureterostomia ☐ Outros: ☐ Alterações anatómicas ☐ Espontâneas ☐ Estimulada: Volume _____ ml, _____ ml, 500 ml ☐ Tipo: _____ Medicamento: kanamida ☐ Sim ☐ Não ☐ Não ☐ Debito urinário: (M) _____ ml, (N) 600 ml ☐ Função Renal Alterada: ☐ Sim ☐ Não ☐ Hemodálise: ☐ Sim ☐ Não ☐ Integridade preservada ☐ Integridade comprometida ☐ Urópen ☐ Freada ☐ SVD ☐ SVA ☐ h ☐ Balance Hídrico: ☐ Positivo ☐ Negativo ☐ Outros: ☐ Fisiológica ☐ Limpida ☐ Concentrada ☐ Piúria ☐ Anúria ☐ Disúria ☐ Oligúria ☐ Polúria ☐ Colúria ☐ Polaciúria ☐ Hematúria ☐ Incontinência

16. Eliminação Intestinal: ☐ Presente ☐ Ausente ☐ Aspecto: ☐ Consistente ☐ Líquida ☐ Pastosa ☐ Líquido-pastosa ☐ Quantos dias? _____ ☐ Oetomia: Aspecto _____ Quantidade: _____ ml, _____ ml, _____ ml ☐ Outros: _____

17. MMSS: Edema ☐ +4 ☐ +3 ☐ +2 ☐ +1 ☐ 0 ☐ Paresia ☐ Plegia ☐ Amputação: ☐ Fratura: ☐ Sensibilidade: ☐ Preservada ☐ Diminuída ☐ Gesso ☐ Motricidade: ☐ Preservada ☐ Diminuída ☐ Fratura: ☐ Perfusão capilar: ☐ Adequada (até 2s) ☐ Diminuída: Local ☐ Clonose periférica: ☐ Ausente ☐ Presente: Local: _____ Outros: _____

18. MMII: Edema ☐ +4 ☐ +3 ☐ +2 ☐ +1 ☐ 0 ☐ Paresia ☐ Plegia ☐ Amputação: ☐ Fratura: ☐ Sensibilidade: ☐ Preservada ☐ Diminuída ☐ Gesso ☐ Motricidade: ☐ Preservada ☐ Diminuída ☐ Fratura: ☐ Perfusão capilar: ☐ Adequada (até 2s) ☐ Diminuída: Local ☐ Clonose periférica: ☐ Ausente ☐ Presente: Local: _____ Outros: _____

19. Gerenciamento do Risco: ☐ Escala de Braden: Percepção Sensorial 1, 2, 3, 4 ☐ TOTAL: _____ Risco Brando 15 a 16 ☐ Risco Moderado 12 a 14 ☐ Risco Severo < 11 ☐ Escala de Dor: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23 ☐ 24 ☐ 25 ☐ 26 ☐ 27 ☐ 28 ☐ 29 ☐ 30 ☐ 31 ☐ 32 ☐ 33 ☐ 34 ☐ 35 ☐ 36 ☐ 37 ☐ 38 ☐ 39 ☐ 40 ☐ 41 ☐ 42 ☐ 43 ☐ 44 ☐ 45 ☐ 46 ☐ 47 ☐ 48 ☐ 49 ☐ 50 ☐ 51 ☐ 52 ☐ 53 ☐ 54 ☐ 55 ☐ 56 ☐ 57 ☐ 58 ☐ 59 ☐ 60 ☐ 61 ☐ 62 ☐ 63 ☐ 64 ☐ 65 ☐ 66 ☐ 67 ☐ 68 ☐ 69 ☐ 70 ☐ 71 ☐ 72 ☐ 73 ☐ 74 ☐ 75 ☐ 76 ☐ 77 ☐ 78 ☐ 79 ☐ 80 ☐ 81 ☐ 82 ☐ 83 ☐ 84 ☐ 85 ☐ 86 ☐ 87 ☐ 88 ☐ 89 ☐ 90 ☐ 91 ☐ 92 ☐ 93 ☐ 94 ☐ 95 ☐ 96 ☐ 97 ☐ 98 ☐ 99 ☐ 100 ☐ 101 ☐ 102 ☐ 103 ☐ 104 ☐ 105 ☐ 106 ☐ 107 ☐ 108 ☐ 109 ☐ 110 ☐ 111 ☐ 112 ☐ 113 ☐ 114 ☐ 115 ☐ 116 ☐ 117 ☐ 118 ☐ 119 ☐ 120 ☐ 121 ☐ 122 ☐ 123 ☐ 124 ☐ 125 ☐ 126 ☐ 127 ☐ 128 ☐ 129 ☐ 130 ☐ 131 ☐ 132 ☐ 133 ☐ 134 ☐ 135 ☐ 136 ☐ 137 ☐ 138 ☐ 139 ☐ 140 ☐ 141 ☐ 142 ☐ 143 ☐ 144 ☐ 145 ☐ 146 ☐ 147 ☐ 148 ☐ 149 ☐ 150 ☐ 151 ☐ 152 ☐ 153 ☐ 154 ☐ 155 ☐ 156 ☐ 157 ☐ 158 ☐ 159 ☐ 160 ☐ 161 ☐ 162 ☐ 163 ☐ 164 ☐ 165 ☐ 166 ☐ 167 ☐ 168 ☐ 169 ☐ 170 ☐ 171 ☐ 172 ☐ 173 ☐ 174 ☐ 175 ☐ 176 ☐ 177 ☐ 178 ☐ 179 ☐ 180 ☐ 181 ☐ 182 ☐ 183 ☐ 184 ☐ 185 ☐ 186 ☐ 187 ☐ 188 ☐ 189 ☐ 190 ☐ 191 ☐ 192 ☐ 193 ☐ 194 ☐ 195 ☐ 196 ☐ 197 ☐ 198 ☐ 199 ☐ 200 ☐ 201 ☐ 202 ☐ 203 ☐ 204 ☐ 205 ☐ 206 ☐ 207 ☐ 208 ☐ 209 ☐ 210 ☐ 211 ☐ 212 ☐ 213 ☐ 214 ☐ 215 ☐ 216 ☐ 217 ☐ 218 ☐ 219 ☐ 220 ☐ 221 ☐ 222 ☐ 223 ☐ 224 ☐ 225 ☐ 226 ☐ 227 ☐ 228 ☐ 229 ☐ 230 ☐ 231 ☐ 232 ☐ 233 ☐ 234 ☐ 235 ☐ 236 ☐ 237 ☐ 238 ☐ 239 ☐ 240 ☐ 241 ☐ 242 ☐ 243 ☐ 244 ☐ 245 ☐ 246 ☐ 247 ☐ 248 ☐ 249 ☐ 250 ☐ 251 ☐ 252 ☐ 253 ☐ 254 ☐ 255 ☐ 256 ☐ 257 ☐ 258 ☐ 259 ☐ 260 ☐ 261 ☐ 262 ☐ 263 ☐ 264 ☐ 265 ☐ 266 ☐ 267 ☐ 268 ☐ 269 ☐ 270 ☐ 271 ☐ 272 ☐ 273 ☐ 274 ☐ 275 ☐ 276 ☐ 277 ☐ 278 ☐ 279 ☐ 280 ☐ 281 ☐ 282 ☐ 283 ☐ 284 ☐ 285 ☐ 286 ☐ 287 ☐ 288 ☐ 289 ☐ 290 ☐ 291 ☐ 292 ☐ 293 ☐ 294 ☐ 295 ☐ 296 ☐ 297 ☐ 298 ☐ 299 ☐ 300 ☐ 301 ☐ 302 ☐ 303 ☐ 304 ☐ 305 ☐ 306 ☐ 307 ☐ 308

Assinatura/Crimbo


 J. J. Antone
 397270

Natasha V. Volpato
Entomista
COREMAC 197270

00040367.4/12017.8.01.0070 e código 1D9=671.



Governo do Estado do Acre
Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE
Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco - HUERB
Unidade de Terapia Intensiva Adulto Dr. Sérgio Bruno

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM UTI - HUERB		Data: 08/10/16	Turno: Manhã	min. Tarde: 00 min. Noite: min.	Idade: anos
Nome: <u>Garcia Lelha</u>		Técnico de Enfermagem: PD: <u>PN: 1</u>			
Sexo: <u>F</u> Diagnóstico médico: <u>P.O.T. de drogas</u>		Manhã/Tarde: <u>Manhã</u>			
Leito: <u>10</u> Data Internação: <u>08/10/16</u> DI/UTI					
1. Nível de Consciência: <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Agressivo <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Torporoso <input checked="" type="checkbox"/> Sedado					
<input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Comatoso <input type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Outros:					
2. Escala de coma Glasgow: Total: <u>NA</u>		3. Escala de Agitação-sedação-RASS: <u>+5</u>			
Abertura Ocular: <u>4</u> Resposta verbal: <u>5</u> Resposta Motora: <u>6</u>		+4 Agressivo -1 Sonolento			
4. Espontânea 5. Orientado 6. Localiza dor		+3 Muito Agitado -2 Sedação leve			
3. Ao comando verbal 4. Confuso 4 Mov. Inespecífico/Retirada		+2 Agitado -3 Sedação moderada			
2. À dor 3. Inapropriada 4 Mov. Inespecífico/Retirada		+1 Inquieto -4 Sedação Profunda			
1. Ausente 2. Incompreensível 3. Flexão à dor		0 Alerta, calmo -5 Incapaz de ser despertado			
1. Sem resposta 1. Sem resposta		Observação:			
4. Segurança Emocional: <input type="checkbox"/> Tranquilo <input type="checkbox"/> Alegre <input type="checkbox"/> Triste		5. Sono e repouso: <input type="checkbox"/> Preservado <input type="checkbox"/> Inadequado:			
<input type="checkbox"/> Ansioso <input type="checkbox"/> Depressivo <input type="checkbox"/> Outros:					
6. Regulação térmica: <input type="checkbox"/> Afebril <input checked="" type="checkbox"/> Subfebril <input type="checkbox"/> Febril <input type="checkbox"/> Hipotérmico		TAX: °C °C			
Coloração e hidratação da pele e mucosas: <input type="checkbox"/> Corado <input checked="" type="checkbox"/> Hipocorado		<input type="checkbox"/> Anictérico <input type="checkbox"/> Ictérico <input type="checkbox"/> Cianótico <input type="checkbox"/> Rash cutâneo			
9. Cuidado corporal: Higiene bucal: <input checked="" type="checkbox"/> Adequada <input type="checkbox"/> Inadequada		Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Adequada <input type="checkbox"/> Inadequada			
9. COONG (cabeça, olhos, ouvido, nariz, garganta) e região cervical: <input type="checkbox"/> PIC: mmHg mmHg mmHg		DVE Aspecto drenagem:			
<input type="checkbox"/> Dreno: Tipo/Aspecto drenagem					
<input type="checkbox"/> Pupilas: <input type="checkbox"/> Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas		<input type="checkbox"/> Miase <input type="checkbox"/> Midríase <input type="checkbox"/> Bicoóricas <input type="checkbox"/> Esclera			
Fotorreatividade pupilar: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente		<input type="checkbox"/> Lagofthalmia <input type="checkbox"/> Nistagmo <input type="checkbox"/> Ptoze palpebral			
<input type="checkbox"/> Otorrágia <input type="checkbox"/> Otorreia <input type="checkbox"/> Aparelho auditivo		<input type="checkbox"/> Acuidade auditiva diminuída <input type="checkbox"/> Outros:			
<input type="checkbox"/> Desvio de septo <input type="checkbox"/> Epistaxe <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> Cânula Nasofaríngea		<input type="checkbox"/> Outros:			
<input type="checkbox"/> Aparelho Ortodôntico <input type="checkbox"/> Prótese dentária <input type="checkbox"/> SOE <input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> Gengivite <input type="checkbox"/> Gengivorragia		<input type="checkbox"/> Outros:			
<input type="checkbox"/> Cárie <input type="checkbox"/> Cárie orofaríngea <input type="checkbox"/> Máscara laríngea <input type="checkbox"/> Dentição prejudicada		<input type="checkbox"/> Outros:			
Pescoço: <input type="checkbox"/> Assimétrico <input type="checkbox"/> Linfadenomegalia <input type="checkbox"/> Rigidez de nuca		<input type="checkbox"/> Aumento parótidas <input type="checkbox"/> Gânglio infartado			
<input type="checkbox"/> TQT <input type="checkbox"/> Outros:					
10. Tórax/AP. Respiratório: <input checked="" type="checkbox"/> Simétrico <input type="checkbox"/> Assimétrico <input type="checkbox"/> Tonal		<input type="checkbox"/> Peito de pombo <input type="checkbox"/> Escavado			
<input type="checkbox"/> Cifoescoríose <input type="checkbox"/> Outros:		<input type="checkbox"/> Expansibilidade normal <input type="checkbox"/> Expansibilidade aumentada			
<input type="checkbox"/> Expansibilidade diminuída <input type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> Tequipneico <input type="checkbox"/> Bradpneico <input type="checkbox"/> Dispneico		<input type="checkbox"/> Outros:			
Padrão Chayne-Stokes <input type="checkbox"/> Padrão Kussmaul <input type="checkbox"/> Padrão Biot <input type="checkbox"/> MVF s/RA <input type="checkbox"/> MVF diminuído		<input type="checkbox"/> Outros:			
<input type="checkbox"/> Roncos <input type="checkbox"/> Sibilos <input type="checkbox"/> Estertores		<input type="checkbox"/> Abito pleural <input type="checkbox"/> Outros:			
<input type="checkbox"/> Tiragem intercostal <input type="checkbox"/> Batimento asa nariz <input type="checkbox"/> Outros:					
<input type="checkbox"/> Ar ambiente <input type="checkbox"/> TQT <input type="checkbox"/> TQT <input type="checkbox"/> Tubo T <input type="checkbox"/> Suporte de O2 %		<input type="checkbox"/> Cateter nasal l/min l/min			
<input type="checkbox"/> Máscara de venturi - concentração %		<input type="checkbox"/> VM Modo: l/min			
VC PEEP PS: FIO2: Descrição secreção:					
<input type="checkbox"/> Dreno torax <input type="checkbox"/> Oscilante <input type="checkbox"/> Funcionante		Aspecto débito:			
<input type="checkbox"/> Outros drenos:					
Freq. respiratória: rpm; rpm; rpm SPO2 % % % ETCO2: %					
11. Ap. Cardiovascular: Frequência Cardíaca: bpm; bpm; bpm FVC: mmHg ou cmH2O					
<input type="checkbox"/> Eucárdico <input type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Pulso: <input type="checkbox"/> Ausculta: <input type="checkbox"/> B+3 <input type="checkbox"/> B+4 <input type="checkbox"/> Sopros					
<input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Hipotenso <input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Rítmico <input type="checkbox"/> B+3 <input type="checkbox"/> B+4 <input type="checkbox"/> Sopros					
<input type="checkbox"/> Taquicárdico <input type="checkbox"/> Hipertenso <input type="checkbox"/> Filiforme <input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Desdobramento 2º Bulha					
Arritmias: <input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> TPSV <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> FV <input type="checkbox"/> BAV grau <input type="checkbox"/> Outros:					
<input type="checkbox"/> Marcapasso:					
12. Estado Nutricional: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Acima do peso <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Desnutrido		<input type="checkbox"/> Outros:			
13. Nutrição: <input type="checkbox"/> Dieta Zero <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> SOE <input type="checkbox"/> Fechada <input type="checkbox"/> Aberta					
Aceitação: <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Não aceita		<input type="checkbox"/> Disfagia			
Estase: <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Presente Volume: ml; ml; ml		Aspecto: ml/n; ml/n; ml/n			
Via: <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> Gastrostomia <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral		Fluxo: ml/n; ml/n; ml/n			
Tipo de Dieta: Restrição hídrica: ml/dia		<input type="checkbox"/> Náusea <input type="checkbox"/> Eructos/frequência VET:			
Teste sonda: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Suspensa: Motivo					
14. Regulação Abdominal: Abaulamento/Visceromegalia: <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Presente Local:					
<input type="checkbox"/> Plano <input type="checkbox"/> Ruidos hidroaéreos: Timpanismo: <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Presente					
<input type="checkbox"/> Globoso <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Presente		<input type="checkbox"/> Gastrostomia <input type="checkbox"/> Laminar			
<input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Diminuído <input type="checkbox"/> Diminuído		<input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> Tubular			
<input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente		<input type="checkbox"/> Ileostomia <input type="checkbox"/> Tubo-laminar			
<input type="checkbox"/> Escavado <input type="checkbox"/> Hiperativo <input type="checkbox"/> Hipertimpanico		<input type="checkbox"/> Colostomia <input type="checkbox"/> Outros:			
		<input type="checkbox"/> Fístula mucosa			



Governo do Estado do Acre
Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE
Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco - HUERB

NOME: GASTÃO COELHO	ID: 68A	PESO: 65 KG	LEITO:
03/10/2016	PROCEDÊNCIA: C.C.	REGISTRO: 2391083	UTI 10

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1.	DIETA ZERO <i>p NE, 500 ml 18h, hipoglicêmica (381 vet)</i>	<i>alimento</i>
2.	SRL 500 ML IV 08/08H	<i>18:00:10</i>
3.	CEFTRIAXONE 1G IV 12/12H D0	<i>18:00:10</i>
4.	OMEPRAZOL 40 MG + DILUENTE PRÓPRIO IV 1X/DIA	<i>06</i>
5.	DIPIRONA (1GR/2ML) 2ML + 7ML AD IV DE 4/4H	<i>20:24 04/08 12:16</i>
6.	PLASIL (10MG/2ML) 2 ML + AD 18 ML IV DE 8/8H, LENTO	<i>18:00:10</i>
7.	HIDANTAL (50MG/ML) 3ML + 17ML ABD IV 8/8H, LENTO	<i>18:00:10</i>
8.	DORMONID (15MG/3ML) FAZER 3ML IV DE 04/04H	<i>18:00 04/08 10:14</i>
9.	FENTANIL (50MCG/ML) 2ML IV 4/4H - ALTERNAR HORÁRIOS COM ITEM 8	<i>20:24 04/08 12:16</i>
10.	NORADRENALINA (4MG/4ML) 2 AMPOLA + SG5% 242ML IV, EM BIC - ACM	<i>18:00:10</i>
11.	DEXTRO 06/06H	<i>18:00:10</i>
12.	INSULINA REGULAR (SC) CONFORME DEXTRO: 150-200:2UI 201-250:4UI 251-300:6UI 301-350:8UI >351: 10UI	<i>18:00:10</i>
13.	GLICOSE 50% - 30 ML IV SE DEXTRO < 90MG/DL	<i>18:00:10</i>
14.	FUROSEMIDA (20 MG/2ML) 1 AMP IV ACM	<i>18:00:10</i>
15.	SRL 500 ML IV ACM	<i>18:00:10</i>
16.	FISIOTERAPIA MOTORA + RESPIRATÓRIA	<i>18:00:10</i>
17.	CABECEIRA ELEVADA 45°	<i>18:00:10</i>
18.	CUIDADOS E CONTROLE DE UTI	<i>18:00:10</i>
19.	PVC 08/08H	<i>18:00:10</i>

20 - Clindamicina 600mg IV 8/8h

Talita de O. Ribeiro
Reumatologista
CRM/AC 1524

Dr. Josleilson S. Nascimento
Médico
CRM/AC 1121

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



Governo do Estado do Acre
Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE
Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco - HUEBR

NOME: GASTÃO COELHO	ID: 68A	PESO: 65 KG	LEITO:
04/10/2016	PROCEDÊNCIA: C.C.	REGISTRO: 2391083	UTI 10

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1.	DIETA ENTERAL 500ML X VSNE NAS 18H, HIPOGLICIDICA+ ÁGUA POTÁVEL 50ML DE 3/3H NOS INTERVALOS	18:00
2.	SRL 500 ML + SULF. DE MAGNESIO 10% 10 ML IV 12/12H	18:00
3.	CEFTRIAXONE 1G IV 12/12H D1	18:00
4.	CLINDAMICINA 600 MG + SF 0,9% 100 ML IV DE 8/8H D1	18:00
5.	OMEPRAZOL 40 MG + DILUENTE PRÓPRIO IV 1X/DIA	18:00
6.	DIPIRONA (1GR/2ML) 2ML + 7ML AD IV DE 4/4H, SE T° > 37,8°C	18:00
7.	PLASIL (10MG/2ML) 1 ML + AD 19 ML IV DE 8/8H, LENTO	18:00
8.	HIDANTAL (50MG/ML) 3 ML + 17 ML ABD IV DE 8/8H, LENTO	18:00
9.	DORMONID (15MG/3ML), FAZER 3ML IV DE 4/4H	18:00
10.	FENTANIL (50MCG/ML), FAZER 2ML IV DE 4/4H, ALTERNAR HORÁRIOS	18:00
11.	NORADRENALINA (4MG/4ML) 2 AMPOLA + SG5% 242 ML IV, EM BIC - ACM	18:00
12.	DEXTRO 6/8H	18:00
13.	INSULINA REGULAR (SC) CONFORME DEXTRO: 150-200:2UI 201-250:4UI 251-300:6UI 301-350:8UI >351: 10UI	18:00
14.	GLICOSEF 50% - 30 ML IV SE DEXTRO < 90MG/DL	18:00
15.	FUROSEMIDA (20 MG/2ML) 1 AMP IV ACM	18:00
16.	SRL 500 ML IV ACM	18:00
17.	FISIOTERAPIA MOTORA + RESPIRATÓRIA	18:00
18.	CABECEIRA ELEVADA 45°	18:00
19.	CUIDADOS E CONTROLE DE UTI	18:00
20.		18:00

Drª Claudineia Marques
CRM: 3061 - AC
Clínica Médica

Drª Claudineig Marques
CRM: 3061 - AC
Clínica Médica

CONFORME ORIGINAL

CHECKLIST PASSAGEM DE PLANTÃO
PROFISSIONAL TÉCNICO DE ENFERMAGEM

DATA: / /

PD ENTRADA:

PD ENTRADA:

PD SAÍDA:

PD SAÍDA:

Checklist
Mesa de cabeceira

PD (CHEGANDO)	PN (CHEGANDO)	PACIENTE	MATERIAL	PD	PN
01	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	01		
02	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	01		
03	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	01		
04	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	01		
05	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	01		
06	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	01		
07	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	01		
08	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	01		
09	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	01		
10	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	01		
11	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	01		
12	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	01		
13	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	01		
14	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	01		
15	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	01		
16	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	01		
17	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	01		
18	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	01		
19	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	01		
20	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	01		
21	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	01		

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

15. Geniturinário: ☐ Alterações anatómicas ☒ Integridade preservada ☐ Integridade comprometida

☐ Cistostomia ☐ Espontânea ☐ Uropen ☐ Fisiológica ☐ Oligúria

☐ Nefrostomia ☐ Estimulada: Volume ml; ml; ml ☐ Fralda ☐ Limpida ☐ Poliúria

☐ Ureterostomia ☐ Tipo: ☐ SVD ☐ Concentrada ☐ Colúria

☐ Outros: ☐ Medicamento: ☐ SVA / h ☐ Piúria ☐ Polaciúria

Débito urinário: (M) ml; (T) ml; (N) ml ☐ Anúria ☐ Hematúria

Função Renal Alterada: ☐ Sim ☒ Não ☐ Distúrbio ☐ Incontinência

Hemodíalise: ☐ Sim ☒ Não ☐ Positivo ☐ Negativo ☐ Outros:

16. Eliminação Intestinal: ☐ Presente ☒ Ausente ☐ Ostomia: Aspecto

Aspecto: ☐ Consistente ☐ Líquida Quantos dias? ☐ Quantidade: ml; ml; ml

☐ Pastosa ☐ Líquido-pastosa ☐ Outros:

17. MMSS: Edema /+4; /+4; /+4 ☐ Paresia ☐ Plegia ☐ Amputação: ☐ Fratura:

Sensibilidade: Motricidade: Perfunção capilar: ☐ Cianose periférica: ☐ Lesões:

☐ Preservada ☐ Preservada ☒ Adequada (até 2s) ☐ Ausente ☐ Presente: Local:

☒ Diminuída ☐ Diminuída ☐ Diminuída: Local ☐ Outros:

☐ Gesso ☐ Fratura:

18. MMI: Edema /+4; /+4; /+4 ☐ Paresia ☐ Plegia ☐ Amputação: ☐ Fratura:

Sensibilidade: Motricidade: Perfunção capilar: ☐ Cianose periférica: ☐ Lesões:

☐ Preservada ☐ Preservada ☒ Adequada (até 2s) ☐ Ausente ☐ Presente: Local:

☒ Diminuída ☐ Diminuída ☐ Diminuída: Local ☐ Outros:

☐ Gesso ☐ Fratura:

19. Gerenciamento de Risco: ☐ Queda ☐ Acão ☐ Risco ☐ Fiebre ☐ Escala de Dor:

20. Escala de Dor: ☐ Escala de Braden: Percepção Sensorial 1, 2, 3, 4 TOTAL

21. Escala de Braden: Risco Brando 15 a 16 Umidade 1, 2, 3, 4

Risco Moderado 12 a 14 Atividade 1, 2, 3, 4

Risco Severo < 11 Mobilidade 1, 2, 3, 4

Fricção e Cisalhamento 1, 2, 3

22. Triagem - Campanha Sobrevivendo a Sepsis - Apresenta um ou mais dos sinais de SIRS abaixo: ☐ Aclonamento equipe médi.

☐ Hipertermia > 38,3° ou Hipotermia ☐ Leucocitose > 12000 leucopenia < 4000 ou desvio esquerdo > 10% Médico:

☐ Taquipnéia > 20 rpm ☐ Oligúria ☐ Rebaixamento do nível de consciência Hora: min.

☐ Taquicardia > 90bpm ☐ Hipotensão ☐ Dispnéia ou dessaturando

23. Integridade Cutâneo-mucosa: ☐ Preservada ☐ Comprometida Local (s) lesão (ões), característica (s) e curativo (s):

1. Mancha placa hemorrágica.

24. Soluções em infusão: **SAME / HUERO**

Substância/STP/Vazão: Substância/STP/Vazão: Substância/STP/Vazão: Substância/STP/Vazão: **CÓPIA**

25. ATBs - Dias de uso/Micro-organismo/Precaução: **CONFORME ORIGINAL**

26. Dispositivos de assistência: ☒ TOT ☐ dias ☐ Acesso venoso periférico - dias

☐ PIC/DVE - dias ☐ TQT - dias ☐ Intracath - dias ☐ PICC - dias

☒ SNE/SNG ☐ dias ☐ SVD - ☐ dias ☐ Duocath - ☐ dias ☐ Outros: dias

☐ Alerções:

27. Dados relacionados às necessidades psicoespirituais e psicossociais:

28. Prevenção UPP: *As 10:55h mudado p/ DLD. As 11:15h mudado p/ dorsaf.*

29. Ocorrências durante o plantão: *Intervenção hemodinâmica realizada RAS-S. Flunizade no luto, realização de incisão para drenagem de abscesso. A seguir, realização de drenagem de abscesso. Realizado cateter de dreno. Teste.*

As 18h30m paciente com sedação suspensa as 14:00h. Verificar a respiração, sem reflexo de tosse, pupila média arreativa a 6" com cateter a 6".

Apresentou arritmias durante a aspiração TOR.

Assinatura/Carimbo:

Edson de Azevedo Mesquita

Enf. Eliana Farias

COREN 375.067 AC

matrícula em UPT



Governo do Estado do Acre
Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE
Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco - HUEB
Unidade de Terapia Intensiva Adulto Dr. Sérgio Bruno

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem

SAE Sistematização da Assistência de Enfermagem

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM UTI - HUERB Data: 4 NOV 16 Turno: Manhã 10:30 min. Tarde : min. Noite : min.
Idade: 68 anos

Nome: Gustão Coelho

Sexo: ☐ F ☒ M Diagnóstico médico: POLITRAUMA Técnico de Enfermagem: PD: Ana Lúcia PN: _____
Leito: _____ Data Internação: 3/10/16 DIUT: _____ dias Manhã/Tarde: _____

1. Nível de Consciência: ☐ Orientado ☐ Alerta ☐ Agressivo ☐ Sonolento ☐ Torporoso ☒ Sedado
☐ Confuso ☐ Comatoso ☐ Calmo ☐ Agitado ☐ Outros: _____

2. Escala de coma Glasgow: Total: 15
Abertura Ocular: 4 Espontânea Resposta verbal: 3.Orientado Resposta Motora: 5.Obedece comando
3.Ao comando verbal 3.Confuso 5.Localiza dor
2.A dor 3.Inapropriada 4.Mov. Inespecífico/Retirada
1 Ausente 2.Incompreensível 3.Flexão à dor
1.Sem resposta 2.Extensão à dor 1.Sem resposta

3. Escala de Agitação-sedação-RASS: 2 1 0 -1 -2
+4 Agressivo -1 Sonolento
+3 Muito Agitado -2 Sedação leve
+2 Agitado -3 Sedação moderada
+1 Inquieto -4 Sedação Profunda
0 Alerta, calmo -5 Incapaz de ser despertado
Observação: _____

4. Segurança Emocional: ☐ Tranquilo ☐ Alegre ☐ Triste
☐ Ansioso ☐ Depressivo ☐ Outros: _____

5. Sono e repouso: ☐ Preservado ☐ Inadequado: _____

6. Regulação térmica: ☒ Afebril ☐ Subfebril ☐ Febril ☐ Hipotérmico Tax: 35.1°C 35.9°C 36°C

7. Coloração e hidratação da pele e mucosas: N/A Anictérico ☐ Ictérico +/+4 N/A Cianótico ☐ Cianótico +/+4
☐ Corado N/A Hipocorado +/+4 N/A Hidratado ☐ Desidratado +/+4 ☐ Anasarca ☐ Rash cutâneo

8. Cuidado corporal: Higiene bucal: ☒ Adequada ☐ Inadequada:
Higiene corporal: ☒ Adequada ☐ Inadequada:

9. CDONG (cabeça, olhos, ouvido, nariz, garganta) e região cervical: PIC: mmHg mmHg mmHg ☐ OVE Aspecto drenagem:
☐ Dreno Tipo/Aspecto drenagem: Cannula E, el grande quantidade de secreção hemática
Pupilas: ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ >E ☐ <E ☐ Miase ☐ Midriase ☐ Discóricas Edema
Fotorreatividade pupilar: ☒ Presente ☐ Absente ☐ Lagofthalmia ☐ Nistagmo ☐ Ptose palpebral ☐ esclera
☐ Otorrágia ☐ Otorreia ☐ Aparelho auditivo ☐ Acuidade auditiva diminuída ☐ Outros:
☐ Desvio de septo ☐ Epístaxe N/A SNE ☐ SNG ☐ Cânula Nasofaríngea ☐ Outros:
☐ Aparelho Ortodôntico ☐ Prótese dentária ☐ SOE ☐ SOG ☐ Gengivite ☐ Gengivorragia
☐ TOT ☐ Cânula orofaríngea ☐ Máscara laringea ☐ Dentição prejudicada ☐ Outros:
Pescoço: ☐ Assimétrico ☐ Linfadenomegalia ☐ Rigidez de nuca ☐ Aumento parótidas ☐ Ganglio infectado
☐ TQT ☐ Outros:

10. Tórax/AP Respiratório: N/A Simétrico ☐ Assimétrico ☐ Tônus ☐ Peito de pombo ☐ Escavado
☐ Cifoescoliose ☐ Outros: N/A Expansibilidade normal ☐ Expansibilidade aumentada
☐ Expansibilidade diminuída ☐ Cupneico ☐ Taquipneico ☐ Bradipneico ☐ Dispneico ☐ Outros:
☐ Padrão Cheyne-Stokes ☐ Padrão Kussmaul ☐ Padrão Biot ☐ MVF s/RA ☒ MV diminuído Mais
☐ Roncos ☐ Sibilos ☐ Estertores ☐ Atrito pleural ☐ Outros:
☐ Tiragem intercostal ☐ Batimento asa nariz ☐ Outros:
Ar ambiente: ☐ TOT ☐ TQT ☐ Tubo T ☐ Suporte de O₂ % ☐ Cateter nasal l/min. l/min.
Máscara de venturi - concentração % % % VM Modo: PCV l/min.
VC 580 mL PEEP 08 08 08 PC 22.2 FIO2 24.29.79 Descrição secreção:
☐ Dreno torax ☐ Oscilante ☐ Funcionante Aspecto débito: _____
☐ Outros drenos:

Freq. respiratória: 12 irpm; 12 irpm; 13 irpm SPO2 93 % 95 %; 97 % ETCO2: _____ %

11. Ap. Cardiovascular: Frequência Cardíaca: 37 bpm; 74 bpm; 80 bpm PVC: _____ mmHg ou cmH₂O
☒ Eucárdico ☒ Normotenso Pulso: Ausculta B+3 ☐ B+4 ☐ Sopros
☐ Bradicárdico ☐ Hipotenso ☐ Cheio ☐ Rítmico ☐ Desdobramento 2º Bulha
☐ Taquicárdico ☐ Hipertenso ☒ Filiforme ☐ Arritmico ☐ grau ☐ Outros:
Arritmias: ☐ FA ☐ TPSV ☐ TV ☐ FV ☐ BAV
☐ Marcapasso: 102 x 73 ; 123 x 76 (BR)

12. Estado Nutricional: 10 Normal ☐ Acima do peso ☐ Emagrecido ☐ Desnutrido ☐ Outros: _____

13. Nutrição: ☐ Dieta Zero N/A SNE ☐ SNG ☐ SOG ☐ SOE ☐ Fechada ☐ Aberta
Aceltação: ☒ Total ☐ Parcial ☐ Não aceita ☐ Disfagia
Estase: ☒ Ausente ☐ Presente Volume: _____ ml; _____ ml; _____ ml Aspecto: _____
Via: ☐ VO ☐ Gastrostomia ☒ Enteral ☐ Parenteral Fluxo: _____ ml/h; _____ ml/h; _____ ml/h
Tipo de Dieta: Restrição hídrica: _____ ml/dia ☐ Náusea ☐ Êmese/frequência VET: _____
Teste sonda: ☒ Sim ☐ Não Suspensa: Motivo _____

14. Regulação Abdominal: Abaulamento/Visceromegalia: ☒ Ausente ☐ Presente Local: _____
☒ Plano ☐ Ruídos hidroaéreos: Timpanismo: ☐ Ostomias: ☐ Drenos:
☒ Globoso ☒ Presente ☐ Presente ☐ Gastrostomia ☐ Laminar
☐ Distendido ☒ Diminuído ☐ Diminuído ☐ Jejunostomia ☐ Tubular
☐ Ascítico ☐ Ausente N/A Ausente ☐ Ileostomia ☐ Tubo-laminar
☐ Escavado ☐ Hiperativo ☐ Hipertimpanico ☐ Colostomia ☐ Outros:
☐ Fistula mucosa

$K_{\text{Lipid}} \text{ media } D$
 $C_{\text{Lipid}} \text{ restor } a E$



Governo do Estado do Acre
Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE
Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco - HUEB
Unidade de Terapia Intensiva

Evolução da tarde: paciente mantendo-se estável, sem sedação e não apresentou intercorrências no período vespertino.

Cd: mantida

Dr^a Claudinete Marques
CRM: 1081 - AC
Clínica Médica

Evolução da noite:

Paciente grave, porém estável hemodinamicamente com Noradrenalina 20ml/h, em VMI, sem sedação, diurese presente após estímulo, taquicárdico, supnóico, boa saturação periférica, mantendo RASS - 5. Sem evidência de febre no período.

Conduta: 1. Solicitado exames laboratoriais de rotina;
2. Demais itens da prescrição mantidos.

Tringão da Costa Santos
Cardiologista
CRM: 1081 - AC

André Zucchi
Residência Médica
CRM: 1081 - AC

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

CHECKLIST PASSAGEM DE PLATAÇÃO
PROFISSIONAL TÉCNICO DE ENFERMAGEM

DATA: 04/10/2016

PD ENTRADA:

PN ENTRADA:

PN SAÍDA:

PD SAÍDA:

Checklist
Mesa de cabeceira

PD (CHEGANDO)	PN (CHEGANDO)	PACIENTE	MATERIAL	PD	PN
01 SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	FOI HIGIENIZADO NO PERÍODO	AGUA DESTILADA 10		
02 SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	PACIENTE ENCONTRA-SE APLIMADO NO LEITO	PACOTE DE GAZES 04		
03 SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	HIGIENE ORAL VISIVELMENTE ADEQUADA	SERINGAS 3 ML 02		
04 SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	SNG / SNE e SVD FIXADA ADEQUADAMENTE - FIXAÇÃO LIMPA	SERINGAS 5ML 02		
05 SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	ACESSO VENOSO COM CURATIVO DATADO E ASSINADO	SERINGAS 10ML 02		
06 SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	POLÍFICO ENCONTRA-SE SEM SUJIDADE VISÍVEL	SERINGAS 20ML 04		
07 SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	CURATIVO DA TRAQUEOSTOMIA ENCONTRA-SE LIMPO	TERMOMETRO 01		
08 SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	POLÍFICO ENCONTRA-SE SEM SUJIDADE VISÍVEL	ESTETOCÓPIO 01		
09 SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	REGIÃO ÍNTIMA ENCONTRA-SE LIMPA	SONDA DE ASPIRAÇÃO 04		
10 SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	FOI DESPREZADO/REGISTRADO A DIURNESE AS 06:00HS E AS 18:00HS	CHUMAÇO 02		
11 SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	CABECEIRA ELIVADA > QUE 30°			
12 SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	TODAS AS INFUSÕES DA BIC ESTÃO DEVIDAMENTE IDENTIFICADAS			
13 SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	EXISTEM MEDICAMENTOS PENDENTES DE ADMINISTRAÇÃO NO SUPORTE DE SORO	ESPALDRAPCO 01		
14 SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	MONITORIZAÇÃO ENCONTRA-SE ADEQUADA E TODOS OS PARÂMETROS FUNCIONANTES?	MICROFONE 01		
15 SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	A MESA DE CABECEIRA ENCONTRA-SE DEVIDAMENTE ORGANIZADA COM OS SEUS RESPECTIVOS MATERIAIS REPOSTOS	LUVA PROCEIDIMENTO (caixa) 01		
16 SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	TODAS AS BIC'S FORAM ZERADAS	LUVA CIRURGICA 02		
17 SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	MATERIAL DE HIGIENE PESSOAL ENCONTRA-SE DEVIDAMENTE ACONDICIONADO NA MESA DE CABECEIRA	AGULHAS 13/4,5 04		
18 SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	BOISA VÍLVULA MÁSCARA (AMBU) ENCONTRA-SE NA CABECEIRA DO LEITO CONECTADO E PROTEGIDO ADEQUADAMENTE	AGULHAS 27/08 04		
19 SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	FRASCO DE ASPIRAÇÃO DESPREZADO E LIMPO	BOLAS DE ALGODÃO 03		
20 SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	TODAS AS MEDICAÇÕES PRESCRITAS FORAM ADMINISTRADAS E CHECADAS	ELETRODO 05		
21 SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	EXISTEM SOBRES DE MEDICAMENTOS NA COMEIA DO PACIENTE			
22 SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	PONTUALIDADE NA CHEGADA (PD - 06:45hs às 07:15hs / PN - 18:45 às 19:15hs)			

SAIPE / HUBRB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RIO BRANCO - HUERB
HUERB PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - UTI

DATA: 04/10/2016 Leito: 10 SETOR : UTI Registro: 2391083 IDADE: 68 A
Paciente: GASTÃO COELHO
Diagnóstico: TCE
ENTRADA: 03/10/2016 DI: 01 DIAS

PRESCRIÇÕES		Horário	PRESCRIÇÕES		Horário
1-Higiene Corporal			6- Conforto Físico/Proteção		
Realizar auxiliar banho no leito		08 15 20	Manter repouso relativo/absoluto		ATENÇÃO
Realizar auxiliar higiene oral - ocular			Fixar, orientar, auxiliar a mudança de decúbito conforme tolerância e protocolo de prevenção de Upp		BLE-DD- DLDD
Realizar higiene íntima a cada troca de fralda (DIURESE ESPONTÂNEA)		10 13 16 19 22 01 04	Orientar o paciente quanto à movimentação ativa no leito		ORIENTAR
Realizar massagem de conforto e hidratação		09	Sentar na poltrona		ATENÇÃO
Realizar tricotomia facial S/N			Manter grades elevadas/CONTER		ATENÇÃO
2-Alimentação		ATENÇÃO	7-Aliminação		12 18 24 06
DIETA ZERO para:			Anotar número e aspecto das evacuações		ATENÇÃO
Auxiliar, estimular e anotar a situação alimentar.		10 13 16 19 22 01 04	Medir e anotar aspectos da urina		ATENÇÃO
Estimular ingestão hídrica de ml de 3/3 hs		ATENÇÃO	Registrar volume e aspecto do débito do DVE, dentro horário		ATENÇÃO
Lavar SNE/SOE/SNG ou GI antes e após dieta/modificação (10/20 ml de água filtrada em jato com siringa)			Proteger a pele do paciente quando em contato com secreção		ATENÇÃO
Manter cabeceira elevada 30/45° ao administrar dieta por SNE/SOE/SNG		ATENÇÃO	Fixar SNE/SOE/SNG/SVD		ATENÇÃO
3-Curativo			8- Controle de infecção		ATENÇÃO
Realizar curativo em inserção da A/C ou A/VP (dilar e acionar)			Tronar equipo de infusão intermitente a cada 24 h e infusão contínua em BIC h		ATENÇÃO
Manter Curativo com placa de Colóide em região Sacra		ATENÇÃO	Administrar e identificar as medicações conforme os 5 certos (paciente, hora, leito, dose e via de administração correta)		ATENÇÃO
Realizar curativo REGIÃO		M	Trocar A/VP a cada 72 h ou se presença de sinais flogísticos		ATENÇÃO
Realizar proteção de calcâneo			Utilizar técnica asséptica		ATENÇÃO
4-Observar, anotar e comunicar			Realizar limpeza corrente no leito		ATENÇÃO
Nível de consciência		CONTÍNUO	Nivelar ponto zero da DVE ao nível da orelha		
Verificar SSVV e comunicar alterações		A CADA 2 H	Mensurar PVC (C.P.M.)		
Sinais de hipotensão/hipertensão		COMUNICA-3	Mensurar PIA (C.P.M.)		
Fechar balanço hídrico		12 18 24 06	Manter paciente com restrição a mobilização		
Edema/hematomas/eritemas/lesões/mem		COMUNICAR	Manter paciente em DD a 0° (TRM)		
Náuseas/vômitos		COMUNICAR	Mobilizar paciente em blocos		
Queixas algícas: local e irradiada		COMUNICAR			
Sinais de hiperemia em proximidades locais e partes moles		COMUNICAR			
Aspectos dos curativos		ANOTAR			
5- Conforto respiratório					
Observar e comunicar dispnéia/cianose		COMUNICAR			
Manter decúbito elevado 30° a 45°		MANTER			
Observar e anotar presença de tosse/esp		COMUNICAR			
Aspirar vias aéreas TOT/OT S/N		COMUNICAR			

CONFIRME ORIGINAL
CÓPIA
SAME / HUERB

DATA: 04/10/17 Leito: 10 SETOR: UTI Registro: 2391083 IDADE: 68

1	2	3
---	---	---

ENTRADA-03/10/2016 DI-01 DIAS

[illegible]



Governo do Estado do Acre
Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE
Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco - HUERB
Unidade de Terapia Intensiva

Evolução da tarde:

paciente mantendo quadro neurológico, sem sedação, Glasgow 3 não apresentou intercorrências no período vespertino.

Cd: controle de Na; desmame de DVA

[Assinatura]
Dr. Sérgio F. Costa
Médico
CRAMAC 1595

Evolução da noite:

Paciente gravíssimo pelo decorrer de hora
em como perceptiva. sem. reflexo de
truncos, duve. respiratório. sem ar. e.

Adoção: 1 DVA. sem agitação de febre.
diurese. parante.

intubado em VMI. em MODO PCV
com. mesmos parâmetros ventilatórios.
co/ montido.

[Assinatura]
Aldo Damian
CRM-AC 1595

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



Governo do Estado do Acre
Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE
Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco - HUERB
Unidade de Terapia Intensiva

DATA: 05/10/2016	DIH: 1º	EVOLUÇÃO MÉDICA	LEITO: UTI - 10
PACIENTE: GASTÃO COELHO			IDADE:
DIAGNÓSTICOS ATUAIS: <ul style="list-style-type: none"> TCE GRAVE POR ATROPELAMENTO FRATURA PARIETAL ESQUERDA + HSA T + EDEMA CEREBRAL COM DLM + HSD AGUDO 1º POI DE CRANIECTOMIA DESCOMPRESSIVA + DRENAGEM DE HEMATOMA PNM ASPIRATIVA 		PREGRESSOS	
<p>GERAL: Paciente gravíssimo, em uso de DVA, sem sedação, intubado sob VMI, mantendo boa oximetria de pulso. Hidratado, hipocorado, acianótico, anictérico, afebril.</p>			
CABEÇA/PESCOÇO: TOT			
NEURO-PSIQUIÁTRICO: sedado		*RASS:	RAMSAY: -5
GLASGOW:			
PUPILAS: () Isocóricas () Anisocóricas (E>D) () Mióticas () Arreativas () Fotorreagente () Midríatica		PA: 110/60 mmHg	FC: 80 Bpm
FR: 20 lpm			
APARELHO CIRCULATÓRIO: Ritmo cardíaco regular, bulhas normoféticas, sem sopros.			
APARELHO RESPIRATÓRIO: MV presente, sem RA.			
APARELHO DIGESTIVO: Abdome flácido, S/VMG com RHA presente, sem sinais de irritação.			
EXTREMIDADES: Sem edemas, boa perfusão periférica			
BALANÇO HÍDRICO ACUMULADO		GANHO	PERDAS
		3.655 ml	1.830 ml
Evacuações:		TOTAL DIÁRIO	
		+ 1.825 ml	
DIURESE		1.830 ml	
DROGAS EM USO (ANTIBIÓTICO/AMINA/SEDAÇÃO)		PROCEDIMENTOS (CATETER/SONDAS/OSTOMIAS)	
CEFTRIAXONA / CLINDAMICINA D2		TOT	
		SNE	
NORADRENALINA		SVD	
Evolução da manhã: Paciente sem sedação, Glasgow 3, apresentando ausência de reflexos de tronco (ausência de reflexo de tosse, sem drive respiratório), pupila esquerda não responde a estímulos, olho direito com presença de catarata, Segue muito grave, com uso de noradrenalina, já em desmame, hidratado, afebril, normotenso, normocárdico.			
CD: cuidados de uti			



Governo do Estado do Acre
Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE
Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco - HUERB

NOME: GASTÃO COELHO	ID: 68A	PESO: 65 KG	LEITO:
05/10/2016	PROCEDÊNCIA: C.C.	REGISTRO: 2391083	UTI 10

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1.	DIETA ENTERAL 500ML X VSNE NAS 18H. HIPOGLICIDICA+ ÁGUA POTÁVEL 50ML DE 3/3H NOS INTERVALOS	18:16:39
2.	SRL 500 ML + NACL 20% 10 ML IV 12/12H	18:01:04
3.	CEFTRIAXONE 1G IV 12/12H D2	10:22
4.	CLINDAMICINA 600 MG + SF 0,9% 100 ML IV DE 8/8H D2	18:06
5.	OMEPRAZOL 40 MG + DILUENTE PRÓPRIO IV 1X/DIA	18:06
6.	DIPIRONA (1GR/2ML) 2ML + 7ML AD IV DE 4/4H, SE T° > 37,8°C	06
7.	PLASIL (10MG/2ML) 1 ML + AD 19 ML IV DE 8/8H, LENTO	18:06
8.	NORADRENALINA (4MG/4ML) 2 AMP + SG5% 242 ML IV, EM BIC DOSE ACM	18:06
9.	DEXTRO 6/6H	18:06
10.	INSULINA REGULAR (SC) CONFORME DEXTRO: 150-200:2UI 201-250:4UI 251-300:6UI 301-350:8UI >351: 10UI	
11.	GLICOSE 50% - 30 ML IV SE DEXTRO < 90MG/DL	
12.	FUROSEMIDA (20 MG/2ML) 1 AMP IV ACM	
13.	SRL 500 ML IV ACM	
14.	FISIOTERAPIA MOTORA + RESPIRATÓRIA	
15.	CABECEIRA ELEVADA 45°	
16.	CUIDADOS E CONTROLE DE UTI	
17.		

Pro Claudiney Marques
CRM: 1941 - AC
Clínica Médica

EST
Unigton
Rafina

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

PROCEDIMENTO	Nº DIAS	PROCEDIMENTO	Nº DIAS	PROCEDIMENTO	Nº DIAS	PROCEDIM	Nº DIAS	PVC	VALOR	PIA	VALOR
VM	02	MC	02	MARKA PASSO		GUEDEL					
TOT	02	PICC	02	DRENO DE TORAX		CATER SCHIL					
TUBO T		AVP		DVE		VNI					
VENTURI CATER		AVC	02	SVD	02	DRENO TUBO / AVP / VNI					

HORA	DI	DOSE	SED. CONTINUA	DOSE	HORA	DI	DOSE	SED. CONTINUA	DOSE	HORA	DEXTRO	CORRIGIDO - U
7					15					20:00	120 mg	
8	Nora	20mg			20					18:00	24 mg	
9					21							
10	Nora	20mg			22					24:00	10x mg	
11					23					06:1	123 mg	
12	Nora	20mg			24							
13					01							
14	Perligado				02							
15					03							
16					04							
17					05							
18					06							

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DIURNO

NOTURNO

05.10.16. Às 07:00 Paciente grave, entubado às 7:00 recebe por grave, entubado monitorizado, SNE, AVC em jugular esquerda, monitorizado, portando SUE, SVD, SVD. Faz uso de Soro + Volutam Bic. Às 08:00 AVC em jugular esquerda, med. cont. Realizado banho no leito, higiene oral, flaxel, gel. Netro. Segue com cuidados íntima, troca de lençóis e fralda. Lig. Para permanecer no leito. Às 10:00 administração de medicação conforme pres. médica. Instalado dieta via SNE. Às 18:00 paciente medicado no período, Realizado Soro sítis e Antidoto. Paciente segue sem intercorrências monitorizado. Às 19:00 fica aos cuidados da enfermagem. Ver. Frequência

SAMUEL HUEB
CÓPIA
CONFIRMA ORIGINAL

GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE
RIO BRANCO

DATA: 05/10/2017 - Jto: 10 SETOR : UTI Registro: 2391083 IDADE: 68 A

Paciente: GASTÃO COELHO

Diagnóstico: TCE

ENTRADA: 03/10/2016 DE: 02 DIAS

BALANÇO HÍDRICO-UTI

PESO ESTIMADO:

PESO IDEAL:

BALANÇO ACUMULATIVO:

+ 3302ml

BALANÇO DAS 24 HORAS:

+ 1830ml

H O R A	DIETA E ÁGUA				FLUIDOTERAPIA				CONTROLE HÍDRICO				ELIMINADO				SSW				VENTILAÇÃO				FLUXO	MÓDULO			
	H2O	VO	SNG litre	SNG litre	Ser o	Solut ml ml	Medic EV	DVA	Sedação	Hemo Deriva o	NGT	Frax	Urin g	SNG	Diurese	T°C	FC	PA	PAM	Sp O2	FR		FG %	EIC24			PI PEE P	VTIT ml/g	
																					Pd	Verd							
7																		120		91	97	12	24			80	100	PCV	
8																		145											
9					500															110	98	12	24			80	100	PCV	
10	50					20	40												130		91	99	12	24			80	100	PCV
11																			76										
12					50														113										
13	50				50	20	128												77	89	97	12	24			80	100	PCV	
14	50					300	20												113										
15																			90	98	97	12	24			80	100	PCV	
16	50																		100										
17					250	774													80	94	97	12	24			80	100	PCV	
18					250	294																							
19	100					140	100													106	100	12	24			80	100	PCV	
20																													
21																				120	99	12	24			80	100	PCV	
22	50				30	173														120	100	12	24			80	100	PCV	
23																				100	100	12	24			80	100	PCV	
24					930	14														104	100	12	24			80	100	PCV	
25	50				260	251																							
26	50																												
27	50																			107	99	12	24			40	100	PCV	
28																													
29																				93	98	12	24			20	100	PCV	
30	50																												
31	50																												
32																													
33																													
34	50																												
35																													
36																													
37																													
38																													
39																													
40																													
41																													
42																													
43																													
44																													
45																													
46																													
47																													
48																													
49																													
50																													
51																													
52																													
53																													
54																													
55																													
56																													
57																													
58																													
59																													
60																													
61																													
62																													
63																													
64																													
65																													
66																													

GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RIO BRANCO - HUERB

Evolução Multiprofissional - UTI

Paciente	<i>Castão Carlos</i>	Idade		Leito	<i>20</i>
Diagnóstico		Tempo de Internação:		Data:	<i>1</i>

nutrição 05/10/16

*Id: ne, 600 ml 18h com oferta de 35% do
vet do paciente*

Cláudia

Cláudia Sena de Padua
Nutricionista
CRN - 743

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

15. Geniturinário:

☐ Cistostomia
☐ Nefrostomia
☐ Ureterostomia
☐ Outros:

☐ Alterações anatômicas

☒ Integridade preservada

☐ Integridade comprometida

☐ Espontânea
Estimulada: Volume _____ ml; _____ ml; _____ ml

☐ Medicamento:

Débito urinário: (M) _____ ml; (T) 100 ml; (N) 200 ml

Função Renal Alterada: ☐ Sim ☒ Não

Hemodíalise: ☐ Sim ☒ Não

☐ Uropen
☐ Fralda
☒ SVD
☐ SVA

Balanço Hídrico:
☒ Positivo
☐ Negativo

☐ Fisiológica
☒ Limpida
☒ Concentrada
☐ Piúria
☐ Anúria
☐ Disúria

☐ Oligúria
☐ Polúria
☐ Colúria
☐ Polaciúria
☐ Hematúria
☐ Incontinência

16. Eliminação Intestinal:

Aspecto: ☐ Consistente ☐ Líquida Quantos dias? _____
☐ Pastosa ☐ Líquido-pastosa

Ostomia: Aspecto _____
Quantidade: _____ ml; _____ ml; _____ ml

Outros: _____

17. MMSS: Edema ☒ +4; ☐ +3; ☐ +2; ☐ +1; ☐ 0

Sensibilidade: ☐ Preservada ☐ Diminuída ☐ Gesso

Motricidade: ☐ Preservada ☐ Diminuída

Perfusão capilar: ☐ Adequada (até 2s) ☐ Diminuída: Local

☐ Plegia ☐ Amputação: ☐ Fratura: ☐ Lesões:

Cianose periférica: ☐ Ausente ☐ Presente: Local: ☐ Outros:

18. MMB: Edema ☒ +4; ☐ +3; ☐ +2; ☐ +1; ☐ 0

Sensibilidade: ☐ Preservada ☐ Diminuída ☐ Gesso

Motricidade: ☐ Preservada ☐ Diminuída

Perfusão capilar: ☐ Adequada (até 2s) ☐ Diminuída: Local

☐ Plegia ☐ Amputação: ☐ Fratura: ☐ Lesões:

Cianose periférica: ☐ Ausente ☐ Presente: Local: ☐ Outros:

19. Gerenciamento de Risco:

☒ Escala de Braden: Percepção Sensorial 1, 2, 3, 4 | Total: _____
Risco Brando 16 e 18
Risco Moderado 12 a 14
Risco Severo < 11

☒ Escala de Dor: _____
Risco Brando 16 e 18
Risco Moderado 12 a 14
Risco Severo < 11

20. Escala de Braden:

Percepção Sensorial 1, 2, 3, 4 | Total: _____
Risco Brando 16 e 18
Risco Moderado 12 a 14
Risco Severo < 11

Ação equipe médica: Médico: _____ Hora: _____ min.

21. Escala de Braden:

Percepção Sensorial 1, 2, 3, 4 | Total: _____
Risco Brando 16 e 18
Risco Moderado 12 a 14
Risco Severo < 11

Ação equipe médica: Médico: _____ Hora: _____ min.

22. Triagem - Campanha Sobrevivendo a Sepse - Apresenta um ou mais dos sinais de SIRS abaixo:

☐ Hipertermia > 38,3° ou Hipotermia < 36,0°
☐ Taquipneia > 20 rpm
☐ Taquicardia > 90 bpm

☐ Leucocitose > 12000
☐ Oligúria
☐ Hipotensão
☐ Rebaixamento do nível de consciência
☐ Dispnéia ou dessaturando

23. Integridade Cutâneo-mucosa:

☐ Preservada ☐ Comprometida Local (s); lesão (ões), característica (s) e curativo (s): _____

24. Soluções em Infusão:

Substância/STP/Vazão Substância/STP/Vazão Substância/STP/Vazão Substância/STP/Vazão Substância/STP/Vazão

25. ATBs - Dias de uso/Micro-organismo/Precaução:

26. Dispositivos de assistência:

☐ PIC/DVE - dias
☐ SNE/SNG - dias
☐ Alergias:

TOT - dias
TQT - dias
SVD - dias

Acesso venoso periférico - dias
Intracath - dias
Duocath - dias

PICC - dias
Outros: _____ dias

27. Dados relacionados às necessidades psicoespirituais e psicossociais:


28. Prevenção UPP: Colchins; hidratação da pele

Natasha V. Silva
Enfermeira
CREMEC 397210

29. Ocorrências durante o plantão: 11:00hs - paciente hemodinamicamente instável, sem intervenções. Paciente com quadro de insuficiência renal aguda, desmamar da N/A. Foi iniciado tratamento com diálise peritoneal, porém não houve melhora. Paciente com quadro de insuficiência renal aguda, desmamar da N/A. Foi iniciado tratamento com diálise peritoneal, porém não houve melhora. Paciente com quadro de insuficiência renal aguda, desmamar da N/A. Foi iniciado tratamento com diálise peritoneal, porém não houve melhora.

Assinatura/Carimbo: _____

Assinatura/Carimbo

Carimbo: 

Matias V. Volpatti

Freigelegt

A. emf. Yara Costa



Governo do Estado do Acre
Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE
Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco - HUERB
Unidade de Terapia Intensiva

DATA: 06/10/2016	DIH: 2º	EVOLUÇÃO MÉDICA		LEITO: UTI - 10
PACIENTE: GASTÃO COELHO			IDADE:	
DIAGNÓSTICOS ATUAIS: <ul style="list-style-type: none"> TCE GRAVE POR ATROPELAMENTO FRATURA PARIETAL ESQUERDA + HSA T + EDEMA CEREBRAL COM DLM + HSD AGUDO 2º POI DE CRANIECTOMIA DESCOMPRESSIVA + DRENAGEM DE HEMATOMA + ESQUIROLECTOMIA PNM ASPIRATIVA 		PREGRESSOS		
<p>SAME / HUERB CÓPIA CONFORME ORIGINAL</p>				
GERAL: Paciente gravíssimo, em coma azeptivo, apresentando ausência de reflexo de tronco. Encontra-se intubado, sem sedação, sem uso de DVA, normotenso, normocárdico, afebril, hidratado.				
CABEÇA/PESCOÇO: TOT				
NEURO-PSIQUIÁTRICO: sem sedação		*RASS:	RAMSAY:	GLASGOW: 3 pts
PUPILAS: () Isocóricas () Anisocóricas (E>D) () Mióticas () Arreativas () Fotorreagente () Midriática		PA: 110/60 mmHg	FC: 80 Bpm	FR: 20 lrpm
APARELHO CIRCULATÓRIO: Ritmo cardíaco regular, bulhas normoféticas, sem sopros.				
APARELHO RESPIRATÓRIO: MV presente, sem RA.				
APARELHO DIGESTIVO: Abdome flácido, S/VMG com RHA presente, sem sinais de irritação.				
EXTREMIDADES: Sem edemas, boa perfusão periférica				
BALANÇO HÍDRICO ACUMULADO	GANHO	PERDAS	TOTAL DIÁRIO	DIURESE
Evacuações: ausente	3.655 ml	1.830 ml	+ 1.825 ml	1.830 ml
DROGAS EM USO (ANTIBIÓTICO/AMINA/SEDAÇÃO)		PROCEDIMENTOS (CATETER/SONDAS/OSTOMIAS)		
CEFTRIAXONA / CLINDAMICINA D3		TOT		
		SNE		
		SVO		
Evolução da manhã: Paciente comatoso, Glasgow 3 pontos, apresenta ausência de reflexo córneo palpebral, ausência de reflexo de tosse e sem drayve respiratório, não sendo possível abrir protocolo de morte encefálica devido apresentar catarata em olho esquerdo (opacidade total do cristalino). CD: - cuidados de uti - vide prescrição.				



Governo do Estado do Acre
Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE
Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco - HUERB

NOME: GASTÃO COELHO	ID: 68A	PESO: 65 KG	LEITO:
06/10/2016	PROCEDÊNCIA: C.C.	REGISTRO: 2391083	UTI 10

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1.	DIETA ENTERAL 500ML X VSNE NAS 18H, HIPOGLICIDICA+ ÁGUA POTÁVEL 50ML DE 3/3H NOS INTERVALOS	18:00
2.	SRL 500 ML IV 12/12H	10:00
3.	CEFTRIAXONE 1G IV 12/12H D3	18:00
4.	CLINDAMICINA 600 MG + SF 0,9% 100 ML IV DE 8/8H D3	14:00
5.	RANITIDINA 50MG/ML 2ML + AD 18ML IV DE 12/12H	18:00
6.	DIPIRONA (1GR/2ML) 2ML + 7ML AD IV DE 4/4H, SE T° > 37,6°C	
7.	PLASIL (10MG/2ML) 1 ML + AD 19 ML IV DE 8/8H, SE NAUSEAS OU VÔMITOS	
8.	DEXTRO 12/12H <i>1500mg/200</i>	
9.	INSULINA REGULAR (SC) CONFORME DEXTRO: 150-200:2UI 201-250:4UI 251-300:6UI 301-350:8UI >351: 10UI	
10.	GLICOSE 50% - 30 ML IV SE DEXTRO < 90MG/DL	
11.	FUROSEMIDA (20 MG/2ML) 1 AMP IV ACM	
12.	SRL 500 ML IV ACM	
13.	FISIOTERAPIA MOTORA + RESPIRATÓRIA	
14.	CABECEIRA ELEVADA 45°	
15.	CUIDADOS E CONTROLE DE UTI	
16.		

Dr. Claudiney Marques
CRM 3081 - AC
Clínica Médica

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

CHECKLIST PASSAGEM DE PLANTÃO PROFISSIONAL TÉCNICO DE ENFERMAGEM				Checklist Mesa de cabeceira	
PD ENTRADA:					
PN SAÍDA:					
DATA: 05/10/2016					
PN ENTRADA:					
PD SAÍDA:					
PD (CHEGANDO)	PN (CHEGANDO)	PACIENTE		MATERIAL	PD PN
01	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	FOI HIGIENIZADO NO PERÍODO	AGUA DESTILADA 10	
02	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	PACIENTE ENCONTRA-SE ARRUMADO NO LETO	PACOTE DE GAZES 04	
03	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	HIGIENE ORAL VISIVELMENTE ADEQUADA	SERINGAS 3 ML 02	
04	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	SNG / SNE e SVD FIXADA ADEQUADAMENTE - FIXAÇÃO LIMPA	SERINGAS 5ML 02	
05	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	ACESSO VENOSO COM CURATIVO DATADO E ASSINADO	SERINGAS 10ML 02	
06	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	POLIFIXO ENCONTRA-SE SEM SUJIDADE VISÍVEL	SERINGAS 20ML 04	
07	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	CURATIVO DA TRAQUEOSTOMIA ENCONTRA-SE LIMPO	TERMÔMETRO 01	
08	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	POLIFIXO ENCONTRA-SE SEM SUJIDADE VISÍVEL	ESTETOCÓPIO 01	
09	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	REGIÃO ÍNTIMA ENCONTRA-SE LIMPA	SONDA DE ASPIRAÇÃO 04	
10	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	FOI DESPREZADO/REGISTRADO A DIURSE AS 06:00hs E AS 18:00hs	CHUMAÇO 02	
11	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	CABECEIRA ELEVADA > QUE 30"		
12	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	TODAS AS INFUSÕES DA BIC ESTÃO DEVIDAMENTE IDENTIFICADAS	ESPARADRAPO 01	
13	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	EXISTEM MEDICAMENTOS PENDENTES DE ADMINISTRAÇÃO NO SUPORTE DE SORO	MICROPOR 01	
14	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	MONITORIZAÇÃO ENCONTRA-SE ADEQUADA E TODOS OS PARÂMETROS FUNCIONANTES?	LUVA PROCEJIMENTO (cuba) 01	
15	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	A MESA DE CABECEIRA, ENCONTRA-SE DEVIDAMENTE ORGANIZADA COM OS SEUS RESPECTIVOS MATERIAIS REPOSTOS	LUVA CIRÚRGICA 02	
16	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	TODAS AS BICs FORAM ZERADAS	AGULHAS 13/4,5 04	
17	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	MATERIAL DE HIGIENE PESSOAL ENCONTRA-SE DEVIDAMENTE ACONDICIONADO NA MESA DE CABECEIRA	AGULHAS 27/08 04	
18	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	BOLSA VALVA MÁSCARA (AMBU) ENCONTRA-SE NA CABECEIRA DO LETO CONECTADO E PROTEGIDO ADEQUADAMENTE	BOLAS DE ALGODÃO 03	
19	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	FRASCO DE ASPIRAÇÃO DESPREZADO E LIMPO	ELETRODO 05	
20	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	TODAS AS MEDICAÇÕES PRESCRITAS FORAM ADMINISTRADAS E CHECADAS		
21	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	EXISTEM SOBRES DE MEDICAMENTOS NA COMÉIA DO PACIENTE		
22	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	PONTUALIDADE NA CHEGADA (PD - 06:45hs às 07:15hs / PN - 18:45 às 19:15hs)		

Cópia
 CONFORME ORIGINAL
 SAMEI / HU8



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RIO BRANCO -
HUERB
HUERB PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - UTI

DATA: 05/10/2016 Leito: 10 SETOR: I) Registro: 2391083 IDADE: 68 A
Paciente: GASTÃO COELHO
Diagnóstico: TCE
ENTRADA: 03/10/2016 DI: 02 DIAS

PRESCRIÇÕES		PRESCRIÇÕES	
1-Higiene Corporal	Horário	6- Conforto Físico/Proteção	Horário
Realizar/auxiliar- banho no leito		Manter repouso relativo/absoluto	ATENÇÃO
Realizar/auxiliar- higiene oral - ocular	08 15 20	Fazer, orientar, auxiliar a mudança de decúbito conforme tolerância e protocolo de prevenção de UPP	DE-DE- BLD-DD
Realizar higiene íntima a cada troca de fralda (DIURESE ESPONTÂNEA)	10 13 16 19 22 01 04	Orientar o paciente quanto à movimentação ativa no leito	ORIENTAR
Realizar massagem de conforto e hidratação		Sentar na poltrona	
Realizar tricotomia facial S/N	09	Manter grades elevadas/CONTER	ATENÇÃO
2-Alimentação		7-Eliminação	
DIETA ZERO para:	ATENÇÃO	Anotar número e aspecto das evacuações	ATENÇÃO
Auxiliar, estimular e anotar aceitação alimentar.		Medir e anotar aspectos da urina	12 18 24 06
Estimular ingestão hídrica de _____ ml de 3/3 hs	10 13 16 19 22 01 04	Registrar volume e aspecto do débito do DVE, dreno torácico	ATENÇÃO
Lavar SNE/SOE/SNG ou GT antes e após dieta/medicação (10/20 ml de água filtrada em jato com seringa).	ATENÇÃO	Proteger a pele do paciente quando em contato com secção	ATENÇÃO
Manter cabeceira elevada 30°/45° ao administrar dieta por SNE/SOE/SNG	ATENÇÃO	Fixar SNE/SOE/SNG/SVD	ATENÇÃO
3-Curativo		8- Controle de infecção	
Realizar curativo em inserção da AVC ou AVP (datar o assinar)		X Trocar equipo de infusão intermitente a cada 24 h e infusão contínua em BIC a cada 48 h	ATENÇÃO
Manter Curativo com placa de Colóide em região Sacro	ATENÇÃO	X Administrar e identificar as medicações conforme os 5 certos (paciente, bota, leito, dose e via de administração correta)	ATENÇÃO
Realizar curativo REGIÃO _____		X Trocar AVP a cada 72 h ou se presença de sinais flogísticos	ATENÇÃO
Realizar proteção de talco	M	X Utilizar técnica asséptica	ATENÇÃO
4-Observar, anotar e comunicar.		X Realizar limpeza concorrente no leito	ATENÇÃO
X Nível de consciência	CONTÍNUO	9- outros	
X Verificar SSVV e comunicar alterações	A CADA 2 H	Nivelar ponto zero da DVE ao lábio da orelha	
X Sinais de lupo/hiperpl/ocnia	COMUNICAR	Mensurar PVC (C.P.M.)	
X Fechar balanço hídrico	12 18 24 06	Mensurar PIA (C.P.M.)	
X Edema/hernação/equmose/vesnor/calambres/rush	COMUNICAR	Manter paciente com restrição a mobilização	
X Náuseas/vômitos	COMUNICAR	Manter paciente em DD a 0° (TRM)	
X Queixas algícas: local e intensidade	COMUNICAR	Mobilizar paciente em blocos	
X Sinais de hiperemia em proeminências ósseas e partes moles	COMUNICAR		
X Aspectos dos curativos	ANOTAR		
5- Conforto respiratório			
Observar e comunicar dispneia/cianose	COMUNICAR		
Manter decúbito elevado 30° a 45°	MANTER		
Observar e anotar presença de tosse, aspir	COMUNICAR		
Aspirar vias aéreas TOT/TQT S/N	COMUNICAR		

SANE / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RIO BRANCO - HUERB

Evolução Multiprofissional - UTI

Paciente	Gastão Coelho	Idade		Leito	10
Diagnóstico		Tempo de Internação:		Data:	

Nutricionista 06/10/16

cd. 72, 500 ml 18h, com oferta de 35% do
vet do paciente.

COPIA
CONFORME ORIGINAL

Cláudia

Cláudia Sena de Pádua
Nutricionista
CRN - 743

Realizou
pete em estado de consciência
sem convulsões de andamento. Realizou
apoiar psicólogo.

Realizou
psicólogo
CRN - 381599

15. Genitúrio: ☐ Alterações anatômicas ☒ Integridade preservada ☐ Integridade comprometida

☐ Cistostomia ☐ Espontânea ☐ Uropen ☐ Fisiológica ☐ Oligúria

☐ Nefrostomia ☐ Estimulada: Volume _____ ml; _____ ml; _____ ml ☐ Fralda ☐ Limpida ☐ Polúria

☐ Ureterostomia ☐ Tipo: _____ ☒ SVD ☐ Concentrada ☐ Colúria

☐ Outros: _____ Medicamento: _____ ☐ SVA / h ☐ Piúria ☐ Polaciúria

Débito urinário: (M) 500 ml; (T) _____ ml; (N) 100 ml ☐ Anúria ☐ Hematúria

Função Renal Alterada: ☐ Sim ☒ Não ☐ Positivo ☐ Incontinência

Hemodálise: ☐ Sim ☒ Não ☐ Negativo ☐ Outros: _____

16. Eliminação Intestinal: ☐ Presente ☒ Ausente

Ostomia: Aspecto _____

Aspecto: ☐ Consistente ☐ Líquida Quantos dias? _____

Quantidade: _____ ml; _____ ml; _____ ml

☐ Pastosa ☐ Líquido-pastosa ☐ Outros: _____

17. MMSS: Edema ☒ /+4; /+4; /+4 ☐ Paresia ☐ Plegia ☐ Amputação: ☐ Fratura: ☐

Sensibilidade: ☐ Motricidade: ☐ Perfusão capilar: ☐ Clonose periférica: ☐ Lesões: ☐

☐ Preservada ☐ Preservada ☒ Adequada (até 2s) ☐ Ausente ☐

☒ Diminuída ☐ Diminuída ☐ Diminuída: Local ☐ Presente: Local: _____

☐ Gesso ☐ Fratura: _____ ☐ Outros: _____

18. MMI: Edema ☒ /+4; /+4; /+4 ☐ Paresia ☐ Plegia ☐ Amputação: ☐ Fratura: ☐

Sensibilidade: ☐ Motricidade: ☐ Perfusão capilar: ☐ Clonose periférica: ☐ Lesões: ☐

☐ Preservada ☐ Preservada ☒ Adequada (até 2s) ☐ Ausente ☐

☒ Diminuída ☐ Diminuída ☐ Diminuída: Local ☐ Presente: Local: _____

☐ Gesso ☐ Fratura: _____ ☐ Outros: _____

19. Gerenciamento de Risco:

20. Escala de Dor:

21. Escala de Braden: Percepção Sensorial 1, 2, 3, 4 | Total: _____
Risco Brando 15 e 16
Unidade 1, 2, 3, 4
Atividade 1, 2, 3, 4
Risco Moderado 12 e 14
Mobilidade 1, 2, 3, 4
Nutrição 1, 2, 3, 4
Fricção e Cisalhamento 1, 2, 3

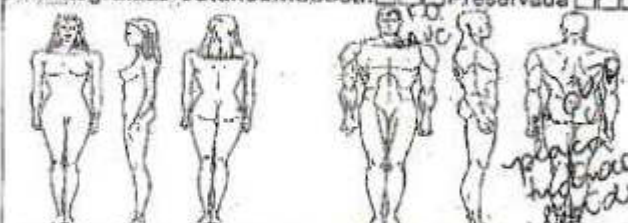
22. Triagem - Campanha Sobrevivendo à Sepsis - Apresenta um ou mais dos sinais de SIRS abaixo:

☐ Hipertermia > 38,3° ou Hipotermia ☐ Leucocitose > 12000 leucopenia < 4000 ou desvio esquerdo > 10% ☐ Ação equipe médica: _____

☐ Taquipnéia > 20 rpm ☐ Oligúria ☐ Rebaixamento do nível de consciência ☐ Médico: _____

☐ Taquicardia > 90 bpm ☐ Hipotensão ☐ Dispneia ou dessaturando ☐ Hora: _____ min.

23. Integridade Cutaneomucosa: ☐ Preservada ☐ Comprometida Local (s) lesão (ões), característica (s) e curativo (s):



24. Soluções em infusão:

Substância/STP/Vazão: Substância/STP/Vazão: Substância/STP/Vazão: Substância/STP/Vazão: Substância/STP/Vazão: Alterações na vazão: _____

25. ATBs - Dias de uso/Micro-organismo/Precaução:

26. Dispositivos de assistência: ☒ TOT - 3 dias ☐ Acesso venoso periférico - dias

☐ PIC/DVE - dias ☐ TQT - dias ☐ Intracath - dias ☐ PICC - dias

☒ SNE/SNG - 3 dias ☒ SVD - 3 dias ☒ Duocath - 3 dias ☐ Outros: _____ dias

☐ Alergias: _____

27. Dados relacionados às necessidades psicoespirituais e psicossociais:

28. Prevenção UPP: mudança diabito as 03:00hs, coletores, hidratação da pele.

29. Ocorrências durante o plantão: 11:00 hs paciente hemodinamicamente instável mantendo quadro, hipotensão comunicado médica diarista.

Paciente evolui com convulsão, hipertensão, em cuidados paliativos.

CÓPIA CONFORME ORIGINAL



Governo do Estado do Acre
Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE
Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco - HUEB
Unidade de Terapia Intensiva Adulto Dr. Sérgio Bruno

SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM UTI - HUERB Data: 6/10/16 Turno: Manhã 10:00 min. Tarde 16:00 min. Noite 22:00 min.

Nome: Fernando Coelho Idade: _____ anos

Sexo: ☒ F ☐ M Diagnóstico médico: Poliúscure Técnico de Enfermagem: PD: Elida PN: Hodabina

Leito: _____ Data Internação: 03/10/16 D.U.T.: _____ dias Manhã/Tarde: _____

1. Nível de Consciência: ☐ Orientado ☐ Alerta ☐ Agressivo ☐ Sonolento ☐ Torporoso ☐ Sedado
☐ Confuso ☒ Comatoso ☐ Calmo ☐ Agitado ☐ Outros:

2. Escala de coma Glasgow: Total: 3/10 3 10 0 3 10 0 3 10 0

Abertura ocular: _____ Resposta verbal: _____ Resposta motora: _____
4. Espontânea: _____ 5. Orientado: _____ 6. Obedece comando: _____
3. Ao comando verbal: _____ 4. Confuso: _____ 5. Localiza dor: _____
2. À dor: _____ 3. Inapropriada: _____ 4. Mov. inespecífico/Retirada: _____
1. Ausente: _____ 2. Incompreensível: _____ 3. Flexão à dor: _____
_____ 1. Sem resposta: _____ 2. Extensão à dor: _____
_____ 1. Sem resposta: _____

3. Escala de Agitação-sedação-RASS: _____
+4 Agressivo _____ +1 Sonolento _____
+3 Muito Agitado _____ +2 Sedação leve _____
+2 Agitado _____ +3 Sedação moderada _____
+1 Inquieto _____ +4 Sedação Profunda _____
0 Alerta, calmo _____ +5 Incapaz de ser despertado _____

Observação: _____

4. Segurança Emocional: ☐ Tranquilo ☐ Alegre ☐ Triste
☐ Ansioso ☐ Depressivo ☐ Outros: _____

5. Sono e repouso: ☐ Preservado ☐ Inadequado: _____

* Regulação térmica: ☐ Afebril ☐ Subfebril ☐ Febril 38,0 Hipotérmico Tax: 30,3°C 34,5°C °C

Coloração e hidratação da pele e mucosas: 4/0 Amictérico ☐ Ictérico +/+4 2/0 Cianótico ☐ Clamótico +/+4
2/0 Corado ☐ Hipocorado +/+4 2/0 Hidratado ☐ Desidratado +/+4 2/0 Anasarca ☐ Rash cutâneo

8. Cuidado corporal: Higiene bucal: 2/0 Adequada ☐ Inadequada: _____
Higiene corporal: 2/0 Adequada ☐ Inadequada: _____

9. COONG (cabeça, olhos, ouvido, nariz, garganta) e região cervical: ☐ PIC: _____ mmHg _____ mmHg _____ mmHg ☐ DVE Aspecto drenagem: _____
☐ Dreno: Tipo/Aspecto drenagem: Tubo médio (na orelha) na orelha a E
Pupilas: ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ D>E ☐ D<E ☐ Miose ☐ Midriase ☐ Discóricas Edema
Fotorreatividade pupilar: ☐ Presente 2/0 2 Ausente ☐ Lagoftalmia ☐ Nistagmo ☐ Ptose palpebral ☐ esclera
☐ Otorragia ☐ Otorreia ☐ Aparelho auditivo ☐ Acuidade auditiva diminuída ☐ Outros: _____
☐ Desvio de septo ☐ Epístaxe 2/0 SNE ☐ SNG ☐ Cânula Nasofaríngea ☐ Outros: _____
☐ Aparelho Ortodôntico ☐ Prótese dentária ☐ SOE ☐ SOG ☐ Gengivite ☐ Gengivorragia
2/0 TOT ☐ Cânula orofaríngea ☐ Máscara laríngea 2/0 D Dentição prejudicada ☐ Outros: _____
Pescoço: ☐ Assimétrico ☐ Infadenomegalia ☐ Rigidez de nuca ☐ Aumento parótidas ☐ Gânglio infartado
☐ TOT ☐ Outros: _____

10. Tórax/AP Respiratório: 2/0 Simétrico ☐ Assimétrico ☐ Tônus ☐ Pélto de pombo ☐ Escavado
☐ Cifoescólise ☐ Outros: _____ 2/0 Expansibilidade normal ☐ Expansibilidade aumentada
☐ Expansibilidade diminuída 2/0 Eupneico ☐ Taquipneico ☐ Bradipneico ☐ Dispneico ☐ Outros: _____
☐ Padrão Cheyne-Stokes ☐ Padrão Kussmaul ☐ Padrão Biot 2/0 MVF s/RAC 2/0 MV diminuído Bases
☐ Roncos ☐ Sibilos ☐ Estertores ☐ Atrito pleural ☐ Outros: _____
☐ Tiragem intercostal ☐ Batimento asa nariz ☐ Outros: _____
☐ Ar ambiente 2/0 TOT ☐ TQT ☐ Tubo T ☐ Suporte de O₂ _____ % ☐ Cateter nasal _____ l/min. _____ l/min.
☐ Máscara de venturi - concentração _____ % _____ % 2/0 VM Modo: PEV PEV PCV _____ l/min.
C 510 SAS: 440 PEEP 10 SO 80 PS 22 22 22 FI02: 21 21 21 Descrição secreção:
☐ Dreno torax ☐ Oscilante ☐ Funcionante Aspecto débilto: _____
☐ Outros drenos: _____

Freq. respiratória: 18 rpm; 12 rpm; 12 rpm SPO2 96%; 95%; 90% ETCO2: _____ %

11. Ap. Cardiovascular: Frequência Cardíaca: 95 bpm; 100 bpm; 105 bpm PVC: _____ mmHg ou cmH2O
2/0 Eucárdico ☐ Normotenso Pulso: _____ Ausculto: _____
☐ Bradicárdico 2/0 Hipotenso 2/0 Chelo 2/0 Ritmico 2/0 BNRNF ☐ S+3 ☐ S+4 ☐ Sopros
☐ Taquicárdico ☐ Hipertenso ☐ Filiforme ☐ Arritmico ☐ Desdobramento 2ª Bulha
Arritmias: ☐ FA ☐ TPS ☐ TV ☐ OFV ☐ BAV grau _____ Outros: _____
2/0 Marcapasso: 10 x 58 / 72 65 x 57 (60) 93 x 61 mmHg

12. Estado Nutricional: 2/0 Normal ☐ Acima do peso ☐ Emagrecido ☐ Desnutrido ☐ Outros: _____

13. Nutrição: ☐ Dieta Zero 2/0 SNE ☐ ISNG ☐ SOG ☐ SOE ☐ Fechada ☐ Aberta
Aceltação: 2/0 Total ☐ Parcial ☐ Não aceita ☐ Disfagia
Estase: 2/0 Ausente ☐ Presente Volume: _____ ml; _____ ml; _____ ml Aspecto: _____
Via: ☐ VO ☐ Gastrostomia 2/0 Enteral ☐ Parenteral Fluxo: _____ ml/h; _____ ml/h; _____ ml/h
Tipo de Dieta: _____ Restrição hídrica: _____ ml/dia ☐ Náusea ☐ Êmese/frequência
Teste sonda: 2/0 Sim ☐ Não Suspensa: Motivo _____ VET: _____

14. Regulação Abdominal: Abaulamento/Visceromegalia: 2/0 Ausente ☐ Presente Local: _____
☐ Plano ☐ Ruidos hidroaéreos: Timpanismo: _____ Ostomias: _____ Drenos: _____
☐ Globoso ☐ Presente ☐ Diminuído 2/0 Presente ☐ Diminuído ☐ Presente ☐ Jejunostomia ☐ Laminar
☐ Distendido 2/0 Diminuído ☐ Ausente ☐ Ausente ☐ Ileostomia ☐ Tubular
☐ Ascítico ☐ Ausente ☐ Ausente ☐ Colostomia ☐ Tubo-laminar
☐ Escavado ☐ Hiperativo ☐ Hipertímpanico ☐ Fistula mucosa ☐ Outros: _____
nome - Ricardo



Governo do Estado do Acre
Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE
Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco – HUERB
Unidade de Terapia Intensiva

Evolução da tarde:

paciente mantendo quadro neurológico, sem sedação, Glasgow 3. Familiares ciente da gravidade.

Evolução da noite:

Paciente mantém gorgear 3 pontos e seu reflexo de tronco. Segue interessado, sem relogar, sem uso de DVA.

Dr^o Claudineia Marques
CRM 1081 - AC
Clínica Médica

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

CHECKLIST PASSAGEM DE PLANTÃO PROFISSIONAL TÉCNICO DE ENFERMAGEM				Checklist Mesa de cabeceira	
DATA: 06/10/2016					
PD ENTRADA:				PN ENTRADA:	
PN SAÍDA:				PD SAÍDA:	
PD (CHEGANDO)	PN (CHEGANDO)			MATERIAL	PD PN
01	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	FOI HIGIENIZADO NO PERÍODO	ÁGUA DESTILADA 10	
02	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	PACIENTE ENCONTRA-SE ARRUMADO NO LEITO	PACOTE DE GAZES 04	
03	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	HIGIENE ORAL VISIVELMENTE ADEQUADA	SERINGAS 3 ML 02	
04	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	SNG / SVE e SVD FIXADA ADEQUADAMENTE - FIXAÇÃO LIM/PA	SERINGAS 5 ML 02	
05	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	ACESSO VENOSO COM CURATIVO DATADO E ASSINADO	SERINGAS 10 ML 02	
06	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	POLÍFIXO ENCONTRA-SE SEM SUJIDADE VISÍVEL	SERINGAS 20 ML 04	
07	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	CURATIVO DA TRAQUEOSTOMIA ENCONTRA-SE LIMPO	TERMÔMETRO 01	
08	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	POLÍFIXO ENCONTRA-SE SEM SUJIDADE VISÍVEL	ESTETOCÓPIO 01	
09	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	REGIÃO ÍNTIMA ENCONTRA-SE LIMPA	SONDA DE ASPIRAÇÃO 04	
10	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	FOI DESPREZADO/REGISTRADO A DIURESE AS 06:00hs E AS 18:00hs	CHUMBAÇO 02	
11	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	CABECEIRA ELEVADA > 30°		
12	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	TODAS AS INFUSÕES DA BIC ESTÃO DEVIDAMENTE IDENTIFICADAS	ESPALADRAPO 01	
13	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	EXISTEM MEDICAMENTOS PENDENTES DE ADMINISTRAÇÃO NO SUPORTE DE SORO	MICROPORE 01	
14	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	MONITORIZAÇÃO ENCONTRA-SE ADEQUADA E TODOS OS PARÂMETROS FUNCIONANTES?	LUVA PROCEDIMENTO (caixa) 01	
15	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	A MESA DE CABECEIRA, ENCONTRA-SE DEVIDAMENTE ORGANIZADA COM OS SEUS RESPECTIVOS MATERIAIS REPOSTOS	LUVA CIRÚRGICA 02	
16	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	TODAS AS BIC'S FORAM ZERADAS	AGULHAS 13/4,5 04	
17	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	MATERIAL DE HIGIENE PESSOAL ENCONTRA-SE DEVIDAMENTE ACONDICIONADO NA MESA DE CABECEIRA	AGULHAS 27/08 04	
18	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	BOLSA VALVA MÁSCARA (AMBU) ENCONTRA-SE NA CABECEIRA DO LEITO CONECTADO E PROTEGIDO ADEQUADAMENTE	BOLAS DE ALGODÃO 03	
19	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	FRASCO DE ASPIRAÇÃO DESPREZADO E LIMPO	ELETRODO 05	
20	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	TODAS AS MEDICAÇÕES PRESCRITAS FORAM ADMINISTRADAS E CHECADAS		
21	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	EXISTEM SOBRES DE MEDICAMENTOS NA COMÉIA DO PACIENTE		
22	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	PONTUALIDADE NA CHEGADA (PD - 06:45hs às 07:15hs / PN - 18:45 às 19:15hs)		

SAIME / HULMB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

DATA: 06/10/2016 Leito: 10 SETOR : UTI gistro:2391083 IDADE: 68 A
 Paciente: GASTÃO COELHO
 Diagnóstico: TCE
 ENTRADA: 03/10/2016 DI: 03 DIAS

PRESCRIÇÕES		PRESCRIÇÕES	
1-Higiene Corporal	Horário	6- Conforto Físico/Proteção	Horário
Realizar/auxiliar- banho no leito	08 15 20	Manter repouso relativo/absoluto	ATENÇÃO
Realizar/auxiliar: higiene oral - ocular	10 13 16 19 22 01 04	Fazer, orientar, auxiliar a mudança de decúbito conforme tolerância e protocolo de prevenção de Upp	DLE-DD- BLD-DD
Realizar higiene íntima a cada troca de fralda (DIURESE ESPONTÂNEA)		Orientar o paciente quanto à movimentação ativa no leito	ORIENTAR
Realizar massagem de conforto e hidratação		Sentar na poltrona	
Realizar tricotomia facial S/N	09	Manter grades elevadas/CONTER	ATENÇÃO
2-Alimentação		7-Eliminação	
DIETA ZERO para:	ATENÇÃO	Anotar número e aspecto das evacuações	ATENÇÃO
Auxiliar, estimular e anotar aceitação alimentar.		Medir e anotar aspectos da urina	12 18 24 06
Estimular ingestão hídrica de _____ ml de 3/3 hs	10 13 16 19 22 01 04	Registrar volume e aspecto do débito do DVE, dreno torácico	ATENÇÃO
Lavar SNE/SOE/SNG ou GT antes e após dieta/medicação (10/20 ml de água filtrada em jato com seringa).	ATENÇÃO	Proteger a pele do paciente quando em contato com secreção	ATENÇÃO
Manter cabeceira elevada 30°/45° ao administrar dieta por SNE/SOE/SNG	ATENÇÃO	Fixar SNE/SOE/SNG/SVD	ATENÇÃO
3-Curativo		8- Controle de infecção	
Realizar curativo em inserção da AVC ou AVP (ditar e assinar)		X Trocar equipo de infusão intermitente a cada 24 h e infusão contínua em BIC a cada 48 h	ATENÇÃO
Manter Curativo com placa de Colóide em região Sacra	ATENÇÃO	X Administrar e identificar as medicações conforme os 5 cartos (paciente, hora, leito, dose e via de administração correta)	ATENÇÃO
Realizar curativo REGIÃO _____		X Trocar AVP a cada 72 h ou se presença de sinais flogísticos	ATENÇÃO
Realizar proteção de calcanear	M	x Utilizar técnica asséptica	ATENÇÃO
		X Realizar limpeza concorrente no leito	ATENÇÃO
4-Observar, anotar e comunicar.		9- Quedos	
X Nível de consciência	CONTÍNUO	Nivelar ponto zero da DVE no lóbulo da orelha	
X Verificar SSVV e comunicar alterações	A CADA 2 H	Mensurar PVC (C.P.M.)	
X Sinais de hipotensão	COMUNICAR	Mensurar PIA (C.P.M.)	
X Fechar balanço hídrico	12 18 24 06	Manter paciente com restrição a mobilização	
X Edema/hematomas/eritema/temor/câmbria/rush	COMUNICAR	Manter paciente em DD a 0° (TRM)	
X Náuseas/vômitos	COMUNICAR	Mobilizar paciente em blocos	
X Queixas algias: local e intensidade	COMUNICAR		
X Sinais de hiperemia em proeminências ósseas e partes moles	COMUNICAR		
X Aspectos dos curativos	ANOTAR		
5- Conforto respiratório			
Observar e comunicar dispnéia/clatose	COMUNICAR		
Manter decúbito elevado 30° a 45°	MANTER		
Observar e anotar presença de tosse asp	COMUNICAR		
Aspirar vias aéreas TOI/TOT S/N	COMUNICAR		

CONFORME ORIGINAL

CÓPIA

SAVE / HUERS

PROCEDIMENTO	Nº DIAS	PROCEDIMENTO	Nº DIAS	PROCEDIME	Nº DIAS	PROCEDIMENTO	Nº DIAS	PROCE.	Nº DIAS	PVC	VALOR	P/A	VALOR
VM	03	MC		NPT	03			GLEDEL					
TOT	03	PICC		SINGUINISAOE	03	DRENO DE TORAX		CATETER ESCHIL					
TUBO T		AVP		GTT		DVE		VNI					
CENTURIM CATETER		AVC		ILEOSTOMIA	03	SVD	03	DRENO TUBO LUMBAR DRENO DE RINER					

[illegible]

18	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	NOTURNO
DIURNO	<p>À 07:00h do dia 06.10.16, reuni o paci- ente monitorizado, entubado, AVC por tombos sobre embolia, SNE SVO, À 08:00h foi realizada a higiene no litto + higiene em oral, ocular, conjuntiva, boca, di- gêncos, privativos + bolsa. Foram adm. misturados os medicamentos CPM, recebeu dieta enteral, a qual VSNS, não houve no período. À 18:00h paciente baquei- do devido a de enfermagem. Rec- bida fralda.</p>	<p>À 19:00h recebi o paciente paciente recebeu monitoriza- ção SNE + SVO, + AVC. HV em bursa. no momento recebeu dieta enteral, atende - medica- ção 01:00 HS. Paciente recebeu moni- torizado o quadro, grave. SVO, no reactivo. medicação</p>

GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE
RIO BRANCO

DATA: 06/10/2016 L) 10 SETOR: UTI Registro: 2391083 IDADE: 68 A
Paciente: GASTÃO COELHO
Diagnóstico: TCE
ENTRADA: 03/10/2016 DI: 03 DIAS

PESO ESTIMADO: PESO IDEAL:
BALANÇO ACUMULATIVO: + 3907
BALANÇO DAS 24 HORAS: + 605

BALANÇO HÍDRICO UTI

H O R A	DIETA E AGUA				FLUIDOTERAPIA				CONTROLE HÍDRICO				ELIMINADO				SSVV				VENTILAÇÃO				MODOS																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
	H2O	SNG	SNE	Sor O	Medic EV	DVA	Sedação	Hemo Conrad	NPT	Fezas	Urin a	SNG	Drains	T°C	FC	PA	PAM	Sp O2	FR		PECO2	Pi PEE P	VT/IT Resp.	FLUXO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
																			Q2	Q1						Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0	Q0

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0251127/19

Vítima: GASTAO COELHO

CPF: 563.839.672-15

Data do acidente: 03/10/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GASTAO COELHO

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Certidão de óbito
Documentos de identificação
Laudo do IML - Necropsia
Outros

MARIA COELHO JURAN : 478.325.842-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Declaração de únicos herdeiros
Documentos de identificação

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização de morte por acidente ocorrido a partir de 29.12.2006 é de R\$ 13.500,00. Metade desse valor é pago ao cônjuge ou companheiro/a, se houver, e metade aos herdeiros legais da vítima. Havendo mais de um herdeiro, a cota é dividida entre eles, no quanto couber a cada um.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 24/07/2019
Nome: MARIA COELHO JURAN
CPF: 478.325.842-20

MARIA COELHO JURAN

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/07/2019
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0251127/19

Vítima: GASTAO COELHO

CPF: 563.839.672-15

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

Data do acidente: 03/10/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GASTAO COELHO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Certidão de óbito
Documentos de identificação
Laudo do IML - Necropsia
Outros

MARIA COELHO JURAN : 478.325.842-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Declaração de únicos herdeiros
Documentos de identificação

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização de morte por acidente ocorrido a partir de 29.12.2006 é de R\$ 13.500,00. Metade desse valor é pago ao cônjuge ou companheiro/a, se houver, e metade aos herdeiros legais da vítima. Havendo mais de um herdeiro, a cota é dividida entre eles, no quanto couber a cada um.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 24/07/2019
Nome: MARIA COELHO JURAN
CPF: 478.325.842-20

MARIA COELHO JURAN

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/07/2019
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 503.839.672-15 4 - Nome completo da vítima: Gostão Coelho

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Maria Coelho Junior 6 - CPF: 478.325.846-20
7 - Profissão: Russo me 8 - Endereço: Av. Norval Corrado 9 - Número: 938 10 - Complemento:
11 - Bairro: Camar 12 - Cidade: Rio Branco 13 - Estado: AC 14 - CEP: 69905-718
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (68) 99902-4091

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUZO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 5779 7 CONTA: 11990 3 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 07/10/2016
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☒ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☒ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☒ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: 3 Falecidos: 0 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☒ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Imprensa digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: Genile Rodrigues dos Santos
CPF: 016.610.872-22
Genile Rodrigues dos Santos
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: Vaki Pires Junior
CPF: 360.053.552-87
Vaki Pires Junior
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Rio Branco, AC 04/07/19
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Maria Coelho Junior

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



LAUDO DE EXAME CADAVERÍCO N° 01.0365.10.16

Aos 07 dias do mês de outubro do ano de 2016, nesta cidade de Rio Branco, Estado do Acre e na sede do Instituto Médico-Legal, pelas 23 horas, presente, o **Dr. Paulo Jesus Cesar**, perito médico-legista, abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto Médico-Legal, **Dr. Alexandre Baroni Oliveira**, para realizar o exame no cadáver de **GASTÃO COELHO**, a fim de se atender à requisição nº 5251 de 03 de outubro de 2016, do *Bel. Frederico Pires Tostes*, da Delegacia de Polícia Civil DEFLA, descrevendo, com verdade e com todas as circunstâncias, o que encontrar, descobrir e observar, bem como para responder aos seguintes quesitos: **PRIMEIRO – Se houve morte SEGUNDO – Qual a causa da morte? TERCEIRO – Qual o instrumento ou meio que produziu a morte? ; QUARTO – Se foi produzida por meio de veneno, fogo, explosivo, asfixia, tortura ou outro meio insidioso ou cruel (resposta especificada).** Em consequência, passou o perito a fazer o exame ordenado, bem como as investigações que julgou necessárias, findos os quais declarou o seguinte: exame pericial realizado no corpo de indivíduo do sexo masculino, e cujo registro neste Instituto, consta como sendo de **GASTÃO COELHO**, brasileiro, natural de Mantena - MG, nascido em 14/08/1948, com 68 anos de idade, filho de Jovercina Maria de Jesus, RG nº 0266638, aposentado, residente na Rua José de Alencar – 1731 – Amadeu Barbosa, nesta cidade.

HISTÓRICO

Corpo procedente no HUEB, onde, segundo informações familiares foi vítima de acidente de trânsito, tendo o óbito ocorrido por volta das 19 horas do dia 07/10/2016. Conforme laudo do médico Régis Augusto Hachimoto CRM/AC 1112, refere craniotomia temporal, lateral direita e esquerda por apresentar edema e hemorragia intradural. Após cirurgia paciente encontrava-se em estado grave e foi encaminhado para a UTI onde permaneceu do dia 03/10/2016 indo a óbito no dia 07/10/2016 por complicações do traumatismo cranioencefálico acompanhado de edema agudo subdural e tamponamento parietal.

INSPEÇÃO EXTERNA

Ao exame externo constatou o perito: cadáver de cor parda, altura aproximada de 1 metro e 60 centímetros, não avaliado estado de nutrição, com resfriamento cutâneo, midríase paralítica, livores de hipóstases fixos nas partes posteriores, rigidez cadavérica generalizada, trajando roupas hospitalares. Apresenta como lesões visíveis externamente: um ferimento na região do crânio com pontos de sutura da região parietal até a região occipital do lado direito; um ferimento com presença de fios de sutura da região frontal até a região parietal esquerda. (fotografias 01- 13)





ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DA POLÍCIA CIVIL
DEPARTAMENTO DA POLÍCIA TÉCNICO-CIENTÍFICA
INSTITUTO MÉDICO LEGAL

Página 2 de 2

INSPEÇÃO INTERNA

CAVIDADE CRANIANA: não realizada.

CAVIDADE TÓRACO-ABDOMINAL: não realizada.

DISCUSSÃO

Analisando os dados contidos na inspeção externa e na análise das cavidades, o perito pode afirmar que "o de cujus", foi vítima de atropelamento com TCE grave, em que foi submetido a cirurgia com evolução desfavorável e que foi constatado choque neurogênico devido complicações de TCE grave.

CONCLUSÃO

Pelos achados descritos pode o Perito concluir que o óbito foi decorrente de traumatismo cranioencefálico com choque neurogênico e edema cerebral.

RESPOSTAS AOS QUESITOS

Findo o exame tanatoscópico, o corpo foi recomposto e entregue aos familiares para as providências de funeral. Foram realizados exames de impressão digital e fotografias e que, impressas em computador, se encontram anexadas ao presente laudo e passou a responder aos quesitos de Lei:

AO PRIMEIRO: Sim

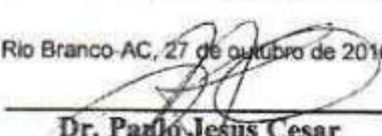
AO SEGUNDO: traumatismo cranioencefálico e edema cerebral.

AO TERCEIRO: Ação contundente

AO QUARTO: Não

Nada havendo, lido e achado conforme, foi encerrado o presente relatório que vai devidamente assinado pelo médico legista.

Rio Branco-AC, 27 de outubro de 2016.

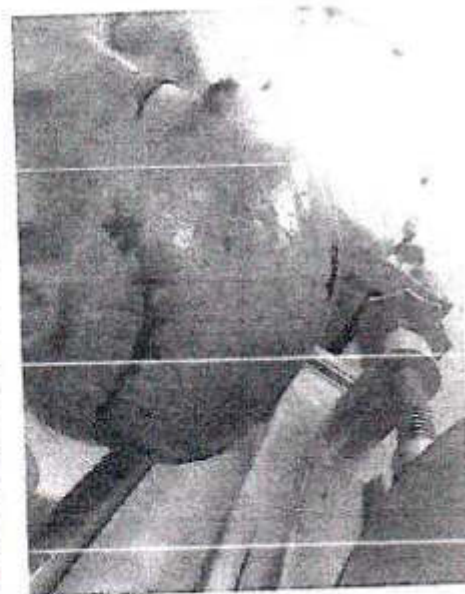
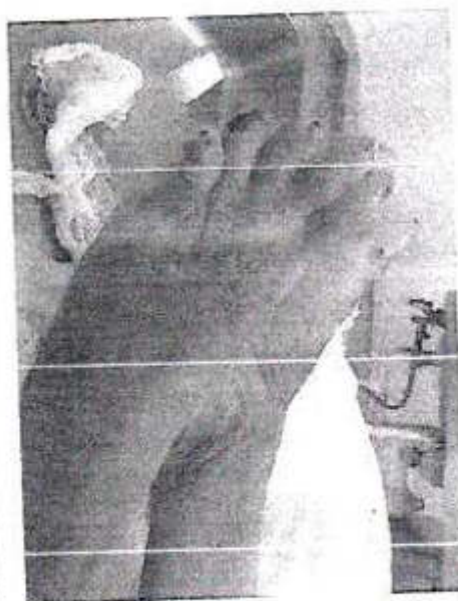
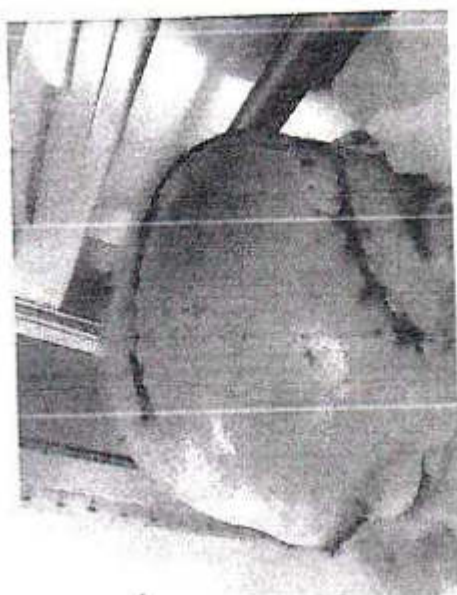
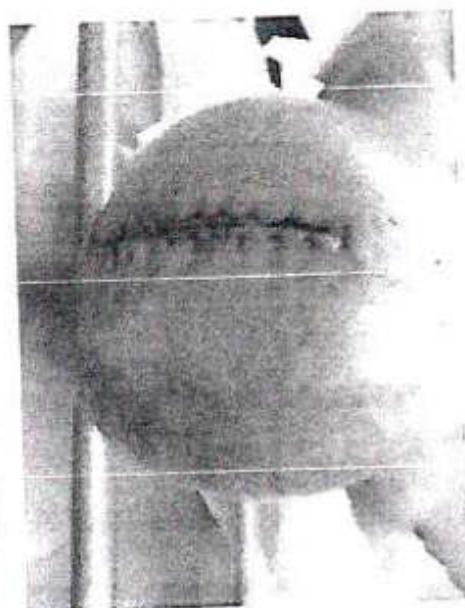
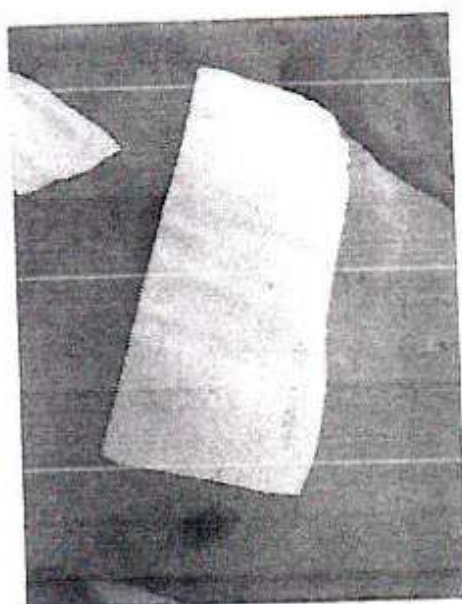

Dr. Paulo Jesus Cesar
Perito Médico Legista
CRM/AC- 795

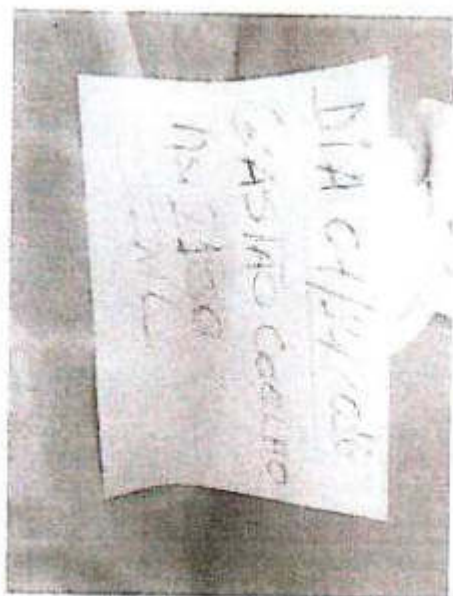
Digitado e conferido por: Poliana.

IML/AC

Telefones: (68) 3224-3312 / 3224-1350 / 3224-3169 / 3224-1420
Av. Antônio da Rocha Viana, nº. 1248, Rio Branco/AC – CEP: 69.900-526







VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 0266638 DATA DE EXPEDIÇÃO 15/09/1993

NOME GASTAO COELHO

JOVERCINA MARIA DE JESUS

NATURALIDADE MANTENA-MG DATA DE NASCIMENTO 14/08/1948

DOC. ORIGIN CERT NASC 1162 FLS 154 LIV A/

05 CART VILA BOV DE AGUIAR MG

Assinatura: *Hermes Jesus* Diretor de Identificação P01

LEI N. 7.116 DE 29-08-83

COMPREV

COMPREV PREVIDENCIA S/A

24 JUL 7719

PROTOCOLO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO ACRE

SECRETARIA DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RAMUNDO HERRNINO DE MELO

ASSINATURA DO TITULAR

NÃO ALFABETIZADO

Carre - ADEIDENTIDADE

Portrait photo and fingerprint visible.



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **563.839.672-15**

Nome: **GASTAO COELHO**

Data de Nascimento: **14/08/1948**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **21/10/1993**

Digito Verificador: **00**



Comprovante emitido às: **12:22:48** do dia **23/07/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **0F70.260B.03A3.9EB1**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 434343 DATA DE EXPEDIÇÃO 21/02/2002

NOME MARIA COELHO JIRAN

FILIAÇÃO TEODORICO COELHO PINTO e JUVERCINA MARIA DE JESUS

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

MANTEÑA-MG 04/01/1937

DDO ORIGEM

CENT CASAM 1556 LIV DE 118 109 CART

MANTEÑA-MG

476375841-20

Alcides Soares de Almeida

DIÁRIO DE MANTEÑA-MG

LEI Nº 7.116 DE 2008

CARTeira DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR Maria Coelho Jiran

REPUBLICA FEDERAL DO BRASIL

ESTADO DO ACRE

SECRETARIA DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RAIMUNDO HERMINIO DE MELO



	
MINISTÉRIO DA FAZENDA Secretaria da Receita Federal	
CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS	
Nome	MARIA COELHO JURAN
Nº de Inscrição	478325842-20
Data de Nascimento	04/01/37
	



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DE PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE ÓBITO

NOME:

GASTÃO COELHO

MATRÍCULA:

152843 01 55 2016 4 00027 038 0009034 12

Livro: C 27 Folha: 38 Termo: 9034

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

24 JUL 2019

PROTOCOLO

SEXO	COR	ESTADO CIVIL E IDADE
Masculino	Parda	Solteiro, 68 anos
NATURALIDADE	DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO	ELEITOR
MANTENA - MG	CPF 56383967215	NÃO

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA

MÃE: JOVENCIANA MARIA DE JESUS

RESIDENTE E DOMICILIADO NA RUA JOSÉ DE ALENCAR, N°1731, AMADEU BARBOSA, NESTA CIDADE.

DATA E HORA DE FALECIMENTO

SETE DE OUTUBRO DE DOIS MIL E DEZESSEIS, 19:45:00

DIA MÊS ANO

07 10 2016

LOCAL DE FALECIMENTO

HUERB - HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RIO BRANCO-AC

CAUSA DA MORTE

TRAUMATISMO CRANIANO, HEMORRAGIA SUBDURAL, EDEMA CEREBRAL, ACIDENTE DE TRANSITO

SEPULTAMENTO / CREMAÇÃO (MUNICÍPIO E CEMITÉRIO, SE CONHECIDO)

cemiterio morada da paz

DECLARANTE

TEREZINHA RODRIGUES DOS SANTOS

NOME E NÚMERO DE DOCUMENTOS DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO

PAULO J. CESAR, CRM: 795

OBSERVAÇÕES AVERBAÇÕES

O FALECIDO NÃO ERA ELEITOR, NÃO DEIXOU BENS A INVENTARIAR, NÃO DEIXOU FILHOS, NEM COMPANHEIRA.

NOME DO OFÍCIO

OFICIAL REGISTRADOR

MUNICÍPIO/UF

ENDEREÇO

CARTÓRIO LOUREIRO 2º REGISTRO CIVIL DE PESSOAS NATURAIS

Suellen Oliva Warris Leite

Rio Branco - AC

Via Chico Mendes, n° 1.437, Vila do Dner, CEP:69.908-150 Fone: (68) 2102-3468

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Rio Branco - AC, 14 de outubro de 2016.

Selo: AE110963-38

Consulta: F8E0-30D9-459E-9F39

Data geração do Selo: 14/10/2016 15:41:00

Assinatura do Oficial
Jéssica Gomes
Escrevente Autorizada
2ª Tab. de Notas e Reg. Civil

ARPENBRASIL AA 004252500 BRP



10 210

FSC

FSC

DETALHAMENTO DA MATRÍCULA

Matrícula	001830153 1987 1 0003 050 0000533 31	cc (53) Tipo de Serviço Prestado, sendo: 55: Serviço de Registro Civil das Pessoas Naturais	nn (4403)	Número do livro
Padrão	aaaaabbbcc ddde fff ggg hhhhhh ii	ddddd (1987) Ano do Registro	00g (650)	Número da folha
aaaaa (00188-3) Código Nacional da Serventia	DETALHAMENTO	e (1) Tipo de livro, sendo: 1: Livro A (Nascimento) 2: Livro B (Casamento) 3: Livro C (Óbito) 4: Livro D (Registro de Interdição) 5: Livro E (Registro de Tutela) 6: Livro F (Registro de Curatela) 7: Livro G (Registro de Interdição Especial) 8: Livro H (Registro de Interdição Especial)	hhhhhh (0000533)	Número do Termo
bb (01) Código do Arquivo, sendo: 01: Arquivo Principal			ii (31)	Dígito Verificador

Eletrobras
Distribuição Acre

COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE

Rua Valério magalhães, 226 - Bosque - Rio Branco/AC
CNPJ 04.065.033/0001-70 INSC. EST. 01.004.141/001-46

CÓDIGO DE BARRAS PARA PAGAMENTO

Emitido conforme Parágrafo Único do art. 123 da Resolução ANEEL 414/2010

Cliente: MARIA COELHO JURAN

Endereço: AV DORVAL CAMILO, 938 -

N.F.: 4661132

Unidade Consumidora

3206580

Mês Faturado - FD

05/2019 - 0

Vencimento

07/06/2019

Valor a Pagar

R\$ 439,19

Após o vencimento será cobrado multa de 2%, juros de 0,0333% por dia, correção pelo IGP-M podendo ainda ter o fornecimento suspenso, após 15 dias do reaviso e inclusão no SERASA.

ATENDIMENTO ELETRÔNICO PARA CLIENTES

0800-647-7196

www.eletronbrasacre.com

autenticação mecânica



corte aqui



Eletrobras
Distribuição Acre

COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE

Rua Valério magalhães, 226 - Bosque - Rio Branco/AC
CNPJ 04.065.033/0001-70 INSC. EST. 01.004.141/001-46

Unidade Consumidora

Mês Faturado - FD

Vencimento

Valor a Pagar

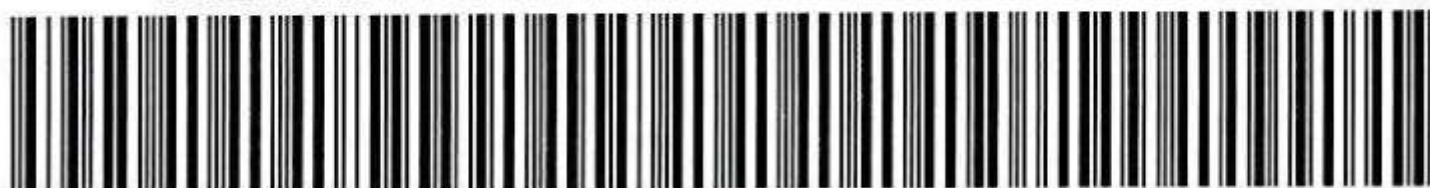
3206580

05/2019 - 0

07/06/2019

R\$ 439,19

83650000004.4 39190045000.1 00000000320.2 65800519005.8



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

24 JUL 1919

PROTOCOLO

REGISTRO CIVIL

Estado/Território de Espírito Santo

Comarca de Barra de São Francisco

Município de Barra de São Francisco

Distrito de Vila Covilacerda de Aguiar

NASCIMENTO N.º 1.162

CERTIFICO que às folhas 154 do livro N.º A.5, do Registro de Nascimento foi feito hoje, o assento de "GASTÃO COELHO"

nasceu a quatorze (14) de Agosto de mil novecentos e quarenta e oito (1.948) às 20.00 horas e 00 minutos em Corrego São José, Município de Mantena - Estado de Minas Gerais. do sexo Masculino - cor branca

filho de Antônio Tita de Souza natural Minas Gerais e de Dona Jevercina Maria de Jesus natural Minas Gerais

São avós paternos Antônio Tita de Souza e Dona Maria de Jesus e avós maternos Antônio Tita de Souza e Dona Maria de Jesus

Foi declarante O próprio registrando e serviram de testemunhas As regulamentares

Observações: PRIMEIRA VIA

O referido é verdade e dou fé.

Vila Covilacerda de Aguiar, 26 de Outubro

de 1982

OFICIAL - Substituto

27567148/0007-697
a. e. F. M. N. S. C. C. A. S. T. O. N. O. D. O.
F. C. O. L. O. N. O. N. I. L.
VL. GOV. LACERDA DE AGUIAR
CER. 2000
BARRA DE SÃO FRANCISCO - ES

AUTENTICAÇÃO - Confira com o Documento Original Apresentado. Dou Fé
Em: R\$ 2,50, F. Comp. R\$ 0,15, F. P. R\$ 0,30, Total R\$ 3,00
Rio Branco - AC, 07 de novembro de 2016.
Em: Teste da Verdade
Danilson Pereira Prado - Escrevente Autorizado
Selly: AE140654-46 Cód. Validação: EM3-DEDB-883E-ABCE
Consulte a autenticidade do selo em: www.sellobrasil.com.br