



Madalena Barbi, 204 - Florianópolis - SC
 CNPJ:77858611001503 - Inscrição estadual: - Fone:3216-
 (CNES 9830774)



Conta paciente

(77858611001503)

Nota:

Emissão:

Nº atend: 3.222.393

Nº IC: 20.988.621

Paciente: BENTO PERES QUERINO	Convênio: Instituto Adventista	Usuário/Matrícula: 7586886
Categoria: Instituto Adventista		

Prontuário: 99765148 Data entrada: 05/07/2024 18:04:43 Data saída: 05/07/2024 20:12:28 Motivo Alta: Alta melhor
 Médico: Dra. ALESSANDRA GERALDO (CRM 27585) Tipo atend: 3 - Pronto socorro
 Proc Princ: 00000000 0 Tipo acomodação Enfermaria Espec/Clinica: 4 Clinica Pediátrica
 Data 28/02/2020 Sexo: M
 CID Princ: S00.9 Traum superf da cabeça parte NE
 Guia: 19249 Senha: 19249

Dt Conta: 05/07/24 18:13 Dt inicial: 05/07/24 18:04 Dt final: 05/07/24 20:12 Refer: 01/08/24

Movimentação do Paciente						
Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO UC	Setor sem acomodação	1/	05/07/2024 18:04:43	05/07/2024 20:12:28
2	Serviços Especiais	RAIO X UC	Setor sem acomodação	1/	05/07/2024 18:28:00	05/07/2024 18:28:00

Honorários Não Conveniados									
Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor
1	05/07/24 18:04	PRONTO ATENDIMENTO UC	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	27585	ALESSANDRA	Clínico	70,27
2	05/07/24 18:37	RAIO X UC	40801098	Ossos Da Face	1,00	17375	RAFAEL	Clínico	47,29
Total de Honorários Não Conveniados					2,00				117,56

Total geral R\$ 117,56

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - NAS



Atendimento: 3222393

Contratante:

Paciente/Usuário

Atendimento Nº: 3222393

Nome: BENTO PERES QUERINO

Telefone: (48) 999679992

CPF: 15459628989

RG:

Endereço: Rua Thiago da Fonseca, 521 casa

Responsável:

Nome: MILLENA

Telefone: 489 9967-9992

CPF: 03570123995

RG: 4332356

Endereço: Rua Thiago da Fonseca, 521 CASA

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: 3222393

Cláusula Sexta: O(s) **CONTRATANTE(S)** responde(m), solidariamente, pela totalidade dos valores deste Contrato, de acordo com o artigo 264 e seguintes do Código Civil.

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

(1) De acordo com a Lei nº 8.080/1990 tem o direito a ser assistida por um acompanhante de sua livre escolha ou, nos casos em que esteja impossibilitada de manifestar sua vontade, de seu representante legal, estando o acompanhante obrigado a preservar o sigilo das informações de saúde de que tiver conhecimento em razão do acompanhamento.

(2) No caso de atendimento que envolva qualquer tipo de sedação ou rebaixamento do seu nível de consciência, caso não indique acompanhante, a Unimed Grande Florianópolis indicara pessoa para lhe acompanhar, sendo preferencialmente profissional de saúde do sexo feminino, sem custo adicional, ciente que poderá recusar o nome indicado e solicitar a indicação de outro profissional, independentemente de justificativa, registrando-se o nome escolhido no documento gerado durante o atendimento.

(3) Em caso de atendimento eletivo com sedação/rebaixamento de consciência, caso não queira ser assistida, deverá no fim deste documento, assinalar a opção de renúncia, ciente que esse termo de consentimento livre e esclarecido será arquivado em seu prontuário.

(4) Ainda em caso de atendimento eletivo com sedação/rebaixamento de consciência, a dispensa do acompanhante poderá ser feita por escrito com 24h de antecedência, sendo o documento também arquivado no prontuário médico.

(5) No caso de atendimento realizado em centro cirúrgico ou unidade de terapia intensiva com restrições relacionadas a segurança ou a saúde da paciente, devidamente justificadas pelo corpo clínico, somente será admitido acompanhante que seja profissional de saúde indicado pelo Hospital Unimed, preferencialmente do sexo feminino.

(6) Em casos de urgência e emergência, os profissionais de saúde da Unimed Grande Florianópolis ficam autorizados a agir na proteção e defesa da saúde e da vida da paciente, ainda que na ausência do acompanhante requerido.

(7) **Afirma, ainda, que** recebeu cópia do presente Contrato e deste *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* e que não foi coagida (forçada) sob nenhuma forma para assinar o referido documento.

Após os esclarecimentos prestados através do presente *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*, disposto nesta cláusula, vem declarar que:

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

Nome da Acompanhante _____

CPF nº _____

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

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

Florianópolis/SC, ____/____/____

Amilena Peres
CONTRATANTE/RESPONSÁVEL

CONTRATADA

Testemunhas

1- _____

Nome:
CPF nº

2- _____

Nome:
CPF nº

Instituto Adventista

BENTO PERES QUERINO
 Dt Nasc: 28/02/20
 Mãe: MILLENA PERES
 Atend.: 3222393 Sanha: N120
 Instituto Adventista



1 - Registro ANS 000000	3 - N° Guia Principal	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 19249	11 - Cartão Nacional de Saúde
4 - Data da Autorização 05/07/2024	5 - Senha 19249	6 - Data Validade da Senha	
Dados do Beneficiário		10 - Nome BENTO PERES QUERINO	
8 - Número da Carteira 7586886	9 - Validade da Carteira 05/07/2024		
Dados do Solicitante		14 - Nome do Contratado Unidade Centro	
13 - Código na Operadora 300638		17 - Número no Conselho 2526	
15 - Nome do Profissional Solicitante Requisitante Não Cadastrado/Não Cooperado		18 - UF SC	19 - Código CBO 225125
20 - Assinatura do Profissional Solicitante			

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 05/07/2024	23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039	26 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	27 - Qtdde.Solic. 1
2			28 - Qtdde.Aut. 0
3			
4			
5			

Dados do Contratado Exatante		30 - Nome do Contratado
29 - Código na Operadora		
Dados do atendimento		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		40 - Código do Procedimento	41 - Descrição
36 - Data	37 - Hora inicial a 38 - Hora final	39 - Tabela	
1			42 - Qtdde.
2			43 - Via
3			44 - Tec.
4			45 - Fator Red./Acresc.
5			46 - Valor Unitário (R\$)

Identificação do(s) Profissional(is) Executor(es)		53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
48 - Seq.Ref.	49 - Gr.Part.	50 - Código na Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	
			52 - Conselho Profissional	

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
1 - / /	2 - / /	3 - / /
4 - / /	5 - / /	6 - / /
7 - / /	8 - / /	9 - / /
10 - / /		

58 - Observação / Justificativa		
59 - Total Procedimentos (R\$)	60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total Materiais (R\$)
62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total Medicamentos (R\$)	64 - Total Gases Medicinais R\$
65 - Assinatura do Responsável pela Autorização		66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
		05/07/2024

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Bento Peres Querino
Nº da Carteira: 7.58.6886
Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Estreito

Data de Nascimento: 28/02/2020

Nº da Guia: 19249

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
05/07/2024	15:52:00	Playground (Ex.: parquinho)	Intervalo (Ex.: recreio)

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

Descrição

O aluno estava brincando no parquinho quando bateu com a testa e a boca na porta de vidro, foi colocado gelo no local, a boca sangrou e a testa ficou vermelha.

Testemunha da ocorrência

Prof. Fabi

Telefone

(48) 98464-0157

Quem prestou primeiros socorros

Prof. Fabi

Data

05/07/2024

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

Observações

Feito contato com o Pai e informado o ocorrido e sobre o AMA

Ass.:

Thais Teixeira

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: **BENTO PERES QUERINO**

Data de Nascimento: 28/02/2020 Idade: 4anos 4M Sexo: M

Data do Exame: 05/07/2024

Solicitante: Dr.(a) ALESSANDRA GERALDO

Protocolo: UGF3222393 Senha: 561075

unimedflorianopolis.com.br

Central de Atendimento:
(48) 3288 4100

Informações:
0800 048 3500

RADIOGRAFIA NASAL

Estrutura óssea conservada.

Partes moles sem alterações radiográficas.

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

1 / 1

Rafael Steinwandter
Dr. Rafael Steinwandter
CRM/SC 17375

