Unimed

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - NAS

Atendimento: 3308253

Contratante:

Paciente/Usuário **Atendimento Nº:** 3308253

Nome: GABRIELA FYSZER BERTONCINI **Telefone:** (48) 999750264

CPF: 12579437908 **RG:**

Endereço: Rua Thiago da Fonseca , 256 APTO 303

Responsável:

Nome: GRAZIEL **Telefone:** 48999750264

CPF: 95195769915 **RG:** 3144536

Endereço: Rua Thiago da Fonseca , 256 APTO 303

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 uteis, a descrição dos serviços

Unimed

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - NAS

Atendimento: 3308253

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 X Graziela Tyszer Bertoncini

CPF nº X 951.957.699-15

( ) **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.

Florianopolis/SC, _____/_____/_____

X _____ _____

CONTRATANTE/RESPONSÁVEL **CONTRATADA**

Testemunhas

1- _____ 2- _____

Nome: Nome:

CPF nº CPF nº

V_3.0

Instituto Adventista

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

Atend.: 3308253

2 - Nº Guia no Prestador 5550462

GABRIELA FYSZER BERTONCINI
Dt Nasc: 25/03/16
Mae: GRAZIELA FYSZER BERTONCINI
Atend: 3308253 Senha: N65
Instituto Adventista

3308253

1 - Registro ANS	3 - Nº Guia Principal		
000000			

4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
01/10/2024	21611		21611

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	ento a RN
7586597	01/10/2024	GABRIELA FYSZER BERTONCINI	

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado
300638	Unidade Centro

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Requisitante Nao Cadastrado/nao Cooperado	6	2526	SC	225125	

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	01/10/2024	

	24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qtde.Solic.	28 - Qtde.Aut.
1	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	1	0
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 - __/__/__ 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
__/__/__	01/10/2024	01/10/2024

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Gabriela Fyszer Bertoncini
Nº da Carteirinha: 7.58.6597
Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Estreito

Data de Nascimento: 25/03/2016 **Nº da Guia:** 21611

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
01/10/2024	09:29:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu

Queda de mesmo nível

Partes do corpo

Glúteos

Descrição

Aluna chocou com outra aluna vindo a cair no chão com a parte dos gluteos e choque na região do cox.

Testemunha da ocorrência

Yusdania

Keila Rossi

Telefone

(48) 3039-8100

(48) 3039-8100

Quem prestou primeiros socorros

Yusdania

Data

01/10/2024

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

Observações

Aluna recebeu os primeiros atendimentos e colocado gelo no local onde existe dor.

Ass.:

JUVENAL ARNO SILVEIRA

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

Evolução Paciente

Paciente	**GABRIELA FYSZER BERTONCINI**	Atendimento	**3.308.253**
Data Nascto.	25/03/2016 8 Anos	Prontuário	99.715.397
Sexo	Feminino	Dt. Entrada	01/10/2024 10:21:54
Telefone	999750264	Convênio	Instituto Adventista Instituto
Leito	1		

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
01/10/2024 11:41	01/10 11:47	Médico	Anamnese PA		ANA CRISTINA TORQUI DUARTE	CRM 21590

GABRIELA FYSZER BERTONCINI, 8 anos 6 meses

QUEIXA PRINCIPAL: Trazida pela mãe, a pedido da escola, com relato de queda, com trauma em região sacral e posterior do torax, evoluindo com importante dor local, e dificuldade para deambulação.
Admitida em cadeira de rodas, em posição antálgica, sem possibidade de movimentação.
Medicada com analgésico (Dipirona) para reavaliação.

* Medicamentos em uso: não
* Alergias a medicamentos: nega
* Comorbidades associadas: nega

EXAME FÍSICO:
BEG, corado e hidratado, eupnéico, acianótico, ativo e chorosa
PESO 34
MV+ bilateral sem RA.
RCR 2T BNF sem sopros.
Abdome flácido depressível RHA+ não se palpa massas ou visceromegalias.
Sem alterações neurológicas.
Pulsos e perfusão normais.
Dor sacral importante a movimentação,

HIPOTESE DIAGNÓSTICA: Trauma de coluna NE

CONDUTA: Encaminho para avaliação especializada com Ortopedia
Não realizados exames de imagem por restrição álgica.

Dra. ANA CRISTINA TORQUI DUARTE (CRM 21590)

Unimed

COOP PA - FILIAL CENTRO

Prescrição Eletrônica Paciente

3308253

Paciente:	**GABRIELA FYSZER BERTONCINI**	Atendimento	**3308253**
Dt. Nascto.:	25/03/2016 **8a 6m 8d**	Convênio:	Instituto Adventista / Instituto Adventista
Dt. Entrada:	01/10/2024 10:21:54	Sexo:	Feminino
Prontuário:	99715397	Data	**01/10/2024**
Médico:	**Dra. ANA CRISTINA TORQUI DUARTE (CRM 21590)**	Leito:	
Alergias :		Nome da Mãe:	GRAZIELA FYSZER BERTONCINI

PRESCRITOR

Dra. ANA CRISTINA TORQUI DUARTE

MEDICAMENTOS	Dose	Via	Intervalo	Horários
1 dipiRONA 50 MG/ML 100ML SOL.	15 Mililitros	**Oral**	1 x/dia (dose única agora)	11:13

Orientação de preparo e administração:

Administrar 15 ml (Agora via Oral).

PRONTO ATENDIMENTO UC 1

Impresso em 03/10/2024 15:01:21

ASSINATURA DO MÉDICO

Unimed

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

Conta paciente

(77858611001503)

Nota:

Emissao:

N° atend: **3.308.253**

Nº IC: **21.082.601**

Paciente:	Convênio:	Usuário/Matrícula:
GABRIELA FYSZER BERTONCINI	**Instituto Adventista**	**7586597**

Categoria:

Instituto Adventista

Prontuário: 99715397 Data entrada: 01/10/2024 10:21:54 Data saída: 01/10/2024 12:09:31 Motivo Alta: Alta melhora

Médico: Dra. ANA CRISTINA TORQUI DUARTE (CRM 21590) Tipo atend: 3 - Pronto socorro

Proc Princ: 00000000 0 Espec/Clinica: 4 Clinica Pediátrica

Tipo acomodação Apartamento

Data 25/03/2016 Sexo: F

CID Princ: T14.9 Traum NE

Guia: **21611** Senha: 21611

Dt Conta: 01/10/24 10:32 Dt inicial: 01/10/24 10:21 Dt final: 01/10/24 12:09 Refer: 30/09/24

Movimentação do Paciente

Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO UC	Setor sem acomodação	1/	01/10/2024 10:21:54	01/10/2024 12:09:31

Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crm	Médico	Função	Valor
1	01/10/24 10:21	PRONTO ATENDIMENTO UC	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	21590	ANA CRISTINA	Clínico	70,27
	Total de Honorários Não Conveniados				**1,00**				**70,27**

Medicamentos

Seq	Código	Descrição	Unid.	Qtde	Vl Unit.	Vl Total
		PRONTO ATENDIMENTO UC				
1	90055888	DIPIRONA SODICA 50 MG/ML SOL OR CT FR VD AMB X 100 ML + CP MED	ml	15,0000	0,23	3,45
	Total - PRONTO ATENDIMENTO UC -			**15,0000**		**3,45**
	Total de Medicamentos			**15,0000**		**3,45**

Total geral R$ **73,72**