

Paciente **CAIO DE SOUZA XAVIER**

Data Nascto. 29/12/2018 5 Anos

Sexo Masculino

Telefone 9 98107915

Leito 1

Atendimento **3.288.535**

Prontuário 99.704.912

Dt. Entrada 12/09/2024 12:24:48

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
12/09/2024 13:42	12/09 14:15	Médico	Anamnese PA		ORNELLA DI LEONE	CRM 32479

CAIO DE SOUZA XAVIER, 5 anos

QUEIXA PRINCIPAL:

10h30 estava correndo, amigo empurrou e bateu nariz e boca no bannco. fizeram gelo, na escola.

* Medicamentos em uso:

* Alergias a medicamentos: nega

* Comorbidades associadas: nega

* Vacinação: em dia (sic)

EXAME FÍSICO:

BEG, corado e hidratado, eupnéico, anictérico e acianótico, ativo e alerta.

FC FR SAT TEMP 36,4 PESO 17,6

MV+ bilateral sem RA.

RCR 2T BNF sem sopros.

Abdome flácido depressível RHA+ não se palpa massas ou visceromegalias.

Oroscopia normal.

Otoscopia normal.

nariz: sem edema/desvio, apresenta hematoma pequeno na base. palpo sem dificuldades, sem crepitações.

Sem alterações neurológicas. Ausência de sinais meníngeos.

Pulsos e perfusão normais.

Pele sem lesões.

HIPOTESE DIAGNÓSTICA:

trauma nasal

CONDUTA:

Sintomáticos.

Orientações.

Retorno se sinais de alerta.

Dra. ORNELLA DI LEONE (CRM 32479)

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - NAS



Atendimento: 3288535

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: CAIO DE SOUZA XAVIER

CPF: 14839667985

Endereço: Rua Almeida Coelho, 249 CASA

Atendimento Nº: 3288535

Telefone: (48) 9 98107915

RG: 8345508

Responsável:

Nome: JULIANA

CPF: 05404249943

Endereço: Rua Almeida Coelho, 249 CASA

Telefone: 48 9 9810-7915

RG: 5145908

CONTRATADA: UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o n.º 77.858.611/0015-03, estabelecida na Rua Madalena Barbi, n.º 204, Centro, na cidade de Florianópolis, Estado de Santa Catarina CEP 88015-190.

Cláusula Primeira: O presente Contrato tem como objeto a prestação de serviços ambulatoriais em situações de urgência/emergência, passível de evolução para internação hospitalar, a ser executada por profissionais de saúde disponibilizados pela **CONTRATADA**, aptos e habilitados para dispensar atendimento de saúde ao paciente.

Parágrafo Único. Os serviços prestados pela **CONTRATADA** englobam consulta médica, realização de procedimentos/exames, administração de medicamentos e gases, assistência farmacêutica, enfermagem e outras ações necessárias ao adequado suporte e restabelecimento da saúde do paciente.

Cláusula Segunda: Os **CONTRATANTES** assumem, neste ato, o pagamento à **CONTRATADA** de todas e quaisquer despesas decorrentes do atendimento de urgência/emergência prestado ao paciente, inclusive aquelas decorrentes de evolução para internação, em que for necessária a utilização de diárias (apartamento, enfermaria e/ou UTI), materiais, medicamentos, OPME (órteses, próteses e materiais especiais), realização de tratamentos, procedimentos/exames, terapias (exemplos: fisioterapia, quimioterapia e outras), cobranças de honorários médicos e taxas, etc., realizados em caráter particular ou que não forem autorizadas pelo plano ou seguro saúde do paciente, por motivo de carência, Cobertura Parcial Temporária (CPT), Diretrizes de Utilização (DUT), Diretrizes Clínicas (DC), inexistência de cobertura no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde ou no Contrato de Plano de Saúde, entre outros motivos.

Parágrafo Primeiro. O(s) **CONTRATANTE(S)** assume(m), ainda, arcar com (i) a complementação de valores de honorários médicos e hospitalares, caso opte(m) por padrão de acomodação superior na evolução do atendimento para internação, quando não houver previsão no Contrato de Plano de Saúde mantido com a operadora ou seguradora de saúde; (ii) as despesas extraordinárias de telefone, acompanhantes, refeições, remoções terrestres e/ou aéreas; (iii) o(s) valor(es) da(s) diária(s) do(s) acompanhante(s) que permanecer(em) na enfermaria ou apartamento pela tabela de preços particular, quando o paciente estiver internado em UTI; (iv) os valores concernentes a serviços e coberturas adicionais e/ou outras despesas não cobertas pela operadora ou seguradora de saúde, a qual porventura o paciente estiver vinculado.

Parágrafo Segundo. A obtenção do valor exato dos serviços executados em detrimento do atendimento de urgência/emergência só será possível após a finalização do respectivo atendimento.

Cláusula Terceira: Caso o paciente for beneficiário de plano ou seguro saúde, os **CONTRATANTES** comprometem-se, desde já, a acompanhar a autorização prévia de **todos** os serviços solicitados pelos profissionais disponibilizados pela **CONTRATADA**, inclusive na hipótese de evolução do atendimento para internação, sendo obrigados a custear, integralmente, todas as despesas que não forem autorizadas e lhe forem cobradas após o efetivo atendimento pela **CONTRATADA**.

Cláusula Quarta: Todas as despesas do paciente, decorrentes dos serviços executados por força deste Contrato, serão apresentadas pela **CONTRATADA** e deverão ser quitadas imediatamente pelo(s) **CONTRATANTE(S)** através de (i) dinheiro; (ii) cartão de débito, ou; (iii) cartão de crédito, mediante parcelamento em até 4 (quatro) vezes sem juros, a critério do(s) **CONTRATANTE(S)**. Nessa oportunidade, a **CONTRATADA** apresentará fatura/nota fiscal dos serviços prestados.

Parágrafo Primeiro. A **CONTRATADA** reserva-se o direito de emitir boleto bancário, cujo valor será correspondente ao(s) serviço(s) efetivamente prestado(s), no caso de não ser efetuado o pagamento das despesas estabelecidas no *caput* desta cláusula.

Parágrafo Segundo. No caso de evolução do atendimento de urgência/emergência para internação e não havendo quitação das respectivas despesas, a **CONTRATADA** enviará, a cada 5 (cinco) dias úteis, a descrição dos serviços

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - NAS



Atendimento: 3288535

Cláusula Sexta: O(s) **CONTRATANTE(S)** responde(m), solidariamente, pela totalidade dos valores deste Contrato, de acordo com o artigo 264 e seguintes do Código Civil.

Cláusula Sétima: O **CONTRATANTE** acima identificado, na condição de paciente do Pronto Atendimento da Unimed Grande Florianópolis (ou de responsável legal), **se do sexo feminino**, declara para fins legais que após ter sido informada que existe a indicação para realizar consulta(s), exame(s) e procedimento(s) na unidade de saúde da **CONTRATADA**, foi-lhe esclarecido que:

(1) De acordo com a Lei nº 8.080/1990 tem o direito a ser assistida por um acompanhante de sua livre escolha ou, nos casos em que esteja impossibilitada de manifestar sua vontade, de seu representante legal, estando o acompanhante obrigado a preservar o sigilo das informações de saúde de que tiver conhecimento em razão do acompanhamento.

(2) No caso de atendimento que envolva qualquer tipo de sedação ou rebaixamento do seu nível de consciência, caso não indique acompanhante, a Unimed Grande Florianópolis indicará pessoa para lhe acompanhar, sendo preferencialmente profissional de saúde do sexo feminino, sem custo adicional, ciente que poderá recusar o nome indicado e solicitar a indicação de outro profissional, independentemente de justificativa, registrando-se o nome escolhido no documento gerado durante o atendimento.

(3) Em caso de atendimento eletivo com sedação/rebaixamento de consciência, caso não queira ser assistida, deverá no fim deste documento, assinalar a opção de renúncia, ciente que esse termo de consentimento livre e esclarecido será arquivado em seu prontuário.

(4) Ainda em caso de atendimento eletivo com sedação/rebaixamento de consciência, a dispensa do acompanhante poderá ser feita por escrito com 24h de antecedência, sendo o documento também arquivado no prontuário médico.

(5) No caso de atendimento realizado em centro cirúrgico ou unidade de terapia intensiva com restrições relacionadas a segurança ou a saúde da paciente, devidamente justificadas pelo corpo clínico, somente será admitido acompanhante que seja profissional de saúde indicado pelo Hospital Unimed, preferencialmente do sexo feminino.

(6) Em casos de urgência e emergência, os profissionais de saúde da Unimed Grande Florianópolis ficam autorizados a agir na proteção e defesa da saúde e da vida da paciente, ainda que na ausência do acompanhante requerido.

(7) **Afirma, ainda, que** recebeu cópia do presente Contrato e deste *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* e que não foi coagida (forçada) sob nenhuma forma para assinar o referido documento.

Após os esclarecimentos prestados através do presente *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*, disposto nesta cláusula, vem declarar que:

() **DESEJA** ser acompanhada nos termos da Lei nº 8.080/1990.

Nome da Acompanhante A Juliana Ribeiro de Souza

CPF nº 8 054 042 48843

() **RENUNCIA** ser acompanhada nos termos da Lei nº 8.080/1990.

Cláusula Oitava: 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.

Florianópolis/SC, ____/____/____


CONTRATANTE/RESPONSÁVEL

CONTRATADA

Testemunhas

1- _____

Nome:

CPF nº

2- _____

Nome:

CPF nº

1 - Registro ANS
000000

3 - Nº Guia Principal

4 - Data da Autorização
12/09/2024

5 - Senha
20918

8 - Número da Carteira
20918

9 - Validade da Carteira
01/01/2025

13 - Código na Operadora
300638

14 - Nome do Contratado
Unidade Centro

15 - Nome do Profissional Solicitante
Requisitante Nao Cadastrado/nao Cooperado

16 - Conselho Profissional
6

21 - Caráter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
12/09/2024

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
20918

10 - Nome
CAIO DE SOUZA XAVIER

11 - Cartão Nacional de Saúde
N

12 - Atendimento a RN
N

24 - Tabela
1 22

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
10101039

26 - Descrição
CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

27 - Qtdde.Solic.
1

28 - Qtdde.Aut.
1

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data
1

37 - Hora Inicial a 38 - Hora final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtdde.

43 - Via

44 - Tec.

45 - Fator Red./Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - Seq.Ref.

49 - Gr.Part.

50 - Código na Operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Numero no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

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

12/09/2024

12/09/2024

12/09/2024

Impresso em: 12/09/2024 12:32:20

Página 1

laraini.peres

WATE70106

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Caio de Souza Xavier

Nº da Carteira: 7.46.6317

Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Centro



Data de Nascimento: 29/12/2018

Nº da Guia: 20918

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
12/09/2024	11:40:00	Pátio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Rosto

Descrição

Aluno estava brincando, quando tropeçou e bateu o nariz no banco.

Testemunha da ocorrência

André Felipe Silva do Nascimento

Telefone

(48) 98857-4705

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

Observações

Aluno foi atendido e encaminhado para coordenação disciplinar, aonde foi atendido e comunicado as pais.

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

Unimed

Madalena Barbi, 204 - Florianópolis - SC

CNPJ:77858611001503 - Inscrição estadual: - Fone:3216-

(CNES 9830774)

Conta paciente

(77858611001503)

Nota:

Paciente:

CAIO DE SOUZA XAVIER

Convênio:

Instituto Adventista

Usuário/Matrícula:

7466317

Categoria:

Instituto Adventista

Prontuário: 99704912

Data entrada: 12/09/2024 12:24:48

Data saída: 12/09/2024 16:40:34

Motivo Alta: Alta melhora

Médico: Dra. ORNELLA DI LEONE (CRM 32479)

Tipo atend: 3 - Pronto socorro

Espec/Clinica: 4 Clínica Pediátrica

Proc Princ: 00000000

0

Tipo acomodação Enfermaria

Data 29/12/2018

Sexo: M

CID Princ: R52.9 Dor NE

Guia: 20918

Senha:

Dt Conta: 12/09/24 12:29

Dt inicial: 12/09/24 12:24

Dt final: 12/09/24 16:40

Refer: 30/09/24

Movimentação do Paciente

Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO UC	Setor sem acomodação	1/	12/09/2024 12:24:48	12/09/2024 16:40:34
2	Serviços Especiais	RAIO X UC	Setor sem acomodação	1/	12/09/2024 13:52:00	12/09/2024 13:52:00

Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor
1	12/09/24 12:24	PRONTO ATENDIMENTO UC	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	32479	ORNELLA DI	Clínico	70,27
2	12/09/24 14:04	RAIO X UC	40801098	Ossos Da Face	1,00	6606	PEDRO LEMOS DE	Clínico	47,29
Total de Honorários Não Conveniados					2,00				117,56

Total geral R\$

117,56

Impresso em 13/09/2024 14:38:15

Pág 1

priscilacarla.s

FatAct_R7

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - NAS



Atendimento: 3281774

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: LEO DAMIAN PEREIRA

CPF: 14435120950

Endereço: Rua Doutor Nei Luiz Gonzaga, 120

Atendimento Nº: 3281774

Telefone: (48) 9 9180-5710

RG:

Responsável:

Nome: GABRIEL

CPF: 06092450909

Endereço: Rua Doutor Nei Luiz Gonzaga, 120 CASA

Telefone: 48991805710

RG: 4965230

CONTRATADA: UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o n.º 77.858.611/0015-03, estabelecida na Rua Madalena Barbi, n.º 204, Centro, na cidade de Florianópolis, Estado de Santa Catarina CEP 88015-190.

Cláusula Primeira: O presente Contrato tem como objeto a prestação de serviços ambulatoriais em situações de urgência/emergência, passível de evolução para internação hospitalar, a ser executada por profissionais de saúde disponibilizados pela **CONTRATADA**, aptos e habilitados para dispensar atendimento de saúde ao paciente.

Parágrafo Único. Os serviços prestados pela **CONTRATADA** englobam consulta médica, realização de procedimentos/exames, administração de medicamentos e gases, assistência farmacêutica, enfermagem e outras ações necessárias ao adequado suporte e restabelecimento da saúde do paciente.

Cláusula Segunda: Os **CONTRATANTES** assumem, neste ato, o pagamento à **CONTRATADA** de todas e quaisquer despesas decorrentes do atendimento de urgência/emergência prestado ao paciente, inclusive aquelas decorrentes de evolução para internação, em que for necessária a utilização de diárias (apartamento, enfermaria e/ou UTI), materiais, medicamentos, OPME (órteses, próteses e materiais especiais), realização de tratamentos, procedimentos/exames, terapias (exemplos: fisioterapia, quimioterapia e outras), cobranças de honorários médicos e taxas, etc., realizados em caráter particular ou que não forem autorizadas pelo plano ou seguro saúde do paciente, por motivo de carência, Cobertura Parcial Temporária (CPT), Diretrizes de Utilização (DUT), Diretrizes Clínicas (DC), inexistência de cobertura no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde ou no Contrato de Plano de Saúde, entre outros motivos.

Parágrafo Primeiro. O(s) **CONTRATANTE(S)** assume(m), ainda, arcar com (i) a complementação de valores de honorários médicos e hospitalares, caso opte(m) por padrão de acomodação superior na evolução do atendimento para internação, quando não houver previsão no Contrato de Plano de Saúde mantido com a operadora ou seguradora de saúde; (ii) as despesas extraordinárias de telefone, acompanhantes, refeições, remoções terrestres e/ou aéreas; (iii) o(s) valor(es) da(s) diária(s) do(s) acompanhante(s) que permanecer(em) na enfermaria ou apartamento pela tabela de preços particular, quando o paciente estiver internado em UTI; (iv) os valores concernentes a serviços e coberturas adicionais e/ou outras despesas não cobertas pela operadora ou seguradora de saúde, a qual porventura o paciente estiver vinculado.

Parágrafo Segundo. A obtenção do valor exato dos serviços executados em detrimento do atendimento de urgência/emergência só será possível após a finalização do respectivo atendimento.

Cláusula Terceira: Caso o paciente for beneficiário de plano ou seguro saúde, os **CONTRATANTES** comprometem-se, desde já, a acompanhar a autorização prévia de todos os serviços solicitados pelos profissionais disponibilizados pela **CONTRATADA**, inclusive na hipótese de evolução do atendimento para internação, sendo obrigados a custear, integralmente, todas as despesas que não forem autorizadas e lhe forem cobradas após o efetivo atendimento pela **CONTRATADA**.

Cláusula Quarta: Todas as despesas do paciente, decorrentes dos serviços executados por força deste Contrato, serão apresentadas pela **CONTRATADA** e deverão ser quitadas imediatamente pelo(s) **CONTRATANTE(S)** através de (i) dinheiro; (ii) cartão de débito, ou; (iii) cartão de crédito, mediante parcelamento em até 4 (quatro) vezes sem juros, a critério do(s) **CONTRATANTE(S)**. Nessa oportunidade, a **CONTRATADA** apresentará fatura/nota fiscal dos serviços prestados.

Parágrafo Primeiro. A **CONTRATADA** reserva-se o direito de emitir boleto bancário, cujo valor será correspondente ao(s) serviço(s) efetivamente prestado(s), no caso de não ser efetuado o pagamento das despesas estabelecidas no *caput* desta cláusula.

Parágrafo Segundo. No caso de evolução do atendimento de urgência/emergência para internação e não havendo quitação das respectivas despesas, a **CONTRATADA** enviará, a cada 5 (cinco) dias úteis, a descrição dos serviços

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - NAS



Atendimento: 3281774

Cláusula Sexta: O(s) **CONTRATANTE(S)** responde(m), solidariamente, pela totalidade dos valores deste Contrato, de acordo com o artigo 264 e seguintes do Código Civil.

Cláusula Sétima: O **CONTRATANTE** acima identificado, na condição de paciente do Pronto Atendimento da Unimed Grande Florianópolis (ou de responsável legal), **se do sexo feminino**, declara para fins legais que após ter sido informada que existe a indicação para realizar consulta(s), exame(s) e procedimento(s) na unidade de saúde da **CONTRATADA**, foi-lhe esclarecido que:

(1) De acordo com a Lei nº 8.080/1990 tem o direito a ser assistida por um acompanhante de sua livre escolha ou, nos casos em que esteja impossibilitada de manifestar sua vontade, de seu representante legal, estando o acompanhante obrigado a preservar o sigilo das informações de saúde de que tiver conhecimento em razão do acompanhamento.

(2) No caso de atendimento que envolva qualquer tipo de sedação ou rebaixamento do seu nível de consciência, caso não indique acompanhante, a Unimed Grande Florianópolis indicará pessoa para lhe acompanhar, sendo preferencialmente profissional de saúde do sexo feminino, sem custo adicional, ciente que poderá recusar o nome indicado e solicitar a indicação de outro profissional, independentemente de justificativa, registrando-se o nome escolhido no documento gerado durante o atendimento.

(3) Em caso de atendimento eletivo com sedação/rebaixamento de consciência, caso não queira ser assistida, deverá no fim deste documento, assinalar a opção de renúncia, ciente que esse termo de consentimento livre e esclarecido será arquivado em seu prontuário.

(4) Ainda em caso de atendimento eletivo com sedação/rebaixamento de consciência, a dispensa do acompanhante poderá ser feita por escrito com 24h de antecedência, sendo o documento também arquivado no prontuário médico.

(5) No caso de atendimento realizado em centro cirúrgico ou unidade de terapia intensiva com restrições relacionadas a segurança ou a saúde da paciente, devidamente justificadas pelo corpo clínico, somente será admitido acompanhante que seja profissional de saúde indicado pelo Hospital Unimed, preferencialmente do sexo feminino.

(6) Em casos de urgência e emergência, os profissionais de saúde da Unimed Grande Florianópolis ficam autorizados a agir na proteção e defesa da saúde e da vida da paciente, ainda que na ausência do acompanhante requerido.

(7) **Afirma, ainda, que recebeu cópia do presente Contrato e deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que não foi coagida (forçada) sob nenhuma forma para assinar o referido documento.**

Após os esclarecimentos prestados através do presente *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*, disposto nesta cláusula, vem declarar que:

() **DESEJA** ser acompanhada nos termos da Lei nº 8.080/1990.

Nome da Acompanhante X Gabriel M. Damion Pereira

CPF nº X 060.924509-09

() **RENUNCIA** ser acompanhada nos termos da Lei nº 8.080/1990.

Cláusula Oitava: 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.

Florianópolis/SC, ____/____/____

X [Assinatura]
CONTRATANTE/RESPONSÁVEL

CONTRATADA

Testemunhas

1- _____

Nome:

CPF nº

2- _____

Nome:

CPF nº

Atend.: 3281774

V.3.0

2 - N° Guia no Prestador: 5503069

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

Instituto Adventista

1 - Registro ANS
000000

3 - N° Guia Principal

5 - Senha
20721

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
20721

9 - Validade da Carteira
05/09/2024

10 - Nome
LEO DAMIAN PEREIRA

11 - Cartão Nacional de Sa

13 - Código na Operadora
300638

14 - Nome do Contratado
Unidade Centro

15 - Nome do Profissional Solicitante
Requisitante Não Cadastrado/Inao Cooperado

16 - Conselho Profissional
6

17 - Número no Conselho
2526

18 - UF
SC

19 - Código CBO
225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caráter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
05/09/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1 22

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
10101039

26 - Descrição
CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

27 - Qtdde.Solic.
1

28 - Qtdde.Aut.
0

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CINES

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data
1

37 - Hora inicial a 38 - Hora final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtdde.

43 - Via

44 - Tec.

45 - Fator Red/Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - Seq.Rel.

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

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

LEO DAMIAN PEREIRA

Dt Nasc: 24/08/18

Mae: GABRIELA NUNES DAMIAN F

Atend: 3281774 Senha: P15

Instituto Adventista

imento a R N

Impresso em: 05/09/2024 18:40:04

Página 1

franciely soare

WATE70106

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Leo Damian Pereira

Nº da Carteira: 7.46.5910

Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Centro



Data de Nascimento: 24/08/2018

Nº da Guia: 20721

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
05/09/2024	16:56:00	Pátio	Aula de outras matérias

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Joelho Esquerdo

Descrição

Aluno estava brincando de pega pega alturinha e acabou caindo e machucando o joelho esquerdo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Jardson Rocha	(48) 3039-8200

Quem prestou primeiros socorros	Data
Jardson Rocha	05/09/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
PA INFANTIL UNIMED UNID.CENTRO - MENORES DE 15 ANOS EXCLUSIVO	Rua Madalena Barbi	204	Centro	(48) 3216-8222

Observações

Assim que o aluno caiu foi atendido imediatamente.

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

Paciente **LEO DAMIAN PEREIRA**

Data Nascto. 24/08/2018 6 Anos

Sexo Masculino

Telefone 9 9180-5710

Leito 1

Atendimento **3.281.774**

Prontuário 99.711.446

Dt. Entrada 05/09/2024 18:35:09

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
05/09/2024 18:56	05/09 18:58	Médico	Anamnese PA		RODRIGO VASCONCE LOS MARZOLA	CRM 15742

LEO DAMIAN PEREIRA, 6 anos

QUEIXA PRINCIPAL: caiu

s; mãe relata que cça caiu da propria altura na escola agora a tarde. Afirma que apresenta ferida em perna esquerda. Nega perda de consciência. Nega febre. Nega vômitos. Nega paralisia de membros.

- * Medicamentos em uso:nega
- * Alergias a medicamentos: nega
- * Comorbidades associadas:tea
- * Vacinação: em dia (sic)

EXAME FÍSICO:

BEG, corado e hidratado, eupnéico, anictérico e acianótico, ativo e alerta.

FC 100 FR 20 SAT TEMP PESO 22,6

MV+ bilateral sem RA.

RCR 2T BNF sem sopros.

Abdome flácido depressível RHA+ não se palpa massas ou visceromegalias.

Oroscopia normal.

Otoscopia normal.

Sem alterações neurológicas. Ausência de sinais meníngeos.

Pulsos e perfusão normais.

Pele ;ferida e escoriação em perna esquerda

HIPOTESE DIAGNÓSTICA: trauma superficial de mm

CONDUTA:curativo, orientações sobre limpeza e higiene e sobre vacinas

Sintomáticos.

Orientações.

Retorno se sinais de alerta.

Dr. RODRIGO VASCONCELOS MARZOLA (CRM 15742)

Unimed

Madalena Barbi, 204 - Florianópolis - SC

CNPJ:77858611001503 - Inscrição estadual: - Fone:3216-

(CNES 9830774)

Conta paciente

(77858611001503)

Nota:

Emissão:

Nº atend:

3.281.774

Nº IC:

21.053.868

Paciente:

LEO DAMIAN PEREIRA

Convênio:

Instituto Adventista

Usuário/Matrícula:

7465910

Categoria:

Instituto Adventista

Prontuário: 99711446

Data entrada: 05/09/2024 18:35:09

Data saída: 05/09/2024 20:24:36

Motivo Alta: Alta melhora

Médico: Dr. RODRIGO VASCONCELOS MARZOLA (CRM 15742)

Tipo atend: 3 - Pronto socorro

Espec/Clinica: 4 Clínica Pediátrica

Proc Princ: 00000000

0

Tipo acomodação Enfermaria

Data 24/08/2018

Sexo: M

CID Princ: W19.9 Queda sem especificação - local não especificado

Guia: Não informada,20721

Senha:

Dt Conta: 05/09/24 18:39

Dt inicial: 05/09/24 18:35

Dt final: 05/09/24 20:24

Refer: 30/09/24

Movimentação do Paciente

Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO UC	Setor sem acomodação	1/	05/09/2024 18:35:09	05/09/2024 20:24:36

Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor
1	05/09/24 18:35	PRONTO ATENDIMENTO UC	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	15742	RODRIGO	Clínico	70,27
Total de Honorários Não Conveniados					1,00				70,27

Taxas e Pacotes

Seq	Código	Descrição	Data	Qtde	VI Total
PRONTO ATENDIMENTO UC					
1	60034025	TAXA DE CURATIVO PEQUENO	05/09/2024 18:54:03	1,00	46,10
Total - PRONTO ATENDIMENTO UC -				1,00	46,10
Total de Taxas e Pacotes				1,00	46,10

Materiais

Seq	Código	Descrição	Unid.	Qtde	VI Unit.	VI Total
PRONTO ATENDIMENTO UC						
1	70176426	COMPRESSA GAZE ESTERIL 11 FIOS 7,5x7,5 CM (PACOTE 10UN	pc	1,0000	0,2500	0,25
2		COMPRESSA GAZE ESTERIL 13 FIOS 7,5X7,5CM C/ 05UN	pc	1,0000	1,2500	1,25
Total - PRONTO ATENDIMENTO UC -				2,0000		1,50
Total de Materiais				2,0000		1,50

Total geral R\$

117,87

Impresso em 11/09/2024 07:15:29

Pág 1

priscilacarla.s

FatAct_R7