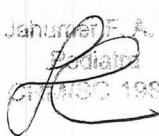
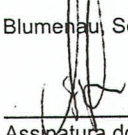


PAGO

CIA

Cadastro do Paciente		GIH	Atendimento	Prontuário	
Unimed Blumenau Unidade Vila Nova		1638181	171269		
Paciente	MATEUS FRAGA SIMAO				
Nm Social					
Data Nasc.	15/12/2010	Religião	Evangélica		
Idade	10a 5m 9d	Fone Residencial	997956827 -		
Sexo	Masculino	Fone Comercial	-		
Estado Civil	Solteiro(a)	Fone Contato	991769889		
Naturalidade	BLUMENAU	Endereço	KAMESUKE YONAMINE		
Grau	Primário	Bairro	PASSO MANSO		
Profissão	Estudante	Cidade	BLUMENAU - SC		
Loc.		CEP	89032661		
Sintomas					
Mãe	SUELEN FRAGA SIMAO	Profissão	Local de	Telefone	
Pai	THIAGO SIMAO				
Cônjuge					
Convênio	Particular	CPF	..-		
Categoria	1 - Particular	Identidade			
Acomodação	Setores sem	Empresa			
Matricula		Cartão do SUS			
Val. Carteira		Int.			
Observação					
Data Entrada	24/05/2021 16:18:28	Setor	PA - Pediatria - HUVN		
Acomodação	Setores sem Acomodação	Quarto/Leito	1		
Observação		Médico Resp	99999999 MEDICO PLANTONISTA		
Responsável	SUELEN FRAGA SIMAO				
Endereço	KAMESUKE YONAMINE,9,PASSO MANSO,LOTE				
Telefone	984850777	Empresa			
Identidade	47288701	CPF	05058557983		
Observações		Parentesco			
CID/Diag. Prov.					
CID/Diag. Def.					
Data Alta					
Motivo Alta	☐ Alta Melhorada ☐ Alta Pedido ☐ Desistência ☐ Evasão ☐ Internou ☐ Óbito ☐ Óbito (IML) ☐ Transferência				
		 Dra. Jahurmer F. A. Santos 21/05/2021 19:39 Assinatura Médico			
Eu, SUELEN FRAGA SIMAO RG/CPF 47288701 / 05058557983 autorizo a realização de tratamento clínico em nível ambulatorial e/ou internação (se necessário), aplicação de medicamentos e exames auxiliares para diagnóstico médico. Estou ciente que devo fornecer todas as informações relativas ao meu estado de saúde e ainda que após a consulta com o médico plantonista, poderei ser encaminhado a médicos especialistas para investigação e tratamento específico. Também estou ciente que fui informado(a) que posso ser transferido(a) para outra instituição hospitalar para internação ou exames auxiliares que o PA não dispõe, o transporte será realizado pelo SOS Unimed. Declaro que as informações impressas acima estão corretas. Blumenau, Segunda-feira, 24 de maio de 2021  Assinatura do Paciente/Responsável					

2ª VIA

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES

Pelo presente instrumento particular, **MATEUS FRAGA SIMAO**, Brasileiro (a), Solteiro(a), Estudante, inscrito no CPF sob nº ..- e no RG sob nº , residente e domiciliado na KAMESUKE YONAMINE, nº 184 Bairro PASSO MANSO, na cidade de BLUMENAU, SC, na qualidade de atendimento particular, doravante denominado **PACIENTE** e/ou Responsável Sr(a). **SUELEN FRAGA SIMAO**, inscrito no CPF sob nº 050.585.579-83 e no RG sob nº 47288701, residente e domiciliado na KAMESUKE YONAMINE, nº 9, bairro PASSO MANSO, na cidade de BLUMENAU/SC, e, de outro lado **UNIMED BLUMENAU - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO - UNIDADE VILA NOVA**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob nº 82.624.776/0006-51 e na ANS sob o nº 33456-1; estabelecida na Rua Almirante Barroso, nº 1159, bairro Vila Nova, na cidade de Blumenau/SC, e neste ato por seus representantes legais, doravante denominado **UNIDADE HOSPITALAR**, tem justo e acordado a celebração do presente **CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES**, que se regerá pelas seguintes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

Constitui objeto deste contrato a prestação de serviços Médicos Hospitalares, por parte da **UNIDADE HOSPITALAR**, consistente em fornecer hospedagem e de prestar serviços paramédicos, necessários ao adequado atendimento junto ao Pronto Atendimento (PA), bem como no caso de internação hospitalar, em acomodação conforme a escolha do **PACIENTE** e/ou seu **Responsável**, incluída realização de exames complementares de diagnóstico e terapêutica procedimentos cirúrgicos em geral, além de serviços de Oncologia, Fisioterapia e demais serviços ambulatoriais necessários à busca da recuperação da saúde do **PACIENTE**.

Parágrafo Único: Além dos serviços acima mencionados, poderão ser requisitados serviços a serem prestados por empresas terceirizadas e credenciadas à **UNIDADE HOSPITALAR**, bem como a remoção para outras **UNIDADES HOSPITALARES**, de acordo com a prescrição do médico assistente.

CLÁUSULA SEGUNDA - DO PREÇO

Os preços praticados pela **UNIDADE HOSPITALAR**, como contrapartida pelos serviços prestados, estão discriminados em tabelas próprias, reajustáveis de acordo com a variação dos custos dos quais o **PACIENTE** e/ou **Responsável**, desde já manifestam seu conhecimento e concordância em relação aos valores nelas constantes, cientes de que o preço dos medicamentos, materiais hospitalares e demais insumos estão indexados em tabelas de referência nacional, denominadas Brasíndice e Simpro.

Parágrafo Primeiro: Os serviços terceirizados não estão inclusos na conta médica firmada no presente instrumento e, serão cobrados à parte pelo prestador.

Parágrafo Segundo: Fica o **PACIENTE** e/ou **Responsável** ciente que o valor da consulta será de R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais), sendo que todos os demais serviços médicos/hospitalares serão cobrados a parte, a exemplo de procedimentos complementares, materiais, medicamentos, entre outros.

CLÁUSULA TERCEIRA - DA LIQUIDAÇÃO DA CONTA HOSPITALAR - ATENDIMENTO PARTICULAR

O **PACIENTE** em atendimento particular e/ou **Responsável** assume a responsabilidade pelo ressarcimento de toda e qualquer despesa Médica e Hospitalar que venha a ser realizada, levando-se em consideração que o atendimento inicia com a admissão do paciente e encerra-se na data e horário da alta hospitalar.

Parágrafo Primeiro: O **PACIENTE** e/ou **Responsável** deverá efetuar depósito inicial e/ou total, por ocasião da internação para cobertura das despesas iniciais com os serviços que serão prestados, de acordo com o(s) valor(es) estipulado(s) pela **UNIDADE HOSPITALAR** ou conforme orçamento prévio estimado em caso de internação cirúrgica eletiva, cliente de que, sempre que o valor da conta hospitalar ultrapassar o valor do depósito, o pagamento complementar será realizado no momento da alta hospitalar ou após o fechamento da conta, sendo quitado através de boleto bancário ou pagamento direto na unidade hospitalar, independentemente dos pagamentos prévios repassados, a **UNIDADE HOSPITALAR** poderá solicitar pagamentos complementares mediante a apresentação e ciência dos valores ao **PACIENTE** e/ou **Responsável**.

Parágrafo Segundo: A **UNIDADE HOSPITALAR**, nos casos de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o **PACIENTE**, caracterizada em declaração do médico assistente, e de urgência, assim entendidos os resultados de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, após o devido atendimento, exigirá o depósito inicial previsto no "caput", bem como eventuais pagamentos complementares, o que poderá ser feito em espécie, cheque ou cartão, resgatáveis após a alta do paciente, desde que regularmente liquidada a conta hospitalar.

Parágrafo Terceiro: Os valores não liquidados, por ocasião da alta hospitalar, decorrentes do presente contrato, serão acrescidos de juros legais, atualização monetária e multa de 2 (dois por cento) sobre o montante devido, ficando cliente de que decorridos 30 (trinta) dias do vencimento, poderá ocorrer a inclusão do nome do **PACIENTE** e/ou **Responsável** junto aos serviços de proteção ao crédito, caso sejam notificados neste sentido e deixem de quitar o débito pendente.

CLAUSULA QUARTA - DO PACIENTE DO CONVENIO

O **PACIENTE** e/ou **Responsável** declara ter conhecimento da cobertura pelo seu plano de assistência à saúde; caso o seu plano não de cobertura ao atendimento e/ou procedimento, o **PACIENTE** e/ou **Responsável** pagará por todas as despesas na condição de atendimento particular, devendo efetuar o pagamento das despesas não autorizadas pelo convênio.

Parágrafo Primeiro: O **PACIENTE** e/ou **Responsável** usuário de plano de assistência à saúde, se compromete em providenciar, no prazo máximo de 02 (dois) dias úteis, a documentação necessária para que a internação seja autorizada pela operadora de plano de assistência à saúde, sob pena de assumir a responsabilidade por todas as despesas hospitalares relativas ao tratamento, inclusive os honorários médicos, sendo a internação considerada como de caráter particular.

I - No caso de utilização voluntária de aposentos especiais superiores ao de direito estipulado no contrato firmado com o convênio o **PACIENTE** e/ou **Responsável** se compromete a pagar antecipadamente a diferença da diária estipulada na tabela da **UNIDADE HOSPITALAR**, bem como a diferença de honorários médicos conforme estipulado pelo profissional médico, cuja cobrança, pela **UNIDADE HOSPITALAR**, se dá por mera questão operacional.

II - O **PACIENTE** e/ou **Responsável** deverá efetuar o pagamento das despesas não autorizadas pelo seu convênio no momento em que for notificado da negativa de cobertura, tais como as diárias não prorrogadas, bem como os medicamentos, procedimentos, órteses, próteses e materiais especiais não cobertos, além dos honorários médicos, despesas de frigor, materiais de higiene, serviços de nutrição e demais despesas extraordinárias.

CLAUSULA QUINTA - DOS DANOS CAUSADOS

O **PACIENTE** e/ou **Responsável** serão responsabilizados por todo e qualquer dano causado em móveis, bens, equipamentos ou utensílios de propriedade da **UNIDADE HOSPITALAR**, causado pelo próprio **PACIENTE** ou por terceiros que o acompanharem durante a internação ou nos horários de visitas, arcando com as despesas de reposição ou conserto, mediante a exibição de notas fiscais ou orçamentos idôneos, cujos valores serão incluídos na conta hospitalar.

CLAUSULA SEXTA - DA TRANSFERÊNCIA DO PACIENTE

A transferência do **PACIENTE** PARA OUTRA INSTITUIÇÃO hospitalar para fins de internação, desde que o seu quadro clínico assim o permita e não houver qualquer restrição de ordem médica, será de inteira responsabilidade do **PACIENTE** e/ou **Responsável**, incluída a obtenção de vaga em outra instituição hospitalar, o pagamento dos custos com transportes e acompanhamento de profissional assistente quando for necessário.

CLAUSULA SETIMA - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

As partes declaram estar cientes e de acordo com todas as cláusulas do presente instrumento particular de prestação de serviços médicos hospitalares, sendo de inteira responsabilidade da **UNIDADE HOSPITALAR** a prestação dos serviços hospitalares, consistentes em fornecer hospedagem e de prestar serviços paramédicos, excluída, portanto, a responsabilidade por eventuais danos decorrentes de atos exclusivamente médicos relativos a diagnósticos, prescrições e procedimentos cirúrgicos, sendo, por outro lado, de inteira responsabilidade do **PACIENTE** e/ou **Responsável** o integral pagamento das despesas decorrentes do atendimento hospitalar prestado durante o período de internação.

Parágrafo Único: A UNIDADE HOSPITALAR não se responsabiliza por qualquer importância em dinheiro, joias ou objetos de valor deixados nos aposentos por **PACIENTE** e/ou **Responsável**.

CLÁUSULA OITAVA - DO TRATAMENTO

Fica autorizado ao corpo clínico da **UNIDADE HOSPITALAR**, bem como sua equipe médica e médicos responsáveis praticar qualquer procedimento, diagnóstico ou terapêutico, médico ou cirúrgico, anestesia, transfusão de sangue e exames complementares que forem julgados necessários ao tratamento do **PACIENTE**.

Parágrafo Único: Todos os procedimentos a serem realizados serão devidamente informados ao **PACIENTE** e/ou **Responsável**, desde que haja necessidade, a **UNIDADE HOSPITALAR** emitirá o Temo de Consentimento informado adequado a situação que deverá ser assinado pelo **PACIENTE** e/ou **Responsável**.

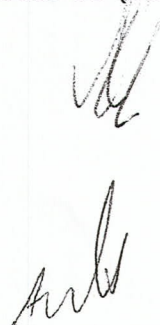
CLÁUSULA NONA - DO FORO

As partes elegem o foro da comarca de Blumenau (SC), a fim de dirimir as dúvidas oriundas do presente Contrato, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por assim estarem certos e ajustados, firmam o presente Contrato em duas 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença de duas testemunhas.

2ª VIA

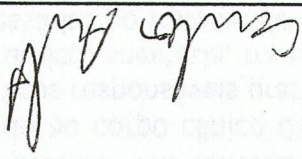
Blumenau, 24 de maio de 2021



2ª VIA

UNIMED BLUMENAU
Carlos Arthur A. Costa
CPF: 003.974.082-00

Nome:
CPF:



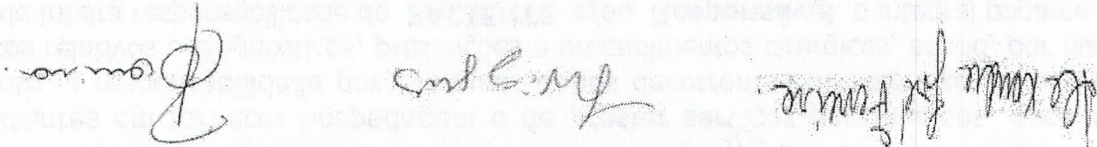
Nome: LISIARA CABREIRA RODRIGUES
CPF: 002.832.730-62



Testemunhas

UNIDADE HOSPITALAR

UNIMED BLUMENAU - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO - UNIDADE VILA NOVA



Nome: SUELEN FRAGA SIMAO
CPF: 050.585.579-83

RESPONSÁVEL



Resumo do Pronto Atendimento

Paciente	MATEUS FRAGA SIMAO	Atendimento	1.638.181
Nome Social		Prontuário	171.269
Data Nasc.	15/12/2010 10 Anos	Dt. Entrada	24/05/2021 16:18:05
Sexo	Masculino	Convênio	Particular 1 - Particular
Telefone	991769889	Leito	1
Setor	PA - Pediatria - HUVN		

Evolução	Profissional	Cod Prof	Tipo Evolução
24/05/2021 16:33:42	CAMILA ALECSANDRA	COREN 573449	Classificação de Risco Manchester

Queixas do paciente: Trauma em pulso direito hoje

Fluxograma escolhido: Problemas em extremidades

Discriminador: Deformidade grosseira

Prioridade Clínica: Urgente

Início da classificação: 24/05/2021 16:32:02

Fim da Classificação: 24/05/2021 16:33:42

Dados vitais Frequência cardíaca: 87 (bpm) Dor: 4 (0)

Observações: Desconhece alergia medicamentosa

Classificador: CAMILA ALECSANDRA GIACOMOZZI - COREN 573449

24/05/2021 17:21:56	SUANY CIPRIANO	COREN 1326555	Anotação de enfermagem
---------------------	----------------	---------------	------------------------

Avaliação: HUVN - Anotação de Enfermagem Técnico(a)

Medicação Via Oral

Realizado Medicação Via Oral : Sim

Qual : Ibuprofeno 100mg

Dosagem : 40 gotas

Assinatura Enfermeiro

Assinatura Enfermeiro

Evolução	Profissional	Cod Prof
24/05/2021 16:55:01	JAHUMER FRANTCHESCA	CRM 19839

MATEUS FRAGA SIMAO, 10a 5m
Peso: 40 Kg

Mãe: SUELEN FRAGA SIMAO
Procedência: BLUMENAU

HDA: Acompanhado pela mãe. Refere queda do escorregador há 30 minutos com trauma em antebraço direito. Dor importante, edema.

Alergias: nega
Comorbidades: nega



UNIMED Blumenau - Cooperativa de Trabalho Médico

Resumo do Pronto Atendimento

Paciente	MATEUS FRAGA SIMAO
Nome Social	
Data Nasc.	15/12/2010
Sexo	Masculino
Telefone	991769889
Sector	PA - Pediatría - HUVN
Atendimento	1.638,181
Prontuário	171.269
Dt. Entrada	24/05/2021 16:18:05
Convênio	Particular 1 - Particular
Leito	1

Pediatra: não acompanha

Exame físico:

BEG, ativo, reativo, corado, hidratado, eupneico, afebril
Aumento de volume e deformidade da região distal do antebraço direito
HD: Fratura de antebraço?

CD: Solicito Rx. Ibuprofeno VO agora. Reavaliar na sequência.

24/05/2021 17:58:58

JAHUMER FRANTCHESCA

CRM 19839

Rx de antebraço direito (sem laudo): fratura da extremidade distal do rádio e ulna com desvio
CD: Imobilização não gessada
Encaminhado para IOT após contato com Dr Aldo

Assinatura Médico

Assinatura Médico

Diagnóstico

Profissional

Tipo Diagnóstico

Principal

SS2 FRATURA DO ANTEBRACO

JAHUMER FRANTCHESCA

Preliminar

Prescrições Data Prescrição

Médico

2093531 24/05/2021 16:58:00 Dra. JAHUMER FRANTCHESCA ANTAL SANTOS JASPER (CRM 19839)

Medicamentos

1 Ibuprofeno 100mg/ml gotas frasco com 20ml
Dose Intervalo Via Horário Adm.
4 gts Agora VO 47:46

2093569 24/05/2021 17:52:00 Dra. JAHUMER FRANTCHESCA ANTAL SANTOS JASPER (CRM 19839)

PA

PA

FC(bpm) FR(mmm) Temp(°C) Peso(kg) Saturação

Dor

Cilicemia

Desfecho

Tipo

Especialidade

Motivo Alta

Orientação

Alta Melhorada

Paciente **MATEUS FRAGA SIMAO**
Nome Social
Data Nascto. 15/12/2010 10 Anos
Sexo Masculino
Telefone 997956827
Leito 1

Atendimento 1.638.181
Prontuário 171.269
Dt. Entrada 24/05/2021 16:18:05
Convênio Particular 1 - Particular

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
24/05/2021 18:28	26/05 14:48	Anotação de	Anotação de		SUANY CIPRIANO	COREN 1326555

Realizado imobilização não gessada em membro superior direito.

Tec. de enfermagem
Suany Cipriano
COREN/SC 1326555

Suany Cipriano
Téc. Enfermagem
COREN/SC 1326555

SUANY CIPRIANO
COREN: 1326555

2ª VIA



UNIMED BLUMENAU - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

Prescrição Eletrônica Paciente



1638181

Paciente **MATEUS FRAGA SIMAO**

Data Nascto 15/12/2010 10a 5m 9d

Data Entrada 24/05/2021 16:18:05

Médico Resp **Dra. JAHUMER FRANTCHESCA ANTAL SANTOS JASPER**

Alergias

Atendimento 1.638.181

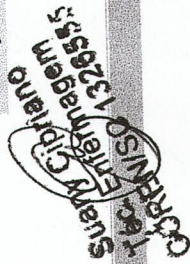
Convênio Particular / 1 - Particular

Sexo Masculino

Prontuário 171.269

Período 24/05/2021 16:56:23 / 25/05/2021 16:56:22

Prescrição 2093531



Período de vigência

16:58 25/05/2021 16:56:59

Medicamento

1 Ibuprofeno 100mg/ml gotas frasco com 20ml 40 Gotas Via Via Oral Intervalo: 1 x/dia (dose única agora) Início imediato tempo 00:00 (h/min),

Procedimentos

RX Antebraço

Complemento

Direto

Horários

16:57

Protocolo

Intervalo

Agora

Especialidade

Radiografia

[Handwritten signature]

2ª VIA

[Handwritten signature]
Dra. Jahumer A. Santos
Ped. 132655-5
C.R.M. 132655-5

Impresso em 24/05/2021 16:57:37

Página 1 JAHUMER.SANTO / JAHUMER.SANTOS

PA - Pediatria - HUVN 1

JAHUMER FRANTCHESCA ANTAL SANTOS

Assinatura digital:



UNIMED BLUMENAU - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO
Prescrição Eletrônica Paciente



1638181

Paciente MATEUS FRAGA SIMAO

Data Nascto 15/12/2010 10a 5m 9d

Data Entrada 24/05/2021 16:18:05

Médico Resp Dra. JAHUMER FRANTCHESCA ANTAL SANTOS JASPER

Alergias

1.638.181

Particular / 1 - Particular

Masculino

Prontuário 171.269

Período

24/05/2021 17:50:35 / 25/05/2021 17:50:34

Prescrição 2093569,

Procedimentos

Imobilização Não Gessada

Intervalo

Agora

Protocolo

Horários

17:51

Complemento

Direito

Especialidade

Ortopedia

Suary Cipriano
Téc. Enfermagem
COREN/SC 132655

2ª VIA

Dra. Jahumer F. P. Santos
Pediatria
CRM 10039

Impresso em 24/05/2021 17:51:07

Página 1 ALINE BORTOLI / JAHUMER SANTOS

PA - Pediatria - HUVN 1

JAHUMER FRANTCHESCA ANTAL SANTOS

Assinatura digital:

