

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - NAS



Atendimento: 3344086

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: EMANUEL CLIVER DE OLIVEIRA

CPF: 13129330976

Endereço: Rua João Carvalho, 645

Atendimento Nº: 3344086

Telefone: (48) 999117740

RG:

Responsável:

Nome: IANA

CPF: 05692755980

Endereço: Rua João Carvalho, 645

Telefone: 55

RG:

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



prestados e boleto bancário contemplando o valor total do pagamento, através do e-mail caixahospital@unimedflorianopolis.com.br (**CONTRATADA**) para o e-mail indicado na admissão do paciente (**CONTRATANTE**), a fim de que seja quitado no prazo máximo de 72h (setenta e duas horas).

Parágrafo Terceiro. Em caso de inadimplemento, os valores devidos serão acrescidos de multa de 2% (dois por cento) e juros de mora correspondentes a 1% (um por cento) ao mês, calculados *pro rata die*, da data imediatamente após o vencimento até o efetivo pagamento.

Parágrafo Quarto: No caso de atraso ou inadimplemento da dívida por mais de 30 (trinta) dias consecutivos, o(s) **CONTRATANTE(S)** estão cientes de que o débito poderá ser levado a protesto, entregue à firma de cobrança ou ainda ser informado ao Serviço de Proteção ao Crédito (SPC), SERASA Experian e outros, além de estar sujeito à cobrança judicial ou extrajudicial pela **CONTRATADA**, com a incidência de honorários advocatícios, observada a legislação vigente.

Parágrafo Quinto. O(s) **CONTRATANTE(S)** deve(m) notificar a **CONTRATADA**, imediatamente, sobre eventual mudança do e-mail indicado no *caput* desta cláusula.

Cláusula Quinta: O(s) **CONTRATANTE(S)** declara(m) que (i) cumprirão as normas, regulamentos, fluxos e orientações estabelecidos pela **CONTRATADA**; (ii) obedecerão aos direitos dos demais pacientes, funcionários e prestadores de serviços da **CONTRATADA**, tratando-os com civilidade e cortesia; (iii) custodiarão e se responsabilizarão por seus objetos e/ou valores, inclusive do(s) respectivo(s) acompanhante(s) e/ou visitante(s) do paciente; (iv) efetuarão o pagamento particular dos medicamentos de uso ambulatorial, devidamente utilizados durante o atendimento pela **CONTRATADA**, inclusive quando não houver cobertura contratual pelo plano privado de assistência à saúde; (v) acatarão a decisão da **CONTRATADA** para realizar a troca do leito, quando houver necessidade de higienização, desinfecção e/ou manutenção estrutural da acomodação utilizada; (vi) têm ciência de que a **CONTRATADA** possui câmara de vigilância instaladas nas suas dependências, inclusive, que as imagens gravadas são confidenciais e protegidas, nos termos da legislação vigente; (vii) em conformidade com a Lei n.º 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais) concordam que a **CONTRATADA** compartilhe os dados pessoais sensíveis de saúde do paciente com os profissionais integrantes das suas equipes, com médicos indicados pelo próprio paciente e/ou responsável, com a finalidade de possibilitar a adequada prestação de serviços de assistência à saúde ao paciente, bem como à operadora ou seguradora de saúde a qual o paciente estiver vinculado, para fins de auditoria ou autorização prévia dos serviços prescritos; (viii) zelarão e se responsabilizarão por eventuais danos causados de forma dolosa ou culposa aos bens colocados à disposição para o conforto e tratamento do paciente; (ix) assumirão a responsabilidade pela recusa à realização de procedimentos ou tratamentos recomendados pelos profissionais de saúde e pela não atenção às orientações fornecidas pela equipe de saúde da **CONTRATADA**; (x) **estão cientes de que as consultas de urgência/emergência, realizadas no Pronto Atendimento da CONTRATADA, particular ou convênio, não têm direito a retorno;** (xi) devem dar informações completas e precisas sobre o histórico de saúde, doenças prévias, uso de medicamentos, procedimentos médicos anteriores e outros problemas relacionados à saúde do paciente; (xii) têm conhecimento de que o prontuário médico deverá permanecer sob a guarda dos médicos da **CONTRATADA**; (xiii) o **CONTRATANTE/RESPONSÁVEL** será o responsável pelo paciente acima identificado e, por consequência: (xiii.1) dará plena autorização aos médicos da **CONTRATADA** para assistirem e tratarem da sua enfermidade, realizando todos os procedimentos e investigações que julgarem necessários para a preservação da vida, órgãos e funções do paciente; (xiii.2) está ciente de que os médicos assistentes, em conformidade com o artigo 34 do Código de Ética Médica e artigo 9º da Lei nº 8.078/90, explicarão claramente a proposta do procedimento médico ou cirúrgico ao qual o paciente será submetido, inclusive seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas aos procedimentos sugeridos, proporcionando-lhe livre questionamento e respondendo inteira e satisfatoriamente às perguntas porventura existentes;

(xiii.3) está ciente de que em caso 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 prévio; (xiv) havendo evolução do atendimento de urgência/emergência para internação hospitalar: (xiv.1) providenciarão acompanhante para o paciente em tempo integral, quando for criança ou adolescente menor de 18 (dezoito) anos, pessoa idosa (a partir de 60 anos), pessoa com deficiência e/ou outras necessidades especiais; (xiv.2) providenciarão os produtos necessários para realização de higiene pessoal do paciente, tais como: escova de dente, creme dental, sabonete, xampu, condicionador, escova de cabelo, aparelho de barbear, absorvente íntimo, fralda descartável, entre outros; (xiv.3) participarão do plano de tratamento e alta hospitalar do paciente ou indicarão quem poderá fazê-lo; (xiv.4) liberarão o leito em até 1h (uma hora) após a alta hospitalar, **sob pena de pagamento proporcional sobre o valor da diária**, nos termos a seguir: (xiv.4.1) Se o paciente desocupar o leito até às 11h59min **haverá cobrança de 50% (cinquenta por cento) do valor da diária;** (xiv.4.2) Se o paciente desocupar o leito a partir de 12h (doze horas) **haverá cobrança de 100% (cem por cento) do valor da diária.**

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - NAS



Atendimento: 3344086

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Emanuel Cliver de Oliveira

Nº da Carteirinha: 7.46.6218

Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Centro

Data de Nascimento: 08/02/2017

Nº da Guia: 22820



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
04/11/2024	16:13:00	Refeitório	Recreio

O que aconteceu

Mau estar

Partes do corpo

Cabeça, Pescoço

Descrição

Aluno no horário do recreio não se sentiu bem, e procurou a monitoria.

Testemunha da ocorrência

Cleber Pires

Telefone

(48) 98459-4527

Local de atendimento

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

Endereço

Rua Madalena Barbi

Nº

204

Bairro

Centro

Telefone

(48) 3216-8222

Observações

Aluno foi atendido na coordenação disciplinar e encaminhado para avaliação médica.

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

Paciente **EMANUEL CLIVER DE OLIVEIRA**

Data Nascto. 08/02/2017 7 Anos

Sexo Masculino

Telefone 999117740

Leito 1

Atendimento **3.344.086**

Prontuário 99.840.829

Dt. Entrada 04/11/2024 16:41:04

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
04/11/2024 18:14	04/11 18:18	Médico	Anamnese PA		MARTHA NUNES SIMON	CRM 7845

EMANUEL CLIVER DE OLIVEIRA, 7 anos

QUEIXA PRINCIPAL: Dor de garganta há alguns dias , teve febre hoje. Dor nas pernas , não consegue andar. Choroso

* 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 PESO 29

MV+ bilateral sem RA.

RCR 2T BNF sem sopros.

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

Oroscopia hiepremia discreta

Otoscopia normal.

Sem alterações neurológicas. Ausência de sinais meníngeos.

Pulsos e perfusão normais.

Pele sem lesões.

HIPOTESE DIAGNÓSTICA: ivas/ miosite viral

CONDUTA:

hemograma, pcr, dengue, ck

soro + dipirona

Dra. MARTHA NUNES SIMON (CRM 7845)



3344086

Prescrição Eletrônica Paciente

Paciente: **EMANUEL CLIVER DE OLIVEIRA**

Dt. Nascto.: 08/02/2017 7a 8m 28d

Dt. Entrada: 04/11/2024 16:41:04

Prontuário: 99840829

Médico: **Dra. LUANA DE MOURA MARCOLIM (CRM 26878)**

Alergias :

Atendimento 3344086

Convênio: Instituto Adventista / Instituto Adventista

Sexo: Masculino

Data 04/11/2024

Leito:

Nome da Mãe: IANA CARLA DE OLIVEIRA

MEDICAMENTOS

MEDICAMENTOS		Dose	Via	Intervalo	Horários
1	dipiRONA 500 MG/ML 2ML AMP.	1 Mililitros	Intravenosa	1 x/dia (dose única agora)	18:22
	SORO FISIOLÓGICO 0.9% 10ML AMP. 9 Mililitros.				

Orientação de preparo e administração:

Separar 1 ml de diPiRONA 500 MG/ML 2ML AMP. em 9 ml de SORO FISIOLÓGICO 0,9% 10ML AMP. Administrar 10 ml (Agora via Intravenosa).

Observação: Orientação: IV direto: 1mL/minuto.
Infusão: 10 - 20 minutos.

Se o volume final for menor ou igual a 15mL, NÃO subtrair o volume de soro fisiológico calculado.
RAM: Administrar separadamente de outros medicamentos quando possível.

2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML	500 Mililitros	Intravenosa	1 x/dia (dose única agora)	18:23
---	-----------------------------	----------------	--------------------	----------------------------	-------

Orientação de preparo e administração:

Administrar 500 ml (Agora via Intravenosa).

PRONTO ATENDIMENTO UC 1



Atendimento: 3344003

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: KIM GOMES MARINHO

CPF:

Endereço: Avenida Farroupilha, 350 apto 1201

Atendimento Nº: 3344003

Telefone: (48) 992050067

RG:

Responsável:

Nome: JULIANA

CPF: 30898934877

Endereço: Avenida Farroupilha, 350 apto 1201

Telefone: 55

RG:

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: 3344003

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 Juliana Gomes

CPF nº 30.098.91348-77

() **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, ____/____/____

Juliana Gomes
CONTRATANTE/RESPONSÁVEL

CONTRATADA

Testemunhas

1- _____
Nome: _____
CPF nº _____

2- _____
Nome: _____
CPF nº _____

1 - Registro ANS 000000	3 - Nº Guia Principal	6 - Data Validade da Senha	7 - Numero da Guia Atribuido pela Operadora 22815	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
4 - Data da Autorização 04/11/2024	5 - Senha 22815	9 - Validade da Carteira 04/11/2024	10 - Nome KIM GOMES MARINHO		

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 7586718	9 - Validade da Carteira 04/11/2024	10 - Nome KIM GOMES MARINHO	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
-----------------------------------	--	--------------------------------	-------------------------------	----------------------------

13 - Código na Operadora 300638	14 - Nome do Contratado Unidade Centro	16 - Conselho Profissional 6	17 - Numero no Conselho 2526	18 - UF SC	19 - Código CBO 225125	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
------------------------------------	---	---------------------------------	---------------------------------	---------------	---------------------------	---

15 - Nome do Profissional Solicitante Requisitante Nao Cadastrado/no Cooperado	22 - Data da Solicitação 04/11/2024	23 - Indicação Clínica	27 - Cide.Solic. 1	28 - Cide.Aut. 1
---	--	------------------------	-----------------------	---------------------

21 - Caráter do Atendimento 2	24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039	26 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	29 - Código na Operadora
----------------------------------	------------------	--	--	--------------------------

31 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	42 - Cide.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
---	-----------------------	--	------------	----------	-----------	-------------------------	---------------------------	------------------------

32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	42 - Cide.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
--------------------------	---	-----------------------	--	------------	----------	-----------	-------------------------	---------------------------	------------------------

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

38 - Data 2	39 - Hora inicial a 40 - Hora final 3	41 - Tabela 4	42 - Código do Procedimento 5	43 - Descrição 6	44 - Cide.	45 - Via	46 - Tec.	47 - Fator Red./Acresc.	48 - Valor Unitário (R\$)	49 - Valor Total (R\$)
----------------	--	------------------	----------------------------------	---------------------	------------	----------	-----------	-------------------------	---------------------------	------------------------

39 - Data 3	40 - Hora inicial a 41 - Hora final 4	42 - Tabela 5	43 - Código do Procedimento 6	44 - Descrição 7	45 - Cide.	46 - Via	47 - Tec.	48 - Fator Red./Acresc.	49 - Valor Unitário (R\$)	50 - Valor Total (R\$)
----------------	--	------------------	----------------------------------	---------------------	------------	----------	-----------	-------------------------	---------------------------	------------------------

40 - Data 4	41 - Hora inicial a 42 - Hora final 5	43 - Tabela 6	44 - Código do Procedimento 7	45 - Descrição 8	46 - Cide.	47 - Via	48 - Tec.	49 - Fator Red./Acresc.	50 - Valor Unitário (R\$)	51 - Valor Total (R\$)
----------------	--	------------------	----------------------------------	---------------------	------------	----------	-----------	-------------------------	---------------------------	------------------------

41 - Data 5	42 - Hora inicial a 43 - Hora final 6	44 - Tabela 7	45 - Código do Procedimento 8	46 - Descrição 9	47 - Cide.	48 - Via	49 - Tec.	50 - Fator Red./Acresc.	51 - Valor Unitário (R\$)	52 - Valor Total (R\$)
----------------	--	------------------	----------------------------------	---------------------	------------	----------	-----------	-------------------------	---------------------------	------------------------

42 - Data 6	43 - Hora inicial a 44 - Hora final 7	45 - Tabela 8	46 - Código do Procedimento 9	47 - Descrição 10	48 - Cide.	49 - Via	50 - Tec.	51 - Fator Red./Acresc.	52 - Valor Unitário (R\$)	53 - Valor Total (R\$)
----------------	--	------------------	----------------------------------	----------------------	------------	----------	-----------	-------------------------	---------------------------	------------------------

43 - Data 7	44 - Hora inicial a 45 - Hora final 8	46 - Tabela 9	47 - Código do Procedimento 10	48 - Descrição 11	49 - Cide.	50 - Via	51 - Tec.	52 - Fator Red./Acresc.	53 - Valor Unitário (R\$)	54 - Valor Total (R\$)
----------------	--	------------------	-----------------------------------	----------------------	------------	----------	-----------	-------------------------	---------------------------	------------------------

44 - Data 8	45 - Hora inicial a 46 - Hora final 9	47 - Tabela 10	48 - Código do Procedimento 11	49 - Descrição 12	50 - Cide.	51 - Via	52 - Tec.	53 - Fator Red./Acresc.	54 - Valor Unitário (R\$)	55 - Valor Total (R\$)
----------------	--	-------------------	-----------------------------------	----------------------	------------	----------	-----------	-------------------------	---------------------------	------------------------

45 - Data 9	46 - Hora inicial a 47 - Hora final 10	48 - Tabela 11	49 - Código do Procedimento 12	50 - Descrição 13	51 - Cide.	52 - Via	53 - Tec.	54 - Fator Red./Acresc.	55 - Valor Unitário (R\$)	56 - Valor Total (R\$)
----------------	---	-------------------	-----------------------------------	----------------------	------------	----------	-----------	-------------------------	---------------------------	------------------------

46 - Data 10	47 - Hora inicial a 48 - Hora final 11	49 - Tabela 12	50 - Código do Procedimento 13	51 - Descrição 14	52 - Cide.	53 - Via	54 - Tec.	55 - Fator Red./Acresc.	56 - Valor Unitário (R\$)	57 - Valor Total (R\$)
-----------------	---	-------------------	-----------------------------------	----------------------	------------	----------	-----------	-------------------------	---------------------------	------------------------

47 - Data 11	48 - Hora inicial a 49 - Hora final 12	50 - Tabela 13	51 - Código do Procedimento 14	52 - Descrição 15	53 - Cide.	54 - Via	55 - Tec.	56 - Fator Red./Acresc.	57 - Valor Unitário (R\$)	58 - Valor Total (R\$)
-----------------	---	-------------------	-----------------------------------	----------------------	------------	----------	-----------	-------------------------	---------------------------	------------------------

48 - Data 12	49 - Hora inicial a 50 - Hora final 13	51 - Tabela 14	52 - Código do Procedimento 15	53 - Descrição 16	54 - Cide.	55 - Via	56 - Tec.	57 - Fator Red./Acresc.	58 - Valor Unitário (R\$)	59 - Valor Total (R\$)
-----------------	---	-------------------	-----------------------------------	----------------------	------------	----------	-----------	-------------------------	---------------------------	------------------------

49 - Data 13	50 - Hora inicial a 51 - Hora final 14	52 - Tabela 15	53 - Código do Procedimento 16	54 - Descrição 17	55 - Cide.	56 - Via	57 - Tec.	58 - Fator Red./Acresc.	59 - Valor Unitário (R\$)	60 - Valor Total (R\$)
-----------------	---	-------------------	-----------------------------------	----------------------	------------	----------	-----------	-------------------------	---------------------------	------------------------

50 - Data 14	51 - Hora inicial a 52 - Hora final 15	53 - Tabela 16	54 - Código do Procedimento 17	55 - Descrição 18	56 - Cide.	57 - Via	58 - Tec.	59 - Fator Red./Acresc.	60 - Valor Unitário (R\$)	61 - Valor Total (R\$)
-----------------	---	-------------------	-----------------------------------	----------------------	------------	----------	-----------	-------------------------	---------------------------	------------------------

51 - Data 15	52 - Hora inicial a 53 - Hora final 16	54 - Tabela 17	55 - Código do Procedimento 18	56 - Descrição 19	57 - Cide.	58 - Via	59 - Tec.	60 - Fator Red./Acresc.	61 - Valor Unitário (R\$)	62 - Valor Total (R\$)
-----------------	---	-------------------	-----------------------------------	----------------------	------------	----------	-----------	-------------------------	---------------------------	------------------------

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Kim Gomes Marinho

Nº da Carteira: 7.58.6718

Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Estreito

Data de Nascimento: 15/07/2018

Nº da Guia: 22815

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
04/11/2024	14:41:00	Playground (Ex.: parquinho)	Aula de educação física

O que aconteceu

Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)

Partes do corpo

Cabeça

Descrição

Aluno estava na aula de educação física, fazendo as atividades quando bateu com a cabeça na parede, aluno foi atendido pelo professor e foi colocado gelo no local.

Testemunha da ocorrência

Professor Tiago

Telefone

(48) 3039-8100

Quem prestou primeiros socorros

Professor Tiago

Data

04/11/2024

Local de atendimento

HUGF - HOSPITAL UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS

Endereço

Rua Manoel Loureiro

Nº

1910

Bairro

Barreiros

Telefone

(48) 3288-4100

Observações

Aluno foi atendido pelo professor da unidade, comunicamos a mãe Juliana e encaminhado ao hospital de referência da 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 **KIM GOMES MARINHO**

Data Nascto. 15/07/2018 6 Anos

Sexo Masculino

Telefone 992050067

Leito 1

Atendimento **3.344.003**

Prontuário 99.857.858

Dt. Entrada 04/11/2024 15:45:22

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
04/11/2024 16:07	04/11 16:11	Médico	Anamnese PA		ANA CAMILA FLORES FARAH	CRM 7148

KIM GOMES MARINHO, 6 anos

QUEIXA PRINCIPAL: bateu a cabeça

Bateu a cabeça na parede ao ser empurrado em brincadeira de pega-pega
Nega vômitos ou perda de consciência

* 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 PESO 22,5
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.

HIPOTESE DIAGNÓSTICA: trauma crâneo

CONDUTA:
Sintomáticos.
Orientações.
Retorno se sinais de alerta.
Dra. ANA CAMILA FLORES FARAH (CRM 7148)

Unimed

Madalena Barbi, 204 - Florianópolis - SC

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

(CNES 9830774)

Conta paciente

(77858611001503)

Nota:

Paciente:

Convênio:

Usuário/Matrícula:

KIM GOMES MARINHO

Instituto Adventista

7586718

Categoria:

Instituto Adventista

Prontuário: 99857858

Data entrada: 04/11/2024 15:45:22

Data saída: 04/11/2024 16:41:33

Motivo Alta: Alta melhora

Médico: Dra. ANA CAMILA FLORES FARAH (CRM 7148)

Tipo atend: 3 - Pronto socorro

Proc Princ: 00000000 0

Espec/Clinica: 4 Clínica Pediátrica

Tipo acomodação Enfermaria

Data 15/07/2018

Sexo: M

CID Princ:

Guia: 22815

Senha:

Dt Conta: 04/11/24 16:01

Dt inicial: 04/11/24 15:45

Dt final: 04/11/24 16:41

Refer: 30/11/24

Movimentação do Paciente

Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO UC	Setor sem acomodação	1/	04/11/2024 15:45:22	04/11/2024 16:41:33

Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crm	Médico	Função	Valor
1	04/11/24 15:45	PRONTO ATENDIMENTO UC	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	7148	ANA CAMILA	Clínico	70,27
Total de Honorários Não Conveniados					1,00				70,27

Total geral R\$

70,27

Impresso em 05/11/2024 15:37:47

Pág 1

priscilacarla.s

FatAct_R7