
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.

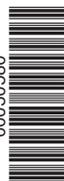
O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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: Costa 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: 478.325.842-20
7 - Profissão: Ruivo me 8 - Endereço: AV Nerval Corrado 9 - Número: 938 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Camã 12 - Cidade: Rio Branco 13 - Estado: AC 14 - CEP: 69905 718
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): (68) 99902-4691

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.

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
24 JUL 2019
BRASILGOL

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: irmão 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.

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

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: Janete Rodrigues dos Santos
CPF: 016.610.872-22
Janete Rodrigues dos Santos
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: Waki Pego Junior
CPF: 360.053.552-87
Waki Pego Junior
Assinatura da testemunha

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

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DETRAN
ACRE

Departamento Estadual de Trânsito

GOVERNO DO
Povo do Acre
SERVIÇO 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

RURAL URBANA

08 DATA

10/3/10/16

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 AUT

28 ESPÉCIE

PASSAGEIRO

29 PLACA

NXT 2271

30 MUNICÍPIO

RIO BRANCO

31 UF

AC

32 NOME DO PROPRIETÁRIO

PORTO AUTOMÓVIL

33 ENDEREÇO

34 CHASSIS

A36CLNFN2FB027983

35 COMPARECEU NO POSTO

SIM

NÃO

36 AVARIAS

SEM AVARIAS

38 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

SENTIDO DA 4ª PONTE P/ 2ª PONTE

40 AÇÃO DO CONDUTOR

NÃO PERMANECER NO LOCAL, COM FURTO B.O. 1284/10/16

37 CARRO

39 MOTO

41 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

SIM NÃO

SAP

44 NASCIMENTO

24 JUL 7919

16 NOME CONDUTOR

16 ENDEREÇO

46 1ª HABILITAÇÃO

47 CATEGORIA

48 PRONTUÁRIO

49 UF

PREV. CC 919

51 USAVA CINTO

SIM 1 NÃO 3

52 USAVA CAPACETE

SIM 1 NÃO 3

53 MARCA

54 ESPÉCIE

55 PLACA

56 MUNICÍPIO

57 UF

58 NOME DO PROPRIETÁRIO

60 CHASSIS

62 AVARIAS

64 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

66 AÇÃO DO CONDUTOR

61 COMPARECEU NO POSTO

SIM

NÃO

63 CARRO

65 MOTO

67 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

SIM NÃO

SAP

70 NASCIMENTO

73 ÓRGÃO EMISSOR

74 UF

68 NOME

ELIAS PEREIRA PADREINHO

71 ENDEREÇO

CEARENSE, Nº 812.

75 NOME

78 ENDEREÇO

69 SEXO

M 1 F 3

76 SEXO

M 1 F 3

79 IDENTIDADE Nº

80 ÓRGÃO EMISSOR

81 UF

CONFERE COM O ORIGINAL
EM: 12/07/18

Julie
Alessandra Souza da Silva
Técnica Administrativa
Coord. de Engenharia de Trânsito
DETRAN/AC

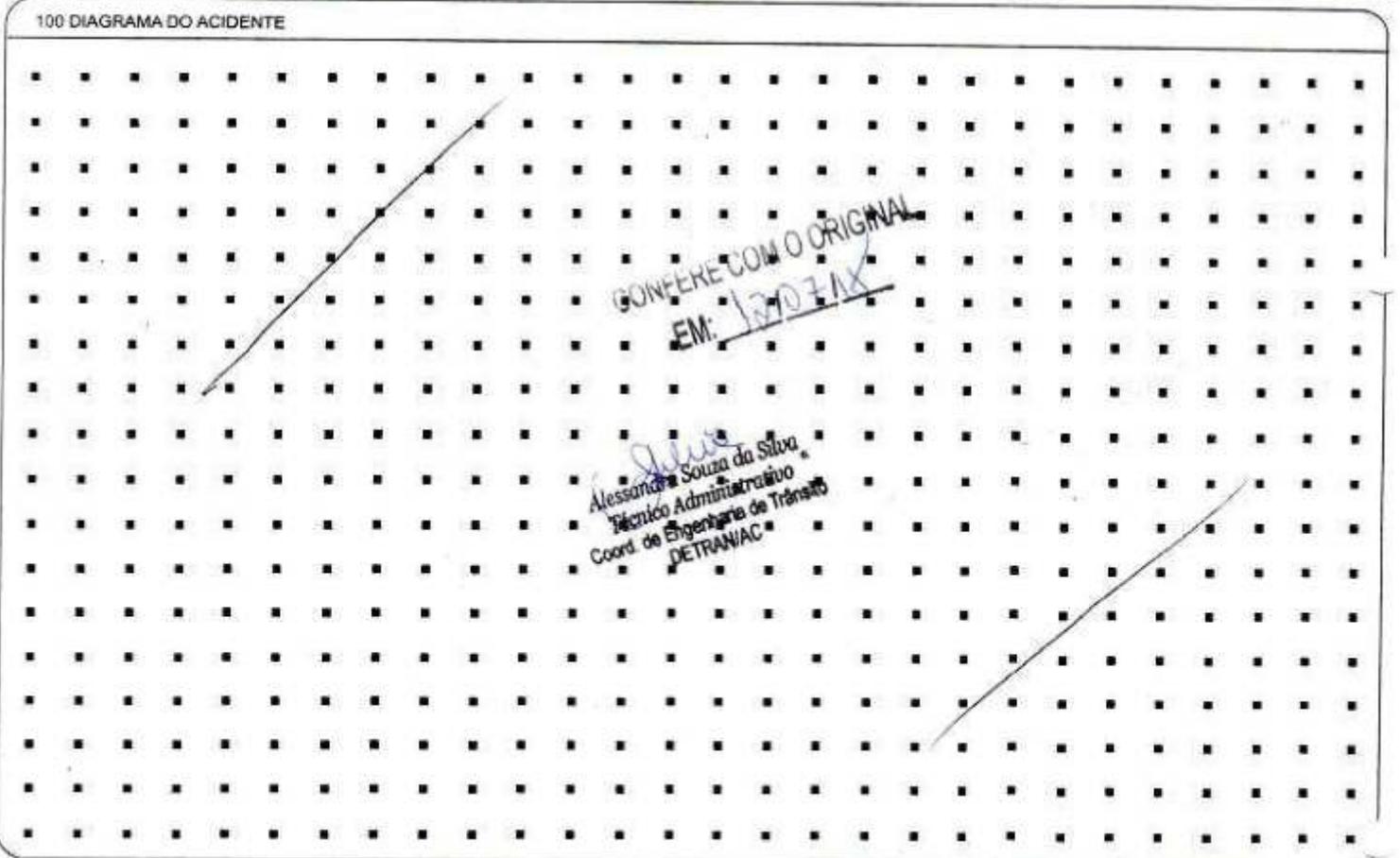
VEÍCULO / CONDUTOR

VEÍCULO / CONDUTOR

TESTEMUNHAS

DOC 05

VITIMAS	82 NOME	GASTÃO COELHO			83 SEXO	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	84 NASCIMENTO	11/10/81	
	85 ENDEREÇO				86 FERIMENTOS	LEVES <input type="checkbox"/> GRAVES <input checked="" type="checkbox"/> FATAIS <input type="checkbox"/>	87 VIAJAVO NO VEICULO N°	88 USAVA CINTO	
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 SOUERO HUPPEB POTO SAMU.							
	91 NOME				95 FERIMENTOS	LEVES <input type="checkbox"/> GRAVES <input type="checkbox"/> FATAIS <input type="checkbox"/>	96 VIAJAVO NO VEICULO N°	97 USAVA CINTO	
	94 ENDEREÇO						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								



101 OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

FOMAS ACIONADAS PELA CIPSP A ATENDERE A CURADIA DE ATTA PELAMETA. A VITIMA FOI CONDUZIDA PARA P.S. E O CONDUCTOR SE MANTENDE DISTANÇO DO LOCAL COM MEDO DE REPRESENTAÇÃO DOS PARULADOS. MAIS COMO NÃO É HABILITADO FOI CONDUZIDO A PEFCA. B.O. SP/GO 12.89/2016 E LOCAL NÃO FOI PRESERVADO POR ISSO, NÃO FOI ACIONADO A PERIB.

ATESTO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE

102 MOTORISTA	VA	103 MOTORISTA		104 AGENTE AUTORIDADE DE TRÂNSITO	BP TRAN
105 NOME	RODINEY ROSARIO LIMA	106 NOME		107 NOME / RG	DANIELA 2965
108 ASSINATURA		109 ASSINATURA		110 ASSINATURA	
111 LOCAL	RIO BRANCO - PE.			112 DATA	03/10/16

710/0001-24
REGISTRO
CIVIL - RO
AV. DESIDÉRIO DOMINGOS LOPES, 3293
NOVA MAMORÉ - RONDÔNIA

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
24 JUL 2004
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.º449107 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) Diabete 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 8716058403
ATO DE NOM. 130/93

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 Cep.: 99999-999
 Telefone...: 000000999024691
 Municipio...: 1200401 - AC
 Nacionalidade...: BRASILEIRO
 Naturalidade...: ACRE

Tipo :
Idade: 68 anos

DADOS DA INTERNACAO
 Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 2391083
 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

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

ATH - 323 610 039 140 - 7

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ALBERTO TAPEOCY NOGUEIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 29/06/2018 às 17:01, sob o número MJEP21850-2018-00000000000-0. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o número 323 610 039 140 - 7.

Identificação do Estabelecimento de Saúde
1 - NOME DO ESTABELECImento SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECImento EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

NOME DO PACIENTE

Gustavo Coelho

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

81821

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

11/08/18

9 - SEXO

Masculino Feminino

10 - RAÇA/DOR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

Joceline Maria de Jesus

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA Nº, BARRIO)

AV. Amadeo Barbosa 1731 Canaã

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Rio Branco

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Atropelamento forçado pelo SÁMUE

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Como, Geral

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

CT: HSP DÁGUAS FTP esse

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

TCE Geral

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Operatório

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

04103010101010

29 - CLÍNICA

Melo Emery

31 - DOCUMENTO

CNS CPF

29584469304

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Cláudia Alves de Jesus 03/10/16

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOA

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ORGÃO EMISSOR

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

17101716121550001

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

Med. Rui Pinto

CPF: 732.571.877-51

Assinatura e Carimbo

Este documento é de propriedade do sistema de arquivamento eletrônico do Poder Judiciário do Brasil. Qualquer reprodução ou distribuição não autorizada é proibida. Para mais informações, consulte o site: <https://e-saj.juc.br>

Procedimento Autorizado

- 1- 03/10
- 2- 05
- 3- 07/10
- 4-
- 5-

DIAS DE U.T.I. Autorizados

Mês Inic. ()	Mês Ant. () (15)	Mês Alta. ()	Total ()
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	203.678.906.240.006		01	225-254	
04		0204030870	02,		
05		0205020046	01		
06	324.961.752.740.004	0303030370	02,	225-260	
07	990.046.296.353.433	0303030370	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					

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Proced. Realizado

0403010020

AIH Posterior

AIH Anterior

Houve Infec. Hospitalar

Esp.

01

Data de Saída

07.10.2016

Diag. Princ.

S 063

Diag. Secund.

V-093

Mot. Cobrança

41

Nº de Nascidos

Vivos

Mortos

Altas

Transf.

Nº de Saídas

Óbitos



Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Novo Acre

Unidade:

NOME: Gustavo Coelho

IDADE: 68

REGISTRO: 2391083

ENFERMARIA:

LEITO:

DATA	EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
03/01/16	JCE grave HSD Agudo FTP E.S. III T.M. H.T. III C.M. H.T. III + H.S.A.T PO S. VII	1) Paracetamol 300 2) S.F. O.S. 1500 3) p.p.s. H.T. E.S. S 4) Digoxina H.T. E.S. S 5) Hidocortisona 300 H.T. E.S. S 6) Estroveral 1g H.T. E.S. S 7) Amepuzol 100mg E.S. S 8) Prometil H.T. E.S. S 9) Clotrimazol 500mg 10) Ventolín 20mg 11) Serevo 4 H.S. S		

SAME / HUERB
CÓPIA ORIGINAL
CONFORME ORIGINAL

SECRETARIA DE SAÚDE
UNIDADE DE SAÚDE
ENFERMAGEM
L. KAIRA
13/01/2016 13:23:37
13/01/2016 13:23:37

Este documento é uma cópia do original assinado digitalmente por ALBERTO TAPECOY NOGUEIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 29/06/2018 às 12:01, sob o número WEB218500258217. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tj-ac.gov.br/padrao/assinadas.html, informe o processo 0012987-13.2017.8.04.0020 e cédula 10258217.

http://siregiiinorte.saude.gov.br/cgi-bin/marcar_03?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:
7001578

DADOS DO PACIENTE

CNS:
707804658601810
Nome do Paciente:
GASTAO COELHO
Sexo:
MASCULINO
Data de Nascimento:
14/08/1948 (68 anos)
Nome da Mãe:
JOVÉRCIA MARIA DE JESUS
Tipo Logradouro:
DISTRITO
Número:

Nome Social/ Apelido:

Raça:
AMARELA

Tipo Sanguíneo:

Naturalidade:

MANTENA - MG

Logradouro:

NOVA DIMENSAO

Bairro:

PROJETO SIDNEY GRÃO

Município de Residência:

NOVA MAMORE

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:

Assinatura e Carimbo do Médico Solicitante (examinador):

Operador Solicitante:

SOL-LOHANA-HUERB

CRM:

Data:

03.10.2016 - 14:07:04

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

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ALBERTO TAPEOCY NOGUEIRA e Tribunal de Justiça do Estado de Goiás, protocolado em 29/06/2013 às 12:01, sob o número WEE218500258017 para conferir o original, acesse o site <https://e-saj.tjgo.us.br/bastadadigital/consulta/consultarDocumento.do>, informe o número do documento.

Transp. Tec. Ant. man

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

Daniel Gustavo
Enfermeiro
COBEN AC 100410

085. Tentado por ex realizar RX, porém com paciente em TOT, grave, não foi liberado pelo. Retornando ao trauma.

Às 11:50 hrs, paciente admitido no centro cirúrgico, entubado com suporte de O2 e ambi. Acesso venoso periférico em MSE e SVIO. Para procedimento cirúrgico. Ac. enf. urinária. Hipocorado, hipocorado, euglicêmico.

Marta Rose
Enfermeira
COBEN AC 100410

Às 16:15 paciente encaminhado para UTI em TOT com suporte de O2 e ambi. POI transectomia, eufneico, hipocorado. Portando acesso venoso periférico em MSE; SE fluindo; acesso venoso central e SVIO, deslocado 200ml de urina e concentrada. Foi transfundido 2 bolsa de hemácia O+ com 291ml de número 0112160916123; O+ com 286ml de número 011260716026. SSVU: PA = 131x88 mmHg, FC = 95 bpm e SpO2 = 92%. Ac. Enf. urinária.

SAME / HUERB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

Protocolo de Assinatura Digital assinado digitalmente por ALBERTO TAPEOCY NOGUEIRA e Tribunal de Justiça de Estado do Acre, protocolo em 29/06/2018 às 12:01, sob o número WEB218500258217 e código 1D9F66E.

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ALBERTO TAFOCY NOGUEIRA, e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 29/06/2018 às 12:01, sob o número WEB32185.0025217. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjac.jus.br/pas/adigital/pgz/bnfConferenciaDocumento.do, informe o processo 0010867-42.2017.8.01.0070 e código 199666.

PESCOÇO

Sí Alteração Aumento Parótidias Linfadenomegalia Gânglio Inflado Rigidez da Nuca Traqueostomia
 Assimétrico Pulsos Carotídeos: Outras: **AUC**

TÓRAX / AP. RESPIRATÓRIO

Sí Alteração Espontânea Venturi TOT RIMV - Expansibilidade Normal Roncos
 Assimétrico Ar Ambiente Coletes TOT I MV I Expansibilidade Sibilos
 Cifoescolose Suporte de O₂ Cuidado VNI I MV I Expansibilidade Estertores
 VM Tuba T CPAP Outras:

P. CARDIOVASCULAR

Ritmo Normal Taquicardia Galope Pulsos Cheios Enchimento Capilar N
 Arritmia Bradicardia Sopros Baços Finos Enchimento Capilar
 Outras: I Enchimento Capilar

ABDOMEM

Plano Indolor Rígido Timbânico RHA + RHA I Hepatomegalia
 Globoso Doloroso Resistente Hipotímpanico RHA Ausente RHA I Esplenomegalia
 Aranhas Vasculares Outros:

EVACUAÇÕES

Sem Alteração Pastosa Líquido-Pastosa Líquida Melena Esverdeada
 I Nº I Nº Outras:

AP. GENITO-URINÁRIO / DIURESE

Espontânea Polaciúria Anúria Colúria Alterações Anatômicas
 Incontinência Oligúria Limpida Hematúria Outras: **SVD**
 Disúria Poliúria Concentrada Piúria

MMSS

Sensibilidade Preservada Motricidade Preservada Pulsos Palpáveis Parestia Gesso
 I Sensibilidade I Motricidade I Pulsos I Parestia I Amputação
 I Sensibilidade I Edema I Pulsos Impalpáveis I Lesões I Fratura

MMII

Sensibilidade Preservada Motricidade Preservada Pulsos Palpáveis Parestia Gesso
 I Sensibilidade I Motricidade I Pulsos I Parestia I Amputação
 I Sensibilidade I Edema I Pulsos Impalpáveis I Lesões I Fratura

Procedimentos	Nº dias	Procedimentos	Nº dias	Procedimentos	Nº dias	Procedimentos	Nº 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"/>		Díálise Peritoneal <input type="checkbox"/>			
Dissecção Venosa <input type="checkbox"/>		NPT <input type="checkbox"/>		Hemodiálise <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

CONFIRME ORIGINAL
 COPIA
 SAME / HUERB

Natasha V. Volpatti
 DAD 00000000
 CORENAC 307276

ASSINATURA DO PROFISSIONAL COM CARIMBO
Natasha V. Volpatti

Nº CONSELHO



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: <u>Antônio Coelho</u>	Data de Nascimento	Idade: <u>68</u>
Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil: <u>solteiro</u>	Profissão: <u>apresentador carnavalesco</u>
Grau de Instrução: <u>Ensino Fundamental</u>		Religião: <u>evangélico</u>
Diagnóstico de Entrada: <u>P.O. I de enfermagem de HSA</u>		

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

Paciente encaminhado de emergência, vítima de atropelamento, trazido pela SAMU ao SET de HUERB com ECAS, avaliados pelo NIB, a qual o enfermeiro da CC realizou administração de oxigênio + drenagem de sangue admitido em UTI em P.O. I de enfermagem, sedado, e PAC (colto) e SUS para monitorização.

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"/> Dança	<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: <u>P.O. I de enfermagem de HSA</u>				
Outros:				
<input type="checkbox"/> Medicamento em uso/dose:				

CONFORME ORIGINAL
 SANTA RITA HUERB

4. CONDIÇÕES DE MORADIA

Área de Moradia: <u>Urbana</u>	Tipo de Moradia: <u>Casa</u>	Material de Construção: <input checked="" type="checkbox"/> Alvenaria <input type="checkbox"/> Mista <input type="checkbox"/> Madeira <input type="checkbox"/> Outro	Saneamento: <input type="checkbox"/> SAERB/SANACRE <input checked="" type="checkbox"/> Poço <input type="checkbox"/> Rede de Esgoto <input type="checkbox"/> Outro
--------------------------------	------------------------------	--	--

5. HÁBITOS

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

6. EXAME FÍSICO/ÓRGÃOS E SISTEMAS

PA (mmHg): <u>64x43</u>	P (bpm): <u>80</u>	FC (bpm): <u>108</u>	FR (rpm): <u>14</u>	Tax (°C): <u>37</u>	Sat O ₂ (%): <u>100</u>	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							Glasgow: <u>NA</u>
Abertura Ocular: <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Estimulos Verbais <input type="checkbox"/> Estimulos Algicos <input type="checkbox"/> Não Aberta							
Pupila: <input type="checkbox"/> Fotorreagente <input type="checkbox"/> Arrelexia <input type="checkbox"/> Isocoria <input type="checkbox"/> Anisocóricas (D>E ou E>D) <input checked="" type="checkbox"/> Miose							<u>15</u>
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"/> Desambula c/ ajuda <input type="checkbox"/> Semi-mobilização							
Pele / Mucosas / Tecidos: <input type="checkbox"/> Sem Alterações <input type="checkbox"/> Palidez <input type="checkbox"/> Lesões de Pele: <u>Úlcera de Pressão grau I em joelhos</u> <input type="checkbox"/> Anasarca <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Reações Alérgicas <input type="checkbox"/> Desidratação <input type="checkbox"/> Ictericas <input type="checkbox"/> Giber Váricas							
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: <u>opacidade de pupila</u>							
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							

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ALBERTO TAPEOCY NOGUEIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 29/06/2018 às 12:01, sob o número WE182185J0258317. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjca.jus.br/pas-adigital/pg.br/info/conferenciaDocumento.do, informe o processo 000867-42.2017.8.01.0073 e código 109F66F.

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

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

Admissão da Fisioterapia- UTI

1 - Dados Pessoais		Idade	68 ANOS	Leito	UTI 10
Nome		Tempo de Internação		Peso	75 kg
Diagnóstico				Data	03/10/2016
Procedência		<input type="checkbox"/> Pronto Socorro <input type="checkbox"/> Enfermaria / HUERB <input checked="" type="checkbox"/> Outras Unidades (SANTO CIRURGICO)			
Anamnese					
História atual: Pac. admitido nesta unidade intubado, instável hemod. e apresenta de hipotensão, Glasgow 3/15; eupneico, PCPT, boa expansibilidade torácica;					
História progressiva:					
Diagnóstico clínico:					
3 - Inspeção					
3.1 Dados vitais:					
PA	FC	FR	Tax	PVC	Sat, O ₂ ET/CO ₂
72/38 mmHg	87 bpm	16 ipm	35,4 °C		98%
3.2 Exame pneumológico:					
Ausculta	Tórax	Expansibilidade	Tiragens musculares		
MUSCULAR	NORMAL	NORMAL			
afirma	Tosse	Secreção	Exame radiológico		
3.3 Exame ósteo-mio-articular e pele:					
Tônus	Movimentação	ADM's			
	(Sequedo)	Preservados a Mob. passiva			
Deformidades (s)		Outros sinais ou considerações			
4 - Ventilação mecânica (se paciente não estiver dependendo não preencher item 4):					
Typo Vent.	Modo	VC:	T _{insp} :	P _{insp} :	PEEP
MTK	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-traqueo	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					
→ Vo M em modo P.C.V. → Cabeceira elevada 40°; → Troca de fixação de TOT; → Monitorização eletrônica; → Introduzido tubo orotraqueal de 25 pl 26 cm as 19:40 Tainasa Sampaio 193382-F					
Ricardo M. 193.380 F					

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ALBERTO TAPEOCY NOGUEIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 29/06/2018 às 12:01, sob o número WE132185J0259317. Para conferir o original, acesse o site <http://tps://e-saj.tj.ac.us.br/pas/adigital/pgz/bnr/ConferenciaDocumento.do>, informe o processo 00108674220178010073 e código 1D9F661F.

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

Admissão Médica - UTI

17:00h

Paciente	<i>Gasão Coelho</i>	Idade	<i>68a.</i>	Leito	<i>10</i>
Diagnóstico		Peso		Data	<i>03/10/16</i>
Procedência	<input type="checkbox"/> Pronto Socorro <input type="checkbox"/> Enfermaria /HUERB <input type="checkbox"/> Outras Unidades <i>C.C.</i>				

Q.P. *Paciente encontrado desacordado, despertado de atropal-
lamido, levado pelo SAMU à UTI, deu entrada com
ECG = S, sem vida de vômito em cavidade.*

H.D.A. *oral.
avaliado pela NCR, levado p/ descompressão
do hematoma logo pela manhã.
tem tempo: encontrado desacordado na db de agosto.*

Hist. Patológica Progressiva *sem comorbidades, sem alergias.
malaltado.
sem quando ouve em olho (E).*

Exame físico *impulso (E) impossível avaliar*
P= bpm PA *6* x *4* mmHg FR *16* Tax *36* °C GLASGOW *15*

Pupilas: Isocóricas Anisocóricas { D>E E>D Miose Midriase

*Recibe paciente em maca, mltu borb, ventilado
por ambu, com AVC em hipolar (E), com SVO, des-
dentado, sedado, acompanhado de enfermeiro, curia-
tudo em oxigênio, iscoricadas pelo corpo
RX: RAR MVF 2T 5IT
DE: MVF sem AVC
abd: haurado, RHA (E), sem vcm.
ultrassom de massa na região nasal grau I.*

- Conclusões
- # TCE grave - atropalamento?
 - # HSD budo
 - # Exame pupilar (E).
 - # POI craniotomia decompressiva + drenagem.
 - # choque superolímico?

- Condutas
- monitorização cardíaca
 - oximetria de pulso
 - aspiração nasofaríngea
 - nebulização salina
 - oximetria arterial
 - Rx torax
 - ex. admissionais
 - cuidados de UTI

Talita de O. Ribeiro
Reumatologista
CRM/AC 1524

CONFIRME ORIGINAL
CDPIA
SAMU / HUERB



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</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 06/05/10 14</i>
8.	DORMONID (15MG/3ML) FAZER 3ML IV DE 04/04H	<i>20:24 04/08 12:16</i>
9.	FENTANIL (50MCG/ML) 2ML IV 4/4H - ALTERNAR HORÁRIOS COM ITEM 8	<i>18:00:10</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

no 12 96 14
 Talita de O. Ribeiro
 Reumatologista
 CRM/AC 1524

Dr. Joselino S. Nascimento
 Médico
 CRM/AC 1121

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

CHECKLIST PASSAGEM DE PLANTÃO
PROFISSIONAL TÉCNICO DE ENFERMAGEM

DATA: / /

Checklist
Mesa de cabeceira

PD ENTRADA:

PD ENTRADA:

PD SAÍDA:

PD SAÍDA:

PO (CHEGANDO)	PN (CHEGANDO)	PACIENTE	MATERIAL	PD	PN
01	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	TERMÔMETRO	01	
02	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	ÁGUA DESTILADA	10	
03	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	PACOTE DE GAZES	01	
04	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	SERINGAS 3ML	02	
05	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	SERINGAS 5ML	02	
06	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	SERINGAS 10ML	02	
07	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	SERINGAS 20ML	04	
08	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	ESTE TOSCÓPIO	01	
09	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	SONDA DE ASPIRAÇÃO	04	
10	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	CRUMACAÇÃO	02	
11	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	ESPALMADRAPO	01	
12	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	MICROPORÉ		
13	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	LUTA PROCEDIMENTO (caba)	01	
14	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	LUNA CIRÚRGICA	02	
15	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	AGULHAS 13/4	04	
16	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	AGULHAS 27/32	04	
17	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	BOLAS DE ALGODÃO	03	
18	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	ELETRODO	05	
19	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()			
20	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()			
21	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()			

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

FOI HIGIENIZADO NO PERÍODO
PACIENTE ENCONTRA-SE ARRUMADO NO LEITO
HIGIENE DRAL VISÍVEL BEM ADEQUADA
SNDROME E SVD FIXADA ADEQUADAMENTE - FIXAÇÃO LIMPA
ACESSO VENOSO COM CURATIVO DATAO E ASSINADO
POLÍTRIO ENCONTRA-SE SEM SUTILIDADE VISÍVEL
CURATIVO DA TRINQUETOMIA ENCONTRA-SE LIMPO
REGIÃO ÍNTIMA ENCONTRA-SE LIMPA
FC DESPREZADO REGISTRADO A OURESE AS 16:00hs E AS 18:00hs
CABECEIRA ELEVADA > QUE 30°
LEITO
TOCAS AS INFUSOES DA BIC ESTÃO DEVIDAMENTE IDENTIFICADAS
EX ITEM MEDICAMENTOS PENDENTES DE ADMINISTRAÇÃO NO SUPORTE DE SORO
MONITORIZAÇÃO ENCONTRA-SE ADEQUADA E TODOS OS PARÂMETROS FUNCIONANTES?
A MESA DE CABECEIRA ENCONTRA-SE DEVIDAMENTE ORGANIZADA COM OS SEUS RESPECTIVOS MATERIAIS REPOSTOS
TODAS AS BIC'S FORAM ZERADAS
MATERIAL DE HIGIENE PESSOAL ENCONTRA-SE DEVIDAMENTE ACCIONADO NA MESA DE CABECEIRA
BOLSA VALVA MÁSCARA (AMBU) ENCONTRA-SE NA CABECEIRA DO LEITO CONECTADO E PROTEGIDO ADEQUADAMENTE
FRASCO DE ASPIRAÇÃO DESPREZADO E LIMPO
TOCAS AS MEDICAÇÕES PRESCRITAS FORAM ADMINISTRADAS E CHECKADAS
EXISTEM SOBRES DE MEDICAMENTOS NA COMÉA DO PACIENTE
PONTUALIDADE NA C/ADA (PO - 06:45hs às 07:15hs / PN - 06:45 às 18:45hs)

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 Distúria Incontinência

Hemodiálise: Sim Não Positivo Negativo Outros:

16. Eliminação Intestinal: Presente Ausente

Aspecto: Consistente Líquida Líquido-pastosa

Quantos dias? _____

Ostomia: Aspecto _____

Quantidade: _____ ml; _____ ml; _____ ml

Outros: _____

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

Sensibilidade: Preservada Diminuída Gesso

Motricidade: Preservada Diminuída Fratura:

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

Cianose periférica: Ausente Presente: Local: _____

Outros: _____

18. MMI: Edema +4; +3; +2; +1; 0; -1; -2; -3; -4

Sensibilidade: Preservada Diminuída Gesso

Motricidade: Preservada Diminuída Fratura:

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

Cianose periférica: Ausente Presente: Local: _____

Outros: _____

19. Gerenciamento de Risco: SIRS Aço Bronco Fiebre

20. Escala de Dor: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

21. Escala de Braden: Percepção Sensorial 1, 2, 3, 4 | TOTAL

Risco Brando 15 a 18 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:

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

Taquipnéia > 20 rpm Rebaixamento do nível de consciência

Taquicardia > 90bpm Hipotensão Disonias ou dessaturando

Aclonamento equipe médi. _____

Médico: _____

Hora: _____ min.

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

1. Mancha placa hidrosolúvel.

SAME / HUERO

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

24. Soluções em infusão:

Substância/STP/Vazão	Substância/STP/Vazão	Substância/STP/Vazão	Substância/STP/Vazão	Substância/STP/Vazão	Alterações na vazão
NOVA 25					
NOVA 30					

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

26. Dispositivos de assistência:

PIC/DVE - dias TQT - dias Acesso venoso periférico - dias

SNE/SNG 01 dias SVD - 01 dias Intracath - dias PICC - dias

Alerações: _____ Outros: _____ dias

27. Dados relacionados às necessidades psicoespirituais e psicossociais: _____

28. Prevenção UPP: As 10:55h mudado pl/DLD. As 11:15retornar pl/dorsal.

29. Ocorrências durante o plantão: Instabilidade hemodinâmica devido RAAS-s. Flanguizado no leito, redução de oxigenação poral. Exatidão anamnéica de sequestro de sangue e fragmento de culturas. Pedindo colheita de urina.

As 18:15h paciente com sedação suspensa as 14:00hs, veno-oclusão a veia, sem reflexo de tosse, pupila média arreativa a 12 com catarata a 12.

Apresentou omeletos durante a aspiração TUI

Assinatura/Carimbo: *Edson de Azevedo Mesquita*

Enf. Eliana Farias
COREN 375.067 AC
m. Santa Cruz UFT



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 2-10
CONFORME ORIGINAL

SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM UTI - HUERB Data: 4/11/16 Turno: Manhã 10:30 min. Tarde: min. Noite: min. Idade: 68 anos

Nome: Costão Coelho Técnico de Enfermagem: PD: Amélia Lima PN: _____
 Sexo: F M Diagnóstico médico: POLITRAUMA Manhã/Tarde: _____
 Leito: _____ Data Internação: 3/10/16 DI/UTI: _____ dias

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

2. Escala de coma Glasgow: Total: 15
 Abertura Ocular: 3 Resposta verbal: 2 Resposta Motora: 0
 4 Espontânea 5. Orientado 5. Obedece comando
 3. Ao comando verbal 4. Confuso 5. Localiza dor
 2. A voz 3. Inapropriada 4. Mov. Inespecífico/Reflexa
 1. Ausente 2. Incompreensível 3. Flexão à dor
 1. Sem resposta 2. Extensão à dor
 1. Sem resposta

3. Escala de Agitação-sedação-RASS: 1
 +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:
 Tax: 33.1°C 35.9°C 36.0°C

6. Regulação térmica: Afebril Subfebril Febril Hipotérmico
 +/+4 Cianótico Cianótico +/+4

7. Coloração e hidratação da pele e mucosas: Anictérico Ictérico
 Hídrato Desidratado +/+4 Anasarca Rash cutâneo

8. Cuidado corporal: Higiene bucal: Adequada Inadequada;
 Higiene corporal: Adequada Inadequada;

9. COONG (cabeça, olhos, ouvido, nariz, garganta) e região cervical: PIC: mmHg mmHg mmHg OVE Aspecto drenagem:
 Dreno: Tipo/Aspecto drenagem: Nenhum
 Pupilas: Isocóricas Anisocóricas D>E D<E Miose Midriase Discóricas Edema
 Fotofortividade pupilar Presente Ausente Lagofthalmia Nistagmo Tose palpebral esclera
 Otorragia Otorreia Aparelho auditivo Acuidade auditiva diminuída Outros:
 Desvio de septo Epistaxe SNE SNG Cânula Nasofaríngea Outros:
 Aparelho Ortodôntico Prótese dentária SOE SOG Gingivite Gingivorragia
 TOT Cânula orofaríngea Máscara laringea Dentição prejudicada Outros:
 Pescoço: Assimétrico Linfadenomegalia Rigidez de nuca Aumento parótidas Gânglio infartado
 TOT Outros: _____

10. Tórax/AP Respiratório: Simétrico Assimétrico Tanel Peito de pombo Escavado
 Cifose escoliose Outros: Não Expansibilidade normal Expansibilidade aumentada
 Expansibilidade diminuída Cupneico Taquipneico Bradipneico Dispneico Outros:
 Padrão Cheyne-Stokes Padrão Kussmaul Padrão Biot MVF s/RA MV diminuído Sim
 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: 50 PEEP: 0 PE: 22 FIO2: 24 Descrição secreção:
 Dreno torax Ocitante Funcionante Aspecto débito: _____
 Outros drenos:
 Freq. respiratória: 12 rpm; 12 rpm; 13 rpm SPO2 97 % 95 % 97 % ETCO2: _____ %

11. Ap. Cardiovascular: Frequência Cardíaca: 87 bpm; 74 bpm; 80 bpm PVC: _____ mmHg ou cmH2O
 Eucárdico Normotenso Pulso: 60 Ausculta: S1 S2 S3 S4 B3 B4 Sopros
 Bradicárdico Hipotenso Cheio Rítmico S1 S2 S3 S4 B3 B4 Sopros
 Taquicárdico Hipertenso Filiforme Arritmico Desdobramento 2º Bulha
 Arritmias: FA TPSV TV FV BAV grau Outros: _____
 Marcapasso: 105; 123; 76 (BR)

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

13. Nutrição: Dieta Zero SNE SNG SOG SOE Fechada Aberta
 Aceitação: Total Parcial Não aceita Disfagia
 Estado: 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 Emese/frequência
 Teste sonda: Sim Não Suspensa: Motivo VET: _____

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

Resposta médica: D
Cópia nota de E

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ALBERTO TAPEOCY NOGUEIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 29/06/2018 às 12:01, sob o número WEE12185100258217. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tj-ac.gov.br/pastadigital/pg/abrConferir.ciaDocumento.do, informe o processo 00010867-12.2017.8.000070 e código 1105521.



Governo do Estado do Acre
 Secretário de Estado de Saúde - SESACRE
 Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco - HUERB
 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: 10831 - 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.

Mário de Costa Santos
 Cardiologista
 CRM: 10831 - AC

André Zappalá
 Residente em Clínica Médica
 CRM: 10831 - AC

SAME / HUERB
 CÓPIA
 CONFORME ORIGINAL

CHECKLIST PASSAGEM DE PLAVTÃO
PROFISSIONAL TÉCNICO DE ENFERMAGEM

DATA: 04/10/2016

Checklist
Mesa de cabeceira

PD ENTRADA:

PN ENTRADA:

PN SAÍDA:

PD SAÍDA:

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

SAINEP / HUBERB
CÓPIA ORIGINAL



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
 HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RIO BRANCO - 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		PRESCRIÇÕES	
Horário	6- Conforto Físico/Posteio	Horário	6- Conforto Físico/Posteio
08 15 20	Manter repouso relativo/absoluto	08 15 20	Manter repouso relativo/absoluto
10 13 16 19 22 01 04	Fazer, orientar, auxiliar a mudança de decúbito conforme tolerância e protocolo de prevenção de Upp	10 13 16 19 22 01 04	Fazer, orientar, auxiliar a mudança de decúbito conforme tolerância e protocolo de prevenção de Upp
09	Orientar o paciente quanto à movimentação ativa no leito	09	Orientar o paciente quanto à movimentação ativa no leito
ATENÇÃO	Sentar na poltrona	ATENÇÃO	Sentar na poltrona
	Manter grades elevadas/CONTER		Manter grades elevadas/CONTER
	7- Eliminação		7- Eliminação
	Anotar número e aspecto das evacuações		Anotar número e aspecto das evacuações
	Medir e anotar aspectos da urina		Medir e anotar aspectos da urina
10 13 16 19 22 01 04	Registrar volume e aspecto do débito do DVE, diurese diurético	10 13 16 19 22 01 04	Registrar volume e aspecto do débito do DVE, diurese diurético
ATENÇÃO	Proteger a pele do paciente quando em contato com secreção	ATENÇÃO	Proteger a pele do paciente quando em contato com secreção
ATENÇÃO	Fixar SNE/SOE/SNG/SVD	ATENÇÃO	Fixar SNE/SOE/SNG/SVD
	8- Controle de infecção		8- Controle de infecção
X	Trocar equipo de infusão intermitente a cada 24 h e infusão contínua em BIC a cada 48 h	X	Trocar equipo de infusão intermitente a cada 24 h e infusão contínua em BIC a cada 48 h
ATENÇÃO	Administrar e identificar as medicações conforme os 5 certos (paciente, hora, leito, dose e via de administração correta)	ATENÇÃO	Administrar e identificar as medicações conforme os 5 certos (paciente, hora, leito, dose e via de administração correta)
X	Trocar AVP a cada 72 h ou se presença de sinais biológicos	X	Trocar AVP a cada 72 h ou se presença de sinais biológicos
X	Utilizar técnicas asépticas	X	Utilizar técnicas asépticas
X	Realizar limpeza corrente no leito	X	Realizar limpeza corrente no leito
	9- outros		9- outros
	Nivelar ponto zero da DVE ao nível da orelha		Nivelar ponto zero da DVE ao nível da orelha
	Mensurar PVC (C.P.M.)		Mensurar PVC (C.P.M.)
	Mensurar PIA (C.P.M.)		Mensurar PIA (C.P.M.)
	Manter paciente com restrição a mobilização		Manter paciente com restrição a mobilização
	Manter paciente em DD a 0° (TRM)		Manter paciente em DD a 0° (TRM)
	Mobilizar paciente em leitos		Mobilizar paciente em leitos
CONTINUO		CONTINUO	
A CADA 2 H		A CADA 2 H	
COMUNICA.3		COMUNICA.3	
12 18 24 06		12 18 24 06	
COMUNICAR		COMUNICAR	
ANOTAR		ANOTAR	
COMUNICAR		COMUNICAR	
MANTER		MANTER	
COMUNICAR		COMUNICAR	
COMUNICAR		COMUNICAR	
	4-Observar, anotar e comunicar		4-Observar, anotar e comunicar
X	Nível de consciência	X	Nível de consciência
X	Verificar SSVV e comunicar alterações	X	Verificar SSVV e comunicar alterações
X	Sinais de hipotensão/glicemia	X	Sinais de hipotensão/glicemia
X	Fechar balanço hídrico	X	Fechar balanço hídrico
X	Edema/hematócrito/hemoglobina/hematócrito	X	Edema/hematócrito/hemoglobina/hematócrito
X	Náuseas/vômitos	X	Náuseas/vômitos
X	Queixas algícas: local e intangíveis	X	Queixas algícas: local e intangíveis
X	Sinais de hiperemia em proximidades: costas e partes moles	X	Sinais de hiperemia em proximidades: costas e partes moles
X	Aspectos dos orifícios	X	Aspectos dos orifícios
	5- Conforto respiratório		5- Conforto respiratório
	Observar e comunicar dispnéia/cianose		Observar e comunicar dispnéia/cianose
	Manter decúbito elevado 30° a 45°		Manter decúbito elevado 30° a 45°
	Observar e anotar presença de tosse/espú		Observar e anotar presença de tosse/espú
	Aspirar vias aéreas TOT/OT S/N		Aspirar vias aéreas TOT/OT S/N

CONFIRME ORIGINAL
CÓPIA
SAME / HUERB

PROCEDIMENTO	Nº DIAS	PROCEDIMENTO	Nº DIAS	PROCEDIMENTO	Nº DIAS	PROCEDIMENTO	Nº DIAS	VALOR	PIA	VALOR
VM	01	MC	01	NPT		GIMEDIL				
TOT	01	PROC	01	SNG/SNGISCE	01	CATERER SOHL				
TUBO I		AIP		GTT		VNI				
VENTURO CATER		AVC	01	LECSTOMA	01	BIENOTOLUJIMAR BIENOTOLUJIMAR				

HORA	DV	SEQ. CONTINUA	DOSE	HORA	DV	SEQ. CONTINUA	DOSE	HORA	DEXTRO	CORRIGIDO-UI
7	Nova		30ml/h	19	nova		20 ml	19:00	185 mg/dl	0,2 UI
8	Nova		25ml/h	20	nova		20 ml	18:00	163 mg/dl	
9	Nova		25ml/h	21	nova		20 ml	24:00	119 mg/dl	
10	Nova		25ml/h	22	nova		20 ml	06:00		
11	Nova		25ml/h	23	nova		20 ml			
12	Nova		25ml/h	24	nova		20 ml			
13	Nova		25ml/h	01	nova		20 ml			
14	Nova		25ml/h	02	nova		20 ml			
15	Nova		25ml/h	03	nova		20 ml			
16	Nova		30ml/h	04	nova		20 ml			
17	Nova		30ml/h	05	nova		20 ml			
18	Nova		30ml/h	06	nova		20 ml			

CONFORME ORIGINAL
CÓPIA
SAMEF / HUEN

DIURNO

04.10.16 - As 07:00 hs - recente entubado sob v.m (PV), sem 19:00 Receber paciente grave, entubado, ms tido, com monitorização cardíaca + oximetria de pulso, por intergueda cardíaca + oximetria de pulso portava tendo AVC dissecciona em jugular (E) fazendo uso de S.N.E; S.V.D; aceno deusalit em jugular E; noradrenalina 30 ml/h e boro de haravis em B.C. 50g fazendo uso de noradrenalina 20 ml/h SVD; 08:15hs - Realizado banho no leito + higiene oral, higiene pira em leito; dieta enteral com ocular, intensa, trocade falds e lençois; instalada sonda. Tolerancia: afecção rins e náusea do dieta enteral das 10hs, secreção de 3/3hs; verificadas 55 vde haravis; leito de t.c. 2000 C. p. M. mais houve intercorrência de haravis e corrigido das 10hs a 18hs conforme documento e grupo plantonista. Tec. monton 207.158 resultados; todas as medicações de haravis pessoais e grupo plantonista. Tec. monton 207.158 ministradas e checadas C.P.M. instalada a sonda

NOTURNO

dição de noradrenalina A.C.M as 10 e 18hs; fei itoe ainda A.C.M em 15 e 16 hs; evacuação e diurese (E) com intercorrência no período e seguir as cuidados da enfermagem, tec. Ana Corvid

SAME / HUERB

L-10



CÓPIA 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 ADULTO DR. SÉRGIO BRUNO

SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM UTI - HUERB Data: 05/10/16 Turno: Manhã 10:00 min. Tarde 13:00 min. Noite min. Idade: 20 anos

Nome: Geotao Coelha Técnico de Enfermagem: PD: Jaqueline

Sexo: F M Diagnóstico médico: Policitemia Manhã/Tarde: _____

Leito: 10 Data Internação: 02/10/16 IDUTI: _____

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

2. Escala de coma Glasgow: Total: 10/15 3/5 4/4 3/5 4/4
 Abertura Ocular: 4 Espontânea Resposta verbal: 5 Orientado Resposta Motora: 6 Obedece comando
 3. Ao comando verbal: 4 Confuso 5. Localização: 4 Mov. Inespecífico/Retrada
 2. À dor: 3 Inapropriada 4. Flexão à dor: 3 Flexão à dor
 1. Ausente: 2 Incompreensível 2. Extensão à dor: 2 Extensão à dor
 1. Sem resposta: 1 Sem resposta 3. Sem resposta: 1 Sem resposta

3. Escala de Agitação-sedação-RASS: NA
 +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

4. Segurança Emocional: Tranquilo Alegre Triste Inadequado:
 Ansioso Depressivo Outros: NA

5. Sono e repouso: Preservado Inadequado:
NA

6. Regulação térmica: Afebril Subfebril Febril Hipotermico Tax: 35,5 °C 36,2 °C 36,1 °C

7. Coloração e hidratação da pele e mucosas: Corado Hipocorado +/+4 Hidratado Desidratado +/+4 Anasarca Rash cutâneo

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

9. COONG (cabeça, olhos, ouvido, nariz, garganta) e região cervical: PIG: mmHg mmHg mmHg DVE Aspecto drenagem:
 Dreno Tipo/Aspecto drenagem: Punha média lisa a/d e cateter a/2 (manter)
 Pupilas: Isocóricas Anisocóricas D>: D<E Miose Midriase Discóricas Edema
 Fotoreatividade pupilar: Presente Ausente Lagofalmar Nistagmo Ptose palpebral Esclera
 Otorrágia Otorreia Aparelho auditivo Acuidade auditiva diminuída Outros:
 Desvio de sépio Epistaxe SNE SNG Cânula Nasofaríngea Outros:
 Aparelho Ortodôntico Prótese dentária SOE SOG Gingivite Gingivorragia
 TOT Cânula orofaríngea Máscara laringea Dentição prejudicada Outros:
 Pescoço: Assimétrico Infadenomegalia Rigidez de nuca Aumento parótidas Gânglio infartado
 TOT Outros:

10. Tórax/AP Respiratório: Simétrico Assimétrico Tonel Peito de pombo Escavado
 Cifoesciose Outros: Expansibilidade normal Expansibilidade aumentada
 Expansibilidade diminuída Eupneico Taquipneico Bradipneico Dispneico Outros:
 Padrão Cheyne-Stokes Padrão Kussmaul Padrão Biot MVF s/RA MV diminuído na cateter
 Rencos Sibilos Estertores Atrito pleural Outros:
 Tiragem intercostal Batimento asa nariz Outros:
 Ar ambiente TOT TQT Tuto T Suporte de O₂ Cateter nasal 1 l/min. 1 l/min
 Mascarã de venturi - concentração % % % 55 VM Modo: PCV PCV PCV l/min.
 VC: 1,40 PEEP: 80/80 PE: 22/22 FIO₂: 21 Descrição secreção:
 Dreno torax Oscilante Funcionante Aspecto débito: _____
 Outros drenos:
 Freq. respiratória: 12 rpm 12 rpm 12 rpm SPO₂ 100 % 100 % 100 % ETCO₂: _____ %

11. Ap. Cardiovascular: Frequência Cardíaca: 96 bpm 110 bpm 104 bpm PVC: _____ mmHg ou cmH₂O
 Eucárdico Normotenso Pulso: 110 Ausculta: BNRNF B+3 B+4 Sopros
 Bradicárdico Hipotenso Cheio Rítmico Arritmico Desdobramento 2º Bulho
 Taquicárdico Hipertenso Filiforme Arritmico BAV grau Outros:
 Arritmias: FA TPSV TV FV Outros:
 Marcapasso: 126 x 71 (91) 15 x 86 mm Hg

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

13. Nutrição: Dieta Zero SNE SNG SOG SOE Fechada Aberta
 Aceitação: Total Parcial Não aceita Disfagia
 Estase: Ausente Presente Volume: _____ ml; _____ ml; _____ ml Aspecto: _____
 Via: VO Gastrostomia Enteral Parenteral Fluxo: _____ ml/h 35 ml/h 35 ml/h
 Tipo de Dieta: _____ Restrição hídrica: _____ ml/dia Náusea Emese/frequência VET:
 Teste conda: Sim Não Suspensa: Motivo _____

14. Regulação Abdominal: Abaulamento/Visceromegalia: Ausente Presente Local:
 Plano Ruidos hidroaéreos: Timpanismo: Presente Diminuído Ausente Hipertimpanico
 Globoso Presente Diminuído Ausente Hipertimpanico
 Distendido Presente Diminuído Ausente Hipertimpanico
 Ascítico Presente Diminuído Ausente Hipertimpanico
 Escavado Presente Diminuído Ausente Hipertimpanico
 Ostomias: Gastrostomia Jejunostomia Ileostomia Colostomia Fístula mucosa
 Drenos: Laminar Tubular Tubo-laminar Outros:

Este documento é cópia de original, assinado digitalmente por ALBERTO TAPOCY NOGUEIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 29/06/2013 às 13:01 e conferido o original, acesse o site https://e-saj.tjac.jus.br/pastadigital/portal/ConferenciaDocumento



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

[Handwritten signature]
Médico
CRAMAC 1595

Evolução da noite:

Paciente gravíssimo pelo quadro de hemi
paralisia esquerda. sem reflexos de
traquea, duve. uniparesia e sem esse.

Admissão: 1 DVA. sem controle de febre,
diurese. parente.

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

[Handwritten signature]
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	DIM: 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 () Midriática		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	TOTAL DIÁRIO
		3.655 ml	1.830 ml	+ 1.825 ml
Evacuações:				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				

SAME / HUERB
 CÓPIA
 CONFORME ORIGINAL

Este documento é cópia de original, assinado digitalmente por ALBERTO TAPEOCY NOCUEIRA e Tribunal de Justiça do Acre, protocolado em 28/06/2013 às 13:01, sob o número W/EP/24300-2013. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.jac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>

PROCEDIMENTO	Nº DIAS	PROCEDIMENTO	Nº DIAS	PROCEDIMENTO	Nº DIAS	PROCEDIM	Nº DIAS	PVC	VALDR	PIA	VALOR
VM	02	MC	02	MFT	02	GUDEL					
TOT	02	PICC		SNG/SNE/SE	02	CATER SCHIL					
TUBO T		AVP		GIT		VNI					
VENTUR CATER		AVC	02	ILEOSTOMIA	02	DEFNO TUBO / AVANTER DEFNO DE KNEE					

HORA	DI	DOSE	RED. CONTINUA	DOSE	HORA	DI	DOSE	RED. CONTINUA	DOSE
7					19				
8	Nona	20ml/h			20				
9					21				
10	Nona	20ml/h			22				
11					23				
12	Nona	20ml/h			24				
13					01				
14	Perligado.				02				
15					03				
16					04				
17					05				
18					06				

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DIURNO	NOTURNO
<p>05.10.16 às 07:00 Paciente grave, entubado às 7:00 Recebi por grave entubado monitorizado, SNE, AVC em jugular esquerda, monitorizado SUG, SVD, SVD. fez uso de Soro + Noralém Bic. Às 08:00 AVC em jugular esquerda, med. cont. Realizado banho no leito, higiene oral, flubal gel. membro. Segue com cuidados íntimo, troca de lençóis e fralda. Liga. Fez decaente no leito. Às 10:00 Administrada medicação conforme pres. médica. Instalada dieta via SNE. Às 18:00 paciente medicado no período, Realizado Soro sítis e Anidados gerais. Paciente segue sem intercorrência monitorizado. Às 19:00 fica aos cuidados da enfermagem. Tcc. Frequentar</p>	<p>05.10.16 às 07:00 Recebi por grave entubado monitorizado, SNE, AVC em jugular esquerda, monitorizado SUG, SVD, SVD. fez uso de Soro + Noralém Bic. Às 08:00 AVC em jugular esquerda, med. cont. Realizado banho no leito, higiene oral, flubal gel. membro. Segue com cuidados íntimo, troca de lençóis e fralda. Liga. Fez decaente no leito. Às 10:00 Administrada medicação conforme pres. médica. Instalada dieta via SNE. Às 18:00 paciente medicado no período, Realizado Soro sítis e Anidados gerais. Paciente segue sem intercorrência monitorizado. Às 19:00 fica aos cuidados da enfermagem. Tcc. Frequentar</p>

SAMUEL HERB
 CÓPIA ORIGINAL

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

Evolução Multiprofissional - UTI

Paciente	<i>Antônio Carlos</i>	Idade	<i>78</i>	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



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	DH: 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
Evacuações: ausente		3.655 ml	1.830 ml	+ 1.825 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

mantida (35: vet)

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1.	DIETA ENTERAL 500ML X VSNE NAS 18H, HIPOGLICIDICA+ ÁGUA POTÁVEL 50ML DE 3/3H NOS INTERVALOS	18:00 22:00
2.	SRL 500 ML IV 12/12H	10:00 18:00
3.	CEFTRIAXONE 1G IV 12/12H D3	14:00 18:00
4.	CLINDAMICINA 600 MG + SF 0,9% 100 ML IV DE 8/8H D3	14:00 18:00
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>[suspensão]</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°	<i>Dr. Claudiney Marques</i> <i>CRM 3091 - AC</i> <i>Clinica Médica</i>
15.	CUIDADOS E CONTROLE DE UTI	<i>Just</i> <i>Amante</i> <i>Medic</i>
16.		

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

CHECKLIST PASSAGEM DE PLANTÃO PROFISSIONAL TÉCNICO DE ENFERMAGEM		MATERIAL		Checklist
PD (CHEGANDO)	PN (CHEGANDO)	PD	PN	Mesa de cabeceira
DATA: 05/10/2016				
PN ENTRADA:				
PD SAÍDA:				
PACIENTE				
01	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()		AGUA DESTILADA 10
02	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()		PACOTE DE GAZES 04
03	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()		SERINGAS 3 ML 02
04	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()		SERINGAS 5ML 02
05	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()		SERINGAS 10ML 02
06	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()		SERINGAS 20ML 04
07	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()		TERMÔMETRO 01
08	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()		ESTETOSCÓPIO 01
09	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()		SONDA DE ASPIRAÇÃO 04
10	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()		CHUMBAÇO 02
11	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()		
LEITO				
12	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()		ESPARADRAPO 01
13	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()		MICROPORE 01
14	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()		LUVA PROCEDIMENTO (cuba) 01
15	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()		LUVA CIRÚRGICA 02
16	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()		AGULHAS 13/4,5 04
17	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()		AGULHAS 27/08 04
18	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()		BOLAS DE ALGODÃO 03
19	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()		ELETRODO 05
20	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()		
21	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()		
22	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()		

SAMUEL HUANG
CÓPIA
CONFIRME ORIGINAL

FOI HIGIENIZADO NO PERÍODO

PACIENTE ENCONTRA-SE ARRUMADO NO LEITO

HIGIENE ORAL VISIVELMENTE ADEQUADA

SNG / SNE e SVD FIXADA ADEQUADAMENTE - FIXAÇÃO LIMPA

ACESSO VENOSO COM CURATIVO DATADO E ASSINADO

POLIFIXO ENCONTRA-SE SEM SUJIDADE VISÍVEL

CURATIVO DA TRAQUEOSTOMIA ENCONTRA-SE LIMPO

POLIFIXO ENCONTRA-SE SEM SUJIDADE VISÍVEL

REGIÃO ÍNTIMA ENCONTRA-SE LIMPA

FOI DESPREZADO/REGISTRADO A DIURSE ÀS 06:00HS E ÀS 18:00HS

CABECEIRA ELEVADA > QUE 30"

TODAS AS INFUSÕES DA BIC ESTÃO DEVIDAMENTE IDENTIFICADAS

EXISTEM MEDICAMENTOS PENDENTES DE ADMINISTRAÇÃO NO SUPORTE DE SORO

MONITORIZAÇÃO ENCONTRA-SE ADEQUADA E TODOS OS PARÂMETROS FUNCIONANTES?

A MESA DE CABECEIRA, ENCONTRA-SE DEVIDAMENTE ORGANIZADA COM OS SEUS RESPECTIVOS MATERIAIS REPOSTOS

TODAS AS BIC'S FORAM ZERADAS

MATERIAL DE HIGIENE PESSOAL ENCONTRA-SE DEVIDAMENTE ACONDICIONADO NA MESA DE CABECEIRA

BOLSA VALVA MÁSCARA (AMBÚ) ENCONTRA-SE NA CABECEIRA DO LEITO CONECTADO E PROTEGIDO ADEQUADAMENTE

FRASCO DE ASPIRAÇÃO DESPREZADO E LIMPO

TODAS AS MEDICAÇÕES PRESCRITAS FORAM ADMINISTRADAS E CHECADAS

EXISTEM SOBRES DE MEDICAMENTOS NA COMÉIA DO PACIENTE

PONTUALIDADE NA CHEGADA (PD - 06:45hs às 07:15hs / PN - 18:45 às 19:15hs)

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

Evolução Multiprofissional - UTI

Paciente	<i>Gastão Coelho</i>	Idade		Leito	<i>10</i>
Diagnóstico		Tempo de Internação:		Data:	<i>1</i>

nutricionista 06/10/16

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

CONFORME ORIGINAL
CÓPIA
UNIME / HUERB

Cláudia
Cláudia Sena de Pádua
Nutricionista
CRN - 743

Realizou *pete em estado de crise* *sem condições de atendimento. Realizada*
apoiado psicólogo.

Realizou
psicólogo
CRN - 381699



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 Glasgow 3 pontos e seu reflexo de tronco. Segue intubado, em sedação, sem uso de DVA.

Drª Claudineia Marques
 CRM 1081 - AC
 Clínica Médica

**SAME / HUERB
 CÓPIA
 CONFORME ORIGINAL**

CHECKLIST PASSAGEM DE PLANTÃO PROFISSIONAL TÉCNICO DE ENFERMAGEM		MATERIAL		PN
PD (CHEGANDO)	PN (CHEGANDO)	PD	PN	PN
Checklist Mesa de cabeceira				
CHECKLIST PASSAGEM DE PLANTÃO DATA: 06/10/2016 PN ENTRADA: _____ PD SAÍDA: _____				
PACIENTE FOI HIGIENIZADO NO PERÍODO				
01	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	AGUA DESTILADA	10
02	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	PACOTE DE GAZES	04
03	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	SERINGAS 3 ML	02
04	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	SERINGAS 5ML	02
05	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	SERINGAS 10ML	02
06	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	SERINGAS 20ML	04
07	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	TERMÔMETRO	01
08	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	ESTETOCÓPIO	01
09	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	SONDA DE ASPIRAÇÃO	04
10	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	CHUMBAÇO	02
11	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	ESPARADRAPO	01
12	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	MICROPORE	01
13	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	LUVAS PROCEDIMENTO (caixa)	01
14	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	LUVAS CIRÚRGICA	02
15	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	AGULHAS 13/4,5	04
16	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	AGULHAS 27/08	04
17	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	BOLAS DE ALGODÃO	03
18	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	ELETRODO	05
19	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()		
20	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()		
21	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()		
22	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()		

SAME / HULMB
 CÓPIA
 CONFORME ORIGINAL

TODAS AS INFUSÕES DA BIC ESTÃO DEVIDAMENTE IDENTIFICADAS
 EXISTEM MEDICAMENTOS PENDENTES DE ADMINISTRAÇÃO NO SUPORTE DE SORO
 MONITORIZAÇÃO ENCONTRA-SE ADEQUADA E TODOS OS PARÂMETROS FUNCIONANTES?
 A MESA DE CABECEIRA, ENCONTRA-SE DEVIDAMENTE ORGANIZADA COM OS SEUS RESPECTIVOS MATERIAIS REPOSTOS
 TODAS AS BIC'S FORAM ZERADAS
 MATERIAL DE HIGIENE PESSOAL ENCONTRA-SE DEVIDAMENTE ACONDICIONADO NA MESA DE CABECEIRA
 BOLSA VALVA MÁSCARA (AMBU) ENCONTRA-SE NA CABECEIRA DO LEITO CONECTADO E PROTEGIDO ADEQUADAMENTE
 FRASCO DE ASPIRAÇÃO DESPREZADO E LIMPO
 TODAS AS MEDICAÇÕES PRESCRITAS FORAM ADMINISTRADAS E CHECADAS
 EXISTEM SOBRES DE MEDICAMENTOS NA COMÉIA DO PACIENTE
 PONTUALIDADE NA CHEGADA (PD - 06:45hs às 07:15hs / PN - 18:45 às 19:15hs)



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: 06/10/2016 Leito: 10 SETOR : UTI Registro: 2391083 IDADE: 68 A
 Paciente: GASTÃO COELHO
 Diagnóstico: TCE
 ENTRADA: 03/10/2016 DI: 03 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		10 13 16 19 22 01 04	Fazer, orientar, auxiliar a mudança de decúbito conforme tolerância e protocolo de prevenção de Upp Orientar o paciente quanto à movimentação ativa no leito	DLE-DD- BLD-DD ORIENTAR
Realizar higiene íntima a cada troca de fralda (DIURESE ESPONTÂNEA)			Sentar na poltrona	
Realizar massagem de conforto e hidratação		09	Manter grades elevadas/CONTOR	ATENÇÃO
Realizar tricotomia facial S/N		ATENÇÃO	7-Eliminação	
2-Alimentação			Anotar número e aspecto das evacuações	ATENÇÃO
DIETA ZERO para:			Medir e anotar aspectos da urina	13 18 24 06
Auxiliar, estimular e anotar aceitação alimentar.		10 13 16 19 22 01 04	Registrar volume e aspecto do débito do DVE, dreno torácico	ATENÇÃO
Estimular ingestão líquida de _____ ml de 3/3 hs		ATENÇÃO	Proteger a pele do paciente quando em contato com secreção	ATENÇÃO
Lavar SNE/SOE/SNG ou GI antes e após dieta/medicação (10/20 ml de água filtrada em jato com seringa).		ATENÇÃO	Fixar SNE/SOE/SNG/SVD	ATENÇÃO
Manter cabeceira elevada 30°/45° ao administrar dieta por SNE/SOE/SNG			8- Controle de infecção	
3-Curativo			Trocar equipo de infusão intermitente a cada 24 h e infusão contínua em BIC a cada 48 h	
Realizar curativo em inserção da AVC ou AVP (datar e asstnar)			X	ATENÇÃO
Manter Curativo com placa de Colóide em região Sacra		ATENÇÃO	X	ATENÇÃO
Realizar curativo REGIÃO _____			X	ATENÇÃO
Realizar proteção de calção		M	x	ATENÇÃO
4-Observar, anotar e comunicar.			X	ATENÇÃO
X Nível de consciência		CONTÍNUO	Realizar limpeza concorrente no leito	ATENÇÃO
X Verificar SSVV e comunicar alterações		A CADA 2 H	9- Quedas	
X Sinais de hipotensão		COMUNICAR	Nivelar ponto zero da DVE no lóbulo da orelha	
X Fechar balanço hídrico		17 18 24 06	Mensurar PVC (C.P.M.)	
X Edema/hematomas/escrimose/tumor/câimbras/nish		COMUNICAR	Mensurar PIA (C.P.M.)	
X Náuseas/vômitos		COMUNICAR	Manter paciente com restrição a mobilização	
X Quedas algicas: local e intensidade		COMUNICAR	Manter paciente em DD a 0° (IRAM) SAVE / HUERS	
X Sinais de hiperemia em proeminências ósseas e partes moles		COMUNICAR	Mobilizar paciente em blocos	
X Aspectos dos curativos		ANOTAR		
5- Conforto respiratório			CÓPIA	
Observar e comunicar dispnéia clínica		COMUNICAR	CONFORME ORIGINAL	
Manter decúbito elevado 30° a 45°		MANTER		
Observar e anotar presença de tosse asp _____ e secreção de vias aéreas		COMUNICAR		
Aspirar vias aéreas TOITOT S/N		COMUNICAR		

PROCEDIMENTO	Nº DIAS	PROCEDIMENTO	Nº DIAS	PROCEDIMENTO	Nº DIAS	PROCEDIMENTO	Nº DIAS	PROCEDIMENTO	Nº DIAS	PROCEDIMENTO	Nº DIAS	PWC	VALOR	PIA	VALOR
VM	03	MC	03	NPT		MARCA PASSO		GLEDEL							
TOT	03	PICG		SINGINERDOE	03	DRENO DE TORAX		CATERECHIL							
TUBO T		AVP		GTT		DVE		UNI							
VENTURACATER		AVC		ILEOSTOMIA	03	SVD	03	DRENO TUBO LAMBLAR							
								DRENO DE RIER							

HORA	DV	DOSE	SED. CONTINUA	DOSE	HORA	DV	DOSE	SED. CONTINUA	DOSE	HORA	DIRETTO	CORRIGIDO-UI
7					19					0600	1-10	MSIDE
8					20							
9					21							
10					22							
11					23							
12					24							
13					01							
14					02							
15					03							
16					04							
17					05							
18					06							

SAME / HUERA
 CONFORME ORIGINAL

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	DIURNO	NOTURNO
<p> À 07:00h do dia 06.10.16, recebeu o paciente em monitorização, entubado, AVC por trombose embólica SNE SVD, à 08:00h foi realizada a troca no tubo e houve um detal ocular juntamente com admn deções, curativos e fendas. Foram administrados os medicamentos CPN, receberam dieta enteral a 100ml SNG, não vomitou no período. Às 15:00h paciente foi queixada de desconforto de enfermagem. Recibido paciente </p>	<p> À 19:00hs recebeu paciente em monitorização SNE + SVD, + AVC. Houve episódio no momento de receber dieta enteral, paciente recebeu 6:00 Hs paciente recebeu medicação do SNG com o medicamento metotico. </p>	

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 - Necrópsia
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: Gustavo 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: 478.325.842-20
7 - Profissão: Ruivo me 8 - Endereço: AV Nerval Corrado 9 - Número: 938 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Camã 12 - Cidade: Rio Branco 13 - Estado: AC 14 - CEP: 69905 718
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): (68) 99902-4691

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.

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

24 JUL 2019

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: irmão 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.

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

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: Janete Rodrigues dos Santos
CPF: 016.610.872-22
Janete Rodrigues dos Santos
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: Waki Pego Junior
CPF: 360.053.552-87
Waki Pego Junior
Assinatura da testemunha

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

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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 HUERB, 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)



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

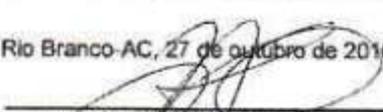
AO SEGUNDO: traumatismo cranioencefálico e edema cerebral.

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.

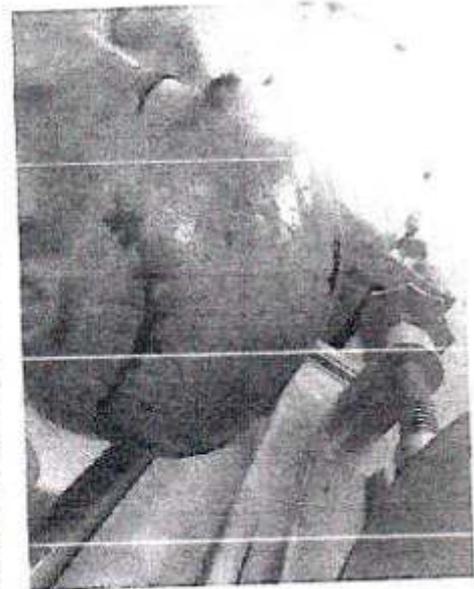
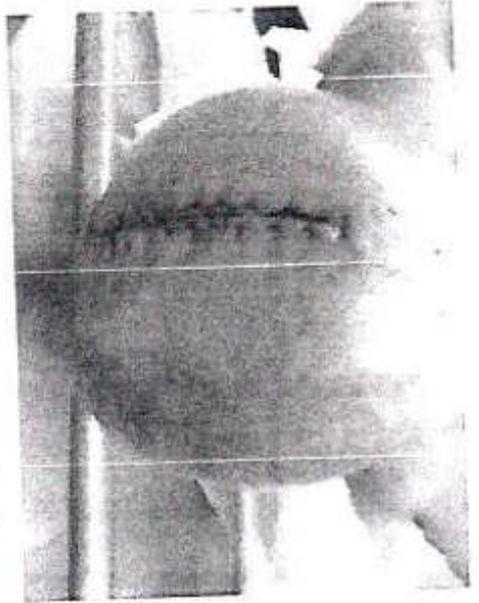
Rio Branco-AC, 27 de outubro de 2016.



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

Digitado e conferido por: Poliana.







VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 0266658 DATA DE EMISSÃO 15/09/1993

NOME GASTAO COELHO

JOVERCINA MARIA DE JESUS

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

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 1162 FLS. 154 LIV. A/

05 CART. VILA BOV. DE AGUIAR MG

DIR. *Hermes Jesus* Diretor de Identificação P01

N.º 7.116 DE 29/08/83

COMPREV

COMPREV PREVIDENCIA S/A

24 JUL 1979

PROTOCOLO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO ACRE

SECRETARIA DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RAMUNDO HERRMINDO DE MELO

ADMISSÃO DO TITULAR

NAO ALFABETIZADO

REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL






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.)

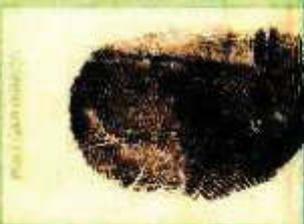
COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
24 JUL 2019
PROTOCOLO
MANTENA-MG

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	434343	DATA DE EXPEDIÇÃO	21/02/2002
NOME	MARIA COELHO JUBAN		
FILIAÇÃO	TEODORICO COELHO PINTO e JUVERCINA MARIA DE JESUS		
NATURALIDADE	MANTENA-MG	DATA DE NASIMENTO	04/01/1937
CCO ORDEM	CENT. CASAM 1556 LIV. DE REG. 109 CART. MANTENA-MG		
476375841-20	<i>Cláudio Soares de Matta</i>		P. 1
LEI Nº 7.116 DE 2003			

CARTeira DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR
Maria Coelho Juban



ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RAMUNDO HERMINO DE MELO

REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL

COMPREV
COMPREV EVIDÊNCIA S/A
24 JUL 2010
PROCCOLO
AO RIO GRANDE

 **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

SEXO Masculino	COR Parda	ESTADO CIVIL E IDADE Solteiro, 68 anos
NATURALIDADE MANTENA - MG	DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO CPF 56383967215	ELEITOR 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 07	MÊS 10	ANO 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

Selo: AE110963-38
 Consulta: F8E0-30D9-459E-9F39
 Data geração do Selo: 14/10/2016 15:41:00

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

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

ARPENBRASIL AA 004252500 BRP



DETALHAMENTO DA MATRÍCULA
 Matrícula 0018830193 1987 1 0003 050 0000533 31
 Padrão aaaaaabbc cddde fff ggg hhhhhh ii
DETALHAMENTO
 aaaaa (00188-3) Código Nacional da Serventia
 (identificação única do cartório)
 bb (01) Sigla do Arquivo, sendo:
 01 - Arquivo Principal

cc (53) Tipo de Serviço Prestado, sendo:
 55 - Serviço de Registro Civil das Pessoas Naturais
 ddad (1987) Ano do Registro
 e (1) Tipo de livro, sendo:
 1 - Livro A (Nascimento)
 2 - Livro B (Casamento)
 3 - Livro C (Óbito)
 4 - Livro C (Óbito)
 5 - Livro D (Registro de Mortuários)
 6 - Livro E (Registro de Partos)
 7 - Livro F (Declaração de Nulidade de Matrimônio)

fff (4403) Número do livro
 ggg (650) Número da folha
 hhhhhh (0000533) Número do Termo
 ii (01) 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.eletobrasacre.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

3206580

Mês Faturado - FD

05/2019 - 0

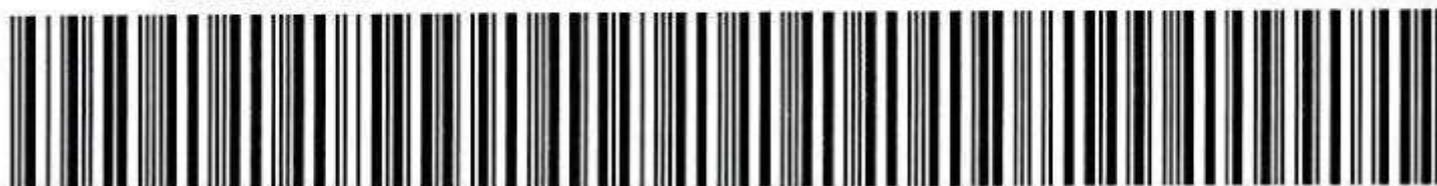
Vencimento

07/06/2019

Valor a Pagar

R\$ 439,19

8365000004.4 39190045000.1 0000000320.2 65800519005.8



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

COMPANHIA PREVIDÊNCIA S/A

24 JUL 1919

PROTÓCOLO

REGISTRO CIVIL



27567148/0007697
VL. GOV. FERNANDES CASTORNO DO
R. S. LACERDA NIL
CER 20000
BARRA DE SÃO FRANCISCO - ES

Estado/Território de Espírito Santo
Comarca de Barra de São Francisco
Município de Barra de São Francisco
Distrito de Vila Covilacerda de Aguiar

ANTONIO FELISBINO TEIXEIRA
Tabelleiro e Oficial de Registro Civil
de Barra de São Francisco - ES
Município e Comarca de Barra de São Francisco
ESTADO DO ESP. S/A 10

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"
nascid o aos quaterze(14) de Agosto de mil novecentos e quarenta e site (1.948) às 20.00 horas e minutos em Corrego São José, Município de Mantena - Estado de Minas Gerais.
do sexo Masculino - cor branca
filh o de natural e de Dona Jevercina Maria de Jesus.
natural Minas Gerais.

São avós paternos e Dona e avós maternos Antonia 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

Odin J. ...
OFICIAL - Substituto

AUTENTICAÇÃO - Confira com o Documento Original Apresentado. Dou Fé
Embr. R\$ 2,50, F. Comp. R\$ 1,15, F. Péc. R\$ 0,30, Total R\$ 3,95
Rio Branco - AC, 07 de novembro de 2016.
Em: Teste da Verdade
Daniele Aparecida Prado - Escritório Autorizado
Seli: AE140654-46 Cód. Validação: EMA3-DEDB-6B3E-ABCE
Computo a autenticidade do selo em: www.selos.ac.com.br