



2665596

Prescrição Eletrônica Paciente

Paciente: DAVID KURVER SERAPIAO

Dt. Nascto.: 02/08/2018 4a 1m 24d

Dt. Entrada: 26/09/2022 10:33:26

Prontuário: 99794487

Médico: Dra. Renata Della Giustina Leal (CRM 11625)

Alergias:

Atendimento: 2665596

Convênio: Instituto Adventista / Instituto Adventista

Sexo: Masculino

Período: 26/09/2022 11:00 27/09/2022 11:00

Exames e Procedimentos

1 RX CRANIO - 2 INCIDÊNCIAS

Qtde / Intervalo

1 Agora (Exames e
Procedimentos)

Horários

11:01

Vigência

26/09 11:01 até 27/09 11:01

Renata Della Giustina Leal (CRM 11625)
Pediatria Geral - RQE 10492
Gastroenterologia Pediátrica - RQE 10594
www.dra.renatadgleal.med.br

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

V.3.0
Atend.: 2665596

Instituto Adventista

2 - N° Guia no Prestador

1 - Registro ANS 000000		3 - N° Guia Principal 8092	
4 - Data da Autorização 26/09/2022		5 - Senha 8092	
6 - Data Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 8092	
8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira 26/09/2022	
10 - Nome DAVID KURVER SERAPIAO		11 - Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RN N			
Dados do Beneficiário			
13 - Código na Operadora 300638		14 - Nome do Contratado Unidade Centro	
15 - Nome do Profissional Solicitante Renata Della Giustina Leal		16 - Conselho Profissional 6	
17 - Número no Conselho 11625		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			
24 - Tabela 1 22		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 40801012	
26 - Descrição RX CRANIO - 2 INCIDÊNCIAS			
27 - Qtd. Solic.		28 - Qtd. Aut. 1	
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 - Qtd.	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			
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 - Total Geral (R\$)			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização Renata Della Giustina Leal		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 26/09/2022	
68 - Assinatura do Contratado 26/09/2022			

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: David Kurver Serapião
Nº da Carteira: 7.205.870
Instituição: Colégio Adventista Palhoça



Data de Nascimento: 02/08/2018

Nº da Guia: 8092

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
26/09/2022	08:44:00	Pátio	Atividades esportivas fora de aula

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

Descrição

Aluno estava brincando no pátio e bateu com a cabeça no banco;.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora Fabiola	(38) 99935-1000

Quem prestou primeiros socorros	Data
Professora Fabiola	26/09/2022

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

Foi colocado gelo no local . Família virá buscar

Ass.:

Vera Luciana

Vera Lucia de Oliveira Marian

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

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: DAVID KURVER SERAPIAO

CPF: 14379046966

Endereço: Rua Primeiro de Maio, 197

Atendimento Nº: 2665596

Telefone: (48) 985002274

RG:

Responsável:

Nome: LARISSA

CPF: 10402223900

Endereço: Rua Primeiro de Maio, 0

Telefone: 5548985002274

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, 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 LARISSA SERAPIAO KURVER, responsável pela paciente DAVID KURVER SERAPIAO, 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 LARISSA SERAPIAO KURVER 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.


DAVID KURVER SERAPIAO / LARISSA SERAPIAO KURVER



Paciente **DAVID KURVER SERAPIAO**
Data Nascto. 02/08/2018 4 Anos
Sexo Masculino
Endereço Rua Primeiro de Maio, 197
Município Sao Jose
Telefone 985002274

Atendimento **2.665.596**
Carteirinha:
Convênio Instituto Adventista
Cat. / Plano Instituto Adventista - Sem plano
Prontuário 99794487
Data 26/09/2022 10:33:26
Tipo Acomod Setor sem acomodação

Termo de Responsabilidade

O abaixo assinado LARISSA SERAPIAO KURVER, responsável pelo paciente DAVID KURVER SERAPIAO, 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.

DAVID KURVER SERAPIAO

LARISSA SERAPIAO KURVER

PRONTO ATENDIMENTO UC

nego alergias.

Florianópolis, 26 de setembro de 2022

CONFERÊNCIA
DATA 26/09/22
ENFERMAGEM
DATA Larissa
AUTORIZAÇÃO

Beatriz Conceição de Menezes
Assistente de Atendimento
Unimed Grande Florianópolis

Renata
do Leal
PEDIATRIA
www.drarenatadgleal.med.br

Dr. Renata do Leal
Pediatria Geral - RQE 10492
Gastroenterologia Pediátrica - RQE 10594

P=18.8 Kg

FC: 110 SAT: 100% TAx: 35.4°C