

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Vitória dos Passos
Nº da Carteira: 7.205.713
Instituição: Colégio Adventista Palhoça



Data de Nascimento: 12/01/2012

Nº da Guia: 14995

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
05/12/2023	16:57:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Cabeça

Descrição

A aluna caiu de costas e bateu a cabeça no chão. Estava referindo dor na parte frontal da cabeça.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Bianca Bendik Rodrigues	48998557433
Bianca Bendik Rodrigues	48998557433

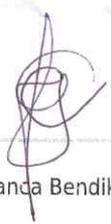
Quem prestou primeiros socorros	Data
Maicon (monitor)	05/12/2023

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

Foi aplicado gelo no local e feito contato com a família para encaminhamento do atendimento médico.

Ass.: _____


Bianca Bendik Rodrigues

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	VITORIA DOS PASSOS		Atendimento	3.024.932	
Data Nascto.	12/01/2012	11 Anos	Carteirinha:	7205713	
Sexo	Feminino		Convênio	Instituto Adventista	
Endereço	Rua Altino Martins , 62 CASA			Cat. / Plano	Instituto Adventista - Único
Município	Palhoca		Prontuário	99828143	
Telefone	999789912		Data	05/12/2023 18:42:25	
			Tipo Acomod	Setor sem acomodação	

Termo de Responsabilidade

O abaixo assinado CLEUSA JOAO DOS PASSOS, responsável pelo paciente VITORIA DOS PASSOS, dará a plena autorização aos médicos da COOP PA - FILIAL CENTRO da Unimed Grande Florianópolis, conforme disposto no artigo 39, IV, da Lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor), para assistirem e tratarem de sua enfermidade realizando todos os procedimentos e investigações que julgarem necessárias, para preservação da saúde e da vida do paciente.

Os médicos da COOP PA - FILIAL CENTRO, atendendo ao disposto no artigo 34 do Código de Ética Médica e artigo 9º da Lei 8.078/90, explicarão 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. Outrossim, em caso iminente de perigo de vida, de acordo com o artigo 22 do Código de Ética Médica, serão efetuados todos e quaisquer procedimentos médicos sem esclarecimento e consentimento prévios.

O prontuário médico deve permanecer sob a guarda dos médicos desta UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO. Solicitamos que seja devolvido. Em caso de perda ou extravio, será impressa 2ª via deste documento, e os gastos pertinentes ao atendimento serão cobrados conforme cobertura contratual.

Informamos que consultas realizadas nas Unidades de Pronto Atendimento, particular ou convênio não tem direito a retorno.

VITORIA DOS PASSOS


CLEUSA JOAO DOS PASSOS

PRONTO ATENDIMENTO UC

Florianópolis, 5 de dezembro de 2023

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado CLEUSA JOAO DOS PASSOS, responsável pela paciente VITORIA DOS PASSOS, dará plena autorização aos médicos da COOP PA - FILIAL CENTRO da Unimed Grande Florianópolis, conforme disposto no artigo 39, IV, da Lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor), para assistirem e tratarem de sua enfermidade realizando todos os procedimentos e investigações que julgarem necessárias, para preservação da saúde e da vida do paciente.

Os médicos da COOP PA - FILIAL CENTRO, atendendo ao disposto no artigo 34 do Código de Ética Médica e artigo 9º da Lei 9.078/90, explicarão claramente a proposta do procedimento médico ou cirúrgico, seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas aos procedimentos, proporcionando livre questionamento e respondendo inteira e satisfatoriamente as perguntas.

Outrossim, em caso iminente de perigo de vida, de acordo com o artigo 22 do Código de Ética Médica, serão efetuados todos e quaisquer procedimentos médicos sem esclarecimento e consentimentos prévios.

O prontuário médico deve permanecer sob a guarda dos médicos desta UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO. Solicitamos que seja devolvido. Em caso de perda ou extravio, será impressa 2ª via de documentos.

Tratando-se de menor paciente, conforme o artigo 12 da Lei nº 8.069/90 (Estatuto da Criança e do Adolescente), é obrigatória a permanência de um dos pais ou responsável legal durante toda a estadia da criança e/ou adolescente na instituição.

Declara CLEUSA JOAO DOS PASSOS ser responsável solidário (art. 264 e ss do Código Civil) pelo pagamento das despesas que, desde já, declara estar ciente, e que as mesmas serão cobradas conforme cobertura contratual. Sendo os atendimentos **particulares, não cobertos, não autorizados e não quitados na totalidade pelo paciente e/ou responsável a cobrança será realizada conforme estabelecida no presente termo.**

Assim, caso não seja efetuado o pagamento no final do atendimento, a Unimed poderá exigir nota promissória ou, em caso negativo, autoriza o responsável, desde já, a emissão de boleto bancário de cobrança, o qual deverá ser pago em 30 (trinta) dias. **No caso de inadimplência, respeitado o prazo, o nome do responsável será inscrito nos serviços de proteção ao crédito.**

Ressalta que é de responsabilidade do paciente e/ou responsável legal a veracidade dos dados informados no atendimento, bem como a atualização, para envio/realização das cobranças.

Informa que consultas realizadas nas Unidades de Pronto Atendimento, particular ou convênio não tem direito a retorno.



VITORIA DOS PASSOS / CLEUSA JOAO DOS PASSOS

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS - PRONTO ATENDIMENTO

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: VITORIA DOS PASSOS

CPF: 13732467902

Endereço: Rua Altino Martins, 62 CASA

Atendimento Nº: 3024932

Telefone: (48) 999789912

RG:

Responsável:

Nome: CLEUSA

CPF: 04278125933

Endereço: Rua Altino Martins, 62 CASA

Telefone: 5548999789912

RG:

CONTRATADA: UNIMED GRANDE FLORIANOPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO; pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 77.858.611/0015-03, Rua Madalena Barbi, nº 204, Centro, Florianópolis, Estado de Santa Catarina, CEP 88015-190, neste ato representada por seu representante legal abaixo assinado.

CLÁUSULA PRIMEIRA: Do Objeto

1.1. Constitui-se objeto do presente instrumento, a prestação de serviços médicos e ambulatoriais pela CONTRATADA ao CONTRATANTE/PACIENTE acima qualificado, nas dependências da CONTRATADA situada no endereço indicado no preâmbulo deste contrato, bem como, fora das dependências caso haja necessidade.

CLÁUSULA SEGUNDA: Das Obrigações e Responsabilidades do CONTRATANTE

1-2.2. Pelo contrato ora firmado, o CONTRATANTE e/ou Responsável, na forma prevista no art. 264 e seguintes do Código Civil, obriga-se a:

a) Assumir todas as despesas particulares ou não cobertas pelo plano de saúde como: serviços médicos, complemento de honorários médicos, fisioterapia, órteses, próteses, materiais, medicamentos, tratamento hospitalar e/ ou ambulatorial, despesas extraordinárias com acompanhante e refeições; ligações telefônicas externas, bem como todo e qualquer ônus decorrente dos serviços de acompanhamento, remoção e outras se utilizadas.

b) Assumir as despesas decorrentes de extravio do enxoval e danos ao patrimônio da CONTRATADA, desde que devidamente comprovados; c) Quitar imediatamente as despesas decorrentes do atendimento na ocasião de alta médica, alta administrativa do paciente do Pronto Atendimento, ou da transferência para prestador de serviço médico-hospitalar.

2.2. 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.

2.3. 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.

2.4. A contratação em caráter particular, não é vinculada a nenhum plano, mas sim, aos serviços efetivamente adquiridos, bem como a indicação do procedimento médico ambulatorial e seu respectivo tratamento.

2.5. É de responsabilidade do CONTRATANTE/PACIENTE e/ou RESPONSÁVEL trazer, para uso durante o atendimento médico-ambulatorial, produtos para higiene pessoal, tais como, por exemplo, dentre outros: creme dental, escova de dente, pente ou escova para cabelo, sabonete líquido, creme e lâmina para barbear, hidratante para pele, shampoo, condicionador, absorvente íntimo, fraldas descartáveis (quando seu uso for necessário).

CLÁUSULA TERCEIRA: Das obrigações e Responsabilidades da CONTRATADA

3.1. Pelo contratado 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) Na hipótese de inadimplência superior a 30 (trinta) dias, poderá registrar, nos Cadastros de Proteção ao Crédito (SPC, SERASA e afins), obedecendo 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 CONTRATANTE, e localizado nas dependências da CONTRATADA, mediante prova, ficará à disposição daquele pelo prazo de 30 (trinta) dias, findos os quais, serão descartados ou doados por parte da CONTRATADA.

CLÁUSULA QUARTA: Da apresentação de despesas

4.1. 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

5.1. Neste presente ato, o responsável dá plena autorização dos médicos da CONTRATADA para assistirem e tratem a

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

Atend.: 3024932

2 - N° Guia no Prestador 4997753

Instituto Adventista

1 - Registro ANS 000000	3 - N° Guia Principal	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 14995	12 - Atendimento a RN N
4 - Data da Autorização 05/12/2023	6 - Data Validade da Senha 14995	10 - Nome VITORIA DOS PASSOS	
Dados do Beneficiário	9 - Validade da Carteira 05/12/2023	11 - Cartão Nacional de Saúde	
8 - Número da Carteira 7205713	14 - Nome do Contratado Unidade Centro	17 - Número no Conselho 2526	
Dados do Solicitante	15 - Nome do Profissional Solicitante Requisitante Não Cadastrado/não Cooperado	18 - UF SC	
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 05/12/2023	19 - Código CBO 225125	
24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039	20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
2	26 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	27 - Qtde.Solic. 1	28 - Qtde.Aut. 0
3			
4			
5			
Dados do Contratado Excusante	30 - Nome do Contratado		31 - Código CNES
29 - Código na Operadora			
Dados do atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		
32 - Tipo de Atendimento	34 - Tipo de Consulta		
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		
36 - Data	37 - Hora Inicial a 38 - Hora final	42 - Qtde.	43 - Via
1	39 - Tabela	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acresc.
2	40 - Código do Procedimento	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
3	41 - Descrição		
4			
5			
Identificação do(á) Profissional(ais) Excusante(s)	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho
48 - Seq.Nel.	49 - Gr.Part.	54 - UF	55 - Código CBO
	60 - Código na Operadora/GPF		
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Observação / Justificativa	
1 - / /	3 - / /	5 - / /	7 - / /
2 - / /	4 - / /	6 - / /	8 - / /
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	
/ /	05/12/2023	05/12/2023	

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Vitória dos Passos
Nº da Carteira: 7.205.713
Instituição: Colégio Adventista Palhoça



Data de Nascimento: 12/01/2012

Nº da Guia: 14995

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
05/12/2023	16:57:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Cabeça

Descrição

A aluna caiu de costas e bateu a cabeça no chão. Estava referindo dor na parte frontal da cabeça.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Bianca Bendik Rodrigues	48998557433
Bianca Bendik Rodrigues	48998557433

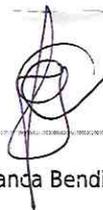
Quem prestou primeiros socorros	Data
Maicon (monitor)	05/12/2023

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

Foi aplicado gelo no local e feito contato com a família para encaminhamento do atendimento médico.

Ass.:


Bianca Bendik Rodrigues

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Heytor Santos da Silva

Nº da Carteira: 7.46.6033

Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Centro

Data de Nascimento: 06/01/2018

Nº da Guia: 14972



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
04/12/2023	17:25:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Abdomen

Descrição
Aluno tropeçou e um dos colegas caiu em cima do aluno machucando na região da cintura.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Jardson Rocha	(48) 98868-3009

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
Aluno recebeu atendimento do monitor e realizado ligação para os 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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Bernardo Heidemann dos Santos
Nº da Carteira: 7.205.280
Instituição: Colégio Adventista Palhoça

Data de Nascimento: 01/06/2012

Nº da Guia: 14970

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
04/12/2023	17:08:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu

Queda de mesmo nível

Partes do corpo

Braço Esquerdo, Cotovelo Esquerdo

Descrição

O aluno estava na quadra quando na disputa de bola se desequilibrou e caiu batendo o cotovelo esquerdo no chão. Foi colocado gelo e a Orientadora Educacional entrou em contato a responsável.

Testemunha da ocorrência

Juliana Vieira

Juliana Vieira

Telefone

(48) 99627-6899

(48) 99627-6899

Quem prestou primeiros socorros

Juliana Vieira

Data

04/12/2023

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

O aluno estava na quadra quando na disputa de bola se desequilibrou e caiu batendo o cotovelo esquerdo no chão. Foi colocado gelo e a Orientadora Educacional entrou em contato a responsável.

Ass.:

Juliana Vieira Ferreira

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	BERNARDO HEIDEMANN DOS SANTOS		Atendimento	3.023.844
Data Nascto.	01/06/2012	11 Anos	Carteirinha:	
Sexo	Masculino		Convênio	Instituto Adventista
Endereço			Cat. / Plano	Instituto Adventista - Sem plano
Município			Prontuário	99828065
Telefone			Data	04/12/2023 18:43:29
			Tipo Acomod	Enfermaria

Termo de Responsabilidade

O abaixo assinado CLEBERSON DOS SANTOS, responsável pelo paciente BERNARDO HEIDEMANN DOS SANTOS, dará a plena autorização aos médicos da COOP PA - FILIAL CENTRO da Unimed Grande Florianópolis, conforme disposto no artigo 39, IV, da Lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor), para assistirem e tratem de sua enfermidade realizando todos os procedimentos e investigações que julgarem necessárias, para preservação da saúde e da vida do paciente.

Os médicos da COOP PA - FILIAL CENTRO, atendendo ao disposto no artigo 34 do Código de Ética Médica e artigo 9º da Lei 8.078/90, explicarão 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. Outrossim, em caso iminente de perigo de vida, de acordo com o artigo 22 do Código de Ética Médica, serão efetuados todos e quaisquer procedimentos médicos sem esclarecimento e consentimento prévios.

O prontuário médico deve permanecer sob a guarda dos médicos desta UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO. Solicitamos que seja devolvido. Em caso de perda ou extravio, será impressa 2ª via deste documento, e os gastos pertinentes ao atendimento serão cobrados conforme cobertura contratual.

Informamos que consultas realizadas nas Unidades de Pronto Atendimento, particular ou convênio não tem direito a retorno.

BERNARDO HEIDEMANN DOS SANTOS



CLEBERSON DOS SANTOS

PRONTO ATENDIMENTO UC

Florianópolis, 4 de dezembro de 2023

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado CLEBERSON DOS SANTOS, responsável pela paciente BERNARDO HEIDEMANN DOS SANTOS, dará plena autorização aos médicos da COOP PA - FILIAL CENTRO da Unimed Grande Florianópolis, conforme disposto no artigo 39, IV, da Lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor), para assistirem e tratarem de sua enfermidade realizando todos os procedimentos e investigações que julgarem necessárias, para preservação da saúde e da vida do paciente.

Os médicos da COOP PA - FILIAL CENTRO, atendendo ao disposto no artigo 34 do Código de Ética Médica e artigo 9º da Lei 9.078/90, explicarão claramente a proposta do procedimento médico ou cirúrgico, seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas aos procedimentos, proporcionando livre questionamento e respondendo inteira e satisfatoriamente as perguntas.

Outrossim, em caso iminente de perigo de vida, de acordo com o artigo 22 do Código de Ética Médica, serão efetuados todos e quaisquer procedimentos médicos sem esclarecimento e consentimentos prévios.

O prontuário médico deve permanecer sob a guarda dos médicos desta UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO. Solicitamos que seja devolvido. Em caso de perda ou extravio, será impressa 2ª via de documentos.

Tratando-se de menor paciente, conforme o artigo 12 da Lei nº 8.069/90 (Estatuto da Criança e do Adolescente), é obrigatória a permanência de um dos pais ou responsável legal durante toda a estadia da criança e/ou adolescente na instituição.

Declara CLEBERSON DOS SANTOS ser responsável solidário (art. 264 e ss do Código Civil) pelo pagamento das despesas que, desde já, declara estar ciente, e que as mesmas serão cobradas conforme cobertura contratual. Sendo os atendimentos **particulares, não cobertos, não autorizados e não quitados na totalidade pelo paciente e/ou responsável a cobrança será realizada conforme estabelecida no presente termo.**

Assim, caso não seja efetuado o pagamento no final do atendimento, a Unimed poderá exigir nota promissória ou, em caso negativo, autoriza o responsável, desde já, a emissão de boleto bancário de cobrança, o qual deverá ser pago em 30 (trinta) dias. **No caso de inadimplência, respeitado o prazo, o nome do responsável será inscrito nos serviços de proteção ao crédito.**

Ressalta que é de responsabilidade do paciente e/ou responsável legal a veracidade dos dados informados no atendimento, bem como a atualização, para envio/realização das cobranças.

Informa que consultas realizadas nas Unidades de Pronto Atendimento, particular ou convênio não tem direito a retorno.



BERNARDO HEIDEMANN DOS SANTOS / CLEBERSON DOS SANTOS

enfermidade realizando todos os procedimentos e investigações necessárias para preservação da saúde e da vida do paciente, conforme disposto no artigo 39- da Lei n.º 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor).

5.2. Os médicos da CONTRATADA atenderão ao disposto no artigo 34 do Código de Ética Médica e ao art. 6º, inciso III, art. 31 e art. 39, inciso VI, todos do Código de Defesa do Consumidor (Lei n.º 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 esclarecimento e/ou consentimento prévio.

5.3. Após a alta hospitalar, o paciente deverá liberar o leito em até 30 (trinta) minutos. Caso o período de tolerância seja ultrapassado o(a) CONTRATANTE incidirá multa diária no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais).

CLÁUSULA SEXTA: Do foro

6.1. Fica eleito o foro da Comarca de Florianópolis/SC para dirimir quaisquer dúvidas do presente contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja. Assim, por estarem as 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.

Florianópolis, SC, __ de _____ de _____.



CONTRATANTE (OU RESPONSÁVEL)

Unimed Grande Florianópolis Coop. Trab. Médico
CONTRATADA

Testemunhas

1- _____

Nome:

CPF:

2- _____

Nome:

CPF:

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS - PRONTO ATENDIMENTO

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: BERNARDO HEIDEMANN DOS SANTOS

CPF: 14795172919

Endereço:

Atendimento Nº: 3023844

Telefone:

RG:

Responsável:

Nome: CLEBER

CPF: 03925101977

Endereço: Rua Carrara, 275 Apto 1504

Telefone: 4884251051

RG: 4214416

CONTRATADA: UNIMED GRANDE FLORIANOPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO; pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 77.858.611/0015-03, Rua Madalena Barbi, nº 204, Centro, Florianópolis, Estado de Santa Catarina, CEP 88015-190, neste ato representada por seu representante legal abaixo assinado.

CLÁUSULA PRIMEIRA: Do Objeto

1.1. Constitui-se objeto do presente instrumento, a prestação de serviços médicos e ambulatoriais pela CONTRATADA ao CONTRATANTE/PACIENTE acima qualificado, nas dependências da CONTRATADA situada no endereço indicado no preâmbulo deste contrato, bem como, fora das dependências caso haja necessidade.

CLÁUSULA SEGUNDA: Das Obrigações e Responsabilidades do CONTRATANTE

1-2.2. Pelo contrato ora firmado, o CONTRATANTE e/ou Responsável, na forma prevista no art. 264 e seguintes do Código Civil, obriga-se a:

a) Assumir todas as despesas particulares ou não cobertas pelo plano de saúde como: serviços médicos, complemento de honorários médicos, fisioterapia, órteses, próteses, materiais, medicamentos, tratamento hospitalar e/ou ambulatorial, despesas extraordinárias com acompanhante e refeições; ligações telefônicas externas, bem como todo e qualquer ônus decorrente dos serviços de acompanhamento, remoção e outras se utilizadas.

b) Assumir as despesas decorrentes de extravio do enxoval e danos ao patrimônio da CONTRATADA, desde que devidamente comprovados; c) Quitar imediatamente as despesas decorrentes do atendimento na ocasião de alta médica, alta administrativa do paciente do Pronto Atendimento, ou da transferência para prestador de serviço médico-hospitalar.

2.2. 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.º 8.069, de 13 de julho de 1990.

2.3. 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.

2.4. A contratação em caráter particular, não é vinculada a nenhum plano, mas sim, aos serviços efetivamente adquiridos, bem como a indicação do procedimento médico ambulatorial e seu respectivo tratamento.

2.5. É de responsabilidade do CONTRATANTE/PACIENTE e/ou RESPONSÁVEL trazer, para uso durante o atendimento médico-ambulatorial, produtos para higiene pessoal, tais como, por exemplo, dentre outros: creme dental, escova de dente, pente ou escova para cabelo, sabonete líquido, creme e lâmina para barbear, hidratante para pele, shampoo, condicionador, absorvente íntimo, fraldas descartáveis (quando seu uso for necessário).

CLÁUSULA TERCEIRA: Das obrigações e Responsabilidades da CONTRATADA

3.1. Pelo contratado 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) Na hipótese de inadimplência superior a 30 (trinta) dias, poderá registrar, nos Cadastros de Proteção ao Crédito (SPC, SERASA e afins), obedecendo 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 CONTRATANTE, e localizado nas dependências da CONTRATADA, mediante prova, ficará à disposição daquele pelo prazo de 30 (trinta) dias, findos os quais, serão descartados ou doados por parte da CONTRATADA.

CLÁUSULA QUARTA: Da apresentação de despesas

4.1. 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

5.1. Neste presente ato, o responsável dá plena autorização dos médicos da CONTRATADA para assistirem e tratarem a

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

2 - Nº Guia no Prestador 49955584

Atend.: 3023844

V.3.0

Instituto Adventista

1 - Registro ANS 000000	3 - Nº Guia Principal	5 - Senha 04/12/2023	6 - Data Validade da Senha 04/12/2023
Dados do Beneficiário		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 14970	10 - Nome BERNARDO HEIDEMANN DOS SANTOS
8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	11 - Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Solicitante		12 - Atendimento a RN N	

13 - Código na Operadora 300638	14 - Nome do Contratado Unidade Centro	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 2526
15 - Nome do Profissional Solicitante Requisitante Neo Cadastreador/neo Cooperado		18 - UF SC	19 - Código CBO 225125
20 - Assinatura do Profissional Solicitante			

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados:			
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 04/12/2023	23 - Indicação Clínica	

1	24 - Tabela 22	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039	26 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	27 - Qtda.Solic. 1	28 - Qtda.Aut. 0
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	33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
----------------------	--	--------------------------	---	-----------------------	--

1	36 - Data	37 - Hora inicial a 38 - Hora final	39 - Tabela 1	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtda.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
2											
3											
4											
5											

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)		52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
--	--	----------------------------	-------------------------	---------	-----------------

48 - Seq.Ref.	49 - Gr.Part.	50 - Código na Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional
---------------	---------------	------------------------------	---------------------------

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 OPMs (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
	04/12/2023

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Bernardo Heidemann dos Santos
Nº da Carteira: 7.205.280
Instituição: Colégio Adventista Palhoça



Data de Nascimento: 01/06/2012

Nº da Guia: 14970

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
04/12/2023	17:08:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu

Queda de mesmo nível

Partes do corpo

Braço Esquerdo, Cotovelo Esquerdo

Descrição

O aluno estava na quadra quando na disputa de bola se desequilibrou e caiu batendo o cotovelo esquerdo no chão. Foi colocado gelo e a Orientadora Educacional entrou em contato a responsável.

Testemunha da ocorrência

Juliana Vieira

Telefone

(48) 99627-6899

Juliana Vieira

(48) 99627-6899

Quem prestou primeiros socorros

Juliana Vieira

Data

04/12/2023

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

O aluno estava na quadra quando na disputa de bola se desequilibrou e caiu batendo o cotovelo esquerdo no chão. Foi colocado gelo e a Orientadora Educacional entrou em contato a responsável.

Ass.:

Juliana Vieira Ferreira

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

