



Registro de Entrada de Pacientes



Atendimento: 2710637

Paciente **BENJAMIN RICARDO VIEIRA**
Data Nascto. 10/01/2018 4 Anos
Sexo Masculino
Endereço Rua Santa Bárbara , 800 casa
Município Sao Jose
Telefone 99656-7394

Atendimento **2.710.637**
Carteirinha: 7205225
Convênio Instituto Adventista
Cat. / Plano Instituto Adventista - Único
Prontuário 99684698
Data 23/11/2022 18:15:05
Tipo Acomod Setor sem acomodação

Termo de Responsabilidade

O abaixo assinado MARCOS AURELIO RICARDO, responsável pelo paciente BENJAMIN RICARDO VIEIRA, 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.

BENJAMIN RICARDO VIEIRA

MARCOS AURELIO RICARDO

PRONTO ATENDIMENTO UC

Florianópolis, 23 de novembro de 2022

*neq. alergia*CONFERÊNCIA
Data: 23/11/22

ENFERMAGEM

gabrielly
Nome

Data: / /

AUTORIZAÇÃO

Dra. Martha N. Simon
Pediatra - Neurologia
CRM/SC 7645*Renata**P= 99/40**SPO2 99%
FC = 69
- 2011*

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado MARCOS AURELIO RICARDO, responsável pela paciente BENJAMIN RICARDO VIEIRA, 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 MARCOS AURELIO RICARDO 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.


BENJAMIN RICARDO VIEIRA / MARCOS AURELIO RICARDO

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:

1 - Registro ANS 000000	3 - N° Guia Principal		
4 - Data da Autorização 23/11/2022	5 - Senha 9193	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 9193
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira 7205225	9 - Validade da Carteira 23/11/2022
Dados do Solicitante		10 - Nome BENJAMIN RICARDO VIEIRA	11 - Cartão Nacional de Saúde
13 - Código na Operadora 300638	14 - Nome do Contratado Unidade Centro	15 - Conselho Profissional 6	16 - Número no Conselho 2526
17 - 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 Item Assistencial Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 23/11/2022	23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039	26 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	27 - Qtd. Solic. 1
28 - Qtd. Aut. 1			
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 (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 - Qtd.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acresc.
46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)		
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Seq. Rel.	49 - Gr. Part.	50 - Código na Operadora/CPP	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 Anuidades (R\$)	61 - Total Materiais (R\$)	62 - Total de OPMs (R\$)
63 - Total Medicamentos (R\$)	64 - Total Gases Médicinas (R\$)	65 - Total Geral (R\$)	66 - Assinatura do Responsável pela Autorização
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado	69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	70 - Assinatura do Contratado

1 - Registro ANS 000000	3 - Nº Guia Principal 2193	6 - Data Validade da Senha	7 - Numero da Guia Atribuido pela Operadora
4 - Data da Autorização 23/11/2022	5 - Senha 9193	9 - Validade da Carteira 23/11/2022	10 - Nome BENJAMIN RICARDO VIEIRA
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 7206225	11 - Cartão Nacional de Saúde		
Dados do Solicitante			
13 - Código na Operadora 300638	14 - Nome do Contratado Unidade Centro		
15 - Nome do Profissional Solicitante Martha Nunes Simon			
16 - Conselho Profissional 6			
17 - Número no Conselho 7845			
18 - UF SC			
19 - Código CBO 225124			
20 - Assinatura do Profissional Solicitante			
21 - Caráter do Atendimento 2			
22 - Data da Solicitação 23/11/2022			
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 40801012			
26 - Descrição RX CRANIO - 2 INCIDÊNCIAS			
27 - Qtd.Solic. 1			
28 - Qtd.Aut. 1			
29 - Código na Operadora			
30 - Nome do Contratado			
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 - Qtd.			
43 - Via			
44 - Tec.			
45 - Fator Red./Acresc.			
46 - Valor Unitário (R\$)			
47 - Valor Total (R\$)			
48 - Sequêl.			
49 - Gr.Pant.			
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 OPIE (R\$)			
63 - Total Medicamentos (R\$)			
64 - Total Gases Medicinais R\$			
65 - Total Geral (R\$)			
66 - Assinatura do Responsável 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
68 - Assinatura do Contratado			

Prescrição Eletrônica Paciente

2710637



Paciente: BENJAMIN RICARDO VIEIRA
Dt. Nascto: 10/01/2018 4a 10m 13d
Dt. Entrada: 23/11/2022 18:15:05
Prontuário: 99684698
Médico: Dra. Martha Nunes Simon (CRM 7845)
Alergias:

Atendimento: 2710637
Convênio: Instituto Adventista / Instituto Adventista
Sexo: Masculino
Período: 23/11/2022

Exames e Procedimentos

1 RX CRANIO - 2 INCIDÊNCIAS	Qtd / Intervalo	Horários	Vigência
1 Agora (Exames e Procedimentos)		18:48	23/11 18:48 até 24/11 18:48

Martha
Dra. Martha N. Simon
Pediatra - Neurologia
CRM/SC 7845

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Benjamin Ricardo Vieira
Nº da Carteira: 7.205.225
Instituição: Colégio Adventista Palhoça

Data de Nascimento: 10/01/2018

Nº da Guia: 9193

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
23/11/2022	16:53:00	Parque Externo	Recreação

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

Descrição
Benjamin estava brincando no parque externo, subiu no brinquedo de plástico, para descer no escorregador. Um colega esbarrou nele e ele bateu com a cabeça no brinquedo. A professora trouxe ele até a orientação e colocou gelo no local.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora Sueli	4899351000

Quem prestou primeiros socorros	Data
Professor Sueli	23/11/2022

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
O Benjamin estava brincando no parque externo e bateu com a cabeça. A professora o atendeu o trouxe até a orientação, colocamos gelo no local e ligamos para a família.

Ass.:

Kátia Regina dos Santos Machado

Katia Regina dos Santos Machado

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