



Paciente	MUHEDDIN WAIS	Atendimento	3.089.292
Data Nascto.	27/09/2015 8 Anos	Carteirinha:	7586930
Sexo	Masculino	Convênio	Instituto Adventista
Endereço	Rua Araci Vaz Callado , 1402 AP 305	Cat. / Plano	Instituto Adventista - Único
Município	Florianópolis	Prontuário	99835336
Telefone	996215347	Data	19/02/2024 17:50:35
		Tipo Acomod	Enfermaria

Termo de Responsabilidade

O abaixo assinado IMAD EDDIN WEIS, responsável pelo paciente MUHEDDIN WAIS, 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.

MUHEDDIN WAIS

IMAD EDDIN WEIS

PRONTO ATENDIMENTO UC

Florianópolis, 19 de fevereiro de 2024

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado IMAD EDDIN WEIS, responsável pela paciente MUHEDDIN WAIS, 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.

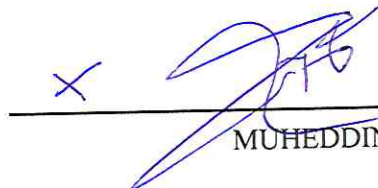
Tratando-se de menor paciente, conforme o artigo 12 da Lei nº 8.069/90 (Estatuto da Criança e do Adolescente), é obrigatória a permanência de um dos pais ou responsável legal durante toda a estadia da criança e/ou adolescente na instituição.

Declara IMAD EDDIN WEIS 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.



MUHEDDIN WAIS / IMAD EDDIN WEIS

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS - PRONTO ATENDIMENTO

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: MUHEDDIN WAIS

CPF: 80140704965

Endereço: Rua Araci Vaz Callado, 1402 AP 305

Atendimento Nº: 3089292

Telefone: (48) 996215347

RG:

Responsável:

Nome: IMAD

CPF: 80114211906

Endereço: Rua Araci Vaz Callado, 1402 AP 305

Telefone: 55

RG:

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

CLÁUSULA PRIMEIRA: Do Objeto

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

CLÁUSULA SEGUNDA: Das Obrigações e Responsabilidades do CONTRATANTE

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

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

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

2.2. É obrigatório a permanência de um responsável durante toda a estadia da criança e/ou adolescente na instituição, de acordo com Estatuto da Criança e do Adolescente - Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990.

2.3. A contratação é vinculada ao Plano de Saúde contratado pelo paciente. A CONTRATADA obedecerá às normas previstas no contrato que disciplina os atendimentos aos usuários, 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. Nesta presente ato, o responsável dá plena autorização dos médicos da CONTRATADA para assistirem e tratarem a

1 - Registro ANS 000000	3 - Nº Guia Principal
4 - Data da Autorização 19/02/2024	5 - Senha 15318
6 - Data Validade da Senha 15318	7 - Número da Guia Atribuido pela Operadora 15318
8 - Número da Carteira 758930	9 - Validade da Carteira 10 - Nome MUHEDDIN WAIS
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/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 Itens Assistenciais Solicitados	
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 19/02/2024
23 - Indicação Clínica	24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039
26 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	27 - Qtdde Solic. 1
28 - Qtdde 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 1	37 - Hora inicial a 38 - Hora final 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição 42 - Qtdde. 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 - 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 19/02/2024	67 - Assinatura Beneficiário ou Responsável 19/02/2024
68 - Assinatura do Contratado 19/02/2024	

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Muheddin Wais

Nº da Carteira: 7.58.6930

Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Estreito

Data de Nascimento: 27/09/2015

Nº da Guia: 15318



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
19/02/2024	16:53:00	Sala de Aula	Em atividade de aula

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

Descrição
Aluno bateu a testa na sala de aula

Testemunha da ocorrência	Telefone
Elisabeth	(48) 3039-8100

Quem prestou primeiros socorros	Data
Cristiane	19/02/2024

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

Observações
Aluno encaminhado ao hospital de referência UNIMED.

Ass.:

Rodrigo Corvalão

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO GERAL DE PERÍCIAS
II - INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

NOME

MUHEDDIN WAIS

FILIAÇÃO

IMAD EDDIN WEIS

AYAH AL MAGHREBI



DATA NASCIMENTO

27/09/2015

NATURALIDADE

EXTERIOR DF

OBSERVAÇÃO

TIPO/FATOR RH

MUHEDDIN

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

NAO PLASTIFICAR

LEI Nº 7.116, DE 29 DE AGOSTO DE 1983

DNI

RG e CPF 801.407.049-65 DATA DE EXPEDIÇÃO 17/FEV/2023

REGISTRO CIVIL

PORTARIA NRO.: 1662/2023

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

VÁL. ATÉ OS 20 ANOS

T. ELEITOR CTPS SERIE UF Polegar direito

NIS / PIS / PASEP IDENTIDADE PROFISSIONAL

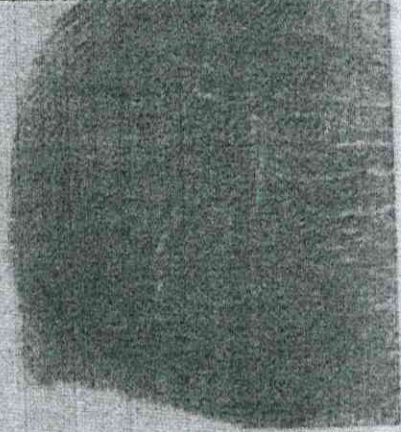
CERT. MILITAR

CNH CNS

André

ANDRÉ DE CARVALHO TRONZA

ASSINATURA DO TITULAR



Paciente **MUHEDDIN WAIS**

Data Nascto. 27/09/2015 8 Anos

Sexo Masculino

Telefone 996215347

Leito 1

Atendimento **3.089.292**

Prontuário 99.835.336

Dt. Entrada 19/02/2024 17:50:35

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
19/02/2024 18:07	19/02 18:11	Médico	Anamnese PA		ANA CAMILA FLORES FARAH	CRM 7148

MUHEDDIN WAIS, 8 anos

QUEIXA PRINCIPAL: queda

Foi empurrado por amigo na escola e bateu com a cabeça no chão
Nega vômitos ou perda de consciência

* Medicamentos em uso:
* Alergias a medicamentos: nega
* Comorbidades associadas: nega
* Vacinação: em dia (sic)

EXAME FÍSICO:
BEG, corado e hidratado, eupnéico, anictérico e acianótico, ativo e alerta.
FC 95 FR SAT 97 TEMP 36,9 PESO 31,3
MV+ bilateral sem RA.
RCR 2T BNF sem sopros.
Abdome flácido depressível RHA+ não se palpa massas ou visceromegalias.
Oroscopia normal.
Otoscopia normal.
Sem alterações neurológicas. Ausência de sinais meníngeos.
Pulsos e perfusão normais.
Pele sem lesões.

HIPOTESE DIAGNÓSTICA: trauma de crâne

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

Paciente MUHEDDIN WAIS

Data Nascto. 27/09/2015 8 Anos

Sexo Masculino

Telefone 996215347

Leito 1

Atendimento 3.089.292

Prontuário 99.835.336

Dt. Entrada 19/02/2024 17:50:35

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
19/02/2024 17:51	19/02 17:53	Enfermeiro	Evolução de		BRUNA PITZ GOULART	COREN 795662

Início dos 1º sintomas:

:

Queixa principal:

Queixa : Há 1h amigo empurrou criança e criança caiu da própria altura e bateu com a fronte no chão, local com edema e hematoma

Nega êmese, náusea, perda de consciência

Comorbidades:**Asma :****Cardiopatía :****Diabetes Mellitus :****Bronquite :****Doença Renal :****Doença Endocrinológica :****Rinite :****Doença Gastrointestinal :****Neuropatia :****Alergia :****Doença Oncológica :****TEA :****Observação: :** nega**Alergia a medicamentos:****Alergias: :** Não**Especificar: :****Medicamentos em uso:****Uso: :** Não**Especificar: :****Sinais Vitais****Peso: :** 31,3 kg**Medicamentos Prescritos na Triagem****Dipirona :**

Paciente **MUHEDDIN WAIS**

Data Nascto. 27/09/2015 8 Anos

Sexo Masculino

Telefone 996215347

Leito 1

Atendimento **3.089.292**

Prontuário 99.835.336

Dt. Entrada 19/02/2024 17:50:35

Convênio Instituto Adventista Instituto

Paracetamol :**Ibuprofeno :****Dose: :**

:

Registro de Entrada de Pacientes



Atendimento: 3092480

Paciente **MARIA LUISA DE SOUZA NICOLINI**
Data Nascto. 26/05/2014 9 Anos
Sexo Feminino
Endereço Rua Lauro Linhares , 897
Município Florianópolis
Telefone 991212920

Atendimento **3.092.480**
Carteirinha: 7465815
Convênio Instituto Adventista
Cat. / Plano Instituto Adventista - Único
Prontuário 99817734
Data 22/02/2024 14:26:26
Tipo Acomod Setor sem acomodação

Termo de Responsabilidade

O abaixo assinado FLAVIA DE SOUZA NICOLINI, responsável pelo paciente MARIA LUISA DE SOUZA NICOLINI, 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.

MARIA LUISA DE SOUZA NICOLINI

FLAVIA DE SOUZA NICOLINI

PRONTO ATENDIMENTO UC

Florianópolis, 22 de fevereiro de 2024

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado FLAVIA DE SOUZA NICOLINI, responsável pela paciente MARIA LUISA DE SOUZA NICOLINI, 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.

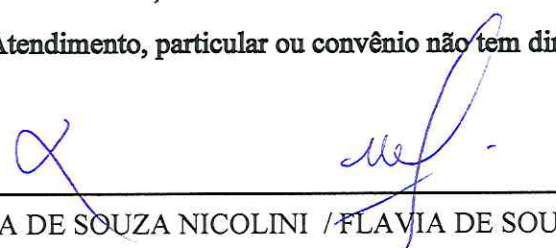
Tratando-se de menor paciente, conforme o artigo 12 da Lei nº 8.069/90 (Estatuto da Criança e do Adolescente), é obrigatória a permanência de um dos pais ou responsável legal durante toda a estadia da criança e/ou adolescente na instituição.

Declara FLAVIA DE SOUZA NICOLINI 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.



MARIA LUISA DE SOUZA NICOLINI / FLAVIA DE SOUZA NICOLINI

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS - PRONTO ATENDIMENTO

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: MARIA LUISA DE SOUZA NICOLINI

CPF: 11444025902

Endereço: Rua Lauro Linhares, 897

Atendimento Nº: 3092480

Telefone: (44) 991212920

RG:

Responsável:

Nome: FLAVIA

CPF: 05654531905

Endereço: Rua Lauro Linhares, 897

Telefone: 5544991212920

RG:

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

CLÁUSULA PRIMEIRA: Do Objeto

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

CLÁUSULA SEGUNDA: Das Obrigações e Responsabilidades do CONTRATANTE

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

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

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

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

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

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

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

CLÁUSULA TERCEIRA: Das obrigações e Responsabilidades da CONTRATADA

3.1. Pelo contratado ora firmado, a CONTRATADA:

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

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

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

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

CLÁUSULA QUARTA: Da apresentação de despesas

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

CLÁUSULA QUINTA: Disposições gerais

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

1 - Registro ANS
000000

3 - N° Guia Principal

4 - Data da Autorização
22/02/2024

5 - Senha
15407

8 - Número da Carteira
7465815

9 - Validade da Carteira
06/07/2023

13 - Código na Operadora
300638

14 - Nome do Contratado
Unidade Centro

15 - Nome do Profissional Solicitante
Requisitante Não Cadastrado/nao Cooperado

16 - Conselho Profissional
6

21 - Caráter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
22/02/2024

24 - Tabela
1

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
10101039

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

36 - Data

37 - Hora inicial a 38 - Hora final

48 - Seq.Ref.

49 - Gr.Part.

53 - Conselho Profissional

54 - UF

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)

63 - Assinatura do Responsável pela Autorização

64 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

65 - Total Gases Medicinais R\$

66 - Total Medicamentos (R\$)

68 - Assinatura do Contratado

69 - Assinatura do Profissional

71 - Nome do Conselho

72 - Código CBO

73 - Nome no Conselho

74 - UF

75 - Código CBO

76 - UF

77 - Assinatura do Profissional Solicitante

78 - Assinatura do Profissional

79 - Qtdde.Solic.

80 - Qtdde.Aut.

81 - Via

82 - Tec.

83 - Fator Red/Acresc.

84 - Valor Unitário (R\$)

85 - Valor Total (R\$)

86 - Código CNES

87 - Assinatura do Encerramento do Atendimento

88 - Motivo de Encerramento do Atendimento

89 - Tipo de Consulta

90 - Descrição

91 - Código do Procedimento

92 - Tabela

93 - Hora inicial a 94 - Hora final

95 - Tabela

96 - Código na Operadora/GPF

97 - Nome do Profissional

98 - Observação / Justificativa

99 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

100 - Total Procedimentos (R\$)

101 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)

102 - Assinatura do Responsável pela Autorização

103 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

104 - Total Gases Medicinais R\$

105 - Total Medicamentos (R\$)

106 - Assinatura do Contratado

107 - Assinatura do Profissional

108 - Nome no Conselho

109 - UF

110 - Código CBO

111 - UF

112 - Código CBO

113 - UF

114 - Assinatura do Profissional Solicitante

115 - Assinatura do Profissional

116 - Qtdde.Solic.

117 - Qtdde.Aut.

118 - Via

119 - Tec.

120 - Fator Red/Acresc.

121 - Valor Unitário (R\$)

122 - Valor Total (R\$)

123 - Código CNES

124 - Assinatura do Encerramento do Atendimento

125 - Motivo de Encerramento do Atendimento

126 - Tipo de Consulta

127 - Descrição

128 - Código do Procedimento

129 - Tabela

130 - Hora inicial a 131 - Hora final

132 - Tabela

133 - Código na Operadora/GPF

134 - Nome do Profissional

135 - Observação / Justificativa

136 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

137 - Total Procedimentos (R\$)

138 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)

139 - Assinatura do Responsável pela Autorização

140 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

141 - Total Gases Medicinais R\$

142 - Total Medicamentos (R\$)

143 - Assinatura do Contratado

144 - Assinatura do Profissional

145 - Nome no Conselho

146 - UF

147 - Código CBO

148 - UF

149 - Código CBO

150 - UF

151 - Assinatura do Profissional Solicitante

152 - Assinatura do Profissional

153 - Qtdde.Solic.

154 - Qtdde.Aut.

155 - Via

156 - Tec.

157 - Fator Red/Acresc.

158 - Valor Unitário (R\$)

159 - Valor Total (R\$)

160 - Código CNES

161 - Assinatura do Encerramento do Atendimento

162 - Motivo de Encerramento do Atendimento

163 - Tipo de Consulta

164 - Descrição

165 - Código do Procedimento

166 - Tabela

167 - Hora inicial a 168 - Hora final

169 - Tabela

170 - Código na Operadora/GPF

171 - Nome do Profissional

172 - Observação / Justificativa

173 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

174 - Total Procedimentos (R\$)

175 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)

176 - Assinatura do Responsável pela Autorização

177 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

178 - Total Gases Medicinais R\$

179 - Total Medicamentos (R\$)

180 - Assinatura do Contratado

181 - Assinatura do Profissional

182 - Nome no Conselho

183 - UF

184 - Código CBO

185 - UF

186 - Código CBO

187 - UF

188 - Assinatura do Profissional Solicitante

189 - Assinatura do Profissional

190 - Qtdde.Solic.

191 - Qtdde.Aut.

192 - Via

193 - Tec.

194 - Fator Red/Acresc.

195 - Valor Unitário (R\$)

196 - Valor Total (R\$)

197 - Código CNES

198 - Assinatura do Encerramento do Atendimento

199 - Motivo de Encerramento do Atendimento

200 - Tipo de Consulta

201 - Descrição

202 - Código do Procedimento

203 - Tabela

204 - Hora inicial a 205 - Hora final

206 - Tabela

207 - Código na Operadora/GPF

208 - Nome do Profissional

209 - Observação / Justificativa

210 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

211 - Total Procedimentos (R\$)

212 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)

213 - Assinatura do Responsável pela Autorização

214 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

215 - Total Gases Medicinais R\$

216 - Total Medicamentos (R\$)

217 - Assinatura do Contratado

218 - Assinatura do Profissional

219 - Nome no Conselho

220 - UF

221 - Código CBO

222 - UF

223 - Código CBO

224 - UF

225 - Assinatura do Profissional Solicitante

226 - Assinatura do Profissional

227 - Qtdde.Solic.

228 - Qtdde.Aut.

229 - Via

230 - Tec.

231 - Fator Red/Acresc.

232 - Valor Unitário (R\$)

233 - Valor Total (R\$)

234 - Código CNES

235 - Assinatura do Encerramento do Atendimento

236 - Motivo de Encerramento do Atendimento

237 - Tipo de Consulta

238 - Descrição

239 - Código do Procedimento

240 - Tabela

241 - Hora inicial a 242 - Hora final

243 - Tabela

244 - Código na Operadora/GPF

245 - Nome do Profissional

246 - Observação / Justificativa

247 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

248 - Total Procedimentos (R\$)

249 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)

250 - Assinatura do Responsável pela Autorização

251 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

252 - Total Gases Medicinais R\$

253 - Total Medicamentos (R\$)

254 - Assinatura do Contratado

255 - Assinatura do Profissional

256 - Nome no Conselho

257 - UF

258 - Código CBO

259 - UF

260 - Código CBO

261 - UF

262 - Assinatura do Profissional Solicitante

263 - Assinatura do Profissional

264 - Qtdde.Solic.

265 - Qtdde.Aut.

266 - Via

267 - Tec.

268 - Fator Red/Acresc.

269 - Valor Unitário (R\$)

270 - Valor Total (R\$)

271 - Código CNES

272 - Assinatura do Encerramento do Atendimento

273 - Motivo de Encerramento do Atendimento

274 - Tipo de Consulta

275 - Descrição

276 - Código do Procedimento

277 - Tabela

278 - Hora inicial a 279 - Hora final

280 - Tabela

281 - Código na Operadora/GPF

282 - Nome do Profissional

283 - Observação / Justificativa

284 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

285 - Total Procedimentos (R\$)

286 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)

287 - Assinatura do Responsável pela Autorização

288 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

289 - Total Gases Medicinais R\$

290 - Total Medicamentos (R\$)

291 - Assinatura do Contratado

292 - Assinatura do Profissional

293 - Nome no Conselho

294 - UF

295 - Código CBO

296 - UF

297 - Código CBO

298 - UF

299 - Assinatura do Profissional Solicitante

300 - Assinatura do Profissional

301 - Qtdde.Solic.

302 - Qtdde.Aut.

303 - Via

304 - Tec.

305 - Fator Red/Acresc.

306 - Valor Unitário (R\$)

307 - Valor Total (R\$)

308 - Código CNES

309 - Assinatura do Encerramento do Atendimento

310 - Motivo de Encerramento do Atendimento

311 - Tipo de Consulta

312 - Descrição

313 - Código do Procedimento

314 - Tabela

315 - Hora inicial a 316 - Hora final

317 - Tabela

318 - Código na Operadora/GPF

319 - Nome do Profissional

320 - Observação / Justificativa

321 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

322 - Total Procedimentos (R\$)

323 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)

324 - Assinatura do Responsável pela Autorização

325 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

326 - Total Gases Medicinais R\$

327 - Total Medicamentos (R\$)

328 - Assinatura do Contratado

329 - Assinatura do Profissional

330 - Nome no Conselho

331 - UF

332 - Código CBO

333 - UF

334 - Código CBO

335 - UF

336 - Assinatura do Profissional Solicitante

337 - Assinatura do Profissional

338 - Qtdde.Solic.

339 - Qtdde.Aut.

340 - Via

341 - Tec.

342 - Fator Red/Acresc.

343 - Valor Unitário (R\$)

344 - Valor Total (R\$)

345 - Código CNES

346 - Assinatura do Encerramento do Atendimento

347 - Motivo de Encerramento do Atendimento

348 - Tipo de Consulta

349 - Descrição

350 - Código do Procedimento

351 - Tabela

352 - Hora inicial a 353 - Hora final

354 - Tabela

355 - Código na Operadora/GPF

356 - Nome do Profissional

357 - Observação / Justificativa

358 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

359 - Total Procedimentos (R\$)

360 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)

361 - Assinatura do Responsável pela Autorização

362 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

363 - Total Gases Medicinais R\$

364 - Total Medicamentos (R\$)

365 - Assinatura do Contratado

366 - Assinatura do Profissional

367 - Nome no Conselho

368 - UF

369 - Código CBO

370 - UF

371 - Código CBO

372 - UF

373 - Assinatura do Profissional Solicitante

374 - Assinatura do Profissional

375 - Qtdde.Solic.

376 - Qtdde.Aut.

377 - Via

378 - Tec.

379 - Fator Red/Acresc.

380 - Valor Unitário (R\$)

381 - Valor Total (R\$)

382 - Código CNES

383 - Assinatura do Encerramento do Atendimento

384 - Motivo de Encerramento do Atendimento

385 - Tipo de Consulta

386 - Descrição

387 - Código do Procedimento

388 - Tabela

389 - Hora inicial a 390 - Hora final

391 - Tabela

392 - Código na Operadora/GPF

393 - Nome do Profissional

394 - Observação / Justificativa

395 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

396 - Total Procedimentos (R\$)

397 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)

398 - Assinatura do Responsável pela Autorização

399 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

400 - Total Gases Medicinais R\$

401 - Total Medicamentos (R\$)

402 - Assinatura do Contratado

403 - Assinatura do Profissional

404 - Nome no Conselho

405 - UF

406 - Código CBO

407 - UF

408 - Código CBO

409 - UF

409 - Assinatura do Profissional Solicitante

410 - Assinatura do Profissional

411 - Qtdde.Solic.

412 - Qtdde.Aut.

413 - Via

414 - Tec.

415 - Fator Red/Acresc.

416 - Valor Unitário (R\$)

417 - Valor Total (R\$)

418 - Código CNES

419 - Assinatura do Encerramento do Atendimento

420 - Motivo de Encerramento do Atendimento

421 - Tipo de Consulta

422 - Descrição

423 - Código do Procedimento

424 - Tabela

425 - Hora inicial a 426 - Hora final

427 - Tabela

428 - Código na Operadora/GPF

429 - Nome do Profissional

430 - Observação / Justificativa

431 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

432 - Total Procedimentos (R\$)

433 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)

434 - Assinatura do Responsável pela Autorização

435 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

436 - Total Gases Medicinais R\$

437 - Total Medicamentos (R\$)

438 - Assinatura do Contratado

439 - Assinatura do Profissional

440 - Nome no Conselho

441 - UF

442 - Código CBO

443 - UF

443 - Código CBO

444 - UF

444 - Assinatura do Profissional Solicitante

445 - Assinatura do Profissional

446 - Qtdde.Solic.

447 - Qtdde.Aut.

448 - Via

449 - Tec.

449 - Fator Red/Acresc.

450 - Valor Unitário (R\$)

451 - Valor Total (R\$)

452 - Código CNES

453 - Assinatura do Encerramento do Atendimento

454 - Motivo de Encerramento do Atendimento

455 - Tipo de Consulta

456 - Descrição

457 - Código do Procedimento

458 - Tabela

459 - Hora inicial a 460 - Hora final

461 - Tabela

462 - Código na Operadora/GPF

463 - Nome do Profissional

464 - Observação / Justificativa

465 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

466 - Total Procedimentos (R\$)

467 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)

468 - Assinatura do Responsável pela Autorização

469 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

469 - Total Gases Medicinais R\$

470 - Total Medicamentos (R\$)

471 - Assinatura do Contratado

472 - Assinatura do Profissional

473 - Nome no Conselho

474 - UF

475 - Código CBO

476 - UF

476 - Código CBO

477 - UF

477 - Assinatura do Profissional Solicitante

478 - Assinatura do Profissional

479 - Qtdde.Solic.

480 - Qtdde.Aut.

480 - Via

481 - Tec.

481 - Fator Red/Acresc.

482 - Valor Unitário (R\$)

483 - Valor Total (R\$)

484 - Código CNES

485 - Assinatura do Encerramento do Atendimento

486 - Motivo de Encerramento do Atendimento

487 - Tipo de Consulta

488 - Descrição

489 - Código do Procedimento

490 - Tabela

491 - Hora inicial a 492 - Hora final

493 - Tabela

494 - Código na Operadora/GPF

495 - Nome do Profissional

496 - Observação / Justificativa

497 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

498 - Total Procedimentos (R\$)

499 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)

500 - Assinatura do Responsável pela Autorização

501 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

501 - Total Gases Medicinais R\$

502 - Total Medicamentos (R\$)

503 - Assinatura do Contratado

504 - Assinatura do Profissional

505 - Nome no Conselho

506 - UF

506 - Código CBO

507 - UF

507 - Código CBO

508 - UF

508 - Assinatura do Profissional Solicitante

509 - Assinatura do Profissional

510 - Qtdde.Solic.

511 - Qtdde.Aut.

511 - Via

512 - Tec.

512 - Fator Red/Acresc.

513 - Valor Unitário (R\$)

514 - Valor Total (R\$)

515 - Código CNES

516 - Assinatura do Encerramento do Atendimento

517 - Motivo de Encerramento do Atendimento

518 - Tipo de Consulta

519 - Descrição

520 - Código do Procedimento

521 - Tabela

522 - Hora inicial a 523 - Hora final

524 - Tabela

525 - Código na Operadora/GPF

526 - Nome do Profissional

527 - Observação / Justificativa

528 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

529 - Total Procedimentos (R\$)

530 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)

531 - Assinatura do Responsável pela Autorização

532 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

532 - Total Gases Medicinais R\$

533 - Total Medicamentos (R\$)

534 - Assinatura do Contratado

535 - Assinatura do Profissional

536 - Nome no Conselho

537 - UF

537 - Código CBO

538 - UF

538 - Código CBO

539 - UF

539 - Assinatura do Profissional Solicitante

540 - Assinatura do Profissional

541 - Qtdde.Solic.

542 - Qtdde.Aut.

542 - Via

543 - Tec.

543 - Fator Red/Acresc.

544 - Valor Unitário (R\$)

545 - Valor Total (R\$)

546 - Código CNES

547 - Assinatura do Encerramento do Atendimento

548 - Motivo de Encerramento do Atendimento

549 - Tipo de Consulta

550 - Descrição

551 - Código do Procedimento

552 - Tabela

553 - Hora inicial a 554 - Hora final

555 - Tabela

556 - Código na Operadora/GPF

557 - Nome do Profissional

558 - Observação / Justificativa

559 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

560 - Total Procedimentos (R\$)

561 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)

561 - Assinatura do Responsável pela Autorização

562 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

562 - Total Gases Medicinais R\$

563 - Total Medicamentos (R\$)

564 - Assinatura do Contratado

565 - Assinatura do Profissional

565 - Nome no Conselho

566 - UF

566 - Código CBO

567 - UF

567 - Código CBO

568 - UF

568 - Assinatura do Profissional Solicitante

569 - Assinatura do Profissional

570 - Qtdde.Solic.

571 - Qtdde.Aut.

571 - Via

572 - Tec.

572 - Fator Red/Acresc.

573 - Valor Unitário (R\$)

574 - Valor Total (R\$)

575 - Código CNES

576 - Assinatura do Encerramento do Atendimento

577 - Motivo de Encerramento do Atendimento

578 - Tipo de Consulta

579 - Descrição

580 - Código do Procedimento

581 - Tabela

582 - Hora inicial a 583 - Hora final

584 - Tabela

585 - Código na Operadora/GPF

586 - Nome do Profissional

587 - Observação / Justificativa

588 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

589 - Total Procedimentos (R\$)

590 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)

590 - Assinatura do Responsável pela Autorização

591 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

591 - Total Gases Medicinais R\$

592 - Total Medicamentos (R\$)

593 - Assinatura do Contratado

594 - Assinatura do Profissional

595 - Nome no Conselho

596 - UF

596 - Código CBO

597 - UF

597 - Código CBO

598 - UF

598 - Assinatura do Profissional Solicitante

599 - Assinatura do Profissional

600 - Qtdde.Solic.

601 - Qtdde.Aut.

601 - Via

602 - Tec.

602 - Fator Red/Acresc.

603 - Valor Unitário (R\$)

604 - Valor Total (R\$)

605 - Código CNES

606 - Assinatura do Encerramento do Atendimento

607 - Motivo de Encerramento do Atendimento

608 - Tipo de Consulta

609 - Descrição

610 - Código do Procedimento

611 - Tabela

612 - Hora inicial a 613 - Hora final

614 - Tabela

615 - Código na Operadora/GPF

616 - Nome do Profissional

617 - Observação / Justificativa

618 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

619 - Total Procedimentos (R\$)

620 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)

620 - Assinatura do Responsável pela Autorização

621 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

621 - Total Gases Medicinais R\$

622 - Total Medicamentos (R\$)

623 - Assinatura do Contratado

624 - Assinatura do Profissional

625 - Nome no Conselho

626 - UF

626 - Código CBO

627 - UF

627 - Código CBO

628 - UF

628 - Assinatura do Profissional Solicitante

629 - Assinatura do Profissional

629 - Qtdde.Solic.

630 - Qtdde.Aut.

630 - Via

631 - Tec.

631 - Fator Red/Acresc.

632 - Valor Unitário (R\$)

633 - Valor Total (R\$)

634 - Código CNES

635 - Assinatura do Encerramento do Atendimento

636 - Motivo de Encerramento do Atendimento

637 - Tipo de Consulta

638 - Descrição

639 - Código do Procedimento

640 - Tabela

641 - Hora inicial a 642 - Hora final

643 - Tabela

644 - Código na Operadora/GPF

645 - Nome do Profissional

646 - Observação / Justificativa

647 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

647 - Total Procedimentos (R\$)

648 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)

648 - Assinatura do Responsável pela Autorização

649 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

649 - Total Gases Medicinais R\$

650 - Total Medicamentos (R\$)

651 - Assinatura do Contratado

652 - Assinatura do Profissional

652 - Nome no Conselho

653 - UF

653 - Código CBO

654 - UF

654 - Código CBO

655 - UF

655 - Assinatura do Profissional Solicitante

656 - Assinatura do Profissional

656 - Qtdde.Solic.

657 - Qtdde.Aut.

657 - Via

658 - Tec.

658 - Fator Red/Acresc.

659 - Valor Unitário (R\$)

660 - Valor Total (R\$)

661 - Código CNES

662 - Assinatura do Encerramento do Atendimento

663 - Motivo de Encerramento do Atendimento

664 - Tipo de Consulta

665 - Descrição

666 - Código do Procedimento

667 - Tabela

668 - Hora inicial a 669 - Hora final

670 - Tabela

671 - Código na Operadora/GPF

672 - Nome do Profissional

673 - Observação / Justificativa

674 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

674 - Total Procedimentos (R\$)

675 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)

675 - Assinatura do Responsável pela Autorização

676 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

676 - Total Gases Medicinais R\$

677 - Total Medicamentos (R\$)

678 - Assinatura do Contratado

679 - Assinatura do Profissional

679 - Nome no Conselho

680 - UF

680 - Código CBO

681 - UF

681 - Código CBO

682 - UF

682 - Assinatura do Profissional Solicitante

683 - Assinatura do Profissional

683 - Qtdde.Solic.

684 - Qtdde.Aut.

684 - Via

685 - Tec.

685 - Fator Red/Acresc.

686 - Valor Unitário (R\$)

687 - Valor Total (R\$)

688 - Código CNES

689 - Assinatura do Encerramento do Atendimento

690 - Motivo de Encerramento do Atendimento

691 - Tipo de Consulta

692 - Descrição

693 - Código do Procedimento

694 - Tabela

695 - Hora inicial a 696 - Hora final

697 - Tabela

698 - Código na Operadora/GPF

699 - Nome do Profissional

700 - Observação / Justificativa

701 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

701 - Total Procedimentos (R\$)

702 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)

702 - Assinatura do Responsável pela Autorização

703 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

703 - Total Gases Medicinais R\$

704 - Total Medicamentos (R\$)

705 - Assinatura do Contratado

706 - Assinatura do Profissional

706 - Nome no Conselho

707 - UF

707 - Código CBO

708 - UF

708 - Código CBO

709 - UF

709 - Assinatura do Profissional Solicitante

710 - Assinatura do Profissional

710 - Qtdde.Solic.

711 - Qtdde.Aut.

711 - Via

712 - Tec.

712 - Fator Red/Acresc.

713 - Valor Unitário (R\$)

714 - Valor Total (R\$)

715 - Código CNES

716 - Assinatura do Encerramento do Atendimento

717 - Motivo de Encerramento do Atendimento

718 - Tipo de Consulta

719 - Descrição

720 - Código do Procedimento

721 - Tabela

722 - Hora inicial a 723 - Hora final

724 - Tabela

725 - Código na Operadora/GPF

726 - Nome do Profissional

727 - Observação / Justificativa

728 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

728 - Total Procedimentos (R\$)

729 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)

729 - Assinatura do Responsável pela Autorização

730 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

730 - Total Gases Medicinais R\$

731 - Total Medicamentos (R\$)

732 - Assinatura do Contratado

733 - Assinatura do Profissional

733 - Nome no Conselho

734 - UF

734 - Código CBO

735 - UF

735 - Código CBO

736 - UF

736 - Assinatura do Profissional Solicitante

737 - Assinatura do Profissional

737 - Qtdde.Solic.

738 - Qtdde.Aut.

738 - Via

739 - Tec.

739 - Fator Red/Acresc.

740 - Valor Unitário (R\$)

741 - Valor Total (R\$)

742 - Código CNES

743 - Assinatura do Encerr

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Maria Luisa de Souza Nicolini

Nº da Carteirinha: 7.46.5815

Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Centro

Data de Nascimento: 26/05/2014

Nº da Guia: 15407

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
22/02/2024	11:01:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Cabeça, Glúteos

Descrição

Aluna durante um exercício da aula Ed.Física

Testemunha da ocorrência	Telefone
Jardson	(48) 98876-0315

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

Observações

Aluna foi atendida e informado a mãe

Ass.:

Jardson Rocha

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

<https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br (não credenciados) com os seguintes dados:

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0003-31

Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157

assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / portoalegre.clinicaadventista.org.br

Paciente MARIA LUISA DE SOUZA NICOLINI

Data Nascto. 26/05/2014 9 Anos

Sexo Feminino

Telefone 991212920

Leito 1

Atendimento 3.092.480

Prontuário 99.817.734

Dt. Entrada 22/02/2024 14:26:26

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
22/02/2024 14:27	22/02 14:30	Enfermeiro	Evolução de		SUIMEY THAYANNE BARROS DOS SANTOS	COREN 690859

Início dos 1º sintomas:

:

Queixa principal:

Queixa : GENITORA REFERE QUE A CÇA QUE A CÇA CAIU DE COSTAS DA PRÓPRIA ALTURA NA ESCOLA, BATEU CABEÇA, O QUADRIL E AS COSTAS. REFERE DOR NOS LOCAIS DE COLISÃO.

Comorbidades:**Asma :****Cardiopatía :****Diabetes Mellitus :****Bronquite :****Doença Renal :****Doença Endocrinológica :****Rinite :****Doença Gastrointestinal :****Neuropatia :****Alergia :****Doença Oncológica :****TEA :****Observação: :** NEGA**Alergia a medicamentos:****Alergias: :** Não**Especificar: :** NEGA**Medicamentos em uso:****Uso: :** Não**Especificar: :** NEGA**Sinais Vitais****Peso: :** 31,3 kg

Paciente **MARIA LUISA DE SOUZA NICOLINI**

Data Nascto. 26/05/2014 9 Anos

Sexo Feminino

Telefone 991212920

Leito 1

Atendimento **3.092.480**

Prontuário 99.817.734

Dt. Entrada 22/02/2024 14:26:26

Convênio Instituto Adventista Instituto

Medicamentos Prescritos na Triagem**Dipirona :****Paracetamol :****Ibuprofeno :****Dose: :**

:

Paciente **MARIA LUISA DE SOUZA NICOLINI**

Data Nascto. 26/05/2014 9 Anos

Sexo Feminino

Telefone 991212920

Leito 1

Atendimento **3.092.480**

Prontuário 99.817.734

Dt. Entrada 22/02/2024 14:26:26

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
22/02/2024 14:45	22/02 14:59	Médico	Anamnese PA		RODRIGO VASCONCE LOS MARZOLA	CRM 15742

MARIA LUISA DE SOUZA NICOLINI, 9 anos

QUEIXA PRINCIPAL: caiu hoje

s: mãe relata que cça caiu há 5 horas caiu da própria altura. Informa muita dor em região occipital da cabeça. Já foi atendido pelo ortopedista que solicitou retorno em pediatria. Nega vômitos. Nega febre. Nega convulsão. Nega perdad e consciência.
Nega internamento e cx previa.

* Medicamentos em uso: nega

* 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 70 FR SAT 97 TEMP 36,8 PESO 31,3 glasgow 15

MV+ bilateral sem RA.

RCR 2T BNF sem sopros.

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

Oroscopia normal. olhos: pupilas isosóricas e fotorreagentes

Otoscopia normal.

Sem alterações neurológicas. Ausência de sinais meníngeos.

Pulsos e perfusão normais.

Pele sem lesões.mm: força muscular preservadaa

marcha preservada

HIPOTESE DIAGNÓSTICA:tce leve

CONDUTA:dipirona, cetoprofeno, gelo

Sintomáticos.

Orientações.

Retorno se sinais de alerta.

Dr. RODRIGO VASCONCELOS MARZOLA (CRM 15742)



Paciente **VALENTINA GOES FIDELIS**
Data Nascto. 06/03/2012 11 Anos
Sexo Feminino
Endereço Rua Antônio Gomes , 51 ap 301
Município Florianópolis
Telefone 999518877

Atendimento **3.090.449**
Carteirinha:
Convênio Instituto Adventista
Cat. / Plano Instituto Adventista - Único
Prontuário 156958
Data 20/02/2024 17:32:42
Tipo Acomod Setor sem acomodação

Termo de Responsabilidade

O abaixo assinado FABIO COSTA FIDELIS, responsável pelo paciente VALENTINA GOES FIDELIS, 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.

VALENTINA GOES FIDELIS



FABIO COSTA FIDELIS

PRONTO ATENDIMENTO UC

Florianópolis, 20 de fevereiro de 2024

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado FABIO COSTA FIDELIS, responsável pela paciente VALENTINA GOES FIDELIS, 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 FABIO COSTA FIDELIS 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.



VALENTINA GOES FIDELIS / FABIO COSTA FIDELIS

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS - PRONTO ATENDIMENTO

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: VALENTINA GOES FIDELIS

CPF: 10326062904

Endereço: Rua Antônio Gomes, 51 ap 301

Atendimento Nº: 3090449

Telefone: (48) 996956772

RG: 7541035

Responsável:

Nome: FABIO

CPF: 05287850956

Endereço: Rua Antônio Gomes, 51 ap 301

Telefone: 5548999518877

RG:

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

CLÁUSULA PRIMEIRA: Do Objeto

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

CLÁUSULA SEGUNDA: Das Obrigações e Responsabilidades do CONTRATANTE

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

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

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

2.2. É obrigatório a permanência de um responsável durante toda a estadia da criança e/ou adolescente na instituição, de acordo com Estatuto da Criança e do Adolescente - Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990.

2.3. A contratação é vinculada ao Plano de Saúde contratado pelo paciente. A CONTRATADA obedecerá às normas previstas no contrato que disciplina os atendimentos aos usuários, 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

1 - Registro ANS 000000	3 - Nº Guia Principal
----------------------------	-----------------------

4 - Data da Autorização 20/02/2024	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 15340
---------------------------------------	-----------	----------------------------	--

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome VALENTINA GOES FIDELIS	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/Inio 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 Itens Assistenciais Solicitados		21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 20/02/2024	23 - Indicação Clínica
--	--	----------------------------------	--	------------------------

24 - Tabela 1 22	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039	26 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	27 - Qtd. Solic. 1	28 - Qtd. Aut. 0
---------------------	--	--	-----------------------	---------------------

2	3	4	5
---	---	---	---

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

Dados do atendimento		32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
----------------------	--	--------------------------	---	-----------------------	--

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		36 - Data 36 - Hora Inicial a 36 - Hora final	37 - Tabela	38 - Código do Procedimento	39 - Descrição	40 - Qtd.	41 - Via	42 - Tec.	43 - Fator Red./Acresc.	44 - Valor Unitário (R\$)	45 - Valor Total (R\$)
---	--	--	-------------	-----------------------------	----------------	-----------	----------	-----------	-------------------------	---------------------------	------------------------

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)		46 - Seq. Ref.	47 - Gr. Part.	48 - Código na Operadora/CNPJ	49 - Nome do Profissional	50 - Conselho Profissional	51 - Número no Conselho	52 - UF	53 - Código CBO
--	--	----------------	----------------	-------------------------------	---------------------------	----------------------------	-------------------------	---------	-----------------

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Assinatura do Responsável pela Autorização	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\$)
---	--	--	---	--------------------------------	-----------------------------------	----------------------------	--------------------------	-------------------------------	---------------------------------	------------------------

1 -	2 -	3 -	4 -	5 -	6 -	7 -	8 -	9 -	10 -
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

58 - Observação / Justificativa	
---------------------------------	--

PROIBIDO PLASTIFICAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO GERAL DE PERÍCIA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO





*POLEGAR DIREITO



Não Alfabetizado

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REGISTRO GERAL

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

7.541.035

DATA DE EXPEDIÇÃO

20/AGO/2015

NOME

VALENTINA GÓES FIDELIS

FILIAÇÃO

FÁBIO COSTA FIDELIS

MARIANA DA CRUZ GÓES FIDELIS

NATURALIDADE

FLORIANÓPOLIS SC

DATA DE NASCIMENTO

06/03/2012

DOC. ORIGEM

CERT. NASC. 41765 LV A-111 FL 23

CART. 2º SUBDISTRITO - FLORIANÓPOLIS SC

CPF

Paulo Henrique dos Santos

PAULO HENRIQUE DOS SANTOS

Pelito Criminal

Diretor do Instituto de Identificação - IGP/SC

ASSINATURA DO DIRETOR

FLORIANÓPOLIS - SC

LEI Nº 7.116 DE 29/03/83

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Valentina Góes Fidelis

Nº da Carteira: 7.58.5275

Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Estreito



Data de Nascimento: 06/03/2012

Nº da Guia: 15340

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
20/02/2024	14:29:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu

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

Partes do corpo

Cabeça

Descrição

Aluna estava na aula de educação física, onde bateu a cabeça na trave.

Testemunha da ocorrência

Prof Marcia de Educação Física

Telefone

(48) 3039-8100

Quem prestou primeiros socorros

Monitora Jussara

Data

20/02/2024

Local de atendimento

HUGF - HOSPITAL UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS

Endereço

Rua Manoel Loureiro

Nº

191
0

Bairro

Barreiros

Telefone

(48) 3288-4100

Observações

Encaminhado ao hospital de referencia da UNIMED.

Ass.:

Arno Silveira
Téc. de Atendimento

Rodrigo Corvalão

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 / portaladventista.org.br

Paciente **VALENTINA GOES FIDELIS**

Data Nascto. 06/03/2012 11 Anos

Sexo Feminino

Telefone 999518877

Leito 1

Atendimento **3.090.449**

Prontuário 156.958

Dt. Entrada 20/02/2024 17:32:42

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
20/02/2024 17:50	20/02 17:57	Médico	Anamnese PA		Fabianna Andrade Ribeiro	CRM 26863

VALENTINA GOES FIDELIS, 11 anos

Acompanhado por: PAI

Alergias medicamentosas: nega

Comorbidades: nega

S: HÁ 3H E MEIA APRESENTOU TCE (BATEU A CABEÇA EM REGIAO FRONTAL CONTRA TRAVE DE FUTEBOL). NEGA SINCOPE, NAUSEA, VOMITO
NEGA CEFALEIA
RELATA QUE POR BREVE MOMENTO APRESENTOU VISÃO TURVA E TONTURA. REMISSÃO EM MENOS DE 1 MINUTO APÓS TRAUMA

O:
BEG, ativo, hidratado, corado, afebril, anictérico, acianótico, eupneico em AA;

ECG 15
PUPILAS ISOFOTORREAGENTES
MIMICA FACIAL PRESERVADA
DEAMBULANDO NORMALMENTE
FORÇA PRESERVADA EM 4 MEMBROS
CRANIO SEM DEFORMIDADES

AC: RCR, 2T, BFN, SS

AP: MV+ sem RA, Simétrico

AA: RHA+, timpânico, indolor a palpação, sem VCM, sem massas palpáveis

TEC 2s;

Ausência de sinais meníngeos

Oroscopia: sp

Otoscopia: MT sp bilateralmente

A: TCE LEVE

P:
OBSERVAÇÃO NEUROLOGICA

Evolução Paciente

Paciente **VALENTINA GOES FIDELIS**

Data Nascto. 06/03/2012 11 Anos

Sexo Feminino

Telefone 999518877

Leito 1

Atendimento **3.090.449**

Prontuário 156.958

Dt. Entrada 20/02/2024 17:32:42

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
20/02/2024 19:54	20/02 19:58	Médico	Anamnese PA		Fabianna Andrade Ribeiro	CRM 26863

VALENTINA GOES FIDELIS, 11 anos

MANTEVE-SE NEUROLOGICAMENTE ESTAVEL DURANTE TODO PERIODO DE OBSERVAÇÃO

ECG 15

LIBERO COM ORIENTAÇÕES DE SINAIS DE ALARME DE TCE

Paciente VALENTINA GOES FIDELIS

Data Nascto. 06/03/2012 11 Anos

Sexo Feminino

Telefone 999518877

Leito 1

Atendimento 3.090.449

Prontuário 156.958

Dt. Entrada 20/02/2024 17:32:42

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
20/02/2024 17:32	20/02 17:37	Enfermeiro	Evolução de		JESSICA APARECIDA RODEN	COREN 411060

Início dos 1º sintomas:

:

Queixa principal:

Queixa : REFERE TER CHOCADO A CABEÇA NA TRAVE HÁ APROXIMADAMENTE 2H. NEGA EMESE. NEGA DESMAIO, PORÉM FICOU COM "VISÃO PRETA", LOGO MELHORANDO. REFERE TER APRESNETADO APÓS POUCA CEFALÉIA E VERTIGEM, MAS JÁ MELHOR. NEGA OUTARS QUEIXAS.

TAX: 36.4C

FC: 76

SAT: 99%

PA: 90X50

Comorbidades:**Asma :****Cardiopatía :****Diabetes Mellitus :****Bronquite :****Doença Renal :****Doença Endocrinológica :****Rinite :****Doença Gastrointestinal :****Neuropatia :****Alergia :****Doença Oncológica :****TEA :****Observação: :** NEGA**Alergia a medicamentos:****Alergias: :** Não**Especificar: :**

Paciente **VALENTINA GOES FIDELIS**

Data Nascto. 06/03/2012 11 Anos

Sexo Feminino

Telefone 999518877

Leito 1

Atendimento **3.090.449**

Prontuário 156.958

Dt. Entrada 20/02/2024 17:32:42

Convênio Instituto Adventista Instituto

Medicamentos em uso:**Uso:** : Não**Especificar:** :**Sinais Vitais****Peso:** : 39,9 kg**Medicamentos Prescritos na Triagem****Dipirona :****Paracetamol :****Ibuprofeno :****Dose:** :

: