

Unimed

Madalena Barbi, 204 - Florianópolis - SC

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

(CNES 9830774)

Conta paciente

(77858611001503)

Nota:

Paciente:

ALICE KAHL VIEIRA

Convênio:

Instituto Adventista

Usuário/Matrícula:

72051710

Categoria:

Instituto Adventista

Prontuário: 99847210

Data entrada: 10/02/2025 16:53:47

Data saída: 10/02/2025 17:47:14

Motivo Alta: Alta melhora

Médico: Dra. LETICIA MATOS DOS SANTOS (CRM 30382)

Tipo atend: 3 - Pronto socorro

Proc Princ: 00000000

0

Espec/Clinica: 4

Clinica Pediátrica

Data 30/03/2015

Tipo acomodação Enfermaria

CID Princ: S93 Luxac entors distens artic lig niv tornoz pe

Sexo: F

Guia: 24123

Senha: 24123

Dt Conta: 10/02/25 17:00

Dt inicial: 10/02/25 16:53

Dt final: 10/02/25 17:47

Refer: 28/02/25

Movimentação do Paciente

Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO UC	Setor sem acomodação	1/	10/02/2025 16:53:47	10/02/2025 17:47:14
2	Serviços Especiais	RAIO X UC	Setor sem acomodação	1/	10/02/2025 17:08:00	10/02/2025 17:08:00

Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor
1	10/02/25 16:53	PRONTO ATENDIMENTO UC	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	30382	LETICIA MATOS	Clínico	70,27
2	10/02/25 17:28	RAIO X UC	40804097	Pé Ou Pododáctilo	1,00	8280	ROBERTO	Clínico	22,36
3	10/02/25 17:29	RAIO X UC	40804089	Articulação Tibiotársica (Tornozelo)	1,00	8280	ROBERTO	Clínico	22,36
Total de Honorários Não Conveniados					3,00				114,99

Total geral R\$

114,99

Impresso em 11/02/2025 07:57:51

Pág 1

schayany.souza

FatAct_R7

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - NAS



Atendimento: 3432993

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: ALICE KAHL VIEIRA

CPF: 13437466984

Endereço: Rua das Flores, 79 casa

Atendimento Nº: 3432993

Telefone: (48) 996179405

RG:

Responsável:

Nome: KELY

CPF: 00559136951

Endereço: Rua das Flores, 79

Telefone: 4832168222

RG: 41451570

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: 3432993

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: 3432993

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

CPF nº

X Kely Kohl Pereira
X 00559136950

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

Cláusula Oitava: As Partes elegem o foro de domicílio do **CONTRATANTE**, para que nele sejam dirimidas quaisquer dúvidas, conflitos ou questões oriundas do presente Contrato, renunciando a qualquer outro por mais privilegiado que seja ou venha a se tornar.

Florianópolis/SC, ____/____/____

X Kely Kohl Pereira
CONTRATANTE/RESPONSÁVEL

CONTRATADA

Testemunhas

1- _____

Nome:

CPF nº

2- _____

Nome:

CPF nº

1 - Registro ANS 3 - Nº Guia Principal

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

8 - Número da Carteira 9 - Validade da Carteira 10 - Nome

Dados do Beneficiário

11 - Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento a RN

13 - Código na Operadora 14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante 16 - Conselho Profissional 17 - Número no Conselho

18 - UF 19 - Código CBO 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Cartão do Atendimento 22 - Data da Solicitação 23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 26 - Descrição

27 - Qtd. Solic. 28 - Qtd. Aut. 29 - Código na Operadora 30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES 32 - Tipo de Atendimento 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 34 - Tipo de Consulta 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data 37 - Hora Inicial a 38 - Hora final 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição

42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator Red./Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)

48 - Seqüel. 49 - Qtd. Part. 50 - Código na Operadora/CNP 51 - Nome do Profissional 52 - Conselho Profissional 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$) 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total Materiais (R\$) 62 - Total de Qtd. (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

Impresso em: 10/02/2025 17:00:50

Página 1

fernanda.oriq

WATE70106

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Alice Kahl Vieira

Nº da Carteira: 7.205.1710

Instituição: Colégio Adventista Palhoça

Data de Nascimento: 30/03/2015

Nº da Guia: 24123



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
10/02/2025	15:36:00	deslocamento interno	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Esquerdo

Descrição

A aluna estava andando no corredor quando torceu o tornozelo esquerdo.

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Samuel	10/02/2025

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; Os responsáveis foram avisados.

Ass.:



Glaucya Francini Collaco

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 **ALICE KAHL VIEIRA**
Data Nascto. 30/03/2015 9 Anos
Sexo Feminino
Telefone 996179405
Leito 1

Atendimento **3.432.993**
Prontuário 99.847.210
Dt. Entrada 10/02/2025 16:53:47
Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
10/02/2025 17:08	10/02 17:09	Médico	Anamnese PA		LETICIA MATOS DOS SANTOS	CRM 30382

ALICE KAHL VIEIRA, 9 anos

QUEIXA PRINCIPAL: estava andando e foi pular da propria altura, e caiu com o pé esquerod virado para lateral, muita dor local agora
nwga outras queixas

* 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 99 FR SAT 97 TEMP 36,7 PESO 31,5
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: torçao do calcanhar

CONDUTA:

rx
Dra. LETICIA MATOS DOS SANTOS (CRM 30382)



Paciente: **ALICE KAHL VIEIRA**

Data de Nascimento: 30/03/2015 Idade: 9anos 10M Sexo: F

Data do Exame: 10/02/2025

Solicitante: Dr.(a) LETICIA MATOS DOS SANTOS

Protocolo: UGF3432993 Senha: 880009

unimedflorianopolis.com.br

Central de Atendimento:
(48) 3288 4100

Informações:
0800 048 3500

RADIOGRAFIA DIGITAL DO TORNOZELO DIREITO

Estrutura óssea normal.

Relações articulares anatômicas.

Ausência de sinais de fraturas.

Aumento de volume de partes moles.

Exame completo e laudo médico disponíveis em 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


Dr. Roberto Guimarães Tiezzi
CRM/SC 8280



Paciente	ALICE KAHL VIEIRA	
Data Nascto.	30/03/2015	9 Anos
Sexo	Feminino	
Telefone	996179405	
Leito	1	

Atendimento	3.432.993
Prontuário	99.847.210
Dt. Entrada	10/02/2025 16:53:47
Convênio	Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
10/02/2025 17:38	10/02 17:39	Médico	Anamnese PA		LETICIA MATOS DOS SANTOS	CRM 30382

ALICE KAHL VIEIRA, 9 anos

rx-nao vejo fratura

entorse de tornozelo

CONDUTA:

encaminho para ortopedia de barreiros para enfaixar

oriento ibuprofeno

deixo atestado para atividade fisica

Sintomáticos.

Orientações.

Retorno se sinais de alerta.

Dra. LETICIA MATOS DOS SANTOS (CRM 30382)



Paciente: **ALICE KAHL VIEIRA**

Data de Nascimento: 30/03/2015 Idade: 9anos 10M Sexo: F

Data do Exame: 10/02/2025

Solicitante: Dr.(a) LETICIA MATOS DOS SANTOS

Protocolo: UGF3432993 Senha: 880009

unimedflorianopolis.com.br

Central de Atendimento:
(48) 3288 4100

Informações:
0800 048 3500

RADIOGRAFIA DIGITAL DO PÉ ESQUERDO

Estrutura óssea normal.

Relações articulares anatômicas.

Partes moles sem alterações radiográficas.

Ausência de sinais de fraturas.

Exame completo e laudo médico disponíveis em 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


Dr. Roberto Guimarães Tiezzi
CRM/SC 8280



UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - NAS



Atendimento: 3447318

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: DANIEL KLEMANN IGNACIO DE SOUZA

CPF: 13991074966

Endereço: Rua Raimundo Correia, 727 CASA01

Atendimento Nº: 3447318

Telefone: (48) 984340335

RG:

Responsável:

Nome: ROBSON

CPF: 67517781200

Endereço: Rua Raimundo Correia, 727 CASA01

Telefone:

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.

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - NAS



Atendimento: 3447318

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.

Florianopolis/SC, ____/____/____

CONTRATANTE/RESPONSÁVEL

675.177.812-20

CONTRATADA

Testemunhas

1- _____
Nome: _____
CPF nº _____

2- _____
Nome: _____
CPF nº _____

1 - Registro ANS 3 - Nº Guia Principal

4 - Data da Autorização 25/02/2025 5 - Senha 24601 6 - Data Validade da Senha 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 24601

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira 10 - Nome DANIEL KLEMMANN IGNACIO DE SOUZA

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 16 - Conselho Profissional 17 - Número no Conselho 18 - UF SC 19 - Código CBO 225125 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 21 - Caráter do Atendimento 22 - Data da Solicitação 25/02/2025 23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 26 - Descrição 27 - Qtda.Solic. 28 - Qtda.Aut. 1 0

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 a 38 - Hora final 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição 42 - Qtda. 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 - Seg.Rel. 49 - Gr.Part. 50 - Código na Operadora/CPF 61 - Nome do Profissional 62 - Conselho Profissional 63 - Número no Conselho 64 - UF 65 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$) 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total Materiais (R\$) 62 - Total de 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

68 - Assinatura do Contratado

Paciente **DANIEL KLEMANN IGNACIO DE SOUZA**

Data Nascto. 03/03/2018 6 Anos

Sexo Masculino

Telefone 984340335

Leito 1

Atendimento **3.447.318**

Prontuário 99.744.752

Dt. Entrada 25/02/2025 10:15:34

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
25/02/2025 10:15	25/02 10:18	Enfermeiro	Triagem do Pronto		MORGANA SCZINDRO WSKI	COREN 577940

Acolhimento Enfermagem - PA Infantil

Data e Hora - Início dos Primeiros Sintomas: : 25/02/2025 00:00:00**Queixa Principal:** : Estava correndo na educação física e bateu a cabeça em outro colega

Apresenta edema em região frontal da cabeça

Comorbidades:**Nega** : sim**Asma** : não**Bronquite** : não**Cardiopatía** : não**Diabetes Mellitus** : não**Doença Endocrinológica** : não**Doenças Gastrointestinal** : não**Doença Renal** : não**Doença Oncológica** : não**Neuropatia** : não**Rinite** : não**TEA** : não**Outros** : não**Se Outras Comorbidades. descrever:** :**Alergias:** : Nega Alergias;**Medicamentos em Uso** : Nega uso de medicamentos;**Sinais Vitais****Peso (kg)** : 23,3 kg**FR** : 20 mrm**FC** : 82 bpm**SpO²** : 100 %

Paciente **DANIEL KLEMANN IGNACIO DE SOUZA**

Data Nascto. 03/03/2018 6 Anos

Sexo Masculino

Telefone 984340335

Leito 1

Atendimento **3.447.318**

Prontuário 99.744.752

Dt. Entrada 25/02/2025 10:15:34

Convênio Instituto Adventista Instituto

Tax : 36,4 °C**PAS : mmHg****FR - VIPE : 0****FC - VIPE : 0****SpO² - VIPE : 0****TAx- VIPE : 0****FR - Pews : 0****FC - Pews : 0****SpO² - Pews : 0****PAS - Pews : 0****Escalas****Score VIPE Adaptado : 0****Score PEWS Adaptado : 0****: BAIXO RISCO - Reavaliar em 6 h - Qualquer sinal alerta verificar novo PEWS****Houve Medicamentos Administrados na Triagem? : não****Qual? :****Dose :****Data e Hora da Administração : 25/02/2025 10:15:50****EMERGÊNCIA - VERMELHO****(Atendimento Médico Imediato)****Apnéia / Gaspig :****Ausência de pulso :****Cianose de lábios :****Convulsão :****Diabetes com hipoglicemia grave (glicemia capilar <20) :****Hemorragia com sangramento sem controle :****Inconsciente :****Politrauma :****Queimadura de face , inalação ou grande queimado :****Reação alérgica com estridor e dificuldade respiratória :****Sinais de Choque :**

Paciente	DANIEL KLEMANN IGNACIO DE SOUZA	
Data Nascto.	03/03/2018	6 Anos
Sexo	Masculino	
Telefone	984340335	
Leito	1	

Atendimento	3.447.318
Prontuário	99.744.752
Dt. Entrada	25/02/2025 10:15:34
Convênio	Instituto Adventista Instituto

Hipertermia > 38,5 graus :
Hipotermia < 36 graus :
Taquicardia :
Taquipneia :
Leucocitose > 12.000 ou Leucopenia < 4.000 :
Alteração do nível de consciência (agitado ou letárgico) :
Anúria ou oligúria :
Cianose e/ou marmoreada :
Hipotensão (PAS< 90mmHg ou PAm <65mmHg) :
Hipoxemia (necessidade recente ou aumentada de suporte de Oxigênio) :
Lactato acima do valor de referência :
TEC > 2 segundos :
Data e Horário da Primeira Disfunção Orgânica: :
MUITO URGENTE - LARANJA
(Atendimento Médico em 10 minutos)
Dispnéia com tiragem :
Dor Forte = 7, 8, 9 ou 10 :
Ferimento moderado com sangramento abundante :
Intoxicação Exógena :
Prostração importante :
Pulsos finos :
Queimadura Moderada >20% :
Reação alérgica com edema de face :
Sonolência ou torpor :
Suspeita de maus tratos/abuso :
TCE com relato de perda da consciência e/ou vômitos :
URGENTE - AMARELO
(Atendimento Médico em 30 minutos)
Alteração aguda da marcha :
Dor Moderada = 4, 5 ou 6 :
Ferimento pequeno, sangramento controlado :

Paciente **DANIEL KLEMANN IGNACIO DE SOUZA**
Data Nascto. 03/03/2018 6 Anos
Sexo Masculino
Telefone 984340335
Leito 1

Atendimento **3.447.318**
Prontuário 99.744.752
Dt. Entrada 25/02/2025 10:15:34
Convênio Instituto Adventista Instituto

Prostração leve a moderada :

Queimadura Leve <10% :

Recém nascido (<28 dias) :

Relato de convulsão nas últimas 12h :

Taquipneia :

TCE com <12h e sem perda da consciência ou de vômitos :

Urticária intensa :

Vômitos incoercíveis :

POUCO URGENTE - VERDE

(Atendimento Médico em 120 minutos)

Coriza :

Dor leve = 1, 2 ou 3 : sim

Espirros :

Exantema sem petéquias :

História de vômitos e/ou diarreia nas últimas 72h :

Pequeno ferimento, sem sangramento :

Sem prostração :

TCE há >12h sem perda de consciência e sem vômitos : sim

Tosse :

Urticária localizada :

NÃO URGENTE - AZUL

(Atendimento Médico em 180 minutos)

Curativos :

Dor = 0 (sem dor) :

Queixas crônicas :

Retirada de Pontos :

Sinais vitais normais :

NENHUM DOS CRITÉRIOS ACIMA :

Descrever outros sintomas do paciente, caso não encontre nas classificações acima. :

RESUMO - Critérios Selecionados

Muito Urgente : 0

Paciente **DANIEL KLEMANN IGNACIO DE SOUZA**

Data Nascto. 03/03/2018 6 Anos

Sexo Masculino

Telefone 984340335

Leito 1

Atendimento **3.447.318**

Prontuário 99.744.752

Dt. Entrada 25/02/2025 10:15:34

Convênio Instituto Adventista Instituto

Urgente : 0**Pouco Urgente : 2****Não Urgente : 1**

Unimed

Madalena Barbi, 204 - Florianópolis - SC

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

(CNES 9830774)

Conta paciente

(77858611001503)

Nota:

Paciente:

Convênio:

Usuário/Matrícula:

DANIEL KLEMMANN IGNACIO DE SOUZA

Instituto Adventista

Categoria:

Instituto Adventista

Prontuário: 99744752

Data entrada: 25/02/2025 10:15:34

Data saída: 25/02/2025 10:57:10

Motivo Alta: Alta melhora

Médico: Dra. CHRISTIANE MARRERO CATALAO (CRM 18017)

Tipo atend: 3 - Pronto socorro

Espec/Clinica: 4 Clínica Pediátrica

Proc Princ: 00000000 0

Tipo acomodação Setor sem acomodação

Data 03/03/2018

Sexo: M

CID Princ:

Guia: 24601

Senha:

Dt Conta: 25/02/25 10:19

Dt inicial: 25/02/25 10:15

Dt final: 25/02/25 10:57

Refer: 28/02/25

Movimentação do Paciente

Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO UC	Setor sem acomodação	1/	25/02/2025 10:15:34	25/02/2025 10:57:10

Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor
1	25/02/25 10:15	PRONTO ATENDIMENTO UC	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	18017	CHRISTIANE	Clínico	70,27
Total de Honorários Não Conveniados					1,00				70,27

Total geral R\$

70,27

Impresso em 26/02/2025 09:10:24

Pág 1

schayany.souza

FatAct_R7

Paciente **FELIPE PACHECO CORDONI**

Data Nascto. 02/04/2012 12 Anos

Sexo Masculino

Telefone 999982058

Leito 1

Atendimento **3.449.088**

Prontuário 99.663.382

Dt. Entrada 26/02/2025 15:34:11

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
26/02/2025 15:35	26/02 15:38	Enfermeiro	Triagem do Pronto		ANDREIA BEATRIZ DA SILVA JEREMIAS	

Acolhimento Enfermagem - PA Infantil

Data e Hora - Início dos Primeiros Sintomas: : 26/02/2025 15:38:00**Queixa Principal:** : Refere queda na escola, batendo o nariz na cabeça do colega, apresentou sangramento em grande quantidade.**Comorbidades:****Nega :** sim**Asma :** não**Bronquite :** não**Cardiopatía :** não**Diabetes Mellitus :** não**Doença Endocrinológica :** não**Doenças Gastrointestinal :** não**Doença Renal :** não**Doença Oncológica :** não**Neuropatia :** não**Rinite :** não**TEA :** não**Outros :** não**Se Outras Comorbidades. descrever:** :**Alergias:** : METOCLOPRAMIDA;**Medicamentos em Uso :** Nega uso de medicamentos;**Sinais Vitais****Peso (kg) :** 30 kg**FR :** 17 mrm**FC :** 92 bpm**SpO² :** 98 %

Paciente **FELIPE PACHECO CORDONI**

Data Nascto. 02/04/2012 12 Anos

Sexo Masculino

Telefone 999982058

Leito 1

Atendimento **3.449.088**

Prontuário 99.663.382

Dt. Entrada 26/02/2025 15:34:11

Convênio Instituto Adventista Instituto

Tax : 37 °C**PAS : mmHg****FR - VIPE : 2****FC - VIPE : 0****SpO² - VIPE : 0****TAx- VIPE : 0****FR - Pews : 0****FC - Pews : 0****SpO² - Pews : 0****PAS - Pews : 1****Escalas****Score VIPE Adaptado : 2****Score PEWS Adaptado : 1****: BAIXO RISCO - Reavaliar em 6 h - Qualquer sinal alerta verificar novo PEWS****Houve Medicamentos Administrados na Triage? : não****Qual? :****Dose :****Data e Hora da Administração : 26/02/2025 15:35:04****EMERGÊNCIA - VERMELHO****(Atendimento Médico Imediato)****Apnéia / Gaspig :****Ausência de pulso :****Cianose de lábios :****Convulsão :****Diabetes com hipoglicemia grave (glicemia capilar <20) :****Hemorragia com sangramento sem controle :****Inconsciente :****Politrauma :****Queimadura de face , inalação ou grande queimado :****Reação alérgica com estridor e dificuldade respiratória :****Sinais de Choque :**

Paciente **FELIPE PACHECO CORDONI**

Data Nascto. 02/04/2012 12 Anos

Sexo Masculino

Telefone 999982058

Leito 1

Atendimento **3.449.088**

Prontuário 99.663.382

Dt. Entrada 26/02/2025 15:34:11

Convênio Instituto Adventista Instituto

Hipertermia > 38,5 graus :
Hipotermia < 36 graus :
Taquicardia :
Taquipneia :
Leucocitose > 12.000 ou Leucopenia < 4.000 :
Alteração do nível de consciência (agitado ou letárgico) :
Anúria ou oligúria :
Cianose e/ou marmoreada :
Hipotensão (PAS< 90mmHg ou PAm <65mmHg) :
Hipoxemia (necessidade recente ou aumentada de suporte de Oxigênio) :
Lactato acima do valor de referência :
TEC > 2 segundos :
Data e Horário da Primeira Disfunção Orgânica: :
MUITO URGENTE - LARANJA
(Atendimento Médico em 10 minutos)
Dispnéia com tiragem :
Dor Forte = 7, 8, 9 ou 10 :
Ferimento moderado com sangramento abundante :
Intoxicação Exógena :
Prostração importante :
Pulsos finos :
Queimadura Moderada >20% :
Reação alérgica com edema de face :
Sonolência ou torpor :
Suspeita de maus tratos/abuso :
TCE com relato de perda da consciência e/ou vômitos :
URGENTE - AMARELO
(Atendimento Médico em 30 minutos)
Alteração aguda da marcha :
Dor Moderada = 4, 5 ou 6 : sim
Ferimento pequeno, sangramento controlado :

Paciente **FELIPE PACHECO CORDONI**

Data Nascto. 02/04/2012 12 Anos

Sexo Masculino

Telefone 999982058

Leito 1

Atendimento **3.449.088**

Prontuário 99.663.382

Dt. Entrada 26/02/2025 15:34:11

Convênio Instituto Adventista Instituto

Prostração leve a moderada :**Queimadura Leve <10% :****Recém nascido (<28 dias) :****Relato de convulsão nas últimas 12h :****Taquipneia :****TCE com <12h e sem perda da consciência ou de vômitos : não****Urticária intensa :****Vômitos incoercíveis :****POUCO URGENTE - VERDE****(Atendimento Médico em 120 minutos)****Coriza :****Dor leve = 1, 2 ou 3 :****Espirros :****Exantema sem petéquias :****História de vômitos e/ou diarreia nas últimas 72h :****Pequeno ferimento, sem sangramento :****Sem prostração :****TCE há >12h sem perda de consciência e sem vômitos :****Tosse :****Urticária localizada :****NÃO URGENTE - AZUL****(Atendimento Médico em 180 minutos)****Curativos :****Dor = 0 (sem dor) :****Queixas crônicas :****Retirada de Pontos :****Sinais vitais normais :****NENHUM DOS CRITÉRIOS ACIMA :****Descrever outros sintomas do paciente, caso não encontre nas classificações acima. :****RESUMO - Critérios Selecionados****Muito Urgente : 0**

Paciente **FELIPE PACHECO CORDONI**

Data Nascto. 02/04/2012 12 Anos

Sexo Masculino

Telefone 999982058

Leito 1

Atendimento **3.449.088**

Prontuário 99.663.382

Dt. Entrada 26/02/2025 15:34:11

Convênio Instituto Adventista Instituto

Urgente : 1**Pouco Urgente : 1****Não Urgente : 0**

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - NAS



Atendimento: 3449088

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: FELIPE PACHECO CORDONI

CPF: 11772041939

Endereço: Rua Santos Saraiva, 1458 BLOCO B4

Atendimento Nº: 3449088

Telefone: (48) 999982058

RG: 7314406

Responsável:

Nome: RAPHAEL

CPF: 02562086970

Endereço: Rua Santos Saraiva, 1458 APTO 102

Telefone: 5548991793686

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

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - NAS



Atendimento: 3449088

(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.

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.

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - NAS



Atendimento: 3449088

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

- (1) De acordo com a Lei nº 8.080/1990 tem o direito a ser assistida por um acompanhante de sua livre escolha ou, nos casos em que esteja impossibilitada de manifestar sua vontade, de seu representante legal, estando o acompanhante obrigado a preservar o sigilo das informações de saúde de que tiver conhecimento em razão do acompanhamento.
- (2) No caso de atendimento que envolva qualquer tipo de sedação ou rebaixamento do seu nível de consciência, caso não indique acompanhante, a Unimed Grande Florianópolis indicará pessoa para lhe acompanhar, sendo preferencialmente profissional de saúde do sexo feminino, sem custo adicional, ciente que poderá recusar o nome indicado e solicitar a indicação de outro profissional, independentemente de justificativa, registrando-se o nome escolhido no documento gerado durante o atendimento.
- (3) Em caso de atendimento eletivo com sedação/rebaixamento de consciência, caso não queira ser assistida, deverá no fim deste documento, assinalar a opção de renúncia, ciente que esse termo de consentimento livre e esclarecido será arquivado em seu prontuário.
- (4) Ainda em caso de atendimento eletivo com sedação/rebaixamento de consciência, a dispensa do acompanhante poderá ser feita por escrito com 24h de antecedência, sendo o documento também arquivado no prontuário médico.
- (5) No caso de atendimento realizado em centro cirúrgico ou unidade de terapia intensiva com restrições relacionadas a segurança ou a saúde da paciente, devidamente justificadas pelo corpo clínico, somente será admitido acompanhante que seja profissional de saúde indicado pelo Hospital Unimed, preferencialmente do sexo feminino.
- (6) Em casos de urgência e emergência, os profissionais de saúde da Unimed Grande Florianópolis ficam autorizados a agir na proteção e defesa da saúde e da vida da paciente, ainda que na ausência do acompanhante requerido.
- (7) **Afirma, ainda, que** recebeu cópia do presente Contrato e deste *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* e que não foi coagida (forçada) sob nenhuma forma para assinar o referido documento. Após os esclarecimentos prestados através do presente *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*, disposto nesta cláusula, vem declarar que:

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

Nome da Acompanhante X RAPHAEL GORDONI

CPF nº X 025.620.869-70

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

Cláusula Oitava: As Partes elegem o foro de domicílio do **CONTRATANTE**, para que nele sejam dirimidas quaisquer dúvidas, conflitos ou questões oriundas do presente Contrato, renunciando a qualquer outro por mais privilegiado que seja ou venha a se tornar.

Florianópolis/SC, ____/____/____

X
CONTRATANTE/RESPONSÁVEL

CONTRATADA

Testemunhas

1- _____
Nome: _____
CPF nº _____

2- _____
Nome: _____
CPF nº _____

900 112

1 - Registro ANS

3 - Nº Guia Principal

4 - Data da Autorização
26/02/2025

5 - Senha
24674

6 - Data Validade da Senha
26/02/2025

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
24674

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira
26/02/2025

10 - Nome
FELIPE PACHECO CORDONI

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
Requisitante Não Cadastrado/ Não Cooperado

16 - Conselho Profissional
6

17 - Número no Conselho
2526

18 - UF
SC

19 - Código CBO
225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Bens Assistenciais Solicitados

21 - Cartão do Atendimento
22 - Data da Solicitação
26/02/2025

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
10101039

26 - Descrição
CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

27 - Cida.Solic.
1

28 - Cida.Aut.
0

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

FELIPE PACHECO CORDONI

DI Nasc: 02/04/12

Mae: MARIA LUIZA SCHALATA PACHECO

Atend: 3449088 Senha: N270

Instituto Adventista

3449088

31 - Código CNES

44 - Tec.
45 - Fator Red/Accresc.
46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data
37 - Hora Inicial a 38 - Hora final

39 - Tabela
40 - Código do Procedimen

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

48 - Seg.Ref.
49 - Gr.Part.
60 - Código na Operadora/CPF
61 - 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 - 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

26/02/2025

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

26/02/2025

68 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Felipe Pacheco Cordoni

Nº da Carteirinha: 7.58.4623

Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Estreito

Data de Nascimento: 02/04/2012

Nº da Guia: 24674



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
26/02/2025	12:14:00	Corredor	Saída

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

Descrição

Aluno se chocou com colega na hora da saída batendo o seu nariz na cabeça da colega. Houve sangramento na narina esquerda apenas.

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

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

Observações

Encaminhado ao hospital de referência Unimed

Ass.:

Jerry Abdoral Borges

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: **LIVIA PINHEIRO RAMOS**

Data de Nascimento: 09/06/2017 Idade: 7anos 8M Sexo: F

Data do Exame: 19/02/2025

Solicitante: Dr.(a) RAIRA CRISTINA KNIHS

Protocolo: UGF3441414 Senha: 848963

unimedflorianopolis.com.br

Central de Atendimento:
(48) 3288 4100

Informações:
0800 048 3500

RADIOGRAFIA DIGITAL DO TORNOZELO ESQUERDO

Estrutura óssea normal.

Relações articulares anatômicas

Ausência de traço de fratura.

Partes moles normais.

Exame completo e laudo médico disponíveis em 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

Aline Falqueto
Dra. Aline Falqueto Pelandré
CRM/SC 24788





Atendimento: 3441414

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: LIVIA PINHEIRO RAMOS

CPF: 13390218971

Endereço: Rua dos Tiés, 99 casa

Atendimento Nº: 3441414

Telefone: (48) 991266563

RG:

Responsável:

Nome: IVANA

CPF: 09126685710

Endereço: Rua Joci José Martins, 275 APTO 604

Telefone: 4899126-6563

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.

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 _____

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 _____

1 - Registro ANS

3 - N° Guia Principal

4 - Data de Autorização

19/02/2025

5 - Senha

24383

6 - Data Validade da Senha

24383

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

24383

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora

300638

14 - Nome do Contratado

Unidade Centro

15 - Nome do Profissional Solicitante

Registado em Não Cadastrado/Operador Cooperado

16 - Conselho Profissional

6

17 - Número no Conselho

2526

18 - UF

SC

19 - Código CBO

225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Item Assistencial Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

19/02/2025

23 - Indicação Clínica

CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

1

2

3

4

5

26 - Descrição

CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

27 - Qtd. Solic.

1

28 - Qtd. Aut.

0

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

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Hora Inicial a 38 - Hora final

1

2

3

4

5

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtd.

43 - Via

44 - Tec.

45 - Fator Red/Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

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

48 - Sigla

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

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

19/02/2025

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

19/02/2025

68 - Assinatura do Contratado

19/02/2025

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Livia Pinheiro Ramos
Nº da Carteira: 7.205.1394
Instituição: Colégio Adventista Palhoça

Data de Nascimento: 09/06/2017

Nº da Guia: 24383



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
19/02/2025	09:40:00	Horário de recreio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Esquerdo

Descrição
Durante o recreio um aluno esbarrou na aluna sem querer onde ela acabou caindo e torceu o tornozelo.

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Geovana Martins	19/02/2025

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
Aluna foi direcionada para a coordenação disciplinar, onde foi entrado em contato com os responsáveis.

176.726.884/0135-301
INST. ADV. SUL BRAS. DE EDUCAÇÃO
COLÉGIO ADVENTISTA
Av. Raulino Pagani, Nº 420
CEP: 88132-199 - Pagani
Palhoça/SC


Glaucia Francini Collaco

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 / portalengre.clinicaadventista.org.br



100-251014-2557.37
JAN 21 1964
FBI - NEW YORK
RECEIVED
JAN 21 1964
FBI - NEW YORK

Paciente	LIVIA PINHEIRO RAMOS			Atendimento	3.441.414
Data Nascto.	09/06/2017	7 Anos		Prontuário	99.799.292
Sexo	Feminino			Dt. Entrada	19/02/2025 10:37:43
Telefone	991266563			Convênio	Instituto Adventista Instituto
Leito	1				

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
19/02/2025 10:57	19/02 11:31	Médico	Anamnese PA		RAIRA CRISTINA KNIHS	CRM 27554

Alergia a medicações: nega.
Comorbidades: nega.
Medicações contínuas: negaa.
Acompanhante: Ivana, mãe.
Peso: 39kg.

HMA: Acompanhante refere que paciente torceu o tornozelo esquerdo há cerca de 2 horas. Nega outras queixas.

EF: Criança em BEG, ativa e reativa, corada e hidratada.
Dor à palpação de maléolo medial à esquerda. Perfusão mantida.
Dorsoflexão ativa com dor local, porém mobilidade passiva preservada.

HD: Entorse de tornozelo.

CD: RX de tornozelo: sp.
Sintomáticos, AINE 2 dias e gelo local.
Oriento procura de ortopedia se piora.

Raira C. Knihs - CRM-SC 27554

Unimed

Madalena Barbi, 204 - Florianópolis - SC

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

(CNES 9830774)

Conta paciente

(77858611001503)

Nota:

Paciente:

Convênio:

Usuário/Matrícula:

LIVIA PINHEIRO RAMOS

Instituto Adventista

Categoria:

Instituto Adventista

Prontuário: 99799292

Data entrada: 19/02/2025 10:37:43

Data saída: 19/02/2025 11:42:24

Motivo Alta: Alta melhora

Médico: Dra. RAIRA CRISTINA KNIHS (CRM 27554)

Tipo atend: 3 - Pronto socorro

Espec/Clinica: 4 Clínica Pediátrica

Proc Princ: 00000000 0

Tipo acomodação Setor sem acomodação

Data 09/06/2017

Sexo: F

CID Princ: S93 Luxac entors distens artic lig niv tornoz pe

Guia: 24383

Senha: 24383

Dt Conta: 19/02/25 10:42

Dt inicial: 19/02/25 10:37

Dt final: 19/02/25 11:42

Refer: 28/02/25

Movimentação do Paciente

Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO UC	Setor sem acomodação	1/	19/02/2025 10:37:43	19/02/2025 11:42:24
2	Serviços Especiais	RAIO X UC	Setor sem acomodação	1/	19/02/2025 11:09:00	19/02/2025 11:09:00

Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor
1	19/02/25 10:37	PRONTO ATENDIMENTO UC	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	27554	RAIRA CRISTINA	Clínico	70,27
2	19/02/25 11:15	RAIO X UC	40804089	Articulação Tibiotársica (Tornozelo)	1,00	12478	GUSTAVO LEMOS	Clínico	40,32
Total de Honorários Não Conveniados					2,00				110,59

Total geral R\$

110,59

Impresso em 20/02/2025 07:40:34

Pág 1

schayany.souza

FatAct_R7



Atendimento: 3443329

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: OTAVIO PAMPLONA ZACCHI

CPF: 15577915970

Endereço: Rua Evaldo Probst, 126 CASA

Atendimento Nº: 3443329

Telefone: (48) 999738167

RG:

Responsável:

Nome: ANA

CPF: 04814248903

Endereço: Rua Evaldo Probst, 126 CASA

Telefone: 554832867587

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

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - NAS



Atendimento: 3443329

(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.

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.



Atendimento: 3443329

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 _____

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 _____

2 - N° Guia no Prestador 5788046

OTAVIO PAMPLONA ZACCHI
Dt Nasc: 25/05/20

Mae: ANA CAROLINA PAMPLONA
Atend: 3443329 Senha: N107
Instituto Adventista

3443329



1 - Registro ANS

3 - N° Guia Principal

4 - Data da Autorização

5 - Senha

24488

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuido pela Operadora

24488

8 - Número da Carteira

72052441

9 - Validade da Carteira

20/02/2025

10 - Nome

OTAVIO PAMPLONA ZACCHI

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora

300638

14 - Nome do Contratado

Unidade Centro

15 - Nome do Profissional Solicitante

Requisitante Nao Cadastrado/nao Cooperado

16 - Conselho Profissional

6

17 - Número no Conselho

2526

18 - UF

SC

19 - Código CBO

225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Item Assistencial Solicitados

21 - Caráter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

20/02/2025

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

10101039

26 - Descrição

CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

27 - Qtd. Solic.

1

28 - Qtd. Aut.

1

2

3

4

5

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código GNES

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

36 - Data

37 - Hora Inicial a 38 - Hora final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtd.

43 - Via

44 - Tec.

45 - Fator Red./Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - Identificação do(a) Profissional(s) Executante(s)

49 - Ser./Part.

50 - Código na Operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

1

2

3

4

5

66 - Data de Realização de Procedimentos em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

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

20/02/2025

68 - Assinatura do Contratado

20/02/2025

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Otávio Pamplona Zacchi
Nº da Carteirinha: 7.205.2441
Instituição: Colégio Adventista Palhoça



Data de Nascimento: 25/05/2020

Nº da Guia: 24488

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
20/02/2025	18:08:00	Sala de Aula	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Rosto

Descrição

O aluno escorregou e bateu com o rosto no chão, sangrou o nariz.

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Professora	20/02/2025

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

Observações

Encaminhado para avaliação médica.

Ass.:

Glaucya Francini Collaco

176.726.884/0135-301
INST. ADV. SUL BRAS. DE EDUCAÇÃO
COLÉGIO ADVENTISTA
Av. Raulino Pagani, Nº 420
CEP: 88132-199 - Pagani
Palhoça/SC

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

76 758.8.410 133-301
ESTACION 301 RUA DEBECADO
COLEGIO AVENTISTA
AV. F. V. P. 301, N. 133
CEP 6602-133-301
Palmacal SC

Paciente **OTAVIO PAMPLONA ZACCHI**

Data Nascto. 25/05/2020 4 Anos

Sexo Masculino

Telefone 999738167

Leito 1

Atendimento **3.443.329**

Prontuário 99.796.925

Dt. Entrada 20/02/2025 19:24:35

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
20/02/2025 19:35	20/02 19:42	Médico	Anamnese PA		RODRIGO VASCONCE LOS MARZOLA	CRM 15742

OTAVIO PAMPLONA ZACCHI, 4 anos

QUEIXA PRINCIPAL: caiu na escola

s: mãe relata que cça caiu da propria altura e bateu o nariz no chão. Informa epistaxe. nega perda de consciência e convulsão, nega febre. Nega vômitos.

nega internamento e cx previa

* Medicamentos em uso: vit

* 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 108 FR 24 SAT 100 TEMP 36,2 PESO 14,1 glasgow15

MV+ bilateral sem RA. olhos: pupilas isocóricas fotorreagentes e isocóricas

RCR 2T BNF sem sopros.

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

Oroscopia normal. rino: sangramento denariz a esquerda

Otoscopia normal.

Sem alterações neurológicas. Ausência de sinais meníngeos.

Pulsos e perfusão normais.

Pele sem lesões. força muscular noraml e preservada. Marcha normal

HIPOTESE DIAGNÓSTICA: trauma em nariz

CONDUTA: rx de osso do nariz

Dr. RODRIGO VASCONCELOS MARZOLA (CRM 15742)



Paciente: **OTAVIO PAMPLONA ZACCHI**
Data de Nascimento: 25/05/2020 Idade: 4anos 8M Sexo: M
Data do Exame: 20/02/2025
Solicitante: Dr.(a) RODRIGO VASCONCELOS MARZOLA
Protocolo: UGF3443329 Senha: 175313

unimedflorianopolis.com.br

Central de Atendimento:
(48) 3288 4100

Informações:
0800 048 3500

RADIOGRAFIA DIGITAL DO CRÂNIO

Calota craniana de espessura e estrutura normais.
Ausência de traço de fratura na calota craniana.
Ausência de calcificações patológicas ou de sinais de hipertensão intra craniana.
Sela turca de configuração e dimensões anatômicas, com paredes íntegras.

Exame completo e laudo médico disponíveis em 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


Dr. Pedro Lemos de Luca
CRM/SC 6606



Unimed



Madalena Barbi, 204 - Florianópolis - SC

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

(CNES 9830774)



Conta paciente

(77858611001503)

Nota:

Paciente:

OTAVIO PAMPLONA ZACCHI

Convênio:

Instituto Adventista

Usuário/Matrícula:

72052441

Categoria:

Instituto Adventista

Prontuário: 99796925

Data entrada: 20/02/2025 19:24:35

Data saída: 20/02/2025 21:14:14

Motivo Alta: Alta melhora

Médico: Dra. LETICIA MATOS DOS SANTOS (CRM 30382)

Tipo atend: 3 - Pronto socorro

Espec/Clinica: 4 Clínica Pediátrica

Proc Princ: 00000000

0

Tipo acomodação Enfermaria

Data 25/05/2020

Sexo: M

CID Princ: S00.3 Traum superf do nariz

Guia: 24488

Senha:

Dt Conta: 20/02/25 19:32

Dt inicial: 20/02/25 19:24

Dt final: 20/02/25 21:14

Refer: 28/02/25

Movimentação do Paciente

Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO UC	Setor sem acomodação	1/	20/02/2025 19:24:35	20/02/2025 21:14:14
2	Serviços Especiais	RAIO X UC	Setor sem acomodação	1/	20/02/2025 19:44:00	20/02/2025 19:44:00

Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor
1	20/02/25 19:24	PRONTO ATENDIMENTO UC	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	30382	LETICIA MATOS	Clínico	91,35
2	20/02/25 19:53	RAIO X UC	40801012	Crânio - 2 Incidências	1,00	6606	PEDRO LEMOS DE	Clínico	43,05
Total de Honorários Não Conveniados					2,00				134,40

Total geral R\$

134,40

Impresso em 21/02/2025 06:49:53

Pág 1

schayany.souza

FatAct_R7

Paciente **RAUL DE LIMA MARIANO**

Data Nascto. 27/09/2018 6 Anos

Sexo Masculino

Telefone 991898520

Leito 1

Atendimento **3.440.720**

Prontuário 99.698.132

Dt. Entrada 18/02/2025 15:35:34

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
18/02/2025 15:49	18/02 16:17	Médico	Anamnese PA		DALET CAMBOIM BIZERRA	CRM 23422

RAUL DE LIMA MARIANO, 6 anos

QUEIXA PRINCIPAL:

Estava correndo na escola, caiu e bateu a testa no chão. Foi feito gelo local.
Mãe o traz pois está com hematoma e edema em testa. Nega perda consciência e vômito.

- * 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 22 SAT 100 TEMP 36,2 PESO 31
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.
Cabeça com hematoma subgaleal em região frontal à direita

HIPOTESE DIAGNÓSTICA:

Trauma - sem sinal de gravidade
Clinicamente bem

CONDUTA:

Sintomáticos. Orientações.
Retorno se sinais de alerta.
Dra. DALET CAMBOIM BIZERRA (CRM 23422)

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - NAS



Atendimento: 3440720

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: RAUL DE LIMA MARIANO

CPF: 14507800919

Endereço: Rua José Victor da Rosa , 722 apto 203

Atendimento Nº: 3440720

Telefone: (48) 99189-8520

RG:

Responsável:

Nome: ANA

CPF: 05328083989

Endereço: Rua José Victor da Rosa , 722 apto 203 bl b

Telefone: 55489 9189-8520

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

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - NAS



Atendimento: 3440720

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

Drª Cíndia de Brito Manoio
05328083989

() **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, ____/____/____

Drª Cíndia de Brito Manoio
CONTRATANTE/RESPONSÁVEL

CONTRATADA

Testemunhas

1- _____

Nome:

CPF nº

2- _____

Nome:

CPF nº

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Raul de Lima Mariano
Nº da Carteirinha: 7.58.7227
Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Estreito



Data de Nascimento: 27/09/2018 **Nº da Guia:** 24359

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
18/02/2025	14:07:00	Ginásio	Aula de educação física

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

Descrição
Aluno estava na educação física e acabou tropeçando no colega, caindo e batendo de testa no chão, criando um galo na região.

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

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

Observações
Encaminhado ao hospital de referência Unimed.

Ass.:

Jerry Abdoral Borges

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

1 - Registro ANS

3 - Nº Guia Principal

4 - Data da Autorização

5 - Senha

18/02/2025

6 - Data Validade da Senha

24359

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

24359

8 - Número da Carteira

24359

18/02/2025

9 - Validade da Carteira

18/02/2025

10 - Nome

RAUL DE LIMA MARIANO

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora

300639

14 - Nome do Contratado

Unidade Centro

15 - Nome do Profissional Solicitante

Requisitante Neo Cadastro/Neo Cooperado

16 - Conselho Profissional

6

17 - Número no Conselho

2526

18 - UF

SC

19 - Código CBO

225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Item Assistencial Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

18/02/2025

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

10101039

26 - Descrição

CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

27 - Qlote Solic.

1

28 - Qlote Aut.

0

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

Dados do Contratado Executante

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 a 38 - Hora Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qlote

43 - Via

44 - Tec.

45 - Fator Red.Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - Seq. Ref.

49 - Gr. Part.

50 - Código na Operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Observação / Justificativa

57 - Data de Realização de Procedimentos em Série

58 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

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 Casos Medicinais R\$

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

69 - Assinatura do Profissional

70 - Assinatura do Médico

71 - Assinatura do Enfermeiro

72 - Assinatura do Técnico

73 - Assinatura do Auxiliar

74 - Assinatura do Farmacêutico

75 - Assinatura do Odontólogo

76 - Assinatura do Psicólogo

77 - Assinatura do Fonoaudiólogo

78 - Assinatura do Nutricionista

79 - Assinatura do Fisioterapeuta

80 - Assinatura do Terapeuta Ocupacional

81 - Assinatura do Educador Físico

82 - Assinatura do Assistente Social

83 - Assinatura do Psicopedagogo

84 - Assinatura do Terapeuta da Fala

85 - Assinatura do Agente Comunitário de Saúde

86 - Assinatura do Agente de Endemias

87 - Assinatura do Agente de Controle de Vetores

88 - Assinatura do Agente de Controle de Zoonoses

89 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças Transmissíveis

90 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças Não Transmissíveis

91 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis

92 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão Hídrica

93 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão Arboviral

94 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Vetores

95 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Alimentos

96 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Água

97 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Ar

98 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Solo

99 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Insetos

100 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Animais

101 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Fungos

102 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Parasitas

103 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Bactérias

104 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Vírus

105 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Protozoários

106 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Helminthes

107 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Artrópodes

108 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Moluscos

109 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Nematódeos

110 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Platyhelminthes

111 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Cnidários

112 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Poríferos

113 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Echinodermata

114 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Mollusca

115 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Annelida

116 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Chordata

117 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Vertebrata

118 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Mammalia

119 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Aves

120 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Reptalia

121 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Batrachia

122 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Pisces

123 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Amphibia

124 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Insecta

125 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Arachnida

126 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Crustacea

127 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Mollusca

128 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Annelida

129 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Chordata

130 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Vertebrata

131 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Mammalia

132 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Aves

133 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Reptalia

134 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Batrachia

135 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Pisces

136 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Amphibia

137 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Insecta

138 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Arachnida

139 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Crustacea

140 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Mollusca

141 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Annelida

142 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Chordata

143 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Vertebrata

144 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Mammalia

145 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Aves

146 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Reptalia

147 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Batrachia

148 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Pisces

149 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Amphibia

150 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Insecta

151 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Arachnida

152 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Crustacea

153 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Mollusca

154 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Annelida

155 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Chordata

156 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Vertebrata

157 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Mammalia

158 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Aves

159 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Reptalia

160 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Batrachia

161 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Pisces

162 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Amphibia

163 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Insecta

164 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Arachnida

165 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Crustacea

166 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Mollusca

167 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Annelida

168 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Chordata

169 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Vertebrata

170 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Mammalia

171 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Aves

172 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Reptalia

173 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Batrachia

174 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Pisces

175 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Amphibia

176 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Insecta

177 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Arachnida

178 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Crustacea

179 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Mollusca

180 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Annelida

181 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Chordata

182 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Vertebrata

183 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Mammalia

184 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Aves

185 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Reptalia

186 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Batrachia

187 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Pisces

188 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Amphibia

189 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Insecta

190 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Arachnida

191 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Crustacea

192 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Mollusca

193 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Annelida

194 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Chordata

195 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Vertebrata

196 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Mammalia

197 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Aves

198 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Reptalia

199 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Batrachia

200 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Pisces

201 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Amphibia

202 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Insecta

203 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Arachnida

204 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Crustacea

205 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Mollusca

206 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Annelida

207 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Chordata

208 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Vertebrata

209 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Mammalia

210 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Aves

211 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Reptalia

212 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Batrachia

213 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Pisces

214 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Amphibia

215 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Insecta

216 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Arachnida

217 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Crustacea

218 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Mollusca

219 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Annelida

220 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Chordata

221 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Vertebrata

222 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Mammalia

223 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Aves

224 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Reptalia

225 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Batrachia

226 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Pisces

227 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Amphibia

228 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Insecta

229 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Arachnida

230 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Crustacea

231 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Mollusca

232 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Annelida

233 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Chordata

234 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Vertebrata

235 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Mammalia

236 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Aves

237 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Reptalia

238 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Batrachia

239 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Pisces

240 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Amphibia

241 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Insecta

242 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Arachnida

243 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Crustacea

244 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Mollusca

245 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Annelida

246 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Chordata

247 - Assinatura do Agente de Controle de Doenças de Transmissão por Vertebrata

248 - Assinatura do Ag



Paciente: **RAUL DE LIMA MARIANO**

Data de Nascimento: 27/09/2018 Idade: 6anos 4M Sexo: M

Data do Exame: 18/02/2025

Solicitante: Dr.(a) DALET CAMBOIM BIZERRA

Protocolo: UGF3440720 Senha: 118730

unimedflorianopolis.com.br

Central de Atendimento:
(48) 3288 4100

Informações:
0800 048 3500

RADIOGRAFIA DIGITAL DO CRÂNIO

Calota craniana de espessura e estrutura normais.

Ausência de traço de fratura na calota craniana.

Ausência de calcificações patológicas ou de sinais de hipertensão intra craniana.

Sela turca de configuração e dimensões anatômicas, com paredes íntegras.

Exame completo e laudo médico disponíveis em 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


Dr. Nelson Cabral Junior
CRM/SC 6561



Unimed Madalena Barbi, 204 - Florianópolis - SC CNPJ:77858611001503 - Inscrição estadual: - Fone:3216-(CNES 9830774)			Conta paciente (77858611001503) Nota:						
Paciente: RAUL DE LIMA MARIANO		Convênio: Instituto Adventista		Usuário/Matrícula:					
Categoria: Instituto Adventista									
Prontuário: 99698132		Data entrada: 18/02/2025 15:35:34		Data saída: 18/02/2025 17:04:44					
Médico: Dra. DALET CAMBOIM BIZERRA (CRM 23422)		Motivo Alta: Alta melhora		Tipo atend: 3 - Pronto socorro					
Proc Princ: 00000000 0		Espec/Clinica: 4 Clínica Pediátrica							
Data 27/09/2018		Tipo acomodação Setor sem acomodação							
CID Princ:		Sexo: M							
Guia: 24359		Senha:							
Dt Conta: 18/02/25 15:43		Dt inicial: 18/02/25 15:35		Dt final: 18/02/25 17:04					
Refer: 28/02/25									
Movimentação do Paciente									
Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída			
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO UC	Setor sem acomodação	1/	18/02/2025 15:35:34	18/02/2025 17:04:44			
2	Serviços Especiais	RAIO X UC	Setor sem acomodação	1/	18/02/2025 15:53:00	18/02/2025 15:53:00			
Honorários Não Conveniados									
Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor
1	18/02/25 15:35	PRONTO ATENDIMENTO UC	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	23422	DALET CAMBOIM	Clínico	70,27
2	18/02/25 15:57	RAIO X UC	40801020	Crânio - 3 Incidências	1,00	6561	NELSON CABRAL	Clínico	47,07
Total de Honorários Não Conveniados					2,00				117,34
Total geral R\$									117,34
Impresso em 19/02/2025 08:57:41 Pág 1 schayany.souza FatAct_R7									