



Paciente **GABRIEL DO PRADO BORBA II**
 Data Nascto. 02/03/2008 15 Anos
 Sexo Masculino
 Endereço Rua João Jorge Mussi , 124 casa
 Município Florianópolis
 Telefone 988556770

Atendimento **2.998.983**
 Carteira: 7465712
 Convênio Instituto Adventista
 Cat. / Plano Instituto Adventista - Único
 Prontuário 99825234
 Data 06/11/2023 12:53:38
 Tipo Acomod Enfermaria

Termo de Responsabilidade

O abaixo assinado GABRIEL DO PRADO BORBA, responsável pelo paciente GABRIEL DO PRADO BORBA II, 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 triagem¹ de forma a identificar quais pacientes terão prioridade na alocação de recursos, independente da doença apresentada (pandêmica ou não pandêmica).

São José, 6

GABRIEL DO PRADO BORBA II
Assinatura Paciente

GABRIEL DO PRADO BORBA
Assinatura Responsável

Requisitante Nao Cadastrado/nao Cooperado - CRM 2526
Assinatura Médico



org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/abril/24/Protocolo_AMIB_de_alocacao_de_recursos_em_esgotamento_durante_a_pandemia_por_COVID-19.pdf

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

2 - N° Guia no Prestador 4947616

Instituto Adventista

1 - Registro ANS 000000	3 - N° Guia Principal	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 14169001	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
4 - Data da Autorização 06/11/2023	6 - Data Validade da Senha	10 - Nome GABRIEL DO PRADO BORBA II		
Dados do Beneficiário		9 - Validade da Carteira 01/12/2023		
Dados do Solicitante		14 - Nome do Contratado UNIMED GRANDE FLORIANOPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO		
13 - Código na Operadora 77858611001414	15 - Nome do Profissional Solicitante Requisitante Não Cadastrado/ Não Cooperado	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 2526	18 - UF SC
Dados da Solicitação/ Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados		19 - Código CBO 225125	20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 06/11/2023	23 - Indicação Clínica		
1	24 - Tabela 10101039	25 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	26 - Cidade 1	27 - Qtdde.Solic. 1
2	28 - Qtdde.Aut.	29 - Qtdde.Aut.	30 - Qtdde.Aut.	31 - Qtdde.Aut.
3	32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (incidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
4	36 - Data	37 - Hora inicial a 38 - Hora final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento
5	41 - Descrição	42 - Qtdde.	43 - Via	44 - Tec.
Dados do Contratado/Executante		45 - Fator Red/Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	48 - Seq.Ref.	49 - Gr.Part.	50 - Código na Operadora/CPF
Dados do atendimento		51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho
32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (incidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	36 - Código CNES
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		54 - UF	55 - Código CBO	56 - Total Gases Medicinais R\$
1	37 - Hora inicial a 38 - Hora final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição
2	41 - Descrição	42 - Qtdde.	43 - Via	44 - Tec.
3	45 - Fator Red/Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)	48 - Seq.Ref.
4	49 - Gr.Part.	50 - Código na Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional
5	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO	56 - Total Gases Medicinais R\$
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Observação / Justificativa	59 - Total Procedimentos (R\$)
48 - Seq.Ref.	49 - Gr.Part.	50 - Código na Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional
1	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO	56 - Total Gases Medicinais R\$
2	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Observação / Justificativa	59 - Total Procedimentos (R\$)	60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)
3	59 - Total Procedimentos (R\$)	60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total Materiais (R\$)	62 - Total de OPME (R\$)
4	61 - Total Materiais (R\$)	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total Medicamentos (R\$)	64 - Total Gases Medicinais R\$
5	63 - Total Medicamentos (R\$)	64 - Total Gases Medicinais R\$	65 - Total Geral (R\$)	66 - Assinatura do Contratado
Data de Realização de Procedimentos em Série		65 - Total Geral (R\$)	66 - Assinatura do Contratado	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
1	56 - Data de Realização de Procedimentos em Série	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Observação / Justificativa	59 - Total Procedimentos (R\$)
2	59 - Total Procedimentos (R\$)	60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total Materiais (R\$)	62 - Total de OPME (R\$)
3	61 - Total Materiais (R\$)	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total Medicamentos (R\$)	64 - Total Gases Medicinais R\$
4	63 - Total Medicamentos (R\$)	64 - Total Gases Medicinais R\$	65 - Total Geral (R\$)	66 - Assinatura do Contratado
5	65 - Total Geral (R\$)	66 - Assinatura do Contratado	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado	69 - Assinatura do Contratado
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado	69 - Assinatura do Contratado	70 - Assinatura do Contratado

**Contratante:**

Paciente/Usuário

Nome: GABRIEL DO PRADO BORBA II

CPF: 08862092938

Endereço: Rua João Jorge Mussi, 124 casa

Atendimento Nº: 2998983

Telefone: (48) 988556770

RG:

Responsável:

Nome: GABRIEL

CPF: 00656832932

Endereço: Rua João Jorge Mussi, 124 CASA

Telefone: 48998336682

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 progressos (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: Gabriel do Prado Borba II
Nº da Carteira: 7.46.5712
Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Centro



Data de Nascimento: 02/03/2008

Nº da Guia: 14169.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
06/11/2023	09:47:18	Ginásio	Aula de outras matérias

O que aconteceu

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

Partes do corpo

Joelho Esquerdo

Descrição

Aluno estava em aula no G1 aonde tropeçou no pé de um colega e o aluno bateu com o joelho na parede.

Testemunha da ocorrência

Jardson Rocha

Telefone

(48) 98868-3009

Local de atendimento

HUGF - HOSPITAL UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS

Endereço

Rua Manoel Loureiro

Nº

191
0

Bairro

Barreiros

Telefone

(48) 3288-4100

Motivo do Retorno

Aluno sentindo dores e ainda está mancando ao caminhar.

Ass.:

Jardson Rocha

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

