



3000641



Paciente	GABRIEL DO PRADO BORBA II	Atendimento	3.000.641	Convênio	Instituto Adventista
Data Nascto.	02/03/2008	Prescrição	4273623	Categoria	Instituto Adventista
Idade	15 Anos	Prontuário	99.825.234	Plano	Único
Sexo	Masculino	Data	07/11/2023 20:47:15	Município	Florianópolis
Setor	RESSONANCIA MAGNETICA	Anteriores	() SIM () NÃO		

Jorge Roberto Broetto
Matricula: 5943
Assistente de Atendimento
Unimed Grande Florianópolis

Exames Anteriores

Exames a Realizar

Protocolo: UGF3000641 Senha: 711730

41101316 - RESSONANCIA MAGNETICA DE JOELHO

Solicitante: Dr.(a) CLAYTON MIGUEL COSTA

Acesso: 7276009 ID: 12153226

AGENDAMENTOS

Data/Hora	Exame(s)	Executor	Agenda
07/11/2023 21:20	RESSONANCIA MAGNETICA DE JOELHO	Fabio Vargas Maqalhaes	RESSONÂNCIA

HOSPITAL



Receituário Médico

Paciente **GABRIEL DO PRADO BORBA II**
Data Nascto 02/03/2008 15a 8m 4d
Data Entrada 06/11/2023 12:53:38
Endereço Rua João Jorge Mussi, 124 - Carianos
CEP: 880 47510 - Florianópolis - SC - Tel ()

Gênero Masculino

Data Receita: 06/11/2023

RM joelho E

Dor
Limitação de movimento

Dr. Clayton M. Costa
Médico
Ortopedia / Traumatologia
CRM-SC 6547 TEOT 7624 RQE 3322
CLAYTON MIGUEL COSTA (CRM 6547)

UGF - Contrato de Prestação de Serviços Hospitalares CDI

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: GABRIEL DO PRADO BORBA II

CPF: 08862092938

Endereço: Rua João Jorge Mussi, 124 casa

Atendimento Nº: 3000641

Telefone: (48) 988556770

RG:

Responsável:

Nome: GABRIEL DO PRADO

CPF: 00656832932

Endereço: Rua João Jorge Mussi, 124 CASA

Telefone: 48998336682

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:

- a) Assumir todas as despesas particulares ou não cobertas pelo plano de saúde;
- b) 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:

- a) 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.
- b) 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.
- c) Obedecer a normas previstas no contrato que disciplina os atendimentos aos usuários do respectivo convênio, caso o CONTRATANTE estiver vinculado a Plano de Saúde.
- d) 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 doados 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: _____

GABRIEL DO PRADO BORBA II

Dt Nasc: 02/03/08

Mae: ANA ERIKA VALE DA COSTA

Atend: 3000641 1

Instituto Adventista



TERMO-ASS-28

Revisão 08

Emissão 27/07/2023

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA



Esteve internado nos últimos três meses em UTI de outro Hospital? () Sim () Não Qual Instituição?.....

Está institucionalizado (casa de repouso)? () Sim () Não Qual Instituição?.....

Paciente está em jejum: () Sim () Não Horário da última refeição: 13:30 h;

Altura: 1,70 cm Peso: 65 Kg.

1. Motivo do exame (principal queixa):

Queda do próprio altura no 10 dias com trauma em perna e dor patelar, dificuldade de caminhar

2. Foi submetido a alguma cirurgia?

Qual? Adenectomia; Tempo: 10 anos; Motivo:.....

Qual?.....; Tempo:.....anos; Motivo:.....

Qual?.....; Tempo:.....anos; Motivo:.....

Qual?.....; Tempo:.....anos; Motivo:.....

3. Foi submetido a exame radiológico com uso de meio de contraste? () Sim () Não

Qual? () Raio-X () Urografia Excretora () Arteriografia () Cateterismo () Flebografia () TC () RM.

Já apresentou reação alérgica após o uso de contraste endovenoso? () Sim () Não

Qual? () Náusea/Vômito () Falta de ar () Tontura () Desmaio () Vermelhidão/Coceira () Outra:.....

4. Possui objeto metálico no seu corpo?

() Aparelho Ortopédico/Próteses

() Aparelho Ortodôntico

() Válvulas cardíacas

() Neuroestimuladores

() Clipes de Aneurisma

() Outros: Quais? mpc

() Filtros de vasos sanguíneos

() Placas, Parafusos ou Hastes

() Bomba de Insulina

() Dispositivo Intra Uterino DIU

() Próteses Cocleares Auditivas

() Fios Metálicos

5. História Progressiva:

Alergia? () Sim () Não Quais? mpc

Asma? () Sim () Não

Bronquite? () Sim () Não

Rinite? () Sim () Não

Diabete? () Sim () Não

Cardíaca? () Sim () Não

Hipertensão? () Sim () Não

Claustrofobia? () Sim () Não

Tabagismo? () Sim () Não Cigarros/Maços Dia?.....

Radioterapia? () Sim () Não Duração?.....

Quimioterapia? () Sim () Não Duração?.....

Suspeita de Gravidez? () Sim () Não Talvez?.....

Doença Renal? () Valor Creatinina?.....

Doença Crônica? () Sim () Não Qual?.....

6. Questionário para Articulação: Atividade física regular? () Sim () Não Qual? mpc

Frequência?..... Sente dor no local a ser examinado? () Sim () Não

(Difusa) (Localizada) Onde?.....

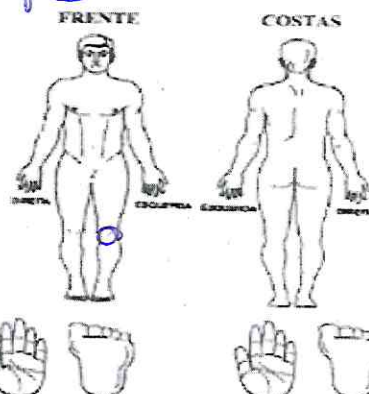
Trauma/Entorse? () Sim () Não Descreva: no 10 dias

Instabilidade/Falso na articulação? () Sim () Não Descreva:.....

Procedimento invasivo (bloqueio/infiltração)? () Sim () Não Período:.....

Assinatura Paciente / Responsável

Assinatura Colaborador



GABRIEL DO PRADO BORBA II
Dt Nasc: 02/03/08
Mae: ANA ERIKA VALE DA COSTA
Atend: 3000641 1
Instituto Adventista



TERMO-ASS-28
Revisão 08
Emissão 27/07/2023

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA EXAMES CONTRASTADOS

Ressonância Magnética Nuclear (RMN) é um método diagnóstico para obter imagens do interior do corpo humano através das ondas de radiofrequência, não utilizando radiação ionizante. É importante permanecer imóvel durante o exame para evitar a degradação das imagens adquiridas. O aparelho produz barulho semelhante a batidas contínuas. Sua duração é de aproximadamente 30 minutos para cada região a ser avaliada. Em alguns casos, será necessária a injeção endovenosa de um meio de contraste essencial ao exame, que é uma substância líquida cuja injeção endovenosa visa melhorar a eficácia deste método na detecção e caracterização de eventuais lesões. Como qualquer medicação administrada, poderá causar reações adversas como alergias leves a moderadas. Reações mais graves, que causam risco à vida, são praticamente inexistentes. Porém, em caso de reações adversas, este serviço possui os recursos necessários para tratar das mesmas.

AVISO IMPORTANTE

- É terminantemente proibida a entrada de pessoas portando marca-passo cardíaco na sala de exames.
- Nunca entre na sala de exames de ressonância portando objetos metálicos como: aparelhos auditivos, próteses dentárias móveis, chaves, celulares, canivetes, óculos, grampos e prendedores de cabelos metálicos, relógios, joias, piercings, cliques de papel, moedas, cartões de créditos, ferramentas, aparelhos eletrônicos e roupas contendo materiais metálicos. Estes objetos devem ficar do lado de fora da sala. O aparelho de ressonância está sempre ligado!
- Estas regras servem tanto para os pacientes quanto para seus acompanhantes. E seu descumprimento pode colocar em risco as pessoas na sala, pode danificar o aparelho ou prejudicar o exame. Celulares, cartões de crédito (magnéticos), relógios e outros equipamentos eletrônicos podem ser danificados.
- Em caso de alguma dúvida procure esclarecê-las antes de entrar na sala de exames. Pergunte aos profissionais que estão lhe orientando.

CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS

AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE

Assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do mesmo, expressando que as informações foram prestadas de viva voz pelo(a) médico(a), tendo sido perfeitamente entendidas e aceitas. Fica também estabelecido que diante do procedimento, o paciente e/ou representante legal pode revogar este consentimento a qualquer momento de maneira formal. Autorizo a realização de todo o procedimento necessário para tratamento imediato caso ocorra algum tipo de reação adversa durante o exame.

Data: ____/____/____

Assinatura do paciente ou responsável

REJEIÇÃO DO PACIENTE

Reservo-me no direito de NÃO utilizar o contraste durante a realização do exame, ainda que tenha sido prescrito pelo médico, e que a falta da utilização do medicamento possa interferir no resultado do meu exame.

Data: ____/____/____

Assinatura do paciente ou responsável

VALIDAÇÃO MÉDICA

Atesto que expliquei detalhadamente para o(a) paciente e/ou seu(s) familiar(es), ou responsável(eis), o propósito, os benefícios e os riscos e do procedimento, bem como, que poderá revogar o consentimento que agora é concedido e confirmado, até o momento de sua realização.

Data: 07/11/23

Dr. Fabio

Assinatura do Médico

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Gabriel do Prado Borba II

Nº da Carteirinha: 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

