



Paciente: SAMUEL VICTOR DA SILVA COSTA	Convênio: Instituto Adventista	Usuário/Matrícula: 23704	Emissão: Nº atend: 3.372.600 Nº IC: 21.149.052
Categoria: Instituto Adventista			

Prontuário: 99855778	Data entrada: 03/12/2024 13:00:54	Data saída: 03/12/2024 13:55:53	Motivo Alta: Alta melhora
Médico: Dra. CHRISTIANE MARRERO CATALAO (CRM 18017)	Tipo acomodação: Setor sem acomodação		Tipo atend: 3 - Pronto socorro
Proc Princ: 00000000	0		Espec/Clinica: 4 Clínica Pediátrica
Data: 02/02/2018		Sexo: M	
CID Princ:			
Guia: 23704		Senha:	

Dt Conta: 03/12/24 13:04 Dt inicial: 03/12/24 13:00 Dt final: 03/12/24 13:55 Refer: 31/12/24

Movimentação do Paciente

Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO UC	Setor sem acomodação	1/	03/12/2024 13:00:54	03/12/2024 13:55:53

Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor
1	03/12/24 13:00	PRONTO ATENDIMENTO UC	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	18017	CHRISTIANE	Clínico	70,27
2	03/12/24 13:00	PRONTO ATENDIMENTO UC	30101794	Sutura De Pequenos Ferimentos Com Ou Sem Desbridamento	1,00	18017	CHRISTIANE	Clínico	60,16
Total de Honorários Não Conveniados					2,00				130,43

Materiais

Seq	Código	Descrição	Unid.	Qtde	VI Unit.	VI Total
PRONTO ATENDIMENTO UC						
1		COMPRESSA GAZE ESTERIL 13 FIOS 7,5X7,5CM C/ 05UN	pc	1,0000	1,2500	1,25
2	70902607	DERMABOND-MINI	und	1,0000	86,5900	86,59
Total - PRONTO ATENDIMENTO UC -				2,0000		87,84
Total de Materiais				2,0000		87,84

Total geral R\$ 218,27

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - NAS



Atendimento: 3372600

Adventista

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: SAMUEL VICTOR DA SILVA COSTA

CPF:

Endereço: Rua Santo Antônio, 1200 ap 706

Atendimento Nº: 3372600

Telefone: (48) 996439263

RG:

Responsável:

Nome:

Telefone:

CPF:

RG:

Endereço:

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: 3372600

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 indicara 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 _____

CPF nº _____

() **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

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

V.3.0
Atend.: 3372600

2 - N° Guia no Prestador 5660716

Instituto Adventista

1 - Registro ANS 000000	3 - N° Guia Principal	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 23704	12 - Atendimento a RN N
4 - Data da Autorização 03/12/2024	5 - Senha 23704	10 - Nome SAMUEL VICTOR DA SILVA COSTA	11 - Cartão Nacional de Saúde
Dados do Beneficiário		9 - Validade da Carteira	18 - UF SC
8 - Número da Carteira 23704	14 - Nome do Contratado Unidade Centro	10 - Nome Profissional 6	19 - Código CBO 225125
13 - Código na Operadora 300638	15 - Nome do Profissional Solicitante Requisitante Não Cadastrado/nao Cooperado	17 - Número no Conselho 2526	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 03/12/2024	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela 25
24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039	26 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	27 - Qtdde.Solic. 1
2			28 - Qtdde.Aut. 0
3			
4			
5			
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Cnes	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 1	37 - Hora inicial a 38 - Hora final 2	39 - Tabela 3	40 - Código do Procedimento 4
2			41 - Descrição 5
3			
4			
5			
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Seq.Ref.	49 - Gr.Part.	50 - Código na Operadora/GPF	51 - Nome do Profissional
<p>SAMUEL VICTOR DA SILVA COSTA Dt Nasc: 02/02/18 Mae: MARTA ANDREIA DA SILVA COSTA Atend: 3372600 Senha: N66 Instituto Adventista</p>			
		Valor Total (R\$)	
52 - Conselho Profissional 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO			
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
1 - / /	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 Medicamentos (R\$)		63 - Total Gases Medicinais R\$	64 - Total Geral (R\$)
65 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
/ /		03/12/2024	03/12/2024

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Samuel Victor da Silva Costa
Nº da Carteira: 7.58.6717
Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Estreito



Data de Nascimento: 02/02/2018

Nº da Guia: 23704

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
03/12/2024	12:05:00	Sala de Aula	Saída

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

Descrição

Aluno estava brincando com colega na sala de aula e acabou se desequilibrando batendo a testa na mesa da sala.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Prof. Jaci	(48) 3039-8054

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

Encaminhado ao hospital de referência Unimed

Ass.:

Thais Honório de Souza

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 **SAMUEL VICTOR DA SILVA COSTA**

Data Nascto. 02/02/2018 6 Anos

Sexo Masculino

Telefone 996439263

Leito 1

Atendimento **3.372.600**

Prontuário 99.855.778

Dt. Entrada 03/12/2024 13:00:54

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
03/12/2024 13:07	03/12 13:24	Médico	Anamnese PA		CHRISTIAN E MARRERO CATALAO	CRM 18017

SAMUEL VICTOR DA SILVA COSTA, 6 anos

QUEIXA PRINCIPAL: corte em testa, após bater
vem avaliar necessidade de sutura

* 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 36,7 PESO 21

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 sem lesões.

FCC em testa

HIPOTESE DIAGNÓSTICA:

CONDUTA:

Dermabond, com sucesso

Sintomáticos.

Orientações.

Retorno se sinais de alerta.

Dra. CHRISTIANE MARRERO CATALAO (CRM 18017)