

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

Atend.: 2886337

Instituto Adventista

2 - N° Guia no Prestador 4741979

1 - Registro ANS 000000		3 - N° Guia Principal	
4 - Data da Autorização 29/06/2023		5 - Senha 12170	
6 - Data Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 12170	
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira	
9 - Validade da Carteira		10 - Nome ARTHUR FREITAS FARIA	
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 ANA CAMILA FLORES FARAH		16 - Conselho Profissional 6	
17 - Número no Conselho 7148		18 - UF SC	
19 - Código CBO 225124		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 29/06/2023	
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 1 22		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 40801012	
26 - Descrição RX CRANIO - 2 INCIDÊNCIAS		27 - Qtde.Solic. 1	
		28 - Qtde.Aut. 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 - Qtde.	
43 - Via		44 - Tec.	
45 - Fator Red./Acresc.		46 - Valor Unitário (R\$)	
47 - Valor Total (R\$)			
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Seq.Ref.		49 - Gr.Part.	
50 - Código na Operadora/CPF		51 - Nome do Profissional	
52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho	
54 - UF		55 - Código CBO	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série			
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
58 - 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	
29/06/2023		29/06/2023	
68 - Assinatura do Contratado			
29/06/2023			



2886337

Prescrição Eletrônica Paciente

Paciente: **ARTHUR FREITAS FARIA**

Dt. Nascto.: 20/06/2013 10a 9d

Dt. Entrada: 29/06/2023 14:57:02

Prontuário: 99817219

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

Alergias :

Atendimento: **2886337**

Convênio: Instituto Adventista / Instituto Adventista

Sexo: Masculino

Período: 29/06/2023

Exames e Procedimentos

1 RX CRANIO - 2 INCIDÊNCIAS

Qtde / Intervalo

1 Agora (Exames e
Procedimentos)

Horários

15:15

Vigência

29/06 15:15 até 30/06 15:15

Indicação clínica: trauma

Dra. Ana Camila P. Flores
Pessoa Jurídica
CRM-SC 7148

ANA CAMILA FLORES FARAH

ANA CAMILA FLORES FARAH (CRM

PRONTO ATENDIMENTO UC 1
Impresso em 29/06/2023 15:06:06

Instituto Adventista		GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT				V.3.0	
		2 - N° Guia no Prestador				Atend.: 2886337	
1 - Registro ANS 000000		3 - N° Guia Principal					
4 - Data da Autorização 29/06/2023		5 - Senha		6 - Data Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira		10 - Nome ARTHUR FREITAS FARIA	
				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 ANA CAMILA FLORES FARAH		16 - Conselho Profissional 6		17 - Número no Conselho 7148		18 - UF SC	
				19 - Código CBO 225124		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados		21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 29/06/2023		23 - Indicação Clínica trauma	
24 - Tabela 1 22		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 40801012		26 - Descrição RX CRANIO - 2 INCIDÊNCIAS		27 - Qtde.Solic. 1	
						28 - Qtde.Aut. 1	
Dados do Contratado Executante		29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado		31 - Código CNES	
Dados do atendimento		32 - Tipo de Atendimento 11		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 2		34 - Tipo de Consulta	
				35 - Motivo de Encerramento do Atendimento			
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		36 - Data		37 - Hora inicial a 38 - Hora final		39 - Tabela	
		40 - Código do Procedimento		41 - Descrição		42 - Qtde.	
						43 - Via	
						44 - Tec.	
						45 - Fator Red./Acresc.	
						46 - Valor Unitário (R\$)	
						47 - Valor Total (R\$)	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)		48 - Seq.Ref.		49 - Gr.Part.		50 - Código na Operadora/CPF	
		51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho	
				54 - UF		55 - Código CBO	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
1 -		3 -		5 -		7 -	
2 -		4 -		6 -		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		68 - Assinatura do Contratado			
29/06/2023		29/06/2023		29/06/2023			
Impresso em: 29/06/2023 15:15:08		Página 1		ana.farah		WATE70106	

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Arthur Freitas Faria
Nº da Carteirinha: 7.205.335
Instituição: Colégio Adventista Palhoça



Data de Nascimento: 20/06/2013 **Nº da Guia:** 12170

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
29/06/2023	13:50:00	Quadra	Aula de educação física

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

Descrição

O aluno estava participando da brincadeira proposta quando estava correndo e tropeçou nas próprias pernas . Quando caiu bateu com o olho direito na trave de metal.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor	(48) 99627-6899
Thallys	(48) 99627-6899

Quem prestou primeiros socorros	Data
Professor Thallys	29/06/2023

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

Observações

Foi colocado gelo

Ass.:

Juliana Vieira Ferreira

Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: <https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br (não credenciados) com os seguintes dados:

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0003-31
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / portoalegre.clinicaadventista.org.br

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

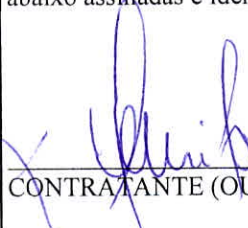
5.2. Os médicos da CONTRATADA atenderão ao disposto no artigo 34 do Código de Ética Médica e ao art. 6º, inciso III, art. 31 e art. 39, inciso VI, todos do Código de Defesa do Consumidor (Lei n.º 8.078/90), explicando claramente a proposta do procedimento médico ou cirúrgico, seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas ao procedimento, proporcionando livre questionamento e respondendo inteira e satisfatoriamente as perguntas. Igualmente, em caso iminente de risco de morte, de acordo com artigo 22 do Código de Ética Médica, serão efetuados todos e quaisquer procedimentos médicos sem esclarecimento e/ou consentimento prévio.

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

CLÁUSULA SEXTA: Do foro

6.1. Fica eleito o foro da Comarca de Florianópolis/SC para dirimir quaisquer dúvidas do presente contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja. Assim, por estarem as partes perfeitamente ajustadas entre si, assinam o presente instrumento em duas vias de igual teor e forma para os efeitos do art. 221 do Código Civil, na presença de duas testemunhas abaixo assinadas e identificadas.

Florianópolis, SC, ____ de _____ de ____.



CONTRATANTE (OU RESPONSÁVEL)

Unimed Grande Florianópolis Coop. Trab. Médico
CONTRATADA

Testemunhas

1- _____

Nome:

CPF:

2- _____

Nome:

CPF:

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS - PRONTO ATENDIMENTO

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: ARTHUR FREITAS FARIA

CPF: 11153968975

Endereço: da praça , 241 ap 704 b1

Atendimento Nº: 2886337

Telefone: (48) 999891066

RG:

Responsável:

Nome: DANIELA

CPF: 78896550963

Endereço: da praça , 0 ap 704 b1

Telefone: 9989-1066

RG: 2710884

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

CLÁUSULA PRIMEIRA: Do Objeto

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

CLÁUSULA SEGUNDA: Das Obrigações e Responsabilidades do CONTRATANTE

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

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

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

2.2. É obrigatório a permanência de um responsável durante toda a estadia da criança e/ou adolescente na instituição, de acordo com Estatuto da Criança e do Adolescente - Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.

2.3. A contratação é vinculada ao Plano de Saúde contratado pelo paciente. A CONTRATADA obedecerá às normas previstas no contrato que disciplina os atendimentos aos usuários, ressalvando a indicação do procedimento médico-hospitalar e seu respectivo tratamento.

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

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

CLÁUSULA TERCEIRA: Das obrigações e Responsabilidades da CONTRATADA

3.1. Pelo contratado ora firmado, a CONTRATADA:

a) Reserva-se o direito de emitir boleto bancário de cobrança cujo valor será correspondente ao serviço prestado, no caso de não efetuado o pagamento das despesas estabelecidas na Cláusula Segunda.

b) Na hipótese de inadimplência superior a 30 (trinta) dias, poderá registrar, nos Cadastros de Proteção ao Crédito (SPC, SERASA e afins), obedecendo às normas estabelecidas em lei, os débitos do CONTRATANTE.

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

d) Qualquer objeto que tenha sido esquecido, extraviado ou perdido pelo CONTRATANTE, e localizado nas dependências da CONTRATADA, mediante prova, ficará à disposição daquele pelo prazo de 30 (trinta) dias, findos os quais, serão descartados ou doados por parte da CONTRATADA.

CLÁUSULA QUARTA: Da apresentação de despesas

4.1. Todas as despesas referidas na Cláusula Segunda serão apresentadas pela CONTRATADA e deverão ser quitadas, imediatamente pelo(a) CONTRATANTE/PACIENTE e/ou RESPONSÁVEL/CONTRATANTE. Nessa oportunidade a CONTRATADA apresentará a fatura/nota fiscal dos serviços prestados.

CLÁUSULA QUINTA: Disposições gerais

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



Atendimento: 288633

Data de Entrada: 29/06/2023 14:57:02

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ARTHUR FREITAS FARIA / DANIELA FREITAS



Paciente **ARTHUR FREITAS FARIA**
Data Nascto. 20/06/2013 10 Anos
Sexo Masculino
Endereço da praça , 241 ap 704 b1
Município
Telefone 999891066

Atendimento **2.886.337**
Carteirinha:
Convênio Instituto Adventista
Cat. / Plano Instituto Adventista - Sem plano
Prontuário 99817219
Data 29/06/2023 14:57:02
Tipo Acomod Setor sem acomodação

Termo de Responsabilidade

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

Os médicos da COOP PA - FILIAL CENTRO, atendendo ao disposto no artigo 34 do Código de Ética Médica e artigo 9º da Lei 8.078/90, explicarão claramente a proposta do procedimento médico ou cirúrgico, seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas ao procedimento, proporcionando livre questionamento e respondendo inteira e satisfatoriamente as perguntas. Outrossim, em caso iminente de perigo de vida, de acordo com o artigo 22 do Código de Ética Médica, serão efetuados todos e quaisquer procedimentos médicos sem esclarecimento e consentimento prévios.

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

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

ARTHUR FREITAS FARIA

DANIELA FREITAS

PRONTO ATENDIMENTO UC

mega alergia

Florianópolis, 29 de junho de 2023

CONFERÊNCIA
DATA 28/06/23
ENFERMAGEM
DATA 29/06/23
AUTORIZAÇÃO

NOME

peso: 35.800

T: 35,0

SpO: 100

Fc: 85