



Paciente	HERIKA CANTOS MARIA	Atendimento	2.954.040
Data Nascto.	18/10/2006      16 Anos	Carteirinha:	7586539
Sexo	Feminino	Convênio	Instituto Adventista
Endereço	Rodovia BR-101 , 4161 ap 15	Cat. / Plano	Instituto Adventista - Único
Município	Sao Jose	Prontuário	99822402
Telefone	991040817	Data	14/09/2023 11:02:13
		Tipo Acomod	Setor sem acomodação

## Termo de Responsabilidade

O abaixo assinado HEMERSON JOSE MARIA, responsável pelo paciente HERIKA CANTOS MARIA, dará a plena autorização aos médicos da COOP HOSPITAL - FILIAL BARREIROS da Unimed Grande Florianópolis, conforme disposto no artigo 39,IV, da Lei 8.087/90 (Código de Defesa do Consumidor), para assistirem e tratarem de sua enfermidade realizando todos os procedimentos e investigações necessárias, para preservação da saúde e da vida do paciente. Os médicos do PRONTO ATENDIMENTO, atendendo ao disposto no artigo 34 do Código de Ética Médica e artigo 9º da Lei 9.078/90, explicarão claramente a proposta do procedimento médico ou cirúrgico, seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas aos procedimentos proporcionando livre questionamento e respondendo inteira e satisfatoriamente as perguntas. Outrossim, em caso iminente de perigo de vida, de acordo com artigo 22 Código de Ética Médica, serão efetuados todos e quaisquer procedimento médicos sem esclarecimento prévios. O prontuário médico deve permanecer sob guarda dos médicos desta UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO. Solicitando que seja devolvido.

Tratando-se de menor paciente, conforme o artigo 12 da Lei nº 8.069/90 (Estatuto da criança e do adolescente), é obrigatória a permanência de um dos pais ou responsável legal durante toda a estadia de criança e/ou adolescente na instituição. Declara ser responsável solidário (art. 264 e ss do Código Civil) pelo pagamento das despesas que, desde já, declara estar ciente, e que as mesmas serão cobradas conforme cobertura contratual. Sendo os atendimentos **particulares, não cobertos, não autorizados e não quitados na totalidade pelo paciente e/ou responsável à cobrança será realizada conforme estabelecida no presente termo.** Assim, caso não seja efetuado o pagamento no final do atendimento ou em caso de negativo, autoriza o responsável, desde já, a emissão de boleto bancário de cobrança, o qual devera ser pago em 30 (trinta) dias. **No caso de inadimplência, respeitado o prazo, o nome do responsável será inscrito nos serviços de proteção ao crédito.** Ressalta que é de responsabilidade do paciente e/ou responsável legal a veracidade dos dados informados no atendimento, bem como a atualização, para envio/realização das cobranças. **Informa que consultas realizadas na Unidade de Pronto Atendimento, particular ou convênio não tem direito a retorno.**

**Em razão da situação de calamidade pública desencadeada pela pandemia de SARS-CoV-2 (Covid-19), e diante da possibilidade do surgimento de situações de esgotamento de recursos para assistir os pacientes, que, neste momento pandêmico, necessitem de cuidados de UTI, ESTOU CIENTE que o hospital poderá fazer uso dos critérios estabelecidos no protocolo de triagem<sup>1</sup> de forma a identificar quais pacientes terão prioridade na alocação de recursos, independente da doença apresentada (pandêmica ou não pandêmica).**

São José, 1

HERIKA CANTOS MARIA  
Assinatura Paciente

*Hemerson Jose Maria*  
HEMERSON JOSE MARIA  
Assinatura Responsável

Requisitante Nao Cadastrado/nao Cooperado - CRM 2526  
Assinatura Médico

1 Modelo de Triagem recomendado pela AMIB (Associação de Medicina Intensiva Brasileira), ABRAMEDE (Associação Brasileira de Medicina de Emergência, SBBG (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia) e ANCP (Academia Nacional de Cuidados Paliativos) de alocação de recursos em esgotamento durante a pandemia por COVID-19, disponível em [https://www.amib.org.br/fileadmin/user\\_upload/amib/2020/abril/24/Protocolo\\_AMIB\\_de\\_alocacao\\_de\\_recursos\\_em\\_esgotamento\\_durante\\_a\\_pandemia\\_por\\_COVID-19.pdf](https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/abril/24/Protocolo_AMIB_de_alocacao_de_recursos_em_esgotamento_durante_a_pandemia_por_COVID-19.pdf)



1 - Registro ANS 000000  
3 - N° Guia Principal

4 - Data da Autorização 14/09/2023  
5 - Senha 13354  
6 - Data Validade da Senha  
7 - Número da Guia Atribuido pela Operadora 13354

8 - Número da Carteira 7586539  
9 - Validade da Carteira 14/09/2023

10 - Nome HERIKA CANTOS MARIA  
11 - Cartão Nacional de Saude

12 - Atendimento a RN N

Dados do Solicitante  
13 - Código na Operadora 77858611001414  
14 - Nome do Contratado UNIMED GRANDE FLORIANOPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

15 - Nome do Profissional Solicitante  
Requisitante Não Cadastrado/Ino Cooperado  
16 - Conselho Profissional 6  
17 - Número no Conselho 2526  
18 - UF SC  
19 - Código CBO 225125  
20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados  
21 - Cartão do Atendimento 2  
22 - Data da Solicitação 14/09/2023  
23 - Indicação Clínica

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Cide Solic.	28 - Cide Aut.
1	22	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	1	0
2				
3				
4				
5				

Dados do Contratado Executante  
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 a 38 - Hora final  
39 - Tabela  
40 - Código do Procedimento  
41 - Descrição  
42 - Qide  
43 - Via  
44 - Tec.  
45 - Fator Real/Accresc.  
46 - Valor Unitário (R\$)  
47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)  
48 - Seq.Ref.  
49 - Gr.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  
1 - / /  
2 - / /  
3 - / /  
4 - / /  
5 - / /  
6 - / /  
7 - / /  
8 - / /  
9 - / /  
10 - / /

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)  
60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)  
61 - Total Materiais (R\$)  
62 - Total de OPME (R\$)  
63 - Total Medicamentos (R\$)  
64 - Total Gases Medicinais (R\$)  
65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização  
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  
68 - Assinatura do Contratado



**Contratante:**

Paciente/Usuário

Nome: HERIKA CANTOS MARIA

CPF: 09032813927

Endereço: Rodovia BR-101, 4161 ap 15

Atendimento Nº: 2954040

Telefone: (48) 991040817

RG:

**Responsável:**

Nome: HEMERS

CPF: 88820920972

Endereço: Rodovia BR-101, 4161 ap 15

Telefone: 5548991040817

RG:

**CONTRATADA: UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO (HOSPITAL UNIMED)**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o n.º 77.858.611/0014-14, estabelecida na Rua Manoel Loureiro, n. 1909, Barreiros, na Cidade de São José, Estado de Santa Catarina.

**CLÁUSULA PRIMEIRA - DEFINIÇÕES**

1.1. Para fins do disposto neste contrato, as seguintes palavras e expressões terão o significado atribuído a elas nesta Cláusula.

- a) **Acidente pessoal:** é o evento súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.
- b) **Alta médica:** Ato médico que determina o encerramento da modalidade de assistência que vinha sendo prestada ao doente até o momento, por cura, melhora, inalteração, a pedido ou transferência.
- c) **Assistência médico-ambulatorial:** compreende atendimento médico, com realização de todos os procedimentos necessários, incluindo os de rotina, urgência ou emergência; assistência farmacêutica, de enfermagem, de nutrição e outras, quando indicadas.
- d) **Assistência hospitalar:** compreende todos os recursos de diagnóstico e tratamento disponíveis necessários ao atendimento; honorários dos profissionais; utilização de sala de cirurgia, material e serviços do centro cirúrgico e instalações correlatas; medicamentos receitados e outros materiais utilizados, sangue e hemoderivados; serviços de enfermagem; serviços gerais; fornecimento de roupa hospitalar; alimentação com observância das dietas prescritas; procedimentos especiais, como hemodiálise, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, endoscopia e outros necessários ao adequado atendimento.
- e) **Atendimento ou procedimento eletivo:** termo usado para designar os atendimentos e procedimentos médicos que podem ser programados, ou seja, que não são considerados de urgência e emergência.
- f) **Autorização prévia:** mecanismo de regulação utilizado pelas operadoras de planos de saúde que consiste na avaliação da cobertura antes da realização de determinados procedimentos de saúde.
- g) **Beneficiário:** a pessoa física inscrita em plano privado de assistência à saúde, que possui direitos e deveres definidos no instrumento jurídico firmado com a operadora, para garantia de acesso à cobertura contratada.
- h) **Carência:** período corrido e ininterrupto, determinado em contrato de plano de saúde, contado a partir da data de início da vigência do contrato, durante o qual o beneficiário paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.
- i) **Cobertura Parcial Temporária (CPT):** período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, durante o qual fica suspensa a cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, relacionados exclusivamente às Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) declaradas pelo beneficiário por ocasião da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.
- j) **Diretrizes de Utilização (DUT):** estabelecem os critérios, baseados nas melhores evidências científicas disponíveis, a serem observados para que sejam asseguradas as coberturas de alguns procedimentos e eventos especificamente indicados no Rol.
- k) **Diretrizes Clínicas (DC):** visam a melhor prática clínica, abordando manejos e orientações mais amplas, baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis, e também definem a cobertura mínima obrigatória.
- l) **Doença ou lesão preexistente (DLP):** doença ou lesão que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão a um plano privado de assistência à saúde.
- m) **Emergência:** situação que implica risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente.

tomografia computadorizada, ultrassonografia, ressonância magnética, entre outros); f) exames laboratoriais; e, g) todos os demais procedimentos ambulatoriais.

5.3. O pagamento das despesas do atendimento ambulatorial de urgência/emergência será realizado em dinheiro, cartão de débito ou cartão de crédito, a critério do **CONTRATANTE**.

5.3.1. O valor das despesas poderá ser parcelado em até 4 (quatro) vezes, sem juros, no cartão de crédito (Visa, Master, Elo ou Hipercard).

5.4. Caso o paciente evolua para internação, fica desde já consignado os valores das diárias:

a) **Apartamento:** R\$ 882,89 (oitocentos e oitenta e dois reais e oitenta e nove centavos);

b) **Enfermaria:** R\$ 630,49 (seiscentos e trinta reais e quarenta e nove centavos);

c) **UTI Adulto:** R\$ 3.024,22 (três mil e vinte e quatro reais e vinte e dois centavos);

d) **UTI Pediátrica:** R\$ 3.224,54 (três mil duzentos e vinte e quatro reais e cinquenta e quatro centavos).

5.5. Considerando o caráter de urgência/emergência, a obtenção do valor exato dos demais serviços e procedimentos será possível somente após a finalização do atendimento de urgência/emergência.

5.6. A **CONTRATADA** fica autorizada a efetuar a cobrança judicial ou extrajudicial contra o **CONTRATANTE** caso este deixe de efetuar o pagamento, bem como efetuar a inscrição nos órgãos de proteção ao crédito.

5.7. Em caso de falta de pagamento, os valores devidos serão acrescidos de multa de 2% (dois por cento) e juros de mora correspondentes a 1% (um por cento) ao mês, calculados *pro rata die*, da data imediatamente após o vencimento até o efetivo pagamento.

#### **CLÁUSULA SEXTA - SEGURANÇA DA INFORMAÇÃO E PROTEÇÃO DE DADOS**

6.1. Em razão do que dispõe a Lei Geral de Proteção de Dados n.º 13.709/2018 (LGPD), as partes concordam que, no âmbito da execução do contrato, a **CONTRATADA** realizará atividades de tratamento de dados pessoais relacionadas a pessoas naturais identificadas ou identificáveis, e declara que, cumprirá, inclusive quando aplicável, a Constituição Federal, o Código de Defesa do Consumidor, o Código Civil, o Marco Civil da Internet (Lei Federal n.º 12.965/2014), seu decreto regulamentador (Decreto n.º 8.771/2016), a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei Federal n.º 13.709/2018) e demais normas regulamentadoras que envolvam proteção de dados e a privacidade de seus titulares.

6.2. Para o propósito deste contrato, será considerado dado pessoal, qualquer informação relativa a uma pessoa singular identificada ou identificável, acessados pela **CONTRATADA** através de documentos disponibilizados ou da coleta direta de dados.

6.3. A **CONTRATADA** somente poderá tratar os dados pessoais a que tenha acesso em razão de suas atribuições sob o contrato com o objetivo exclusivo de alcançar as finalidades diretamente relacionadas à execução do seu objeto e ao cumprimento das suas obrigações contratuais, sendo vedado o tratamento de dados pessoais para quaisquer outras finalidades não expressamente previstas neste contrato.

6.4. A **CONTRATADA** deverá utilizar meios para limitar o acesso às informações dentro de sua organização apenas aos funcionários que indispensavelmente necessitem conhecê-los para a consecução das atividades e objetivos descritos neste instrumento, conforme a legislação vigente e as restrições contidas neste contrato.

6.5. As partes acordam, ainda, que a responsabilidade da **CONTRATADA** estará limitada às hipóteses em que:

(a) descumprir as obrigações da legislação de proteção de dados; ou

(b) não tenha, de alguma forma, adotado as medidas de segurança, técnicas e administrativas razoáveis e esperadas aptas a proteger os dados pessoais de acessos não autorizados e de situações acidentais ou ilícitas de destruição, perda, alteração, comunicação ou qualquer forma de tratamento inadequado ou ilícito, nos moldes do que dispõe a LGPD.

6.6. Para os fins a que se destina este contrato, o tratamento de dados pessoais realizado pela **CONTRATADA** será considerado irregular quando deixar de observar a legislação ou quando não fornecer a segurança que o titular dele pode esperar, consideradas as circunstâncias relevantes, entre as quais:

(a) o modo pelo qual é realizado;

(b) o resultado e os riscos que razoavelmente dele se esperam;

(c) as técnicas de tratamento de dados pessoais disponíveis à época em que foi realizado.

6.7. Caso o titular dos dados questione a **CONTRATADA** sobre o tratamento de seus dados pessoais ou solicite o exercício de quaisquer de seus direitos previstos na legislação aplicável, serão tomadas as medidas indicadas para auxiliá-lo no atendimento de tais requisições nos termos da legislação aplicável.

6.8. Caso a **CONTRATADA** tenha conhecimento da ocorrência de qualquer tipo de tratamento de dados pessoais não autorizados, indevido ou incompatível com a legislação aplicável ou com os termos deste contrato, acidental ou doloso, incluindo, mas não se limitando, a acessos e compartilhamentos não autorizados e quaisquer tipos de incidentes de segurança da informação, deverá, em prazo não superior a 48 (quarenta e oito) horas contadas da ciência da ocorrência do incidente, notificar o titular dos dados por escrito e de forma detalhada, com a apresentação de todas as informações disponíveis sobre tal ocorrência, devendo a comunicação conter, no mínimo, as informações mencionadas no artigo 48 §1º da Lei n.º 13.709/2018, sem prejuízo de outras informações que lhes forem requeridas pelo titular dos dados.

6.9. Em caso de incidente, a **CONTRATADA** deverá investigar e adotar as medidas adequadas para garantir a segurança dos dados pessoais e para atenuar os seus eventuais efeitos negativos sobre o titular afetado, além de prevenir quaisquer futuros incidentes ou violações de dados pessoais.

#### **CLÁUSULA SÉTIMA - CONDIÇÕES GERAIS**

7.1. A **CONTRATADA** possui câmeras de vigilância instaladas nas suas dependências. As imagens gravadas são confidenciais e protegidas, nos termos da legislação vigente.

7.2. A **CONTRATANTE** não se responsabiliza por objetos pessoais de pacientes e acompanhantes.

7.3. Não é permitido: **a)** o uso de celular durante os atendimentos; **b)** fumar nas dependências da **CONTRATADA**; **c)** gravar a imagem, voz ou fotografar pacientes e/ou colaboradores da equipe assistencial da **CONTRATADA**; **d)** a entrada com qualquer bebida ou alimento.

7.4. A abstenção do exercício de qualquer direito ou faculdade estabelecida no presente Instrumento constituir-se-á como ato de mera liberalidade, não inovando, criando direitos ou precedentes a serem invocados, assim como não prejudicando o exercício de direitos neste contemplados e eventualmente não exercidos pelas Partes.

#### **CLÁUSULA OITAVA - FORO**

8.1. As Partes elegem o foro de domicílio do **CONTRATANTE**, para que nele sejam dirimidas quaisquer dúvidas, conflitos ou questões oriundas do presente Contrato, renunciando a qualquer outro por mais privilegiado que seja ou venha a se tornar.

São José/SC, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Hermeison José Moreira

**CONTRATANTE/RESPONSÁVEL**

\_\_\_\_\_  
**CONTRATADA**



# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Hérica Cantos Maria  
**Nº da Carteira:** 7.58.6539  
**Instituição:** Colégio Adventista de Florianópolis - Estreito



**Data de Nascimento:** 18/10/2006

**Nº da Guia:** 13354

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
14/09/2023	09:21:00	Escada	Aula de outras matérias

## O que aconteceu

Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)

## Partes do corpo

Pé Direito

## Descrição

A Aluna se desequilibrou e bateu o pé na esquadra, foi colocado gelo no local.

## Testemunha da ocorrência

Monitoria

## Telefone

(48) 3039-8100

## Local de atendimento

HUGF - HOSPITAL UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS

## Endereço

Rua Manoel Loureiro

## Nº

191  
0

## Bairro

Barreiros

## Telefone

(48) 3288-4100

## Observações

A Aluna foi atendida pelo monitor da unidade e encaminhada para o hospital Unimed. Foi comunicado ao responsável via ligação.

Ass.:

Rodrigo Corvalão

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](mailto: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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [portoalegre.clinicaadventista.org.br](http://portoalegre.clinicaadventista.org.br)

