



Paciente	MANUELA MARKS BRZOSTEK		Atendimento	2.989.524
Data Nascto.	03/06/2013	10 Anos	Carteirinha:	7586806
Sexo	Feminino		Convênio	Instituto Adventista
Endereço	Avenida Lédio João Martins , 680 apto 306		Cat. / Plano	Instituto Adventista - Único
Município	Sao Jose		Prontuário	99824709
Telefone	991395231		Data	25/10/2023 15:49:03
			Tipo Acomod	Enfermaria

#### Termo de Responsabilidade

O abaixo assinado CRISTIANE MARKS BRZOSTEK, responsável pelo paciente MANUELA MARKS BRZOSTEK, 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 tratem 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, 2

MANUELA MARKS BRZOSTEK  
Assinatura Paciente

CRISTIANE MARKS BRZOSTEK  
Assinatura Responsável

Requisitante Nao Cadastrado/nao Cooperado - CRM 2526  
Assinatura Médico



org.br/fileadmin/user\_upload/amb/2020/abril/24/Protocolo\_AMIB\_de\_alocacao\_de\_recursos\_em\_esgotamento\_durante\_a\_pandemia\_por\_COVID-19.pdf

1 - Registro ANS 000000  
 3 - Nº Guia Principal

4 - Data da Autorização 25/10/2023  
 5 - Senha 14004001

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 14004001

8 - Número da Carteira 7596896

9 - Validade da Carteira 18/10/2023

10 - Nome MANUELA MARKS BRZOSTEK

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN N

Dados do Beneficiário

13 - Código na Operadora 77856511001414

14 - Nome do Contratado UNIMED GRANDE FLORIANOPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

15 - Nome do Profissional Solicitante

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 - Caráter do Atendimento 2  
 22 - Data da Solicitação 25/10/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039

26 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

27 - Qtd. Solic. 1

28 - Qtd. Aut. 1

Dados do Contratado / Procedimentos e Exames Realizados

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 - Qtd.

43 - Via

44 - Tec.

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

45 - Seg. Rel.

46 - Gr. Part.

47 - Código na Operadora/CPF

48 - Nome do Profissional

49 - Conselho Profissional

50 - Número no Conselho

51 - UF

52 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

1 - / /

2 - / /

3 - / /

4 - / /

5 - / /

6 - / /

7 - / /

8 - / /

9 - / /

10 - / /

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

25/10/2023

25/10/2023

25/10/2023

25/10/2023



**Contratante:**

Paciente/Usuário

Nome: MANUELA MARKS BRZOSTEK

CPF: 06077716073

Endereço: Avenida Lédio João Martins , 680 apto

Atendimento Nº: 2989524

Telefone: (54) 991395231

RG:

**Responsável:**

Nome: CRISTIA

CPF: 00345860080

Endereço: Avenida Lédio João Martins , 680 apto 301

Telefone: 5564991395231

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.

**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 §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, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

  
\_\_\_\_\_  
**CONTRATANTE/RESPONSÁVEL**

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



# AUTORIZAÇÃO DE RETORNO



Aluno: 6806

Nº da Carteira: 7.58.6806

Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Estreito

Data de Nascimento: 03/06/2013

Nº da Guia: 14044.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
20/10/2023	07:31:25	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Esquerdo

**Descrição**  
A Aluna torceu o pé num passe de bola, foi colocado gelo no local.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Márcia	(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**  
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@unimedflor.com.br](mailto:assistenciamedica@unimedflor.com.br)

