

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO GERAL DE PERÍCIA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

BERNARDO H BARBOSA

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CORTILAR

PROIBIDO PLASTIFICAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
E ARTERIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: FABIANA MARIA DE MELO

CPF: 080.515.649-60

DATA NASCIMENTO: 06/07/1992

FILIAÇÃO: EDMILSON ACELON DE MELO

LINDAURA MARIA DE MELO

PERMISSÃO: ACC

CAT-HAB: AB

VALIDADE: 22/06/2026

Nº REGISTRO: 06660406221

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2243072179

PROIBIDO PLASTIFICAR

2243072179

ASSINATURA DO PORTADOR: *Fabiana m Melo*

LOCAL: PALHOÇA, SC

DATA DE EMISSÃO: 23/06/2021

56017648970

SC166147954

SANTA CATARINA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 8.263.694

DATA DE EXPEDIÇÃO: 12/DEZ/2018

NOME: BERNARDO HANDY BARBOSA

FILIAÇÃO: ALISSON HANDY GOMES BARBOSA
FABIANA MARIA DE MELO

NATURALIDADE: FLORIANÓPOLIS SC

DATA DE NASCIMENTO: 24/05/2013

DOC. ORIGEM: CERT. NASC. 127073 LV A-325 FL 297
CART. 1º SUBDISTRITO-FLORIANÓPOLIS SC

CPF: 11618

FERNANDO LUIZ DE SOUZA
Perito Criminal
Diretor do Instituto de Identificação - IGP/SC

PALHOÇA - SC

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

CORTILAR

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Bernardo Handy Barbosa
Nº da Carteira: 7.205.616
Instituição: Colégio Adventista Palhoça



Data de Nascimento: 24/05/2013

Nº da Guia: 11342

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
17/05/2023	14:52:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Rosto

Descrição

Durante a aula de educação física aluno tropeçou e caiu com o rosto no chão, machucando o lado direito próximo a fonte

Testemunha da ocorrência	Telefone
Bianca Bendik Rodrigues	48998557433

Quem prestou primeiros socorros	Data
Bianca Bendik Rodrigues	17/05/2023

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
HUGF - HOSPITAL UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS	Rua Manoel Loureiro	1910	Barreiros	(48) 3288-4100

Observações

foi aplicado gelo no local e entrado em contato com os pais.

Ass.:

Bianca Bendik Rodrigues

Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: <https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br (não credenciados) com os seguintes dados:

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0003-31
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / portoalegre.clinicaadventista.org.br



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2 - Nº Guia no Prestador 20887088

1 - Registro ANS		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data da Autorização		5 - Senha	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira	
10 - Nome		11 - Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RN			
Dados do Beneficiário			
13 - Código na Operadora		14 - Nome do Contratado	
15 - Nome do Profissional Solicitante		16 - Conselho Profissional	
17 - Número no Conselho		18 - UF	
19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento		22 - Data da Solicitação	
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	
26 - Descrição		27 - Qtde. Solic.	
28 - Qtde. Aut.			
29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado	
31 - Código CNES			
Dados do Atendimento			
32 - Tipo de Atendimento		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	
34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data		37 - Hora Inicial	
38 - Hora Final		39 - Tabela	
40 - Código do Procedimento		41 - Descrição	
42 - Qtde.		43 - Via	
44 - Tec.		45 - Fator Red./Acrec.	
46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Seq. Ref		49 - Grau Part.	
50 - Código na Operadora/CPF		51 - Nome do Profissional	
52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho	
54 - UF		55 - Código CBO	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série			
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$)		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	
61 - Total de Materiais (R\$)		62 - Total de OPME (R\$)	
63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	
65 - Total Geral (R\$)			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
68 - Assinatura do Contratado			



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2- Nº Guia no Prestador 20887087

1 - Registro ANS		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data da Autorização		5 - Senha	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira	
10 - Nome		11 - Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RN			
13 - Código na Operadora		14 - Nome do Contratado	
15 - Nome do Profissional Solicitante		16 - Conselho Profissional	
17 - Número no Conselho		18 - UF	
19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento		22 - Data da Solicitação	
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	
26 - Descrição		27 - Qtde. Solic.	
28 - Qtde. Aut.			
29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado	
31 - Código CNES			
32 - Tipo de Atendimento		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	
34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data		37 - Hora Inicial	
38 - Hora Final		39 - Tabela	
40 - Código do Procedimento		41 - Descrição	
42 - Qtde.		43 - Via	
44 - Tec.		45 - Fator Red./Acresc.	
46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)	
48 - Seq. Ref.		49 - Grau Part.	
50 - Código na Operadora/CPF		51 - Nome do Profissional	
52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho	
54 - UF		55 - Código CBO	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$)		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	
61 - Total de Materiais (R\$)		62 - Total de OPME (R\$)	
63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	
65 - Total Geral (R\$)			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
68 - Assinatura do Contratado			

P: 23,95 FC: 99

T: 35,7 SPO2: 100

Anamnese: Queda, trauma região D, n.º. 1.
Apresenta hematoma, edema.
Refere dor no membro

M97

Form-ATE-02
Rev.00
Emissão: 07/11/2018

PRONTO ATENDIMENTO



Data: 17/05/23 Hora: 19:00 Registro: 2851333

AUTORIZAÇÃO: _____

Nome: Bernardo Flondy Barbosa IDENTIFICAÇÃO Idade: 9a Sexo: M
 Nome da Mãe: Fabiana Maria de Melo CPF: 108 579 579 96
 Profissão: _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Estado Civil: _____
 Endereço: _____ Nº: _____
 Complemento: _____ Bairro: _____ CEP: _____
 Cidade: _____ UF: _____ Telefone: (48) 98930 7588
 Código do Beneficiário: _____ Unimed de Origem: _____
 RG: _____ CPF: _____ Plano: _____ Val. Carteira: _____
 Titular: _____
 Empresa: _____
 Responsável: CPF Mãe: 08051564960 Telefone: _____

FICHA DE ATENDIMENTO

Hora: _____ PA: _____ P: _____ T: _____ R: _____ Peso: 23 Altura: _____

Motivo: _____

Descrição do Caso: Relato de queda 14:58h, Nega desmaios ou vômito.
Refere epifora. Refere visão turva momentâneaExame Clínico: EGB, aag, eupneia corado, hidratado, ativo.
Glasgow 15 ACP: ep ABB. RHA, ausência de UMG.
Ext: hematoma leve em hemiface D.
otuscopia e otoscopia normaisDiagnóstico: TCE

CID: _____

Conduta: Orientações + Sintomáticas

Fabiana Maria de Holanda
 Primeira
 Hemato
 CRM/SC 21804 RQE 17-15-RQE 20099

CONFERÊNCIA

Data: 18/05/23 Bruno

ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Médico

Anotação da Enfermagem: _____

Data: ____/____/____

AUTORIZAÇÃO

Nome _____

Assinatura e Carimbo Enfermagem

Encaminhamento:

Hora: _____

☐ Alta☐ Observação☐ Repouso

Para os casos de alta:

☐ Medicina Preventiva☐ Agendamento☐ Unimed Lar☐ Transferência

O abaixo assinado, _____, responsável pelo paciente acima identificado, autoriza os médicos a assistirem e tratarem de sua enfermidade, estando ciente que todas as despesas médicas e hospitalares solicitadas pelo profissional médico, em caráter de urgência ou emergência, não custeadas pelo plano assistencial médico-hospitalar, serão de minha inteira responsabilidade, em solidariedade com o paciente.

DATA: ____/____/____
 ENFERMAGEM

ANS - N° 36044-9

DATA: ____/____/____ UGF - Serviços Próprios
 AUTORIZAÇÃO
 Nome _____

Assinatura do Paciente ou Responsável

Fabiana Maria de Melo
 Assinatura do Paciente ou Responsável