Unimed

Registro de Entrada de Pacientes - PA H

Atendimento: 2977791

Paciente	PEDRO SERGIO DE OLIVEIRA	Atendimento	2.977.791
Data Nascto.	23/11/2009 13 Anos	Carteirinha:	7584595
Sexo	Masculino	Convênio	Instituto Adventista
Endereço	Rua Camilo Silveira de Souza , 628 casa	Cat. / Plano	Instituto Adventista - Único
Município	Florianopolis	Prontuário	99824196
Telefone	999613609	Data	11/10/2023 19:15:16
		Tipo Acomod	Enfermaria

Termo de Responsabilidade

O abaixo assinado IRENE REGINA CARDOSO, responsável pelo paciente PEDRO SERGIO DE OLIVEIRA, 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, necessitarem de cuidados de UTI, ESTOU CIENTE que o hospital poderá fazer uso dos
critérios estabelecidos no protocolo de triagem[1] de forma a identificar quais pacientes terão prioridade na alocação de recursos, independente da doença apresentada (pandêmica ou não pandêmica).

São José,

PEDRO SERGIO DE OLIVEIRA
Assinatura Paciente

Irene Regina Cardoso
IRENE REGINA CARDOSO
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, SBGG (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

V.3.0

Instituto Adventista

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

Atend.: 2977791

2 - N° Guia no Prestador 4905715

1 - Registro ANS	3 - N° Guia Principal
000000	

4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuido pela Operadora
11/10/2023	13882001		13882001

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
7584595	01/01/2024	PEDRO SERGIO DE OLIVEIRA		N

Dados do Solicitante

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

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

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clinica
2	11/10/2023	

	24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qtde.Solic.	28 - Qtde.Aut.
1	22	10101039	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 - Qtde.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acresc.	46 - Valor Unitário (R$)	47 - Valor Total (R$)
1											
2											
3											
4											
5											

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 - ___/___/___		3 - ___/___/___		5 - ___/___/___		7 - ___/___/___		9 - ___/___/___	
2 - ___/___/___		4 - ___/___/___		6 - ___/___/___		8 - ___/___/___		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
___/___/___	11/10/2023 Luna Regina [illegible]	11/10/2023

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA

HOSPITAL

Contratante:

Paciente/Usuário
Nome: PEDRO SERGIO DE OLIVEIRA
CPF: 80063823950
Endereço: Rua Camilo Silveira de Souza , 628 casa

Atendimento Nº: 2977791
Telefone: (49) 999613609
RG:

Responsável:

Nome: IRENE
CPF: 53130987991
Endereço: Rua Camilo Silveira de Souza , 728 casa

Telefone: 5548999613609
RG: 1462334

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.

n) Exame: procedimento complementar solicitado pelo médico, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do beneficiário.

o) Exclusão de cobertura: situação na qual, de acordo com a legislação e o contrato, procedimento e/ou evento em saúde não são de cobertura obrigatória pela operadora de plano privado de assistência à saúde.

p) Prótese: peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.

q) Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde: cobertura obrigatória e taxativa de procedimentos e eventos em saúde que deve ser garantida por operadora de plano privado de assistência à saúde de acordo com a segmentação do plano de saúde contratado.

r) Urgência: evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

CLÁUSULA SEGUNDA - PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

2.1. Os serviços ora contratados serão prestados diretamente por profissionais da **CONTRATADA** e por profissionais que, não estando incluídos nas categorias referidas na subcláusula 2.2, sejam admitidos nas dependências da **CONTRATADA** para prestar serviços.

2.2. Para os efeitos deste contrato, consideram-se profissionais da **CONTRATADA**:

a) membro de seu corpo clínico;

b) profissional que tenha vínculo de emprego com a **CONTRATADA**;

c) profissional autônomo que, eventual ou permanentemente, preste serviço à **CONTRATADA**, ou seja, autorizado por esta a fazê-lo.

2.3. Equipara-se ao profissional autônomo definido na letra "c" da subcláusula 3.2 empresa, grupo, sociedade ou conglomerado de profissionais que exerçam atividades na área de saúde, nas dependências da **CONTRATADA**.

CLÁUSULA TERCEIRA - OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE

3.1. Dar informações completas e precisas sobre seu histórico de saúde, doenças prévias, uso de medicamentos, procedimentos médicos pregressos (anteriores) e outros problemas relacionados à sua saúde;

3.2. Conhecer e respeitar as normas e regulamentos da **CONTRATADA**;

3.3. Zelar e responsabilizar-se por eventuais danos causados de forma dolosa ou culposa a bens colocados à sua disposição para seu conforto e tratamento, assim como solicitar que seus visitantes e acompanhantes também o façam;

3.4. Respeitar os direitos dos demais pacientes, funcionários e prestadores de serviços da instituição, tratando-os com civilidade e cortesia;

3.5. Assumir responsabilidades pela recusa a procedimentos ou tratamentos recomendados e pela não atenção às orientações fornecidas pela equipe de saúde;

3.6. Participar do seu plano de tratamento e alta hospitalar ou indicar quem o possa fazer;

3.7. Efetuar o pagamento integral referente à assistência médica ambulatorial e/ou hospitalar, contratada em caráter particular, ou decorrente de negativa de cobertura pela operadora de plano de saúde, por motivo de carência, cobertura parcial temporária, inexistência de cobertura no rol de eventos e procedimentos em saúde ou no contrato, entre outros motivos;

3.8. Acompanhar os pedidos de autorização prévia realizados à operadora, assim como eventuais negativas, se beneficiário de plano privado de assistência à saúde;

3.9. Arcar com a diferença de preço e a complementação de honorários médicos e hospitalares, caso opte por padrão de acomodação superior na internação, que não esteja previsto no seu contrato de plano de saúde;

3.10. Manter acompanhante em tempo integral no caso de paciente criança ou adolescente menor de 18 (dezoito) anos; idoso a partir dos 60 (sessenta) anos de idade; e, pessoa com deficiência e/ou outras necessidades especiais;

3.11. Providenciar produtos para realização de higiene pessoal, tais como: sabonete, creme dental, escova de dente, xampu, aparelho de barbear, absorvente íntimo, fralda descartável (se necessário), entre outros.

3.12. O CONTRATANTE responsabiliza-se pelo pagamento particular de medicamentos de uso ambulatorial, devidamente utilizados durante o atendimento, que não possuem cobertura contratual pelo plano privado de assistência à saúde.

CLÁUSULA QUARTA - OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

4.1. Garantir atendimento por equipe profissional composta por médicos e demais profissionais de saúde qualificados e inscritos nos respectivos conselhos de classe, em número adequado à capacidade de atendimento, assim como pessoal de apoio em quantidade adequada para o desenvolvimento das demais atividades assistenciais;

4.2. Prestar atendimento ao paciente com elevado padrão de eficiência e estrita observância ao Código de Ética das respectivas categorias profissionais;

4.3. Realizar, por intermédio de seus profissionais, procedimentos clínicos em regime ambulatorial, assim como exames complementares para diagnóstico e tratamento;

4.4. Garantir de forma imediata o acesso do paciente aos serviços e procedimentos necessários à preservação da vida, órgãos e funções, em caso de urgência ou emergência, independente de autorização prévia da operadora, se eventualmente o paciente for beneficiário de plano privado de assistência à saúde;

4.5. Zelar pelo correto preenchimento e guarda do prontuário do paciente, na forma e prazo determinado pela legislação vigente;

4.6. Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação;

4.7. Justificar ao paciente ou ao seu representante legal, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato profissional previsto neste contrato;

4.8. Esclarecer ao paciente sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos;

4.9. Respeitar a decisão do paciente, ao consentir ou recusar prestação de assistência à saúde, salvo em casos de iminente morte ou obrigação legal;

4.10. Recolher impostos, taxas e demais emolumentos que incidem sobre a prestação de serviços;

4.11. Garantir o direito a um acompanhante nos casos de crianças e adolescentes menores de 18 (dezoito) anos; idosos a partir dos 60 (sessenta) anos de idade; e, pessoa com deficiência e/ou outras necessidades especiais;

CLÁUSULA QUINTA - VALOR E FORMA DE PAGAMENTO

5.1. PACOTES DE PRONTO ATENDIMENTO

5.1.1. Pronto Atendimento Geral e Ortopédico: no atendimento particular, o **CONTRATANTE** pagará à **CONTRATADA** o valor de **R$ 550,00 (quinhentos e cinquenta reais)**, correspondente ao pacote de pronto atendimento, que inclui: **a)** consulta médica; **b)** taxa de sala ambulatorial/emergência/observação; **c)** oxigênio; **d)** taxa de curativo; **e)** materiais hospitalares; **f)** materiais hospitalares reembolsáveis.; **g)** medicamentos; e, **h)** Ecg Convencional De Até 12 Derivações **i)** os exames de raios-X indicados abaixo:

40802051-Coluna lombo-sacra-3 incidências
40802060-Coluna Lombo-sacra-5 incidências
40802078-Sacro Coccix
40802086-coluna Dorso-Lombar para Escoliose
40802116-Incidência Adicional de Coluna
40803015-Esterno
40803031-Costelas-Por Hemitórax
40803058-Omoplata ou Escápula
40803090-Cotovelo
40803112-Punho
40803120-Mão ou Quirodáctilo
40803147-Incidência adicional de Membro superior
40804046-Coxa
40804097-Pé ou Pododáctilo
40804135-Incidência Adicional de Membro Inferior
40805018-Tórax-1 Incidência
40805026-Tórax-2 Incidências

5.2. EXCLUSÃO DE COBERTURA

5.2.1. Ficam expressamente excluídos dos pacotes de pronto atendimento: a) medicamentos de alto custo, antibióticos, polivitamínicos e quimioterápicos/antineoplásicos; b) órteses, próteses e materiais especiais (OPME); c) materiais de alto custo; d) hemoterapia; e) exames de imagem (

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 §1° da Lei n.° 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, _____/_____/_____

CONTRATANTE/RESPONSÁVEL	CONTRATADA

Aluno: Pedro Sergio de Oliveira
Nº da Carteirinha: 7.58.4595
Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Estreito

Data de Nascimento: 23/11/2009 | **Nº da Guia:** 13882.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
11/10/2023	13:41:08	Quadra	Intervalo (**Ex.: recreio**)

O que aconteceu

Choque com terceiros (**Ex.: entre dois alunos**)	**Partes do corpo**
	Pé Direito

Descrição

Aluno levou um chute no pé, foi colocado gelol no loca.

Testemunha da ocorrência

Monitoria	**Telefone**
	(48) 3039-8100

Local de atendimento

	Endereço	**Nº**	**Bairro**	**Telefone**
GF - HOSPITAL UNIMED GRANDE ORIANÓPOLIS	Rua Manoel Loureiro	1910	Barreiros	(48) 3288-4100

Motivo do Retorno

Pedido médico

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 (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