

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO - **RETORNO**



Aluno: Alana Botelho Rocha
Mendes de Freitas
Nº da Carteira: 2008
Instituição: Colégio Adventista da
Palhoça
Data de Nascimento: 31/12/2017

Nº da Guia:

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
20/03/2025	15h00	Pátio	Intervalo

O que aconteceu

Queda de mesmo nível

Partes do corpo

Mão esquerda

Descrição

Aluna estava correndo e ao cair machucou a mão

Testemunha da ocorrência

Geovana Martins

Telefone

(48) 99935-1000

Quem prestou primeiros socorros

Geovana Martins

Data

20/03/2025

Local de atendimento

Hospital da Unimed

Endereço

Rua Manoel Loureiro

Nº Bairro

1909 São José

Telefone

[\(48\) 3288-4100](tel:(48)3288-4100)

Observações

Atenção: está é uma guia de retorno, autorizada por nossa instituição que a aluna seja atendida. No dia 20/03 foi solicitado ao responsável da aluna um retorno após 15 dias, sendo assim, na data de hoje o retorno **03/04/2025**

Ass.:

Geovana Martins

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorrião - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br



Paciente: **ALANA BOTELHO ROCHA MENDES DE FREITAS**

Data de Nascimento: 31/12/2017 Idade: 7anos 3M Sexo: F
Data do Exame: 03/04/2025

Solicitante: Dr.(a) ALVARO GUIMARAES DE LIMA

Protocolo: UGF3485474 Senha: 368900

unimedflorianopolis.com.br

Central de Atendimento:
(48) 3288 4100

Informações:
0800 048 3500

RADIOGRAFIA DIGITAL DO ANTEBRAÇO ESQUERDO

Alinhamento articular mantido.

Fratura metadiafisária distal do rádio, sem desvios.

Partes moles sem alterações radiográficas.

Dr. Márcio Custódio Oselame
CRM/SC 20087

Exame completo e laudo médico disponíveis em www.unimedflorianopolis.com.br

(Protocolo/senha informados após o exame).

Responsável Técnico Dr. Fabio Vargas Magalhães CRM/SC 9267 RQE 10139

Diretor Técnico Dr. Gustavo Lemos Pelandré CRM/SC 12478 RQE 7811

Paciente **ALANA BOTELHO ROCHA MENDES DE FREITAS**

Data Nascto. 31/12/2017 7 Anos

Sexo Feminino

Telefone 984946200

Leito 1

Atendimento **3.485.474**

Prontuário 99.869.380

Dt. Entrada 03/04/2025 10:32:08

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
03/04/2025 10:54	03/04 11:29	Médico	Evolução Médica PA		ALVARO GUIMARAES DE LIMA	CRM 4512

Evolução Médica PA Adulto - ORTOPEDIA**Queixa Principal :** Paciente retorna com a mãe

Com tala gesso AP

Retorno de fratura do radio distal E há 15 dias

Retirada tala

Rx controle - fratura consolidada

oriento

Encaminhamento ao Ambulatório UGF? : não**Acionado sobreaviso da Ortopedia? :** não**Solicitado exames de imagem? :** sim**Se sim, quais? :** Radiologia

Paciente **ALANA BOTELHO ROCHA MENDES DE FREITAS**

Data Nascto. 31/12/2017 7 Anos

Sexo Feminino

Telefone 984946200

Leito 1

Atendimento **3.469.989**

Prontuário 99.869.380

Dt. Entrada 19/03/2025 18:13:41

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
19/03/2025 18:43	19/03 18:44	Médico	Evolução Médica PA		JULIANO TEIXEIRA DE SA	CRM 17278

Evolução Médica PA Adulto - ORTOPEDIA

Queixa Principal : queda com fratura de radio distal esquerdo
redução incruenta/tto conservador
tala ap
seguimento ambulatorial

Encaminhamento ao Ambulatório UGF? : não

Paciente **ALANA BOTELHO ROCHA MENDES DE FREITAS**

Data Nascto. 31/12/2017 7 Anos

Sexo Feminino

Telefone 984946200

Leito 1

Atendimento **3.485.474**

Prontuário 99.869.380

Dt. Entrada 03/04/2025 10:32:08

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
03/04/2025 10:41	03/04 10:43	Enfermeiro	Triagem do Pronto		AMANDA STOLTZ PEDROSO	COREN 735066

Acolhimento Enfermagem - PA Adulto (NOVO)**Queixa Principal:** : VEM PARA REAVALIAÇÃO COM ORTO, REFERE FRATURA DE RADIO E HA 15 DIAS**Alergias:** : CORANTES;**Escala de Dor :** 4**Risco de Queda :** não**Trazido de Ambulância?** : não**EMERGÊNCIA - VERMELHO****(Atendimento Médico Imediato)****MUITO URGENTE - LARANJA****(Atendimento Médico em 10 minutos)****PROTOCOLOS GERENCIADOS****Wake-up Stroke (Definição) :** Quando o paciente foi encontrado sozinho já com o déficit neurológico. Deve-se registrar o último horário em que foi visto sem o déficit.**URGENTE - AMARELO****(Atendimento Médico em 30 minutos)****POUCO URGENTE - VERDE****(Atendimento Médico em 60 minutos)****Trauma MMSS :** sim**NÃO URGENTE - AZUL****(Atendimento Médico em 120 minutos)****RESUMO - Critérios Selecionados****Muito Urgente :** 0**Urgente :** 0**Pouco Urgente :** 1**Não Urgente :** 0**Protocolo de Dor Torácica :** 0

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3469989

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: ALANA BOTELHO ROCHA MENDES DE FREITAS

CPF: 13827453976

Endereço: AV PAULO ROBERTO VIDAL, 2494

Atendimento Nº: 3469989

Telefone: (48) 984946200

RG:

Responsável:

Nome: DICIANE

CPF: 05885550964

Endereço: AV PAULO ROBERTO VIDAL, 2494 BLOCO C

Telefone: 5548984946200

RG:

CONTRATADA: UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o n.º 77.858.611/0014-14, estabelecida na Rua Manoel Loureiro, n.º 1909, Barreiros, na cidade de São José, Estado de Santa Catarina CEP 88117-331.

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 úteis, a descrição dos serviços prestados e boleto bancário contemplando o valor total do pagamento, através do e-mail caixahospital@unimedflorianopolis.com.br (**CONTRATADA**) para o e-mail indicado na admissão do paciente

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3469989

(CONTRATANTE), a fim de que seja quitado no prazo máximo de 72h (setenta e duas horas).

Parágrafo Terceiro. Em caso de inadimplemento, os valores devidos serão acrescidos de multa de 2% (dois por cento) e juros de mora correspondentes a 1% (um por cento) ao mês, calculados *pro rata die*, da data imediatamente após o vencimento até o efetivo pagamento.

Parágrafo Quarto: No caso de atraso ou inadimplemento da dívida por mais de 30 (trinta) dias consecutivos, o(s) **CONTRATANTE(S)** estão cientes de que o débito poderá ser levado a protesto, entregue à firma de cobrança ou ainda ser informado ao Serviço de Proteção ao Crédito (SPC), SERASA Experian e outros, além de estar sujeito à cobrança judicial ou extrajudicial pela **CONTRATADA**, com a incidência de honorários advocatícios, observada a legislação vigente.

Parágrafo Quinto. O(s) **CONTRATANTE(S)** deve(m) notificar a **CONTRATADA**, imediatamente, sobre eventual mudança do e-mail indicado no *caput* desta cláusula.

Cláusula Quinta: O(s) **CONTRATANTE(S)** declara(m) que (i) cumprirão as normas, regulamentos, fluxos e orientações estabelecidos pela **CONTRATADA**; (ii) obedecerão aos direitos dos demais pacientes, funcionários e prestadores de serviços da **CONTRATADA**, tratando-os com civilidade e cortesia; (iii) custodiarão e se responsabilizarão por seus objetos e/ou valores, inclusive do(s) respectivo(s) acompanhante(s) e/ou visitante(s) do paciente; (iv) efetuarão o pagamento particular dos medicamentos de uso ambulatorial, devidamente utilizados durante o atendimento pela **CONTRATADA**, inclusive quando não houver cobertura contratual pelo plano privado de assistência à saúde; (v) acatarão a decisão da **CONTRATADA** para realizar a troca do leito, quando houver necessidade de higienização, desinfecção e/ou manutenção estrutural da acomodação utilizada; (vi) têm ciência de que a **CONTRATADA** possui câmara de vigilância instaladas nas suas dependências, inclusive, que as imagens gravadas são confidenciais e protegidas, nos termos da legislação vigente; (vii) em conformidade com a Lei n.º 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais) concordam que a **CONTRATADA** compartilhe os dados pessoais sensíveis de saúde do paciente com os profissionais integrantes das suas equipes, com médicos indicados pelo próprio paciente e/ou responsável, com a finalidade de possibilitar a adequada prestação de serviços de assistência à saúde ao paciente, bem como à operadora ou seguradora de saúde a qual o paciente estiver vinculado, para fins de auditoria ou autorização prévia dos serviços prescritos; (viii) zelarão e se responsabilizarão por eventuais danos causados de forma dolosa ou culposa aos bens colocados à disposição para o conforto e tratamento do paciente; (ix) assumirão a responsabilidade pela recusa à realização de procedimentos ou tratamentos recomendados pelos profissionais de saúde e pela não atenção às orientações fornecidas pela equipe de saúde da **CONTRATADA**; (x) estão cientes de que as consultas de urgência/emergência, realizadas no Pronto Atendimento da **CONTRATADA**, particular ou convênio, não têm direito a retorno; (xi) devem dar informações completas e precisas sobre o histórico de saúde, doenças prévias, uso de medicamentos, procedimentos médicos anteriores e outros problemas relacionados à saúde do paciente; (xii) têm conhecimento de que o prontuário médico deverá permanecer sob a guarda dos médicos da **CONTRATADA**; (xiii) o **CONTRATANTE/RESPONSÁVEL** será o responsável pelo paciente acima identificado e, por consequência: (xiii.1) dará plena autorização aos médicos da **CONTRATADA** para assistirem e tratarem da sua enfermidade, realizando todos os procedimentos e investigações que julgarem necessários para a preservação da vida, órgãos e funções do paciente; (xiii.2) está ciente de que os médicos assistentes, em conformidade com o artigo 34 do Código de Ética Médica e artigo 9º da Lei nº 8.078/90, explicarão claramente a proposta do procedimento médico ou cirúrgico ao qual o paciente será submetido, inclusive seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas aos procedimentos sugeridos, proporcionando-lhe livre questionamento e respondendo inteira e satisfatoriamente às perguntas porventura existentes;

(xiii.3) está ciente de que em caso 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 prévio; (xiv) havendo evolução do atendimento de urgência/emergência para internação hospitalar: (xiv.1) providenciarão acompanhante para o paciente em tempo integral, quando for criança ou adolescente menor de 18 (dezoito) anos, pessoa idosa (a partir de 60 anos), pessoa com deficiência e/ou outras necessidades especiais; (xiv.2) providenciarão os produtos necessários para realização de higiene pessoal do paciente, tais como: escova de dente, creme dental, sabonete, xampu, condicionador, escova de cabelo, aparelho de barbear, absorvente íntimo, fralda descartável, entre outros; (xiv.3) participarão do plano de tratamento e alta hospitalar do paciente ou indicarão quem poderá fazê-lo; (xiv.4) liberarão o leito em até 1h (uma hora) após a alta hospitalar, sob pena de pagamento proporcional sobre o valor da diária, nos termos a seguir: (xiv.4.1) Se o paciente desocupar o leito até às 11h59min haverá cobrança de 50% (cinquenta por cento) do valor da diária; (xiv.4.2) Se o paciente desocupar o leito a partir de 12h (doze horas) haverá cobrança de 100% (cem por cento) do valor da diária.

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.

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3469989

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 indicará 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 _____

CPF nº _____

() **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.

São José/SC, ____/____/____

Diciane BZ
CONTRATANTE/RESPONSÁVEL

CONTRATADA

Testemunhas

1- _____

Nome:

CPF nº

2- _____

Nome:

CPF nº

1 - Registro ANS

3 - Nº Guia Principal

4 - Data da Autorização
19/03/2025

5 - Senha
25368

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
25368

Dados do Beneficiário
8 - Número da Carteira
72052008

9 - Validade da Carteira
30/06/2025

10 - Nome
ALANA BOTELHO ROCHA MENDES DE FREITAS

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
77858611001414

14 - Nome do Contratado
UNIMED GRANDE FLORIANOPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

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
19/03/2025

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1 22

25 - Descrição
CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

27 - Qtds. Solic.
1

28 - Qtds. Aut.
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 - Qtds.

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. Rel. 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 Casos Medicinais R\$

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

19/03/2025

68 - Assinatura do Contratado

19/03/2025

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Alana Botelho Rocha Mendes de Freitas

Nº da Carteira: 7.205.2008

Instituição: Colégio Adventista Palhoça



Data de Nascimento: 31/12/2017

Nº da Guia: 25368

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
19/03/2025	15:23:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu

Queda de mesmo nível

Partes do corpo

Antebraço Esquerdo, Mão Esquerda, Joelho Esquerdo

Descrição

Durante o recreio a aluna estava correndo e acabou caindo. Bateu o joelho e o pulso no chão.

Testemunha da ocorrência

Geovana Martins

Monitor

Telefone

(48) 99935-1000

(48) 99935-1000

Quem prestou primeiros socorros

Geovana Martins

Data

19/03/2025

Local de atendimento

PA INFANTIL UNIMED
UNID.CENTRO - MENORES DE 15
ANOS EXCLUSIVO

Endereço

Rua Madalena Barbi

Nº

204

Bairro

Centro

Telefone

(48) 3216-8222

Observações

Foi feita uma limpeza no local do joelho e colocamos uma gaze por cima. Entramos em contatos com a mãe para levar a aluna até uma unidade.

Ass.:

Geovana Santos Martins

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

