



3489663

Paciente **AGATHA SCHEIDEMANTEL**  
Data Nascto. 31/10/2016  
Idade 8 Anos  
Sexo Feminino  
Setor TOMOGRAFIA

Atendimento **3.489.663**  
Prescrição 5510485  
Prontuário 99.815.784  
Data 07/04/2025 18:54:14  
Anteriores ( ) SIM ( ) NÃO

Convênio Instituto Adventista  
Categoria Instituto Adventista  
Plano Único  
Município Florianópolis

**Exames Anteriores****Exames a Realizar**

**Protocolo: UGF3489663      Senha: 974285**

41001010 - TOMOGRAFIA DE CRANIO

Acesso: 8396234

ID: 12137283

Solicitante: Dr.(a) MARTHA NUNES SIMON

**AGENDAMENTOS**

Data/Hora Exame(s)  
07/04/2025 21:15 TOMOGRAFIA DE CRANIO

Executor  
FABIO VARGAS MAGALHAES

Agenda  
TOMOGRAFIA

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

V.3.0

Instituto Adventista

Atend.: 3489296

2 - N° Guia no Prestador

1 - Registro ANS	3 - N° Guia Principal	
4 - Data da Autorização 07/04/2025	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha
		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
Dados do Beneficiário		
8 - Número da Carteira 7465973	9 - Validade da Carteira 07/04/2025	10 - Nome AGATHA SCHEIDEMANTEL
11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N

Dados do Solicitante	
13 - Código na Operadora 300638	14 - Nome do Contratado Unidade Centro

15 - Nome do Profissional Solicitante MARTHA NUNES SIMON	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 7845	18 - UF SC	19 - Código CBO 225124	20 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Martha Nunes Simon</i>
---	---------------------------------	---------------------------------	---------------	---------------------------	--

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados		
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 07/04/2025	23 - Indicação Clínica tce

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qtde.Solic.	28 - Qtde.Aut.
1	22	41001010 TOMOGRAFIA DE CRANIO	1	1
2				
3				
4				
5				

Dados do Contratado Executante	
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado
31 - Código CNES	

Dados do atendimento			
32 - Tipo de Atendimento 11	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 - Qtde.	43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator Red./Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)
1						
2						
3						
4						
5						

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)					
48 - Seq.Ref.	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										
1 -	/	/		3 -	/	/		5 -	/	/
2 -	/	/		4 -	/	/		6 -	/	/

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 07/04/2025 _____		68 - Assinatura do Contratado 07/04/2025 _____	

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Agatha Scheidemantel

**Nº da Carteira:** 7.46.5973

**Instituição:** Colégio Adventista de Florianópolis - Centro



**Data de Nascimento:** 31/10/2016

**Nº da Guia:** 27111

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
07/04/2025	11:13:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Cabeça

## Descrição

Estavam na educação física, fazendo um exercício, quando se chocou com outro aluno.

## Testemunha da ocorrência

Cleiton

## Telefone

(48) 3039-8200

## Local de atendimento

PA INFANTIL UNIMED  
UNID.CENTRO - MENORES DE 15  
ANOS EXCLUSIVO

## Endereço

Rua Madalena Barbi

## Nº Bairro

204 Centro

## Telefone

(48) 3216-8222

## Observações

Foi atendido pela coordenação

Ass.:

Jardson Rocha

**Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado de atendimento e Nota Fiscal para o link:**

**<https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: [assistenciamedica@clinicaadventista.org.br](mailto: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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [portaligre.clinicaadventista.org.br](http://portaligre.clinicaadventista.org.br)

# UGF - Contrato de Prestação de Serviços Hospitalares CDI

## Contratante:

Paciente/Usuário

Atendimento N°: 3489663

Nome: AGATHA SCHEIDEMANTEL

Telefone: (48) 984216332

CPF: 12946084957

RG: \_\_\_\_\_

Endereço: Rua Padre Schrader, 478 CASA

## Responsável:

Nome: MARIANE

Telefone: \_\_\_\_\_

CPF: 06769119943

RG: \_\_\_\_\_

Endereço: Rua Padre Schrader, 478 FUNDOS

**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 N° 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, ressalvando 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 \_\_\_\_\_.

Mariame Parizoto

Contratante ou Responsável

Unimed Grande Florianópolis Coop. Trab. Médico  
CONTRATADA

**TESTEMUNHAS:**

1. Nome: \_\_\_\_\_

2. Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Paciente	AGATHA SCHEIDEMANTEL		Atendimento	3.489.663
Data Nascto.	31/10/2016	8 Anos	Prontuário	99.815.784
Sexo	Feminino		Dt. Entrada	07/04/2025 18:54:14
Telefone	984216332		Convênio	Instituto Adventista Instituto
Leito	1			

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
07/04/2025 19:19	07/04 19:21	Técnico de	Anotações de		ROBSON RAULINO	COREN 550912

### SBAR - Transferência setor IMAGEM

**Setor de origem :** pa infantil

**Setor destino :** setor de imagem

**Situação atual :** tc de cranio

**Análise :** Paciente proveniente do PA infantil acompanhado pela mae por meios propios, vem ao setor de

imagem realizar TC de crânio , exame realizado sem contraste conforme protocolo da instituição

**Plano :** Exame realizado sem intercorrência. Paciente retorna ao PA infantil por meios propios com sua mae com exame realizado.

**Avaliação de criticidade do paciente :** Cuidados mínimos

**Paciente repuncionado? :** não

**Exame (s) realizado (s)**

**Tomografia :** sim



Paciente: **AGATHA SCHEIDEMANTEL**  
Data de Nascimento: 31/10/2016 Idade: 8anos 5M Sexo: F  
Data do Exame: 07/04/2025  
Solicitante: Dr.(a) MARTHA NUNES SIMON  
Protocolo: UGF3489663 Senha: 974285

[unimedflorianopolis.com.br](http://unimedflorianopolis.com.br)  
Central de Atendimento:  
(48) 3288 4100  
Informações:  
0800 048 3500

## TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

### INDICAÇÃO CLÍNICA

TCE

### TÉCNICA

Aquisição volumétrica em aparelho multislice de 128 canais sem administração do meio de contraste intravenoso.

### ANÁLISE

Exame realizado em caráter de urgência.

Parênquima cerebral com coeficientes de atenuação preservados.

Tronco cerebral e fossa posterior sem alterações significativas.

Cavidades ventriculares com dimensões preservadas.

Não há evidências de processos expansivos, calcificações patológicas ou coleções extra-axiais.

Estruturas da linha média centradas.

Estruturas ósseas íntegras.

### IMPRESSÃO

Tomografia computadorizada do crânio sem alterações significativas.

\* NIC

Exame completo e laudo médico disponíveis em [www.unimedflorianopolis.com.br](http://www.unimedflorianopolis.com.br)

(Protocolo/senha informados após o exame).

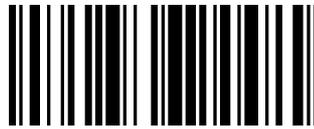
Responsável Técnico Dr. Fabio Vargas Magalhães CRM/SC 9267 RQE 10139

Diretor Técnico Dr. Gustavo Lemos Pelandré CRM/SC 12478 RQE 7811

1 / 1

  
Dr. Daniel Goulart Morais  
CRM/SC 16850





Paciente: <b>AGATHA SCHEIDEMANTEL</b>	Convênio: <b>Instituto Adventista</b>	Usuário/Matrícula: <b>7465973</b>
Categoria: <b>Instituto Adventista</b>		

**Emissão:**

Nº atend: **3.489.663**

Nº IC: **21.318.270**

Prontuário: 99815784	Data entrada: 07/04/2025 18:54:14	Data saída: 07/04/2025 19:15:47	Motivo Alta: Alta melhora
Proc Princ: 00000000	Médico: Dr. FABIO VARGAS MAGALHAES (CRM 9267)		Tipo atend: 7 - Externo
			Espec/Clinica: 1 Clínica Adulto
Data: 31/10/2016	Tipo acomodação: Setor sem acomodação		
CID Princ:	Sexo: F		
Guia: 27111	Senha: 27111		

Dt Conta: 07/04/25 19:14	Dt inicial: 07/04/25 18:54	Dt final: 07/04/25 19:15	Refer: 30/04/25
--------------------------	----------------------------	--------------------------	-----------------

Movimentação do Paciente						
Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Serviços Especiais	TOMOGRAFIA	Setor sem acomodação	1/	07/04/2025 18:54:14	07/04/2025 19:15:47

Honorários Não Conveniados									
Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor
1	07/04/25 19:14	TOMOGRAFIA	41001010	Crânio Ou Sela Túrcica Ou Órbitas	1,00	16850	DANIEL GOULART	Clínico	434,75
<b>Total de Honorários Não Conveniados</b>					<b>1,00</b>				<b>434,75</b>

**Total geral R\$ 434,75**



3489679

Paciente	EMILLY SOUZA DE ANDRADE	Atendimento	3.489.679	Convênio	Instituto Adventista
Data Nascto.	15/12/2008	Prescrição	5510526	Categoria	Instituto Adventista
Idade	16 Anos	Prontuário	78.225	Plano	Único
Sexo	Feminino	Data	07/04/2025 19:20:26	Município	Biguacu
Setor	ULTRASSONOGRRAFIA	Anteriores	( ) SIM ( ) NÃO		

### Exames Anteriores

### Exames a Realizar

Protocolo: UGF3489679      Senha: 511434

40901220 - USG TORNOZELO

Acesso: 8396369      ID: 1424070

Solicitante: Dr.(a) GUSTAVO LEMOS PELANDRE

### AGENDAMENTOS

Data/Hora      Exame(s)  
07/04/2025 19:05      USG TORNOZELO

Executor  
HOSPITAL UNIMED

Agenda  
USG II

Maria Eduarda Prudencio da Fonseca  
Assistente de atendimento  
Unimed Grande Florianópolis

# AUTORIZAÇÃO DE RETORNO



**Aluno:** Emilly Souza de Andrade  
**Nº da Carteira:** 7.58.4589  
**Instituição:** Colégio Adventista de Florianópolis - Estreito

**Data de Nascimento:** 15/12/2008

**Nº da Guia:** 25727.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
07/04/2025	13:22:17	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Esquerdo, Tornozelo Esquerdo

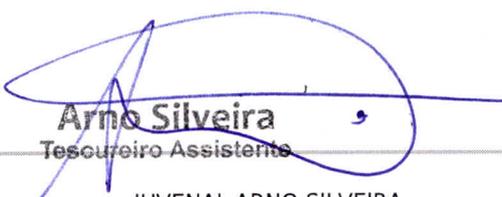
Descrição
Aluna tropeçou sozinha e acabou virando o pé esquerdo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitor Vitor	(48) 3039-8054

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

Motivo do Retorno
Retorno para realização de exame de ultrassonografia conforme solicitação médica, agendado para dia 07/04/2025 as 19:15hs c

Ass.:

  
**Arno Silveira**  
Tescureiro Assistente

JUVENAL ARNO SILVEIRA

**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](mailto: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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [portoalegre.clinicaadventista.org.br](http://portoalegre.clinicaadventista.org.br)

# UGF - Contrato de Prestação de Serviços Hospitalares CDI

## Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: EMILLY SOUZA DE ANDRADE

CPF: 12290619914

Endereço: COLETOR ZEFERINO DA COSTA, 38

Atendimento Nº: 3489679

Telefone: (48) 999483207

RG: 3322441

## Responsável:

Nome: ARLETE ZENAIR DE SOUZA DE ANDRADE

CPF: 01727381998

Endereço: COLETOR ZEFERINO DA COSTA, 38 CASA

Telefone: 5548999483207

RG: 3322441

**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 CONTRATADA 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:

- Assumir todas as despesas particulares ou não cobertas pelo plano de saúde;
- 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, ressalvando 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:

- 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.
- 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.
- Obedecer a normas previstas no contrato que disciplina os atendimentos aos usuários do respectivo convênio, caso o CONTRATANTE estiver vinculado a Plano de Saúde.
- 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: \_\_\_\_\_



Paciente: **EMILLY SOUZA DE ANDRADE**  
Data de Nascimento: 15/12/2008 Idade: 16anos 3M Sexo: F  
Data do Exame: 07/04/2025  
Solicitante: Dr.(a) GUSTAVO LEMOS PELANDRE  
Protocolo: UGF3489679 Senha: 511434

[unimedflorianopolis.com.br](http://unimedflorianopolis.com.br)

Central de Atendimento:  
(48) 3288 4100

Informações:  
0800 048 3500

## ULTRASSONOGRAFIA DO PÉ ESQUERDO

### TÉCNICA

Exame realizado com transdutor linear multifrequencial.

### ANÁLISE

Pele e tecido subcutâneo com ecotextura e ecogenicidade preservadas.  
Não há sinais de derrame articular metatarsalângico significativo.  
Estruturas tendíneas de aspecto habitual.  
Interespaços metatarsais sem alterações ultrassonográficas significativas, não sendo evidenciadas imagens sugestivas de neuromas.  
Não se observa distensão líquida significativa das bursasintermetatarsais.  
Ventres musculares preservados.

### IMPRESSÃO

Ultrassonografia do antepé esquerdo sem alterações significativas.

Dr. Alexandre Posser Filho  
CRM/SC 21254

Exame completo e laudo médico disponíveis em [www.unimedflorianopolis.com.br](http://www.unimedflorianopolis.com.br)

(Protocolo/senha informados após o exame).

Responsável Técnico Dr. Fabio Vargas Magalhães CRM/SC 9267 RQE 10139

Diretor Técnico Dr. Gustavo Lemos Pelandré CRM/SC 12478 RQE 7811





Paciente: **EMILLY SOUZA DE ANDRADE**  
Data de Nascimento: 15/12/2008 Idade: 16anos 3M Sexo: F  
Data do Exame: 07/04/2025  
Solicitante: Dr.(a) GUSTAVO LEMOS PELANDRE  
Protocolo: UGF3489679 Senha: 511434

[unimedflorianopolis.com.br](http://unimedflorianopolis.com.br)  
Central de Atendimento:  
(48) 3288 4100  
Informações:  
0800 048 3500

## ULTRASSONOGRAFIA DO TORNOZELO ESQUERDO

### INDICAÇÃO CLÍNICA

Entorse.

### TÉCNICA

Exame realizado com transdutor linear multifrequencial.

### ANÁLISE

Pele e tecido subcutâneo com ecotextura e ecogenicidade preservadas.

Pequeno derrame articular.

Tendinopatia do tibial posterior.

Tendões fibulares de aspecto habitual.

Tendões flexores longos do hálux e dos dedos com espessura e ecogenicidade preservadas.

Tendão calcâneo preservado.

Tendões do compartimento anterior (tibial anterior, extensores longos do hálux e dos dedos) sem alterações significativas.

Túnel do tarso livre.

Ventres musculares preservados.

Ligamento talofibular anterior difusamente heterogêneo, hipoeicoico, espessado e irregular, com área de rotura parcial extensa nas sua porção proximal, com foco hiperecogênico de permeio podendo corresponder à fragmento ósseo avulsionado.

Ligamento calcaneofibular espessado, hipoeicoico e heterogêneo podendo estar relacionado à lesão parcial por estiramento.

### IMPRESSÃO

Tendinopatia do tibial posterior.

Ligamento talofibular anterior difusamente heterogêneo, hipoeicoico, espessado e irregular, com área de rotura parcial extensa nas sua porção proximal, com foco hiperecogênico de permeio podendo corresponder à fragmento ósseo avulsionado.

Ligamento calcaneofibular espessado, hipoeicoico e heterogêneo podendo estar relacionado à lesão parcial por estiramento.

Dr. Alexandre Posser Filho  
CRM/SC 21254

Exame completo e laudo médico disponíveis em [www.unimedflorianopolis.com.br](http://www.unimedflorianopolis.com.br)

(Protocolo/senha informados após o exame).

Responsável Técnico Dr. Fabio Vargas Magalhães CRM/SC 9267 RQE 10139

Diretor Técnico Dr. Gustavo Lemos Pelandré CRM/SC 12478 RQE 7811



Paciente: <b>EMILLY SOUZA DE ANDRADE</b>	Convênio: <b>Instituto Adventista</b>	Usuário/Matrícula: <b>7584589</b>
Categoria: <b>Instituto Adventista</b>		

**Emissão:**

Nº atend: **3.489.679**

Nº IC: **21.318.368**

Prontuário: 78225	Data entrada: 07/04/2025 19:20:26	Data saída: 07/04/2025 19:41:56	Motivo Alta: Alta melhora
Proc Princ: 00000000	Médico: Dr. HOSPITAL UNIMED (CRM 000009)		Tipo atend: 7 - Externo
			Espec/Clinica: 1 Clínica Adulto
Data: 15/12/2008	Tipo acomodação Setor sem acomodação		
CID Princ:	Sexo: F		
Guia: <b>25727001</b>	Senha: 25727001		

Dt Conta: 07/04/25 19:40	Dt inicial: 07/04/25 19:20	Dt final: 07/04/25 19:41	Refer: 30/04/25
--------------------------	----------------------------	--------------------------	-----------------

Movimentação do Paciente						
Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Serviços Especiais	ULTRASSONOGRRAFIA	Setor sem acomodação	1/	07/04/2025 19:20:26	07/04/2025 19:41:56

Honorários Não Conveniados										
Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor	
1	07/04/25 19:38	ULTRASSONOGRRAFIA	40901220	Articular (Por Articulação)	1,00	21254	ALEXANDRE	Clínico	124,24	
2	07/04/25 19:40	ULTRASSONOGRRAFIA	40901220	Articular (Por Articulação)	1,00	21254	ALEXANDRE	Clínico	124,24	
<b>Total de Honorários Não Conveniados</b>					<b>2,00</b>				<b>248,48</b>	

<b>Total geral R\$</b>	<b>248,48</b>
------------------------	---------------



3523459



Paciente **VICTOR HENRIQUE LOPES LINO**  
Data Nascto. 30/07/2009  
Idade 15 Anos  
Sexo Masculino  
Setor RAI0 X

Atendimento **3.523.459**  
Prescrição 5589123  
Prontuário 99.867.231  
Data 08/05/2025 15:37:36  
Anteriores ( ) SIM ( ) NÃO

Convênio Instituto Adventista  
Categoria Instituto Adventista  
Plano Único  
Município Sao Jose

**Exames Anteriores****Exames a Realizar****Protocolo: UGF3523459****Senha: 819561**

40804135 - INCIDÊNCIA ADICIONAL DE MEMBRO INFERIOR

Acesso: 8474621

ID: 12227456

Solicitante: Dr.(a)

40804135 - INCIDÊNCIA ADICIONAL DE MEMBRO INFERIOR

Acesso: 8474622

ID: 12227456

Solicitante: Dr.(a)

40804097 - RX PE OU PODODÁCTILO - 2 INCIDÊNCIAS

Acesso: 8474620

ID: 12227456

Solicitante: Dr.(a)

**AGENDAMENTOS**

Data/Hora

08/05/2025 14:20

Exame(s)

RX PE OU PODODÁCTILO - 2 INCIDÊNCIAS

Executor

GUSTAVO LEMOS PELANDRE

Agenda

RAIO-X

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

V.3.0  
Atend.: 3523459

Instituto Adventista

2 - N° Guia no Prestador 5926246

1 - Registro ANS		3 - N° Guia Principal									
4 - Data da Autorização 08/05/2025		5 - Senha	6 - Data Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuido pela Operadora						
Dados do Beneficiário			8 - Número da Carteira 7586344		9 - Validade da Carteira 31/07/2026	10 - Nome VICTOR HENRIQUE LOPES LINO		11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N		
Dados do Solicitante			13 - Código na Operadora 77858611001414			14 - Nome do Contratado UNIMED GRANDE FLORIANOPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO					
15 - Nome do Profissional Solicitante MARCELO ANDRE ROCHA OSTROWSKI			16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 7931	18 - UF SC	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante				
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados											
21 - Caráter do Atendimento		22 - Data da Solicitação 08/05/2025		23 - Indicação Clínica							
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qtde.Solic.	28 - Qtde.Aut.							
1	22	40804097		1					0		
2	22	40804135		2					0		
3											
4											
5											
Dados do Contratado Executante			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	38 - Hora final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
1											
2											
3											
4											
5											
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)											
48 - Seq.Ref.	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 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	59 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	60 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	61 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	62 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	63 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	64 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	65 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	66 - 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 08/05/2025 <i>Victor Henrique Lopes Lino</i>			68 - Assinatura do Contratado 08/05/2025					

# UGF - Contrato de Prestação de Serviços Hospitalares CDI

## Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: VICTOR HENRIQUE LOPES LINO

CPF: 14373878960

Endereço: Rua Hermes, 110 Casa

Atendimento Nº: 3523459

Telefone: (48) 996057567

RG:

## Responsável:

Nome: CINTIA LOPES

CPF: 07801924940

Endereço: - Rua Francisco Assis do Vale, 16 Casa

Telefone: 5548984000000

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, ressalvando 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 \_\_\_\_\_.

Christina Lopes

Contratante ou Responsável

Unimed Grande Florianópolis Coop. Trab. Médico  
CONTRATADA

**TESTEMUNHAS:**

1. Nome: \_\_\_\_\_

2. Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO.005

**Aluno:** Victor Henrique Lopes Lino  
**Nº da Carteira:** 7.58.6344  
**Instituição:** Colégio Adventista de Florianópolis - Estreito



**Data de Nascimento:** 30/07/2009

**Nº da Guia:** 24453.005

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
08/05/2025	15:09:25	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Pé Direito, 1º Dedo Pé Direito

Descrição
Aluno acabou chutando o pé do colega na educação física, torcendo o dedão direito.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitor Guilherme	(48) 3039-8054

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

Motivo do Retorno
Guia para realização de RX conforme solicitação médica

Ass.:   
Arno Silveira  
Téc. Administrativo Assistente  
JUVENAL ARNO SILVEIRA

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](mailto: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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [portoalegre.clinicaadventista.org.br](http://portoalegre.clinicaadventista.org.br)



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

2- Nº Guia no Prestador 2 1708942

1 - Registro ANS  3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização  5 - Senha  6 - Data de Validade da Senha  7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira  9 - Validade da Carteira  10 - Nome VICTOR HOMMQUE LOPES LINO 11 - Cartão Nacional de Saúde  12 - Atendimento a RN

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora  14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante MARCINO OSTROWSKI 16 - Conselho Profissional  17 - Número no Conselho 7931 18 - UF  19 - Código CBO  20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento  22 - Data da Solicitação 06/05/2015 23 - Indicação Clínica M 12-1 S93.9

24-Tabela	25-Código do Procedimento ou Item Assistencial	26-Descrição	27-Qtde. Solic.	28-Qtde. Aut.
1-				
2-				
3-				
4-				
5-				

RX ANTEPÉ Din APTOBLOW + PENEC HAWX

Dados do Contratado Executante

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	38-Hora Final	39-Tabela	40-Código do Procedimento	41-Descrição	42 - Qtde.	43-Via	44-Tec.	45- Fator Red./Acresc.	46-Valor Unitário (R\$)	47-Valor Total (R\$)
1-											
2-											
3-											
4-											
5-											

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

48-Seq.Ref	49-Grau 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

1-  3-  5-  7-  9-

2-  4-  6-  8-  10-

58-Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)  60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)  61 - Total de Materiais (R\$)  62 - Total de OPME (R\$)  63 - Total de Medicamentos (R\$)  64 - Total de Gases Medicinais (R\$)  65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização  67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  68 - Assinatura do Contratado

Marcelo Ostrowski  
 Ortopedia / Traumatologia  
 CREMESC 7931



Paciente: **VICTOR HENRIQUE LOPES LINO**  
Data de Nascimento: 30/07/2009 Idade: 15anos 9M Sexo: M  
Data do Exame: 08/05/2025  
Solicitante: Dr.(a) MARCELO ANDRE ROCHA OSTROWSKI  
Protocolo: UGF3523459 Senha: 819561

[unimedflorianopolis.com.br](http://unimedflorianopolis.com.br)

Central de Atendimento:  
(48) 3288 4100

Informações:  
0800 048 3500

## RADIOGRAFIA DIGITAL DO PÉ DIREITO

Estrutura óssea normal.  
Relações articulares anatômicas.  
Partes moles sem alterações radiográficas.  
Fratura da base da falange proximal do hálux.

Exame completo e laudo médico disponíveis em [www.unimedflorianopolis.com.br](http://www.unimedflorianopolis.com.br)

(Protocolo/senha informados após o exame).

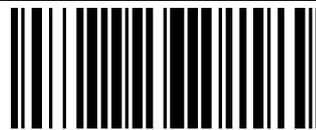
Responsável Técnico Dr. Fabio Vargas Magalhães CRM/SC 9267 RQE 10139

Diretor Técnico Dr. Gustavo Lemos Pelandré CRM/SC 12478 RQE 7811

1 / 1

**Dr. Pedro Lemos de Luca**  
CRM/SC 6606





Paciente: <b>VICTOR HENRIQUE LOPES LINO</b>	Convênio: <b>Instituto Adventista</b>	Usuário/Matrícula: <b>7586344</b>
Categoria: <b>Instituto Adventista</b>		

**Emissão:**

Nº atend: **3.523.459**  
 Nº IC: **21.354.662**

Prontuário: 99867231	Data entrada: 08/05/2025 15:37:36	Data saída: 08/05/2025 16:03:23	Motivo Alta: Alta melhora
Médico: Dr. GUSTAVO LEMOS PELANDRE (CRM 12478)			Tipo atend: 7 - Externo
Proc Princ: 00000000	0	Tipo acomodação: Setor sem acomodação	Espec/Clinica: 1 Clínica Adulto
Data: 30/07/2009			Sexo: M
CID Princ:			
Guia: Não informada	Senha:		

Dt Conta: 08/05/25 16:02    Dt inicial: 08/05/25 15:37    Dt final: 08/05/25 16:03    Refer: 31/05/25

**Movimentação do Paciente**

Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Serviços Especiais	RAIO X	Setor sem acomodação	1/	08/05/2025 15:37:36	08/05/2025 16:03:23

**Honorários Não Conveniados**

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor
1	08/05/25 16:02	RAIO X	40804135	Incidência Adicional De Membro Inferior	1,00	6606	PEDRO LEMOS DE	Clínico	17,81
2	08/05/25 16:02	RAIO X	40804097	Pé Ou Pododáctilo	1,00	6606	PEDRO LEMOS DE	Clínico	45,99
3	08/05/25 16:03	RAIO X	40804135	Incidência Adicional De Membro Inferior	1,00	6606	PEDRO LEMOS DE	Clínico	17,81
<b>Total de Honorários Não Conveniados</b>					<b>3,00</b>				<b>81,61</b>

**Total geral R\$**

**81,61**