

Prescrição Eletrônica Paciente



2666187

Paciente: BERNARDO DE ALMEIDA ROSA GARVINO
Dt. Nascto.: 05/01/2011 11a 8m 21d
Dt. Entrada: 26/09/2022 19:45:16
Prontuário: 99794532
Médico: Dra. Isadora Bonini (CRM 32541)
Alergias :

Atendimento: 2666187
Convênio: Instituto Adventista / Instituto Adventista
Sexo: Masculino
Período: 26/09/2022 20:33 27/09/2022 20:33

Exames e Procedimentos

1 RX OSSOS DA FACE - 4 INCIDÊNCIAS

Qtde / Intervalo

1 Agora (Exames e
Procedimentos)

Horários

20:33

Vigência

26/09 20:33 até 27/09 20:33

Indicação clínica: fratura de nariz?

Dra. Isadora Bonini
Pediatra
CRM/SC 32541
RQE - 21924

Instituto Adventista		GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT				V.3.0	
						Atend.: 2666187	
2 - N° Guia no Prestador							
1 - Registro ANS 000000		3 - N° Guia Principal					
4 - Data da Autorização 26/09/2022		5 - Senha		6 - Data Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
Dados do Beneficiário							
8 - Número da Carteira 7464554		9 - Validade da Carteira 26/09/2022		10 - Nome BERNARDO DE ALMEIDA ROSA GARVINO		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 Isadora Bonini		16 - Conselho Profissional 6		17 - Número no Conselho 32541		18 - UF SC	
				19 - Código CBO 225124		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados							
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 26/09/2022		23 - Indicação Clínica fratura de nariz?			
24 - Tabela 1 22		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 40801098		26 - Descrição RX OSSOS DA FACE - 4 INCIDÊNCIAS		27 - Qtde.Solic. 1	
						28 - Qtde.Aut. 1	
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 11		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 2		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados							
36 - Data		37 - Hora inicial a 38 - Hora final		39 - Tabela		40 - Código do Procedimento	
41 - Descrição		42 - Qtde.		43 - Via		44 - Tec.	
45 - Valor Reg./Acresc.		46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)			
1							
2							
3							
4							
5							
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)							
48 - Seq.Ref.		49 - Gr.Part.		50 - Código na Operadora/CPF		51 - Nome do Profissional	
52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho		54 - UF		55 - Código CBO	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável							
1 - / /		3 - / /		5 - / /		7 - / /	
2 - / /		4 - / /		6 - / /		8 - / /	
58 - Observação / Justificativa							
59 - Total Procedimentos (R\$)		60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total Materiais (R\$)		62 - Total de OPME (R\$)	
63 - Total Medicamentos (R\$)		64 - Total Gases Medicinais R\$		65 - Total Geral (R\$)			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização / /		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 26/09/2022		68 - Assinatura do Contratado 26/09/2022			
Printed on: 26/09/2022 20:33:49							
Page 1		med.isadora		WATE70106			

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Bernardo de Almeida Rosa Garvino
Nº da Carteira: 7.46.4554
Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Centro



Data de Nascimento: 05/01/2011

Nº da Guia: 8112

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
26/09/2022	18:08:00	Quadra	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Rosto

Descrição

Outro aluno colidiu de costas com o Bernardo e este caiu de rosto no chão.

Testemunha da ocorrência	Telefone
SHEILIAN BUENO DOS REIS	(41) 99875-8746

Quem prestou primeiros socorros	Data
SHEILIAN BUENO DOS REIS	26/09/2022

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

Observações

O aluno se dirigiu à sala da coordenação disciplinar, colocamos gelo, entramos em contato com a responsável e fizemos o AMA.

Ass.:

Sheilian Bueno dos Reis

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

Instituto Adventista

2 - N° Guia no Prestador 4299884

1 - Registro ANS 000000		3 - N° Guia Principal																					
4 - Data da Autorização 26/09/2022		5 - Senha 8112		6 - Data Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 8112																	
Dados do Beneficiário				11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N																	
8 - Número da Carteira 7464554		9 - Validade da Carteira 26/09/2022		10 - Nome BERNARDO DE ALMEIDA ROSA GARVINO																			
Dados do Solicitante																							
13 - Código na Operadora 300638		14 - Nome do Contratado Unidade Centro																					
15 - Nome do Profissional Solicitante Requisitante Nao Cadastrado/nao Cooperado		16 - Conselho Profissional 6		17 - Número no Conselho 2526		18 - UF SC		19 - Código CBO 225125		20 - Assinatura do Profissional Solicitante													
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados																							
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 26/09/2022		23 - Indicação Clínica																			
24 - Tabela 1 22		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039		26 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		27 - Qtde.Solic. 1		28 - Qtde.Aut. 0															
Dados do Contratado Executante				31 - Código CNES																			
29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado																					
Dados do atendimento																							
32 - Tipo de Atendimento		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)				34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento															
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados																							
36 - Data		37 - Hora inicial a 38 - Hora final		39 - Tabela		40 - Código do Procedimento		41 - Descrição		42 - Qtde.		43 - Via		44 - Tec.		45 - Fator Red./Acresc.		46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)			
1																							
2																							
3																							
4																							
5																							
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)												52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho		54 - UF		55 - Código CBO					
48 - Seq.Ref.		49 - Gr.Part.		50 - Código na Operadora/CPF		51 - Nome do Profissional																	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série												57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
1- ____/____/____		3- ____/____/____		5- ____/____/____		7- ____/____/____		9- ____/____/____															
2- ____/____/____		4- ____/____/____		6- ____/____/____		8- ____/____/____		10- ____/____/____															
58 - Observação / Justificativa																							
59 - Total Procedimentos (R\$)												60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total Materiais (R\$)		62 - Total de OPME (R\$)		63 - Total Medicamentos (R\$)		64 - Total Gases Medicinais R\$		65 - Total Geral (R\$)	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização												67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável										68 - Assinatura do Contratado	
____/____/____												26/09/2022										26/09/2022	

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 _____.

Losiana Aparecida Resmy
Assistente de Atendimento
Unimed Grande Florianópolis


CONTRATANTE (OU RESPONSÁVEL)

Unimed Grande Florianópolis Coop. Trab. Médico
CONTRATADA

Testemunhas

1- _____

Nome:

CPF:

2- _____

Nome:

CPF:

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS - PRONTO ATENDIMENTO

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: BERNARDO DE ALMEIDA ROSA GARVINO

CPF: 13455985998

Endereço: Rodovia BR-101, 4161 ap 61

Atendimento N°: 2666187

Telefone: (48) 984811608

RG:

Responsável:

Nome: CAMILA

CPF: 05897598924

Endereço: Rodovia BR-101, 4161 ap 61

Telefone: 5548984811608

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, ressaltando 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

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado CAMILA DE ALMEIDA ROSA, responsável pela paciente BERNARDO DE ALMEIDA ROSA GARVINO, 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 CAMILA DE ALMEIDA ROSA 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.



BERNARDO DE ALMEIDA ROSA GARVINO / CAMILA DE ALMEIDA ROSA



Registro de Entrada de Pacientes



Atendimento: 2666187

Paciente **BERNARDO DE ALMEIDA ROSA GARVINO**
Data Nascto. 05/01/2011 11 Anos
Sexo Masculino
Endereço Rodovia BR-101, 4161 ap 61
Município São Jose
Telefone 984811608

Atendimento **2.666.187**
Carteirinha: 7464554
Convênio Instituto Adventista
Cat. / Plano Instituto Adventista - Único
Prontuário 99794532
Data 26/09/2022 19:45:16
Tipo Acomod Setor sem acomodação

Termo de Responsabilidade

O abaixo assinado CAMILA DE ALMEIDA ROSA, responsável pelo paciente BERNARDO DE ALMEIDA ROSA GARVINO, 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.

BERNARDO DE ALMEIDA ROSA GARVINO

CAMILA DE ALMEIDA ROSA

PRONTO ATENDIMENTO UC *nepe wlerquin*

Florianópolis, 26 de setembro de 2022

CONFERÊNCIA
Data: 26/9/22
ENFERMAGEM

Nome
Data: 26/9/22
AUTORIZAÇÃO
Nome

Dra. Isadora Bontni
Pediatra
CRM-SC 32541
ROE - 21924

P: 48.6 Ker

FC: 71

T: 36.4

Set: 100