



2895859

Prescrição Eletrônica Paciente

Paciente: **DAVI PRIMON MIRANDA**
Dt. Nascto.: 11/12/2017 5a 6m 29d
Dt. Entrada: 10/07/2023 15:56:08
Prontuário: 99685278
Médico: **Dr. Vinicius Rene Giombelli (CRM 18440)**
Alergias :

Atendimento: **2895859**
Convênio: Instituto Adventista / Instituto Adventista
Sexo: Masculino
Período: 10/07/2023

Exames e Procedimentos	Qtde / Intervalo	Horários	Vigência
1 SUTURA DE PEQUENOS FERIMENTOS COM OU SEM DESBRIDAMENTO	1 Agora (Exames e Procedimentos)	16:40	10/07 16:40 até 11/07 16:40

Vinicius Rene Giombelli
Endocrinologista
CRM/SC 18440 RQE 16147

VINICIUS RENE GIOMBELLI

Vinicius Rene Giombelli (CRM 18440)

PRONTO ATENDIMENTO UC 1
Impresso em 10/07/2023 16:07:14

Instituto Adventista		GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT				V.3.0	
						Atend.: 2895859	
		2 - N° Guia no Prestador					
1 - Registro ANS 000000		3 - N° Guia Principal					
4 - Data da Autorização 10/07/2023		5 - Senha		6 - Data Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
Dados do Beneficiário		9 - Validade da Carteira 10/07/2023		10 - Nome DAVI PRIMON MIRANDA		11 - Cartão Nacional de Saúde	
8 - Número da Carteira 72051377						12 - Atendimento a RN N	
Dados do Solicitante		13 - Código na Operadora 300638		14 - Nome do Contratado Unidade Centro			
15 - Nome do Profissional Solicitante Vinicius Rene Giombelli		16 - Conselho Profissional 6		17 - Número no Conselho 18440		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 10/07/2023		23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 1 22		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 30101794		26 - Descrição SUTURA DE PEQUENOS FERIMENTOS COM OU SEM DESBRIDAMENTO		27 - Qtde.Solic. 1	
						28 - Qtde.Aut. 1	
Dados do Contratado Executante		29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado		31 - Código CNES	
Dados do atendimento		32 - Tipo de Atendimento 11		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 2		34 - Tipo de Consulta	
						35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		36 - Data		37 - Hora Inicial a 38 - Hora final		39 - Tabela	
		40 - Código do Procedimento		41 - Descrição		42 - Qtde.	
						43 - Via	
						44 - Tec.	
						45 - Fator Red./Acresc.	
						46 - Valor Unitário (R\$)	
						47 - Valor Total (R\$)	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)		48 - Seq.Ref.		49 - Gr.Part.		50 - Código na Operadora/CPF	
		51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho	
						54 - UF	
						55 - Código CBO	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
1- / /		3- / /		5- / /		7- / /	
2- / /		4- / /		6- / /		8- / /	
						9- / /	
						10- / /	
58 - Observação / Justificativa							
59 - Total Procedimentos (R\$)		60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total Materiais (R\$)		62 - Total de OPME (R\$)	
						63 - Total Medicamentos (R\$)	
						64 - Total Gases Medicinais R\$	
						65 - Total Geral (R\$)	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização / /		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 10/07/2023		68 - Assinatura do Contratado 10/07/2023			
Impresso em: 10/07/2023 16:40:15		Página 1		med.vinicius		WATE70106	

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Davi Primon Miranda
Nº da Carteirinha: 7.205.1377
Instituição: Colégio Adventista Palhoça

Data de Nascimento: 11/12/2017

Nº da Guia: 12357

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
10/07/2023	14:50:00	Ginásio	Aula de educação física

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

Descrição

Aluno estava brincando no Ginásio na hora da aula de Educação Física quando tropeçou no irmão e caiu com o queixo no chão.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Thallys	(48) 99935-1000
Professor Thallys	(48) 99935-1000

Quem prestou primeiros socorros	Data
Professora Daniela	10/07/2023

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

Observações

O aluno foi atendido pelo professor e a professora auxiliar, que trouxe ate a orientação escolar. Fizemos um curativo e ligamos para família.

Ass.: Katia 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

Instituto Adventista		GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT				V.3.0	
		2 - N° Guia no Prestador 4759786				Atend.: 2895859	
1 - Registro ANS 000000		3 - N° Guia Principal					
4 - Data da Autorização 10/07/2023		5 - Senha 12357		6 - Data Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 12357	
Dados do Beneficiário							
8 - Número da Carteira 72051377		9 - Validade da Carteira 10/07/2023		10 - Nome DAVI PRIMON MIRANDA		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 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 10/07/2023		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. 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		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)							
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		68 - Assinatura do Contratado			
10/07/2023		10/07/2023		10/07/2023			
Impresso em: 10/07/2023 15:57:44							
Página 1		mariaeduarda.sa		WATE70106			

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

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

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

CLÁUSULA SEXTA: Do foro

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

Florianópolis, SC, ____ de _____ de ____.



CONTRATANTE (OU RESPONSÁVEL)

Unimed Grande Florianópolis Coop. Trab. Médico
CONTRATADA

Testemunhas

1- _____

Nome:

CPF:

2- _____

Nome:

CPF:

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS - PRONTO ATENDIMENTO

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: DAVI PRIMON MIRANDA

CPF: 13814995970

Endereço: Rua Jerônimo Ávila, 428 CASA

Atendimento Nº: 2895859

Telefone: (48) 999329558

RG:

Responsável:

Nome: DARLAN

CPF: 05563757935

Endereço: Rua Jerônimo Ávila, 428 CASA

Telefone: 4899326464

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 DARLAN RAMOS MIRANDA, responsável pela paciente DAVI PRIMON MIRANDA, 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.

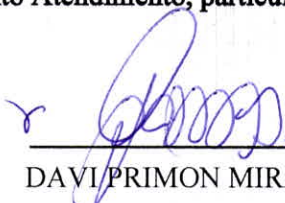
Tratando-se de menor paciente, conforme o artigo 12 da Lei nº 8.069/90 (Estatuto da Criança e do Adolescente), é obrigatória a permanência de um dos pais ou responsável legal durante toda a estadia da criança e/ou adolescente na instituição.

Declara DARLAN RAMOS MIRANDA 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.



DAVI PRIMON MIRANDA / DARLAN RAMOS MIRANDA

Registro de Entrada de Pacientes



Atendimento: 2895859

Paciente **DAVI PRIMON MIRANDA**
Data Nascto. 11/12/2017 5 Anos
Sexo Masculino
Endereço Rua Jerônimo Ávila, 428 CASA
Município Palhoca
Telefone 999329558

Atendimento **2.895.859**
Carteirinha: 72051377
Convênio Instituto Adventista
Cat. / Plano Instituto Adventista - Único
Prontuário 99685278
Data 10/07/2023 15:56:08
Tipo Acomod Setor sem acomodação

Termo de Responsabilidade

O abaixo assinado DARLAN RAMOS MIRANDA, responsável pelo paciente DAVI PRIMON MIRANDA, 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.

DAVI PRIMON MIRANDA

DARLAN RAMOS MIRANDA

PRONTO ATENDIMENTO UC

Florianópolis, 10 de julho de 2023

P: 20.700 kg
T: 35.3 °C
FC 108 bpm
SPO2 100 %

Vinícius René Giom
Endereço: Rua Jerônimo Ávila, 428 RQE 1616
CRM/SC 20440
CONFERÊNCIA
Data: 10/07/23
ENFERMAGEM
Nome: _____
Data: ____/____/____
AUTORIZAÇÃO

Nívelex