



2969690

Paciente	ANA CLARA DOS SANTOS DE LIMA	Atendimento	2.969.690	Convênio	Instituto Adventista
Data Nascto.	24/05/2007	Prescrição	4186222	Categoria	Instituto Adventista
Idade	16 Anos	Prontuário	99.821.428	Plano	Único
Sexo	Feminino	Data	02/10/2023 20:36:28	Município	Florianópolis
Setor	ULTRASSONOGRAFIA	Anteriores	() SIM () NÃO		

Exames Anteriores

Elisiane de Mello Antonini
Assist. Atendimento Imagem
Unimed Grande Florianópolis

Exames a Realizar

Protocolo: UGF2969690 Senha: 749151

40901220 - USG TORNOZELO

Acesso: 7202515 ID: 12147074

Solicitante: Dr.(a) LAUANE BELTRAME

AGENDAMENTOS

Data/Hora	Exame(s)	Executor	Agenda
02/10/2023 21:00	USG TORNOZELO	Silvio Ewaldo Vargas Strobel	USG I

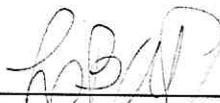
ANA CLARA DOS SANTOS DE LIMA

SOLICITO

USG de tornozelo E

MOTIVO

Avaliação da integridade ligamentar após entorse de tornozelo.



Dra. Lauane Beltrame
Fisioterapeuta
CREFITO 10 309987 - F

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO



Aluno: Ana Clara dos Santos de Lima
Nº da Carteira: 7.58.3852
Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Estreito

Data de Nascimento: 24/05/2007

Nº da Guia: 13120.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
26/09/2023	10:22:22	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Pé Esquerdo, Tornozelo Esquerdo

Descrição

A Aluna teve um choque com uma colega e acabou batendo o pé no chão, foi colocado gelo no local.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Francieli	(48) 3039-8100

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

Motivo do Retorno

Autorização para realização de Exame USG conforme solicitação médica.

Ass.:

Arno Silveira
Tesorero Assistente

JUVENAL ARNO SILVEIRA

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

1 - Registro ANS 000000
3 - Nº Guia Principal 13120001

4 - Data da Autorização 29/09/2023
5 - Senha

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 7583852
9 - Validade da Carteira 31/12/2024

Dados do Solicitante

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

15 - Nome do Profissional Solicitante
16 - Conselho Profissional 6

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento 22 - Data da Solicitação 29/09/2023
23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 26 - Descrição
1 22 40901220 USG TORNOZELO

27 - Qtd. Solic. 28 - Qtd. Aut. N
1 1

Dados do Contratado Executor
29 - Código na Operadora
30 - Nome do Contratado

Dados do atendimento
32 - Tipo de Atendimento
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

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 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator Red./Acred. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(s) Executor(es)
48 - Seq.Ref. 49 - Gr.Pat. 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 Procedimentos (R\$) 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Materiais (R\$) 62 - Total de OPMs (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

63 - Total Medicamentos (R\$) 64 - Total Gases Mediciniais R\$

65 - Total Geral (R\$) 68 - Assinatura do Contratado

UGF - Contrato de Prestação de Serviços Hospitalares CDI

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: ANA CLARA DOS SANTOS DE LIMA

CPF: 12415912964

Endereço: Rua Manoel de Oliveira Ramos, 147

Atendimento Nº: 2969690

Telefone: (48) 998062023

RG:

Responsável:

Nome: MARCOS ANTONIO DE

CPF: 07334191862

Endereço: Rua Manoel de Oliveira Ramos, 47 apto 1001

Telefone: 4896268125

RG:

CONTRATADA: UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO; pessoa jurídica de direito privado, inscrita pelo CNPJ sob nº 77.858.611/0001-08; estabelecida na Rua Dom Jaime Câmara, nº 94, Centro, Florianópolis, Estado de Santa Catarina, CEP 88015-120; neste ato representada pelo seu representante legal abaixo assinado.

CLÁUSULA PRIMEIRA: Do Objeto

Constitui-se do presente instrumento, a prestação de serviços hospitalares pela CONTRADA ao CONTRATANTE/PACIENTE acima qualificado, nas dependências do Hospital Unimed, sito á Rua Manoel Loureiro, 1909, Barreiros - São José/SC, inscrito no CNPJ sob nº 17.034.086/0001-76, bem como, fora das dependências caso haja necessidade.

CLÁUSULA SEGUNDA: Das Obrigações e Responsabilidades do(a) CONTRATANTE

Pelo contrato ora firmado, o CONTRATANTE (e/ou Responsável Art. 264 e seguintes do Código Civil) obriga-se a:

- Assumir todas as despesas particulares ou não cobertas pelo plano de saúde;
- Assumir despesas decorrentes de extravio do enxoval e danos ao patrimônio do hospital, desde que devidamente comprovados;

Parágrafo primeiro:

É obrigatório a permanência de um responsável durante toda a estadia da criança e/ou adolescente na instituição, de acordo com Estatuto da Criança e do Adolescente - Lei Nº 8.069, de 13 de julho de 1990.

Parágrafo Segundo:

A contratação é vinculada ao Plano de Saúde contratado pelo paciente. A CONTRATADA obedecerá às normas previstas no contrato que disciplina os atendimentos aos usuários, ressaltando a indicação do procedimento médico-hospitalar e seu respectivo tratamento..

Parágrafo Terceiro:

A contratação em caráter particular, não é vinculada a nenhum plano, mas sim, aos serviços efetivamente adquiridos, bem como a indicação do procedimento médico-hospitalar e seu respectivo tratamento.

CLÁUSULA TERCEIRA: Das obrigações e Responsabilidades da CONTRATADA.

Pelo contrato ora firmado, a CONTRATADA:

- Reserva-se o direito de emitir boleto bancário de cobrança cujo valor será correspondente ao serviço prestado, no caso de não efetuado o pagamento das despesas estabelecidas na Cláusula Segunda.
- Em caso de mora por mais de 30 (trinta) dias, poderá registrar, nos Cadastros de Proteção ao Crédito (SPC, SERASA e afins), obedecendo a às normas estabelecidas em lei, os débitos do CONTRATANTE.
- Obedecer a normas previstas no contrato que disciplina os atendimentos aos usuários do respectivo convênio, caso o CONTRATANTE estiver vinculado a Plano de Saúde.
- Qualquer objeto que tenha sido esquecido, extraviado ou perdido pelo CONTRATADO, e localizado nas dependências da CONTRATANTE, mediante prova, ficará a disposição daquele pelo prazo de 30 (Trinta) dias, findos os quais, serão descartados ou dados por parte da CONTRATANTE.

CLÁUSULA QUARTA: Da Apresentação de Despesas

Todas as despesas referidas na Cláusula Segunda serão apresentadas pela CONTRATADA e deverão ser quitadas, imediatamente pelo (a) CONTRATANTE/PACIENTE e/ou RESPONSÁVEL/CONTRATANTE. Nessa oportunidade a CONTRATADA apresentará a fatura/nota fiscal dos serviços prestados.

CLÁUSULA QUINTA: Disposições gerais

Neste presente ato, o responsável dá plena autorização dos médicos da CONTRATADA para assistirem e tratarem a enfermidade realizando todos os procedimentos e investigações necessárias para preservação da saúde e da vida do paciente, conforme disposto no artigo 39, da Lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor).

Parágrafo Primeiro:

Os médicos da CONTRATADA atenderão ao disposto no artigo 34 do Código de Ética Médica e artigo 90 da Lei 8.078/90, explicando claramente a proposta do procedimento médico ou cirúrgico, seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas ao procedimento, proporcionando livre questionamento e respondendo inteira e satisfatoriamente as perguntas. Igualmente, em caso iminente de risco de morte, de acordo com artigo 22 do Código de Ética Médica, serão efetuados todos e quaisquer procedimentos médicos sem esclarecimentos e consentimentos prévios.

CLÁUSULA SEXTA: Do foro

Fica eleito o foro da Comarca de São José/SC para julgamento dos conflitos de interesses oriundos deste contrato.

Assim por estarem às partes perfeitamente ajustadas entre si, assinam o presente instrumento em duas vias de igual teor e forma para os efeitos do art. 221 do Código Civil, na presença de duas testemunhas abaixo assinadas e identificadas.

São José, SC, __ de _____ de ____.



Contratante ou Responsável

Unimed Grande Florianópolis Coop. Trab. Médico
CONTRATADA

TESTEMUNHAS:

1. Nome: _____

2. Nome: _____

CPF: _____ RG: _____

CPF: _____ RG: _____