# UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA

| Atendimento: | 3457398 |
|--------------|---------|

| Can | 4 | ante: |
|-----|---|-------|

 Paciente/Usuário
 Atendimento №: 3457398

 Nome:
 ANA BEATRICE PINHEIRO COSTA
 Telefone: (48) 988469865

 CPF:
 03073119299
 RG:

Endereço: Servidão Nilo Damasceno , 86 casa

 Responsável:

 Nome:
 DAIANA
 Telefone:
 5548988469865

 CPF:
 01824682247
 RG:

 Endereço:
 Servidão Nilo Damasceno , 86 casa

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 uteis, 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 adimissão do paciente

# UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



(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;

(xii.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.

CPF n°

# UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



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 consultá(s), exame(s) e procedimento(s) na unidade de saúde da CONTRATADA, foi-lhe esclarecido que:

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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 pre<br>cláusula, vem declarar que:  |   | Esclarecido, disposto nesta                            |
|--|---|--|
| ( ) <b>DESEJA</b> ser acompanhada nos termos da Lei n  | n° 8.080/1990.  |  |
| Nome da Acompanhante   |   |  |
| CPF n°   |   | €.   |
| ( ) <b>RENUNCIA</b> ser acompanhada nos termos da I  | Lei n° 8.080/1990.  |  |
| Cláusula Oitava: As Partes elegem o foro de domi<br>dúvidas, conflitos ou questões oriundas do present<br>seja ou venha a se tornar. | cílio do <b>CONTRATANTE</b> , para que nele ce Contrato, renunciando a qualquer outro | sejam dirimidas quaisquer<br>por mais privilegiado que |
| São José/SC,//   |   |  |
| Daiana J. Pinheir  | us  |  |
| CONTRATANTE/RESPONSÁVEL  | CONTRATADA  |  |
|  |   |  |
| Testemunhas  |   | <b>8</b> 1.)   |
| 1  | 2   |  |
| Nome:  | Nome:   |  |

CPF n°

|  |  | E DIA GNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT Atend: 3457398  |
|--|--|--|
| Instituto Adventista GUIA DE SER   | GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AGAILIAIN DE DIA  | 77   |
| 1 - Registro ANS 3 - N° Guia Principal   |  |  |
| 4 - Data da Autorização 5 - Senha 24459002   | 6 - Data Validade da Senha 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 24459002  |  |
| eficiário<br>da Carteira   | da Carteira 10 - Nome<br>ANA BEATRICE PINHEIRO COSTA   | 11 - Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento a KIV N   |
| olicitante<br>go na Operadora  | ANOPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO  |  |
| 715 - Nome do Profissional Solicitante Requisitante Nao Cadastrado/nao Cooperado   | 16 - Conselho Profissional 17 - Número no Conselho SC 2526 SC 2526   | 225125   |
| Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitação  21 - Caráter do Atendimento 22 - Data da Solicitação 23 - Indicação Clínica 207/03/2025 | o Clínica  | 27 - Qide Solic. 28 - Qide Aut.  |
|  | 26 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO  |  |
| 3 2  |  |  |
| 4  |  |  |
| 5  Dados do Contratado Executante  29 - Código na Operadora  30 - Nome do Contratado   |  | 31 - Cádigo CNES   |
| Dados do atendimento  33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)  | (a) 34 - Tipo de Consulta 35 - Motivo de Encerramento do Alendimento   |  |
| dos da Execução / Procedimentos e Exames Realizados<br>36 - Data 37 - Hora inicial a 38 - Hora final 39 - Tabela   | 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição   | 42 - Otde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator Red./Acresc. 46 - Valor Unitário (RS) 47 - Valor Total (NS) |
| 2  |  |  |
| 4  |  |  |
| 5   Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)   49 - Gr.Part. 50 - Código na Operadora/CPF 51 - Nor 49 - Gr.Part. 50 - Código na Operadora/CPF 51 - Nor | 51 - Nome do Profissional 52 - Cons  | 52 - Conselho Profissional 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO                           |
|  |  |  |
| 66 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável   | 5/   | 7/   |
| 58 - Observação / Justificativa  |  |  |
| 59 - Total Procedimentos (R\$)   60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)   | WE (R\$)   | 63 - Total Medicamentos (R\$)  64 - Total Gases Medicinais R\$  65 - Total Geral (R\$)               |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização  | 07/03/2025 CANCON OF SUMPLEMENT OF SUMPLEMEN |  |
| Impresso em: 07/03/2025 13:57:08   | Página 1 olga.silveira   | reira WATE70106  |

# **AUTORIZAÇÃO DE RETORNO**

Aluno: Ana Beatrice Pinheiro Costa Nº da Carteirinha: 7.46.4967

Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Centro

Data de Nascimento: 05/04/2012

Avaliação do exame a pedido do médico

Nº da Guia: 24459.002



| Data do Retorno  | Horário | Local   | Atividade                          |  |  |  |  |
|--|---------|---------|------------------------------------|--|--|--|--|
| 06/03/2025 07:37:30 Ginásio                                    |         | Ginásio | Aula de educação física            |  |  |  |  |
| O que aconteceu  |         |         | Partes do corpo                    |  |  |  |  |
| Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro) |         |         | Mão Esquerda, 2º Dedo Mão Esquerda |  |  |  |  |

#### Descrição

Durante aula de Ed.Física aluna estava com bola de basquete aonde veio a bater no dedo da mão esquerda, aluna esta sentindo muita dor.

| Testemunha da ocorrência                       | Telefone            |          |           |                 |  |
|--|---------------------|----------|-----------|-----------------|--|
| Jardson Rocha                                  |                     |          |           | (48) 98876-0315 |  |
| Local de atendimento                           | Endereço            | Nº       | Bairro    | Telefone        |  |
| HUGF - HOSPITAL UNIMED GRANDE<br>FLORIANÓPOLIS | Rua Manoel Loureiro | 191<br>0 | Barreiros | (48) 3288-4100  |  |

Ass.:

Jardson Rocha

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:



## Evolução Paciente

| Paciente     | ANA BEATRICE PINHEIRO COSTA | Atendimento | 3.457.398                      |
|--------------|-----------------------------|-------------|--------------------------------|
| Data Nascto. | 05/04/2012 12 Anos          | Prontuário  | 99.867.220                     |
| Sexo         | Feminino                    | Dt. Entrada | 07/03/2025 13:55:14            |
| Telefone     | 988469865                   | Convênio    | Instituto Adventista Instituto |
| Leito        | 1                           |             |                                |

Data evolução Liberação Função Tipo evolução Especialidade Usuário Código prof 07/03/2025 14:56 07/03 15:00 Médico Evolução Médica PA LEANDRO CRM 22137 DAVID DOS SANTOS

#### Evolução Médica PA Adulto - ORTOPEDIA

**Queixa Principal :** FRATURA DA FALANGE PROXIMAL DO 2ºDEDO DA MÃO ESQUERDA NO DIA 20/02/2025 NEGA DOR.

EM TRATAMENTO CONSERVADOR.

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MAO ESQUERDA

INDICAÇÃO CLÍNICA

Fratura.

#### **TÉCNICA**

Aquisição volumétrica em aparelho multislice de 128 canais sem administração do meio de contraste intravenoso.

#### ANÁLISE

Exame realizado em caráter de urgência.

Fratura da diáfise da falange proximal do 2º dedo, sem desvio.

Demais estruturas ósseas íntegras.

Espaços articulares preservados.

Impresso em: 11/03/2025 12:38:07 Página 1 taina.estevao CATE23



# Evolução Paciente

| Paciente     | ANA BEATRICE PINHEIRO COSTA | Atendimento | 3.457.398                      |
|--------------|-----------------------------|-------------|--------------------------------|
| Data Nascto. | 05/04/2012 12 Anos          | Prontuário  | 99.867.220                     |
| Sexo         | Feminino                    | Dt. Entrada | 07/03/2025 13:55:14            |
| Telefone     | 988469865                   | Convênio    | Instituto Adventista Instituto |
| Leito        | 1                           |             |                                |

Presença de aparelho gessado.

Edema de partes moles.

IMPRESSÃO

Fratura da diáfise da falange proximal do 2º dedo.

MANTENHO TRATAAMENTO CONSERVADOR

TROCO A TALA.

Encaminhamento ao Ambulatório UGF?: não

Impresso em: 11/03/2025 12:38:07 Página 2 taina.estevao CATE23



Paciente:

Categoria:

#### Manoel Loureiro, S/N - São José - SC CNPJ:77858611001414 - Inscrição estadual: - Fone: (CNES 9671145)

Convênio:



Usuário/Matrícula:

## Conta paciente

(77858611001414) **Nota:** 

### Emissao:

Motivo Alta:

Tipo atend:

Espec/Clinica: 1

N° atend: N° IC:

Alta melhora

3 - Pronto socorro

Clinica Adulto

3.457.398 21.285.485

ANA BEATRICE PINHEIRO COSTA

Instituto Adventista

7464967

Instituto Adventista

Proc Princ: 30722420

Prontuário: 99867220 Data entrada: 07/03/2025 13:55:14 D

3/2025 13:55:14 Data saída: 07/03/2025 15:28:00

Médico: Dr. LEANDRO DAVID DOS SANTOS (CRM 22137)

Fraturas E/Ou Luxações De Falanges (Interfalangeanas) - Redução

Tipo acomodação Apartamento

Data 05/04/2012 Sexo: F

CID Princ: S62.6 Frat de outr dedos

Guia: **24459002** Senha: 24459002

Dt Conta: 07/03/25 13:56 Dt inicial: 07/03/25 13:55 Dt final: 07/03/25 15:28 Refer: 01/05/25

| Seq Classificação | Setor              | Acomodação           | Unidade | Dt. Entrada         | Dt. Saída           |
|-------------------|--------------------|----------------------|---------|---------------------|---------------------|
| 1 Pronto socorro  | PRONTO ATENDIMENTO | Setor sem acomodação | 1/      | 07/03/2025 13:55:14 | 07/03/2025 15:28:00 |
| 2 Pronto socorro  | ORTOPEDIA          | Setor sem acomodação | 1/      | 07/03/2025 14:15:29 | 07/03/2025 15:28:00 |

|      |        |     | _     |       |      |
|------|--------|-----|-------|-------|------|
| Lana | rários | Não | Can   | mi    | 2000 |
| HOHO | rarios | Mao | COIIV | /eiii | auos |

| Seq | Dt Conta       | Setor                 | Código     | Descrição   | Qtde | Crm   | Médico        | Função  | Valor  |
|-----|----------------|-----------------------|------------|---|------|-------|---------------|---------|--------|
| 1   | 07/03/25 13:55 | PRONTO<br>ATENDIMENTO | 10101039   | Em Pronto Socorro   | 1,00 | 22137 | LEANDRO DAVID | Clínico | 73,52  |
| 2   | 07/03/25 15:03 | ORTOPEDIA             | 30711037   | Membro Superior   | 1,00 | 22137 | LEANDRO DAVID | Clínico | 11,70  |
| 3   | 07/03/25 15:03 | ORTOPEDIA             | 30722420   | Fraturas E/Ou Luxações De<br>Falanges (Interfalangeanas) -<br>Redução Incruenta | 1,00 | 22137 | LEANDRO DAVID | Clínico | 62,94  |
|     | To             | tal de Honorár        | ios Não Co | nveniados   | 3,00 |       |               |         | 148,16 |

| Materia | is       |   |       |          |          |          |
|---------|----------|---|-------|----------|----------|----------|
| Seq     | Código   | Descrição   | Unid. | Qtde     | VI Unit. | VI Total |
|         |          | PRONTO ATENDIMENTO                                  |       |          |          |          |
| 1       | 78988624 | ATADURA CREPE 10CMX1,8MT (EM REPOUSO) 13FIO ESTERIL | rl    | 3,0000   | 7,6000   | 22,80    |
| 2       | 78365678 | ATADURA CREPON 06 CM X 1,8 M                        | rl    | 1,0000   | 1,2300   | 1,23     |
| 3       | 78340373 | ATADURA GESSADA 10 CM X 3,0 M                       | rl    | 2,0000   | 3,9000   | 7,80     |
| 4       | 70034664 | ATADURA ORTOPEDICA P                                | rl    | 6,0000   | 12,8900  | 77,34    |
| 5       | 78202477 | MALHA TUBULAR 08 CM X 15 M                          | cm    | 200,0000 | 0,0400   | 8,00     |
|         |          | Total - PRONTO ATENDIMENTO -                        |       | 212,0000 |          | 117,17   |
|         |          | Total de Materiais                                  |       | 212,0000 |          | 117,17   |

Total geral R\$ 265,33

# UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA

Atendimento: 345659

| Contratante:                          | Additional 0400000       |
|---------------------------------------|--------------------------|
| Paciente/Usuário                      | Atendimento Nº: 3456593  |
| Nome: ANNA CAROLYNA FRANCA GARCIA     | Telefone: (48) 988592641 |
| CPF: 60212126067                      | RG:                      |
| Endereço: Rua Helmuth Fett: , 2 casa  |                          |
| Responsável:                          |                          |
| Nome: CAROLIN                         | Telefone: 5548988592641  |
| CPF: 01074311060                      | RG:                      |
| Endereço: Rua Helmuth Fett 65 CASA 02 | KO.                      |

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 evato dos serviços e recentados a recenta

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 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 adimissão do paciente

## UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



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:

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.

sposto nesta

| Apos os esclarecimentos prestados atraves do p cláusula, vem declarar que:  | resente Termo de C                             | onsentimento Livre e Esclarec                                | cido, disposto nesta                       |
|---|--|--|--|
| ( ) DESEJA ser acompanhada nos termos da Le   | i n° 8.080/1990.                               |  |  |
| Nome da Acompanhante  |  |  | ¥)   |
| CPF n°  |  | V .  | - 40                                       |
| ( ) RENUNCIA ser acompanhada nos termos da  | Lei nº 8.080/1990.                             |  |  |
| Cláusula Oitava: As Partes elegem o foro de don<br>dúvidas, conflitos ou questões oriundas do prese<br>seja ou venha a se tornar. | nicílio do <b>CONTRA</b> 'nte Contrato, renunc | TANTE, para que nele sejam de ciando a qualquer outro por ma | lirimidas quaisquer<br>is privilegiado que |
| 8.  |  |  | * 45                                       |
| São José/SC,//  | _  | 1  |  |
| CONTRATANTE/RESPONSÁVEL   |  | CONTRATADA   | JP   |
| Testemunhas   |  |  | ×  |
| Nome:<br>CPF n°   | 2<br>Nome:<br>CPF n°                           |  |  |
|   |  |  |  |

| Instituto Adventista  | GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT Atend.: 3456593   |
|---|--|
| 1 - Registro ANS 3 - N° Guia Principal  | Z-IN Guid IIO Friestador 3012940   |
| 4 - Data da Autorização 5 - Senha O6/03/2025 Dados do Banaficiário  | 6 - Data Validade da Senha 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 24889   |
| 8 - Número da Carteira<br>24889   | 9 - Validade da Carteira 10 - Nome 10 - Nome 10 - Saúde 12 - Atendimento a RN No 10 - |
| Dados do Solicitante         14 - Nom.           17 - Cédigo na Operadora         14 - Nom.           77858611001414         UNIMED |  |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>Requisilante Nao Cadastrado/nao Cooperado  | 16 - Conselho Profissional   17 - Número no Conselho   18 - UF   19 - Cédigo CBO   20 - Assinatura do Profissional Solicitante   2256   2256   2256   2267   |
| g g   |  |
| 24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 1 22 10101039  | 26-Descrițăง<br>CONSULTA EM PRONTO SOCORRO   |
| 2   |  |
| 4   |  |
| 5   |  |
| Dados do Contratado Executante<br>29 - Código na Operadora  | 30 - Nome do Contratado  |
| Dados do atendimento<br>32 - Tipo de Atendimento (33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)                       | oença refacionada) 34 - Tipo de Consulta 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento  |
| Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados<br>36 - Data<br>1   | 40 - Còdigo do Procedimento 41 - Descrição 47 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)  |
| 22  |  |
| 4   |  |
| 5<br>Bentificação do(s) Profissionalfis] Executante(s)  |  |
| 48 - Seq.Ref. 49 - Gr.Part. 60 - Código na Operadora/CPF  | 51 - Nome do Profissional 53 - UF 55 - Cédigo CBO  |
| 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Ressonsável                                    | elficiário ou Ressonsável  |
|   | 5- 1- 1- 8- 1- 10- 10  |
| i8 - Observação / Justificativa   |  |
| 59 - Total Procedimentos (R\$) 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)  | 61 - Total Mate  |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização<br>/  | 67 - Assinatura do Beninciário ou Responsável 06/03/2025 06/03/2025  |
| Impresso em: 06/03/2025 19:03:47  | Página 1 diogo.petry WATE70106   |

# **AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO**

Aluno: Anna Carolyna Franca Garcia Nº da Carteirinha: 7.205.938

Instituição: Colégio Adventista Palhoça

Data de Nascimento: 06/09/2012

Nº da Guia: 24889



Data da Ocorrência

Horário

18:11:00

Local Ginásio Atividade

Aula de educação física

O que aconteceu

Partes do corpo

Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede.

carteira)

06/03/2025

Mão Direita. 2º Dedo Mão Direita

Descrição

A alujna estava em educação fisica, jogando basquete, quando a bola bateu com força no seu dedo indicador.

Testemunha da ocorrência

Coordenadora Disciplinar

Coordenadora Disciplinar

Telefone

(48) 99935-1000

(48) 99935-1000

Quem prestou primeiros socorros

Coordenadora de Disciplina

Data

06/03/2025

Local de atendimento

Endereco

NΩ Rairro Telefone

HUGF - HOSPITAL UNIMED GRANDE

FLORIANÓPOLIS

Rua Manoel Loureiro

191

Barreiros

(48) 3288-4100

Observações

A aluna reclamou com dor depois da aula, seu dedo começou a inchar. A mãe logo chegou.

Ass.: Kather Regin by late Machel.

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



# Evolução Paciente

| Paciente     | ANNA CAROLYNA FRANCA GARCIA | Atendimento | 3.456.593           |
|--------------|-----------------------------|-------------|---------------------|
| Data Nascto. | 06/09/2012 12 Anos          | Prontuário  | 99.868.396          |
| Sexo         | Feminino                    | Dt. Entrada | 06/03/2025 19:01:28 |
| T-1-6        | 000500044                   | 0           | 1                   |

Convênio Instituto Adventista Instituto Telefone 988592641 Leito

Data evolução Liberação Função Tipo evolução Especialidade Usuário Código prof JULIANO 06/03/2025 19:52 06/03 19:53 Médico Evolução Médica PA CRM 17278 **TEIXEIRA** 

DE SA

#### Evolução Médica PA Adulto - ORTOPEDIA

Queixa Principal: trauma 2 qdd

dor aip

adm limitada

rx sp analgesia

tala metalica 5 d

seguimento ambulatorial

orientaçoes

Encaminhamento ao Ambulatório UGF?: não

Impresso em: 11/03/2025 11:44:10 Página 1 Documento assinado digitalmente conforme a ICP-Brasil, MP 2.200-2/2001 no sistema certificado SBIS-SRES-068 por JULIANO TEIXEIRA DE SA, às 06:33-03:00 de

10/03/2025 - Válida



Paciente: ANNA CAROLYNA FRANCA GARCIA

Data de Nascimento: 06/09/2012 Idade: 12anos 6M Sexo: F

Data do Exame: 06/03/2025

Solicitante: Dr.(a) JULIANO TEIXEIRA DE SA Protocolo: UGF3456593 Senha: 538787 unimedflorianopolis.com.br Central de Atendimento: (48) 3288 4100 Informações: 0800 048 3500

#### RADIOGRAFIA DIGITAL DA MÃO DIREITA

Alinhamento articular mantido. Estrutura óssea normal. Interlinhas articulares preservadas. Partes moles sem alterações radiográficas.







#### Manoel Loureiro, S/N - São José - SC CNPJ:77858611001414 - Inscrição estadual: - Fone: (CNES 9671145)



Usuário/Matrícula:

Conta paciente

(77858611001414) Nota:

**Emissao:** 

N° atend:

3.456.593 Nº IC: 21.284.723

ANNA CAROLYNA FRANCA GARCIA

Instituto Adventista 24889

Categoria:

Instituto Adventista

Paciente:

Data

Prontuário: 99868396 Data entrada:

06/03/2025 19:01:28

Convênio:

Data saída: 06/03/2025 20:10:49

Motivo Alta: Alta melhora

Tipo atend: 3 - Pronto socorro Espec/Clinica: 1 Clinica Adulto

Médico: Dr. JULIANO TEIXEIRA DE SA (CRM 17278) Proc Princ: 00000000

Tipo acomodação Apartamento

Sexo: F

CID Princ: S60.0 Contusao de dedos s/lesao da unha

Guia: 24889 Senha: 24889

Dt Conta: 06/03/25 19:02 Dt inicial: 06/03/25 19:01 Dt final: 06/03/25 20:10 Refer: 01/05/25

| Movimen | tação ( | do Pac | iente |
|---------|---------|--------|-------|
| Moville | iayau i | uo rac | iente |

06/09/2012

| Seq | Classificação      | Setor              | Acomodação           | Unidade | Dt. Entrada         | Dt. Saída           |
|-----|--------------------|--------------------|----------------------|---------|---------------------|---------------------|
| 1   | Pronto socorro     | PRONTO ATENDIMENTO | Setor sem acomodação | 1/      | 06/03/2025 19:01:28 | 06/03/2025 20:10:49 |
| 2   | Pronto socorro     | ORTOPEDIA          | Setor sem acomodação | 1/      | 06/03/2025 19:19:18 | 06/03/2025 20:10:49 |
| 3   | Serviços Especiais | RAIO X             | Setor sem acomodação | 1/      | 06/03/2025 19:24:00 | 06/03/2025 19:24:00 |

#### Honorários Não Conveniados

| Seq | Dt Conta       | Setor                 | Código     | Descrição   | Qtde | Crm   | Médico           | Função  | Valor  |
|-----|----------------|-----------------------|------------|---|------|-------|------------------|---------|--------|
| 1   | 06/03/25 19:01 | PRONTO<br>ATENDIMENTO | 10101039   | Em Pronto Socorro                                 | 1,00 | 17278 | JULIANO TEIXEIRA | Clínico | 95,58  |
| 2   | 06/03/25 19:25 | ORTOPEDIA             | 30711010   | Imobilizações Não-Gessadas<br>(Qualquer Segmento) | 1,00 | 17278 | JULIANO TEIXEIRA | Clínico | 15,21  |
| 3   | 06/03/25 19:46 | RAIO X                | 40803120   | Mão Ou Quirodáctilo                               | 1,00 | 6606  | PEDRO LEMOS DE   | Clínico | 42,18  |
|     | To             | tal de Honorári       | ios Não Co | nveniados   | 3,00 |       |                  |         | 152,97 |

| Materia | ais      |                              |       |        |          |          |
|---------|----------|------------------------------|-------|--------|----------|----------|
| Seq     | Código   | Descrição                    | Unid. | Qtde   | VI Unit. | VI Total |
|         |          | ORTOPEDIA                    |       |        |          |          |
| 1       | 78365678 | ATADURA CREPON 06 CM X 1,8 M | rl    | 1,0000 | 1,2300   | 1,23     |
| 2       | 78308488 | TALA METALICA IMOBIL         | und   | 1,0000 | 3,2100   | 3,21     |
|         |          | Total - ORTOPEDIA -          |       | 2,0000 |          | 4,44     |
|         |          | Total de Materiais           |       | 2,0000 |          | 4,44     |

157,41 Total geral R\$



# UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA

| •  |     |     |   | 2020 |
|----|-----|-----|---|------|
| Co | ntr | ar: | m | ο.   |

Endereço:

Atendimento Nº: 3456635 Paciente/Usuário Telefone: (48) 991302426 Nome: ENZO FREIRE BELTRAME MORAES CPF: 12096582911 RG: Endereço: Avenida Professor Milton Leite da Costa . Responsável:

Telefone: 48984301530 Nome: BRUNA RG: 6435102 Avenida Professor Milton Leite da Costa, 339 APTO

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 uteis, 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 adimissão do paciente

Unimed #

# UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA

Atendimento: 3456635

(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 9° da Lei nº 8.078/90, explicarão claramente a proposta do procedimento médico ou cirúrgico ao qual o paciente será submetido, inclusive seus beneficios, 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



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:

| cláusula, vem declarar que:  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| ( ) <b>DESEJA</b> ser acompanhada nos termos da Lei nº 8   | 8.080/1990.                                |  | ü.  |
| Nome da Acompanhante   |  |  |   |
| CPF n°   |  |  |   |
| ( ) <b>RENUNCIA</b> ser acompanhada nos termos da Lei  | nº 8.080/1990.                             |  |   |
| Cláusula Oitava: As Partes elegem o foro de domicíl dúvidas, conflitos ou questões oriundas do presente seja ou venha a se tornar. | lio do <b>CONTRA</b> ?<br>Contrato, renunc | FANTE, para que nele sejam o iando a qualquer outro por ma | dirimidas quaisquer<br>uis privilegiado que |
| São José/SC,//   |  |  | ē   |
| & Bruna Simas Belt   | tam  | •  |   |
| CONTRATANTE/RESPONSÁVEL  |  | CONTRATADA   |   |
| \$ 7   |  |  |   |
| Testemunhas  |  |  |   |
| 1  | 2-   |  | 4   |
| Nome:<br>CPF n°  | Nome:<br>CPF n°                            |  | * / <u>*</u>                                |

| WATE70106                         |  | , m   | cleuza.vieira              |  | Página 1                                     |  | 06/03/2025 19:40:30  | Impresso em: 06/03/  |
|-----------------------------------|--|---|----------------------------|--|--|--|--|--|
|                                   |  | c.  |                            |  |  |  |  |  |
| Ţ                                 | do Contratado  | 06/03/2025  | was all the raid           | peficiário ou Responsável                            | 67 - Assinatura do Benefi<br>06/03/2025      |  | l pela Autorização   | 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização<br>/   |
| 65 - Total Geral (R\$)            | ses Medicinais R\$   | 63 - Total Medicamentos (R\$)                                       | 63 - Total i               | 62 - Total de OPME (R\$)                             | 1 1  | 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)  | 60 - Total Tax   | 59 - Total Procedimentos (R\$)   |
|                                   |  |   | -<br>-<br>-                | ı  |  | 11   |  | 58 - Observação / Justificativa  |
|                                   | 9  |   | 7.                         | , , ,  | 7el 5 -                                      | 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | edimentos em Série 57 - A:   | 56 - Data de Realização de Proc<br>1/  |
|                                   |  |   |                            |  |  |  |  |  |
| 55 - Código CBO                   | 53 - Número no Conselho 64 - UF 65 - C                     | Profissional  | 52 - Conselho Profissional |  | ofissional                                   | Operadora/CPF 51 - Nome do Profissional  | (s) Executante(s)<br>Part. 50 - Código na O                          | demificação do(s) Profissionalfis) Executante(s)<br>48 - Seq.Ref. 49 - Gr.Part. 50 - Código na Operadora/CPF                             |
|                                   |  |   |                            |  |  |  |  | Λ 4 W N  |
| ário (R\$) 47 - Valor Total (R\$) | 44 - Tec. 45 - Fator Red/Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$) | 42 - Otde. 43 - Via 44 - Tec.                                       |                            |  | Procedimento 41 - Descrição                  | 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento  | entos e Exames Realizados<br>ra inicial a 38 - Hora final            | Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados<br>36 - Data 37 - Hora inicial a 38 - Hora final                                   |
|                                   |  |   | Atendimento                | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento           | 34 - Tipo de Consulta                        | 33 - Índicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)                                      | 33 - Indicação de Acidente   | Dados do atendimento<br>32 - Tipo de Atendimento   |
| 31 - Gódigo CNES                  |  |   |                            |  |  | 30 - Nome do Contratado  | (e) : : 1  | 5 Dados do Contratado Executante 29 - Código na Operadora  |
|                                   |  |   |                            |  |  |  |  | 3  |
| 28 - Qide Aut.<br>1               | 27 - Qide,Solic. 2<br>1                                    |   |                            |  | 26 - Descrição<br>CONSULTA EM PRONTO SOCORRO |  | 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial<br>10101039         | 24 - Tabela 25 - Código d<br>1 22  |
|                                   |  | NAME OF TAXABLE PARTY OF TAXABLE PARTY.                             |                            |  | ica  | is Solicitados<br>Sitação 23 - Indicação Clínica   | nentos ou Itens Assistenciai<br>1to 22 - Data da Solic<br>06/03/2025 | Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados  21 - Caráter do Atendimento 22 - Data da Solicitação 06/03/2025 |
|                                   | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante                | 19 - Código CBO 20 - Assir<br>225125                                | 18 - UF 19 - C<br>SC 2251  | 17 - Número no Conselho<br>2526                      | 16 - Conselho Profissional 27                |  | Solicitante<br>do/nao Cooperado                                      | 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>Requisitante Nao Cadastrado/nao Cooperado   |
|                                   |  |   |                            | ABALHO MEDICO  | OLIS - COOPERATIVA DE TR                     | 14 - Nome do Contratado UNIMED GRANDE FLORIANOPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO             |  | 77858611001414   |
| 12 - Atendimento a RN<br>N        | 11 - Cartão Nacional de Saúde                              | 11 - Cartão   |                            | 10 - Nome<br>ENZO FREIRE BELTRAME MORAES             | Ш  | 9 - Validade da Carteira<br>06/03/2025   |  | 8 - Número da Carteira<br>7465972  |
|                                   |  |   | pela Operadora             | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>24866 | 6 - Data Validade da Senha                   | 6  | 5 - Senha<br>24866   | <u> </u>   |
| **                                | 7.<br>***  |   |                            | 6  |  | 1  | 3 - N° Guia Principal  | 1 - Registro ANS   |
| v.3.0<br>Atend.: 3456635          | E TERAPIA - SP/SADT<br>2 - N° Guia no Prestador 5813026    | E DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT<br>2 - Nº Guia no Prestador 58130 |                            | GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR D    | O PROFISSIONAL                               | GUIA DE SERVIÇ   | 2  | Instituto Adventista   |

# **AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO**

Aluno: Enzo Freire Beltrame Moraes Nº da Carteirinha: 7.46.5972

Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Centro

Data de Nascimento: 22/05/2015

Nº da Guia: 24866



| Data da Ocorrência | Horário  | Local  | Atividade               |
|--------------------|----------|--------|-------------------------|
| 06/03/2025         | 11:53:00 | Quadra | Aula de educação física |

O que aconteceu

Partes do corpo

Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto

no outro)

Mão Esquerda, 5º Dedo Mão Esquerda

Descrição

Colega deu chute na bola aonde veio acertar o dedo do aluno.

Testemunha da ocorrência

Telefone

Jardson de Souza Rocha

48988760315

| Local de atendimento                           | Endereço | Nō       | Bairro    | Telefone       |
|--|----------|----------|-----------|----------------|
| HUGF - HOSPITAL UNIMED GRANDE<br>FLORIANÓPOLIS |          | 191<br>0 | Barreiros | (48) 3288-4100 |

#### Observações

Aluno foi atendido e informado aos pais.

Ass.:

Jardson Rocha

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:



# Evolução Paciente

| Paciente     | ENZO FREIRE BELTRAME MORAES | Atendimento | 3.456.635                      |
|--------------|-----------------------------|-------------|--------------------------------|
| Data Nascto. | 22/05/2015 9 Anos           | Prontuário  | 99.596.828                     |
| Sexo         | Masculino                   | Dt. Entrada | 06/03/2025 19:39:08            |
| Telefone     | 84661256                    | Convênio    | Instituto Adventista Instituto |

Data evolução Liberação Função Tipo evolução Especialidade Usuário Código prof 06/03/2025 20:46 06/03 20:47 Médico Evolução Médica PA JULIANO TEIXEIRA

DE SA

#### Evolução Médica PA Adulto - ORTOPEDIA

Queixa Principal: contusao dedos mao esq

adm completa

Leito

sem aumento de volume dor aip 2, 3 , 4 5 qde

rx sp repouso analgesia orientaçoes

Encaminhamento ao Ambulatório UGF?: não

Impresso em: 11/03/2025 12:02:23 Página 1 taina.estevao CATE23

Documento assinado digitalmente conforme a ICP-Brasil, MP 2.200-2/2001 no sistema certificado SBIS-SRES-068 por JULIANO TEIXEIRA DE SA, às 06:33-03:00 de 10/03/2025 - Válida



Paciente: ENZO FREIRE BELTRAME MORAES

Data de Nascimento: 22/05/2015 Idade: 9anos 9M Sexo: M

Data do Exame: 06/03/2025

Solicitante: Dr.(a) JULIANO TEIXEIRA DE SA Protocolo: UGF3456635 Senha: 332267

unimedflorianopolis.com.br Central de Atendimento: (48) 3288 4100 Informações: 0800 048 3500

#### RADIOGRAFIA DIGITAL DA MÃO ESQUERDA

Estrutura óssea normal. Relações articulares anatômicas. Partes moles sem alterações radiográficas. Ausência de sinais de fraturas.







#### Manoel Loureiro, S/N - São José - SC CNPJ:77858611001414 - Inscrição estadual: - Fone: (CNES 9671145)

Convênio:



Usuário/Matrícula:

Conta paciente

(77858611001414) Nota:

**Emissao:** 

Espec/Clinica: 1 Clinica Adulto

N° atend: 3.456.635

> Nº IC: 21.284.687

**ENZO FREIRE BELTRAME MORAES** 

Instituto Adventista

Categoria: Instituto Adventista

Proc Princ: 00000000

Paciente:

Data

Prontuário: 99596828 Data entrada:

06/03/2025 19:39:08 Médico: Dr. JULIANO TEIXEIRA DE SA (CRM 17278)

Data saída: 06/03/2025 20:51:55

7465972

Motivo Alta: Tipo atend:

Alta melhora 3 - Pronto socorro

Tipo acomodação Enfermaria

22/05/2015 Sexo: M

CID Princ: S60.0 Contusao de dedos s/lesao da unha

Guia: 24866 Senha: 24866

Dt Conta: 06/03/25 19:40 Dt inicial: 06/03/25 19:39 Dt final: 06/03/25 20:51 Refer: 01/05/25

Movimentação do Paciente

Seq Classificação Setor Acomodação Unidade Dt. Entrada Dt. Saída PRONTO ATENDIMENTO 1 Pronto socorro 06/03/2025 19:39:08 06/03/2025 20:51:55 Setor sem acomodação 1/ 2 Pronto socorro ORTOPEDIA Setor sem acomodação 1/ 06/03/2025 19:59:10 06/03/2025 20:51:55 3 Serviços Especiais RAIO X Setor sem acomodação 1/ 06/03/2025 20:05:00 06/03/2025 20:05:00

Honorários Não Conveniados

Seq Dt Conta Descrição Qtde Crm Código Médico Função Valor Setor 1 06/03/25 19:39 PRONTO 1,00 17278 JULIANO TEIXEIRA Clínico 10101039 Em Pronto Socorro 95,58 ATENDIMENTO 2 06/03/25 20:40 RAIO X 40803120 Mão Ou Quirodáctilo 1,00 6606 PEDRO LEMOS DE Clínico 42,18 2.00 137.76 Total de Honorários Não Conveniados

> Total geral R\$ 137,76

Impresso em 11/03/2025 12:06:19

Pág 1

taina.estevao

FatAct\_R7

# UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA

| Atendimento: |  |
|--------------|--|

| 0   |      |       |
|-----|------|-------|
| Con | trat | ante: |

| Paciente/Usuário                    | Atendimento N°: 3459628  | 2     |
|-------------------------------------|--------------------------|-------|
| Nome: MATHEUS SANTOS DE MELO        | Telefone: (48) 984549343 |       |
| CPF: 10448308916                    | RG: 7693284              | 10000 |
| Endereço: Rua Deodoro , 301 APTO 03 |                          |       |
| Responsável:                        |                          |       |

| Kesho   | nsavei:                       |                        |  |
|---------|-------------------------------|------------------------|--|
| Nome:   | EDILANE                       | Telefone: 4898470-6058 |  |
| CPF:    | 06735718909                   | RG:                    |  |
| Endereç | co: Rua Deodoro , 301 APTO 03 |                        |  |
|         |                               |                        |  |

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 uteis, 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 adimissão do paciente

## UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Afirma, ainda, que recebeu cópia do presente Contrato e deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e

| Após os esclarecimentos prestados através do presente <i>Terr</i> cláusula, vem declarar que:  |  | ecido, disposto nesta                        |
|--|--|--|
| ( ) DESEJA ser acompanhada nos termos da Lei nº 8.080/19   | 990.   |  |
| Nome da Acompanhante   |  | 12.00  |
| CPF n°   | - 40   |  |
| ( ) <b>RENUNCIA</b> ser acompanhada nos termos da Lei nº 8.08  | 0/1990.  |  |
| Cláusula Oitava: As Partes elegem o foro de domicílio do Codúvidas, conflitos ou questões oriundas do presente Contrato seja ou venha a se tornar.  São José/SC,/  | ONTRATANTE, para que nele sejam<br>o, renunciando a qualquer outro por m | dirimidas quaisquer<br>iais privilegiado que |
|  |  |  |
| Editore Rosa desponto  |  |  |
| CONTRATANTE/RESPONSÁVEL  | CONTRATADA   |  |
| 4 1  |  |  |
| Testemunhas  | 31   | #<br>  |
| 1  | 2  |  |
| and the second s | ome:<br>F n°   |  |

| Instituto Adventista   | ne   | A DE SERVI   | ÇO PROFIS                                    | SIONAL  | I SERVIÇO AUXILIAR                                   | DE DIAGNÓSTICO  | GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT | v3.0<br>Atend.: 3459628                          |
|--|--|--|--|---|--|---|--|--|
| 1 - Registro ANS   | 3 - N° Guia Principal  |  |  | 285   |  | 7.4   |  | The second of                                    |
| ação   | 5 - Senha<br>24960   |  | 6 - Data Validade da Senha                   |   | 7 - Número da Guia Atribuido pela Operadora<br>24960 | sradora   |  |  |
| Dados do Beneficiano  8 - Número da Carteira  74665706                             |  | 9 - Validade da Carteira<br>31/05/2025   |  | 10 - Nome<br>MATHEUS SANTOS DE                              | OS DE MELO   |   | 11 - Cartão Nacional de Saúde  | 12 - Atendimento a RN N                          |
| Dados do Solicitante<br>13 - Código na Operadora<br>77858611001414                 |  | 14 - Nome do Contratado UNIMED GRANDE EL ORIANOPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO | POLIS - COOPERA                              | TIVA DE TRAE  | вагно мерісо   | Name of the state |  |  |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>Requisitante Nao Cadastradoínao Cooperado | perado   |  | 16 - Conselho Profissional<br>6              | Issional 17 -   | o no Conselho  | 18 - UF 19 - Código CBO<br>SC 225125  | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante  |  |
| Dados da Solicitação / Procedin<br>21 - Caráter do Atendimen<br>2                  | Dados da Solicitação / Procedimentos ou tiens Assistenciais Solicitados  21 - Caráter do Atendimento   22 - Data da Solicitação   10/03/2025 | 23 - Indicação Clinica   | nica   |   |  |   |  |  |
| 24 - Tabela 25 - Código do<br>1 22   | 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial<br>10101039   | 26 - Descrição<br>CONSULTA EM F  | 26 - Descrição<br>CONSULTA EM PRONTO SOCORRO | RO  |  |   | 27 - Qtde,Solic.   | 28 - Qtde.Aut.<br>0                              |
| 2  | - 9  |  |  |   | offs.  | 3   |  |  |
| ) <del>4</del> u   |  |  |  |   |  |   |  |  |
| Dados do Contratado Executante   |  | 30 - Nome do Contratado  |  |   |  |   |  | 31 - Cédigo CNES                                 |
| Dados do atendimento<br>32 - Tipo de Alendimento                                   | -  | doença relacionada)  | 34 - Tipo de Consulta                        |   | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento           | 01  | (株式の株式をようにあるようには、またできた。  |  |
| Dados da Execução / Procedinentos e Exames Realizados<br>36 - Data<br>1            | ntos e Exames Realizados<br>a inicial a 38 - Hora final 39 - Tabela  | 11   | 40 - Código do Procedimento 4                | 41 - Descrição  |  | 42 - Qtde.  | 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator Red./Acresc. 46 - Va                                 | 46 - Valor Unitàrio (R\$) 47 - Valor Total (R\$) |
| . 2 2  |  |  |  |   |  |   |  |  |
| 4 ¢  |  |  |  |   |  |   |  |  |
| Identificação do(s) Profissional(<br>48 - Seq.Ref. 49 - Gr.                        | dentificação dols) Profissionalis) Executante(s)<br>48 - Seq.Ref. 50 - Código na Operadora/OPF   | 51 - Nome do Profissional  | rofissional                                  | *   |  | 52 - Conselho Profissional  | 53 - Número no Conselho 54 - UF  | 55 - Código CBO                                  |
|  |  |  |  |   |  |   |  |  |
| 56 - Data de Realização de Proci<br>1//<br>2//                                     | 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável   | Reneficiário ou Respons  | vel  | νhω   |  |   | 9- //  | 7  |
| 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 Medicinals R\$  | 65 - Total Geral (R\$)                           |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização<br>                                | pėla Autorização   | V.   | 67 - Assinatur<br>10/03/2025                 | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Re<br>10/03/2025 - O O O | M. Responsave / Dos do                               | South   | 68 - Assinatura do Confratado<br>10/03/2025  | 2  |
| Impresso em: 10/03/2025 11:45:37   | 025 11:45:37   |  | Página                                       | _   |  | vera.lovatto  |  | WATE70106  |

•

•

# **AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO**

Aluno: Matheus Santos de Melo Nº da Carteirinha: 7.46.5706

Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Centro

Data de Nascimento: 05/03/2010

Nº da Guia: 24960



| Data da Ocorrência   | Horário  | Local  | Atividade  |
|--|----------|--------|--|
| 10/03/2025   | 10:53:00 | Quadra | Aula de educação física  |
| CONTRACTOR OF THE PROPERTY OF THE PARTY OF T |          |        | And the state of t |

| O que aconteceu  | Partes do corpo                    |
|--|------------------------------------|
|  |                                    |
| Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro) | Mão Esquerda, 4º Dedo Mão Esquerda |

#### Descrição

Aluno machucou a mão na aula de handebol após saltar para fazer o a remesso.

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Jardson Rocha            | (48) 3039-8200 |

| Local de atendimento                           | Endereço            | Nº       | Bairro    | Telefone       |
|--|---------------------|----------|-----------|----------------|
| HUGF - HOSPITAL UNIMED GRANDE<br>FLORIANÓPOLIS | Rua Manoel Loureiro | 191<br>0 | Barreiros | (48) 3288-4100 |

#### Observações

Aluno foi atendido e informado a mãe do mesmo.

Ass.:

Jardson Rocha

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:



# Evolução Paciente

| Ī | Paciente     | MATHEUS SANTOS DE MELO | Atendimento | 3.459.628                      |
|---|--------------|------------------------|-------------|--------------------------------|
|   | Data Nascto. | 05/03/2010 15 Anos     | Prontuário  | 99.802.156                     |
| l | Sexo         | Masculino              | Dt. Entrada | 10/03/2025 11:43:17            |
|   | Telefone     | 984549343              | Convênio    | Instituto Adventista Instituto |

Data evolução Liberação Função Tipo evolução Especialidade Usuário Código prof 10/03/2025 12:18 10/03 12:46 Médico Evolução Médica PA CLAYTON MIGUEL

MIGUEL COSTA

#### Evolução Médica PA Adulto - ORTOPEDIA

Queixa Principal : s-Dor na mão E e dedos após jogar handebol

Nega alergias

**Exame físico:** o-Dor na mão E e edema (sic)

Rx sp

Leito

a-Contusão na mao E

Conduta: p-Tala garrafa por 5 dias

Ibuprofeno e paraetamol REpouos do esporte por 7 dias

Encaminhamento ao Ambulatório UGF?: não Acionado sobreaviso da Ortopedia?: não Solicitado exames de imagem?: sim

Se sim, quais?: Radiologia

Impresso em: 12/03/2025 08:51:24 Página 1 taina.estevao CATE23



#### Manoel Loureiro, S/N - São José - SC CNPJ:77858611001414 - Inscrição estadual: - Fone: (CNES 9671145)

Convênio:

Médico: Dr. CLAYTON MIGUEL COSTA (CRM 6547)



Usuário/Matrícula:

Conta paciente

(77858611001414) **Nota:** 

**Emissao:** 

N° atend:

Nº IC:

3.459.628 21.287.687

52,78

MATHEUS SANTOS DE MELO

Instituto Adventista

74665706

Instituto Adventista

Paciente:

Categoria:

Prontuário: 99802156 Data entrada:

10/03/2025 11:43:17 Data saída:

10/03/2025 14:18:24

Motivo Alta: Alta melhora

Tipo atend: 3 - Pronto socorro

Espec/Clinica: 1 Clinica Adulto

Proc Princ: 00000000

Tipo acomodação Apartamento

Sexo: M

Data 05/03/2010
CID Princ: S60.2 Contusao de outr partes do punho e da mao

Guia: 24960 Senha: 24960

Dt Conta: 10/03/25 11:45 Dt inicial: 10/03/25 11:43 Dt final: 10/03/25 14:18 Refer: 01/05/25

**Total de Materiais** 

| Movimenta | ão do | Paciente |
|-----------|-------|----------|
|           |       |          |

| Seq | Classificação      | Setor              | Acomodação           | Unidade | Dt. Entrada         | Dt. Saída           |
|-----|--------------------|--------------------|----------------------|---------|---------------------|---------------------|
| 1   | Pronto socorro     | PRONTO ATENDIMENTO | Setor sem acomodação | 1/      | 10/03/2025 11:43:17 | 10/03/2025 14:18:24 |
| 2   | Pronto socorro     | ORTOPEDIA          | Setor sem acomodação | 1/      | 10/03/2025 12:00:01 | 10/03/2025 14:18:24 |
| 3   | Serviços Especiais | RAIO X             | Setor sem acomodação | 1/      | 10/03/2025 12:22:00 | 10/03/2025 12:22:00 |

#### Honorários Não Conveniados

| Seq | Dt Conta       | Setor                 | Código     | Descrição           | Qtde | Crm   | Médico         | Função  | Valor  |
|-----|----------------|-----------------------|------------|---------------------|------|-------|----------------|---------|--------|
| 1   | 10/03/25 11:43 | PRONTO<br>ATENDIMENTO | 10101039   | Em Pronto Socorro   | 1,00 | 6547  | CLAYTON MIGUEL | Clínico | 73,52  |
| 2   | 10/03/25 12:30 | RAIO X                | 40803112   | Punho               | 1,00 | 15871 | LUIZ CARLOS    | Clínico | 44,66  |
| 3   | 10/03/25 12:30 | RAIO X                | 40803120   | Mão Ou Quirodáctilo | 1,00 | 15871 | LUIZ CARLOS    | Clínico | 42,18  |
| 4   | 10/03/25 12:49 | ORTOPEDIA             | 30711037   | Membro Superior     | 1,00 | 6547  | CLAYTON MIGUEL | Clínico | 11,70  |
|     | To             | otal de Honorári      | ios Não Co | nveniados           | 4,00 |       |                |         | 172,06 |

| Materiais |          |   |       |          |          |          |
|-----------|----------|---|-------|----------|----------|----------|
| Seq       | Código   | Descrição   | Unid. | Qtde     | VI Unit. | VI Total |
|           |          | ORTOPEDIA   |       |          |          |          |
| 1         | 78988624 | ATADURA CREPE 10CMX1,8MT (EM REPOUSO) 13FIO ESTERIL | rl    | 2,0000   | 7,6000   | 15,20    |
| 2         | 78340373 | ATADURA GESSADA 10 CM X 3,0 M                       | rl    | 2,0000   | 3,9000   | 7,80     |
| 3         | 70034664 | ATADURA ORTOPEDICA P                                | rl    | 2,0000   | 12,8900  | 25,78    |
| 4         | 78202477 | MALHA TUBULAR 08 CM X 15 M                          | cm    | 100,0000 | 0,0400   | 4,00     |
|           |          | Total - ORTOPEDIA -                                 |       | 106,0000 |          | 52,78    |

Total geral R\$ 224,84

106,0000



Paciente: MATHEUS SANTOS DE MELO

Data de Nascimento: 05/03/2010 Idade: 15anos Sexo: M

Data do Exame: 10/03/2025

Solicitante: Dr.(a) CLAYTON MIGUEL COSTA Protocolo: UGF3459628 Senha: 694334 unimedflorianopolis.com.br Central de Atendimento: (48) 3288 4100 Informações: 0800 048 3500

#### RADIOGRAFIA DIGITAL DA MÃO ESQUERDA

Estrutura óssea normal. Relações articulares anatômicas. Partes moles sem alterações radiográficas. Ausência de sinais de fraturas.







Paciente: MATHEUS SANTOS DE MELO

Data de Nascimento: 05/03/2010 Idade: 15anos Sexo: M

Data do Exame: 10/03/2025

Solicitante: Dr.(a) CLAYTON MIGUEL COSTA Protocolo: UGF3459628 Senha: 694334 unimedflorianopolis.com.br Central de Atendimento: (48) 3288 4100 Informações: 0800 048 3500

#### RADIOGRAFIA DIGITAL DO PUNHO ESQUERDO

Estrutura óssea normal. Relações articulares anatômicas. Partes moles sem alterações radiográficas. Ausência de sinais de fraturas.

> Dr. Roberto Guimarães Tiezzi CRM/SC 8280



## UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA

| Atendimento: | 345583 |
|--------------|--------|

| Contra   | tante:                                |                          |
|----------|---------------------------------------|--------------------------|
| Paciente | e/Usuário                             | Atendimento N°: 3455830  |
| Nome:    | NAIADY OLIVEIRA ROSA                  | Telefone: (48) 984957649 |
| CPF: 13  | 3049093951                            | RG:                      |
| Endereç  | o: Rua São Francisco do Sul , 80 Casa |                          |
| Respo    | nsável:                               |                          |
| Nome:    | VANDER                                | Telefone: 5548984957649  |
| CPF:     | 03047366942                           | RG:                      |
| Endered  | co: Rua São Francisco do Sul 80 Casa  |                          |

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 uteis, 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 adimissão do paciente

## UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA

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:

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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:   | Termo de Consentimento Livie e  | Escrarcerdo, disposio nesta                              |
|---|---|--|
| ( ) <b>DESEJA</b> ser acompanhada nos termos da Lei nº 8.0  | 80/1990.  | 8  |
| Nome da Acompanhante  | of a  |  |
| CPF n°  |   | " " " " " " " " " " " " " " " " " " "                    |
| ( ) <b>RENUNCIA</b> ser acompanhada nos termos da Lei nº  | 8.080/1990.   |  |
| Cláusula Oitava: As Partes elegem o foro de domicílio dúvidas, conflitos ou questões oriundas do presente Co seja ou venha a se tornar. | do CONTRATANTE, para que nele<br>ntrato, renunciando a qualquer outre | sejam dirimidas quaisquer<br>o por mais privilegiado que |
| São José/SC,//  |   |  |
| the.  | <br>  |  |
| CONTRATANTE/RESPONSÁVEL   | CONTRATADA  |  |
|   | ₩   |  |
| Testemunhas   |   |  |
| 1   | 2   |  |
| Nome:<br>CPF n°   | Nome:   | . 2  |

CPF n°

WATE70106 Atend.: 3455830 47 - Valor Total (RS) 31 - Código CNES 12 - Atendimento a RN 65 - Total Geral (R\$) 28 - Otde.Aut. 54 - UF 55 - Código CBO 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator Red / Acresc. 46 - Valor Unitário (RS) 27 - Otde.Solic. 20 - Assinatura do Profissional Solicitante 10-53 - Número no Conselho 2 - N° Guia no Prestador 5811646 64 - Total Gases Medicinais R\$ GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT 11 - Cartão Nacional de Saúde 68 - Assinatura do Contratado 06/03/2025 63 - Total Medicamentos (R\$) 42 - Otde. 18 - UF 19 - Código CBO SC 225125 52 - Conselho Profissional aryane.heinrich 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 24854 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento 62 - Total de OPME (R\$) 16 - Conselho Profissional 17 - Número no Conselho 6 526 14 - Nome do Contratado UNIMED GRANDE FLORIANOPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO 10 - Nome NAIADY OLIVEIRA ROSA 41 - Descrição 67 - Assinatura do Bene 6 - Data Validade da Senha CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 34 - Tipo de Consulta 06/03/2025 Página 1 61 - Total Materiais (R\$) 40 - Código do Procedimento 51 - Nome do Profissional 9 - Validade da Carteira 31/05/2025 23 - Indicação Clínica - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 30 - Nome do Contratado 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 21 - Carâter do Atendimento | 22 - Data da Solicitação | 06/03/2025 ntificação do(s) Profissional(is) Executante(s)
- Seq.Ref. 60-Código na Operadora/CPF 39 - Tabela 24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados 36 - Data 38 - Hora final 3 - N° Guia Principal 10101039 Requisitante Nao Cadastrado/nao Cooperado Impresso em: 06/03/2025 10:32:52 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 15 - Nome do Profissional Solicitante 5 - Senha 24854 los do Contratado Executante - Código na Operadora Instituto Adventista 13 - Código na Operadora 59 - Total Procedimentos (R\$) - Data da Autorização Dados do Beneficiário 8 - Número da Carteira 7205121 Observação / Justificativa Dados do atendimento 32 - Tipo de Atendimento Dados do Solicitante - Registro ANS 77858611001414 06/03/2025 22

## **AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO**

Aluno: Naiady Oliveira Rosa № da Carteirinha: 7.205.121

Instituição: Colégio Adventista Palhoça

Data de Nascimento: 13/01/2008

Nº da Guia: 24854



física

| Data da Ocorrência |          | Local  | Atividade        |
|--------------------|----------|--------|------------------|
| 06/03/2025         | 09:15:00 | Quadra | Aula de educação |

O que aconteceu Partes do corpo

Torção Mão Direita, 1º Dedo Mão Direita

Descrição

Durante a aula de vôlei a aluna acabou recebendo a bola e pegou de mau jeito e machucou o dedo.

| Testemunha da ocorrência                       |                     |          |           | Telefone        |
|--|---------------------|----------|-----------|-----------------|
| Geovana Martins                                |                     |          |           | (48) 99935-1000 |
| Geovana Martins                                |                     |          |           | (48) 99935-1000 |
| Quem prestou primeiros socor                   | ros                 |          |           | Data            |
| Monitoria                                      |                     |          |           | 06/03/2025      |
| Local de atendimento                           | Endereço            | Мō       | Bairro    | Telefone        |
| HUGF - HOSPITAL UNIMED GRANDE<br>FLORIANÓPOLIS | Rua Manoel Loureiro | 191<br>0 | Barreiros | (48) 3288-4100  |

Observações

Foi aplicado gelo no local e comunicado aos pais.

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



## Evolução Paciente

| Paciente     | NAIADY OLIVEIRA ROSA | Atendimento | 3.455.830                      |
|--------------|----------------------|-------------|--------------------------------|
| Data Nascto. | 13/01/2008 17 Anos   | Prontuário  | 99.868.344                     |
| Sexo         | Feminino             | Dt. Entrada | 06/03/2025 10:30:27            |
| Telefone     | 984957649            | Convênio    | Instituto Adventista Instituto |
| Leito        | 1                    |             |                                |

Data evoluçãoLiberaçãoFunçãoTipo evoluçãoEspecialidadeUsuárioCódigo prof06/03/2025 10:5706/03 11:06MédicoEvolução Médica PAALVAROCRM 4512

GUIMARAES DE LIMA

#### Evolução Médica PA Adulto - ORTOPEDIA

**Queixa Principal :** Dor na mão D Relata trauma em jogo de volei na escola **Exame físico :** Edema região tenar

limitação de movimentos

**Conduta:** Rx sem laudo - sem imagem de fratura recente aparente

Tala metalica oriento

Encaminhamento ao Ambulatório UGF?: não Acionado sobreaviso da Ortopedia?: não Solicitado exames de imagem?: sim

Se sim, quais?: Radiologia

Impresso em: 11/03/2025 11:24:16 Página 1 taina.estevao CATE23

Documento assinado digitalmente conforme a ICP-Brasil, MP 2.200-2/2001 no sistema certificado SBIS-SRES-068 por ALVARO GUIMARAES DE LIMA, às 11:07-03:00 de 06/03/2025 - Válida



Paciente: NAIADY OLIVEIRA ROSA

Data de Nascimento: 13/01/2008 Idade: 17anos 1M Sexo: F

Data do Exame: 06/03/2025

Solicitante: Dr.(a) ALVARO GUIMARAES DE LIMA

Protocolo: UGF3455830 Senha: 982242

## RADIOGRAFIA DIGITAL DA MÃO DIREITA

Estrutura óssea normal. Relações articulares anatômicas. Partes moles sem alterações radiográficas. Ausência de sinais de fraturas.





unimedflorianopolis.com.br

Central de Atendimento: (48) 3288 4100

**Informações:** 0800 048 3500



#### Manoel Loureiro, S/N - São José - SC CNPJ:77858611001414 - Inscrição estadual: - Fone: (CNES 9671145)



Usuário/Matrícula:

Conta paciente

(77858611001414) **Nota:** 

**Emissao:** 

N° atend:

N° IC: 21.283.921

3.455.830

NAIADY OLIVEIRA ROSA

Instituto Adventista

ista 7205121

Instituto Adventista

Paciente:

Categoria:

Prontuário: 99868344 Data entrada:

06/03/2025 10:30:27 Data saída:

a: 06/03/2025 11:21:21

Motivo Alta: Tipo atend:

Alta melhora

Médico: Dr. ALVARO GUIMARAES DE LIMA (CRM 4512)

Convênio:

Espec/Clinica: 1 Clinica Adulto

3 - Pronto socorro

Proc Princ: 00000000 0

13/01/2008

Tipo acomodação Enfermaria

Sexo: F

CID Princ: S60.0 Contusao de dedos s/lesao da unha

Guia: **24854** Senha: 24854

Dt Conta: 06/03/25 10:32 Dt inicial: 06/03/25 10:30 Dt final: 06/03/25 11:21 Refer: 01/05/25

| Seq | Classificação      | Setor              | Acomodação           | Unidade | Dt. Entrada         | Dt. Saída           |
|-----|--------------------|--------------------|----------------------|---------|---------------------|---------------------|
| 1   | Pronto socorro     | PRONTO ATENDIMENTO | Setor sem acomodação | 1/      | 06/03/2025 10:30:27 | 06/03/2025 11:21:21 |
| 2   | Pronto socorro     | ORTOPEDIA          | Setor sem acomodação | 1/      | 06/03/2025 10:48:38 | 06/03/2025 11:21:21 |
| 3   | Serviços Especiais | RAIO X             | Setor sem acomodação | 1/      | 06/03/2025 10:57:00 | 06/03/2025 10:57:00 |

#### Honorários Não Conveniados

| Seq                                 | Dt Conta       | Setor                 | Código   | Descrição   | Qtde | Crm  | Médico        | Função  | Valor  |
|-------------------------------------|----------------|-----------------------|----------|---|------|------|---------------|---------|--------|
| 1                                   | 06/03/25 10:30 | PRONTO<br>ATENDIMENTO | 10101039 | Em Pronto Socorro                                 | 1,00 | 4512 | ALVARO        | Clínico | 73,52  |
| 2                                   | 06/03/25 11:02 | RAIO X                | 40803120 | Mão Ou Quirodáctilo                               | 1,00 | 6561 | NELSON CABRAL | Clínico | 42,18  |
| 3                                   | 06/03/25 11:05 | ORTOPEDIA             | 30711010 | Imobilizações Não-Gessadas<br>(Qualquer Segmento) | 1,00 | 4512 | ALVARO        | Clínico | 11,70  |
| Total de Honorários Não Conveniados |                |                       |          |   | 3,00 |      |               |         | 127,40 |

| Materia | ais      |                                     |       |        |          |          |
|---------|----------|-------------------------------------|-------|--------|----------|----------|
| Seq     | Código   | Descrição                           | Unid. | Qtde   | VI Unit. | VI Total |
|         |          | ORTOPEDIA                           |       |        |          |          |
| 1       | 78365678 | ATADURA CREPON 06 CM X 1,8 M        | rl    | 1,0000 | 1,2300   | 1,23     |
| 2       | 78202850 | TALA METALICA IMOBILIZACAO 16X250MM | und   | 1,0000 | 4,5200   | 4,52     |
|         |          | Total - ORTOPEDIA -                 |       | 2,0000 |          | 5,75     |
|         |          | 5,75                                |       |        |          |          |

Total geral R\$ 133,15



## UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA

Atendimento: 3457065

|     |      |     | _4    |
|-----|------|-----|-------|
| Cor | ırra | Tar | י סזר |
|     |      |     |       |

CONTRATADA.

| Paciente/Usuário                                  | Atendimento N°: 3457065  |
|---|--------------------------|
| Nome: NICOLAS MONTEIRO ANACLETO                   | Telefone: (48) 991198282 |
| CPF: 10189756918                                  | RG:                      |
| Endereço: Rua Luiz Aléssio Lenhani, 43 apto 07 bl |                          |
| Responsável:                                      |                          |
| Nome: ANNE  | Telefone: 48991198282    |

 Nome:
 ANNE
 Telefone:
 48991198282

 CPF:
 05011716902
 RG:
 4702366

Endereço: Rua Luiz Aléssio Lenhani , 43 APT 7 bloco 4

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

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 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 adimissão do paciente

# UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA

Atendimento: 345706

(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 beneficios, 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.

Unimed #

# UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



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:

- 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.
- 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.
- 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.
- Ainda em caso de atendimento eletivo com sedação/rebaixamento de consciência, a dispensa do acompanhante (4)poderá ser feita por escrito com 24h de antecedência, sendo o documento também arquivado no prontuário médico.
- 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.
- 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.
- 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: DESETA con con

| DESEMA sei acompannada nos termos da Lei nº 8  | 3.080/1990.    |            |
|--|----------------|------------|
| Nome da Acompanhante   |                |            |
| CPF n°   |                |            |
| ( ) <b>RENUNCIA</b> ser acompanhada nos termos da Lei  | nº 8.080/1990. |            |
| Cláusula Oitava: As Partes elegem o foro de domicíli dúvidas, conflitos ou questões oriundas do presente (seja ou venha a se tornar. | io do CONTRA   | T A NITTE  |
| São José/SC,/  |                |            |
|  |                |            |
| CONTRATANTE/RESPONSÁVEL  |                | CONTRATADA |
| Testemunhas  |                |            |
| 1<br>Nome:<br>CPF n°   | 2Nome:         | §          |

| WATE70106  |  | olga.silveira                                |  | Página 1  | 9:58:36  | Impresso em: 07/03/2025 09:58:36   |
|--|--|--|--|---|--|--|
|  |  |  |  |   |  |  |
|  | 68 - Assinatura do Contratado<br>07/03/2025                          | 68 - Assinat<br>07/03/202                    | ou responsável                                       | 67 - Assinatura do Beneficiário du responsável<br>07/03/2025                            | vização  | 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização  |
| 65 - Total Geral (R\$)   | ses Medicinais R\$   | 63 - Total Medicamentos (R\$)                | 62 - Total de OPME (R\$)                             | 61 - Total Materiais (R\$)  | 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)  | 59 - Total Procedimentos (R\$)   |
|  | 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1                                |  | 174  | ē.  |  | 58 - Observação / Justificativa  |
|  | 10//   | 8://   | 1 1 - 1  | 6-  | 4  | 2//  |
|  | 9  |  |  | ponsável 5  | 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | 56 - Data de Realização de Procedimento  |
|  |  |  |  |   |  |  |
| 55 - Código CBO  | 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - C                               | 52 - Conselho Profissional                   |  | 51 - Nome do Profissional   |  | 48 - Seq.Ref. 49 - Gr.Part.  |
|  |  |  |  |   |  | 5  |
|  |  |  |  |   |  | 4  |
|  |  |  |  |   |  | ω 1  |
|  |  |  |  |   |  | 2  |
| irio (R\$) 47 - Valor Total (R\$)  | 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator Red /Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$) | 42 - Qide, 43 - Vi                           |  | 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição  | 39 - Tabela  | Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados<br>36 - Data 37 - Hora inicial a 38 - Hora final |
|  |  | ento   | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento           | 34 - Tipo de Consulta   | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)                                      | Dados do atendimento  32 - Tipo de Atendimento  33 - Inc   |
| 31 - Código CNES   |  |  |  |   | 30 - Nome do Contratado  | 29 - Código na Operadora   |
|  |  |  |  |   |  | 5  |
|  |  |  |  |   |  | 4 0  |
|  |  |  |  |   |  | 2  |
| 28 - Qide.Aut.<br>0  | 27 - Qide,Solic. 2<br>1  |  |  | 26 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO   | 26 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 26 - Descrição 10101039 CONSULTA E              | 24 - Tabela 25 - Código do Proced 1 22   |
|  |  |  |  | o Clínica   | ou Itens Assistenciais Solicitados<br>22 - Data da Solicitação<br>07/03/2025                     | Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados  21 - Caráter do Atendimento 2 |
| 200  | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante                          | 18 - UF 19 - Código CBO 20 - As<br>SC 225125 | 17 - Número no Conselho<br>2526                      | 16 - Conselho Profissional 17 - N   | nte<br>looperado   | 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>Requisitante Nao Cadastrado/nao Cooperado                     |
|  |  |  | LHO MEDICO   | 14 - Nome do Contratado<br>UNIMED GRANDE FLORIANOPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO | UNIMED GRANDE FLORI  | 13 - Código na Operadora<br>77858611001414   |
| THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PARTY OF |  |  |  |   |  | Dados do Solicitante   |
| 12 - Atendimento a RN<br>N   | 11 - Cartão Nacional de Saúde  | 11 - Cart                                    | RO ANACLETO  | 9 - Validade da Carteira   10 - Nome 31/08/2026   NICOLAS MONTEIRO ANACLETO             | 9 - Validade<br>31/08/2026   | B - Número da Carteira 7205771   |
|  |  | peradora                                     | 7 - Número da Guia Atribuido pela Operadora<br>24891 | 6 - Data Validade da Senha<br>7 - Nún<br>24891  | ä  | 4 - Data da Autorização 5 - Senha 07/03/2025 24891   |
|  |  |  |  |   | 3 - N° Guia Principal  | 1 - Registro ANS 3 - N° G  |
| v.3.0<br>Atend.: 3457065   | E TERAPIA - SP/SADT<br>2 - N° Guia no Prestador 5813783              | DIAGNÓSTICO                                  | SERVIÇO AUXILIAF                                     | GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE                                      | GUIA DE SER  | Instituto Adventista   |

# **AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO**

Aluno: Nicolas Monteiro Anacleto Nº da Carteirinha: 7.205.771

Instituição: Colégio Adventista Palhoça

Data de Nascimento: 16/09/2011

Nº da Guia: 24891



Data da Ocorrência

Horário

Local

Atividade

07/03/2025

08:41:00

Ginásio

Aula de educação física

O que aconteceu

Partes do corpo

Torção

3º Dedo Mão Esquerda

Descrição

Na aula de ed. fisíca o aluno acabou pegando a bola de mau jeito e acabou machucando o dedo.

Testemunha da ocorrência

Telefone

Geovana Martins

(48) 99935-1000

Geovana Martins

(48) 99935-1000

Local de atendimento

Endereço

Nº Bairro

Telefone

HUGF - HOSPITAL UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS

Rua Manoel Loureiro

191

Barreiros

(48) 3288-4100

Observações

Foi aplicado gelo no local e comunicado aos responsáveis.

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



# Evolução Paciente

| Paciente     | NICOLAS MONTEIRO ANACLETO | Atendimento | 3.457.065           |
|--------------|---------------------------|-------------|---------------------|
| Data Nascto. | 16/09/2011 13 Anos        | Prontuário  | 99.868.441          |
| Sexo         | Masculino                 | Dt. Entrada | 07/03/2025 09:57:12 |

Telefone 991198282

Leito 1

Data evolução Liberação Função Tipo evolução Especialidade Usuário Código prof 07/03/2025 12:03 07/03 12:03 Médico Evolução Médica PA EDUARDO CRM 34767 HUBBE

**BUSS** 

Instituto Adventista Instituto

Convênio

### Evolução Médica PA Adulto - ORTOPEDIA

Queixa Principal: trauma contuso em 3º e 4º dedo

mobilidade preservada

edema leve em IFP, dor controlada

Conduta: imobilização

oriento cuidados

retorno se persistirem os sintomas

Encaminhamento ao Ambulatório UGF?: não

Impresso em: 11/03/2025 12:17:31 Página 1 taina.estevao CATE23

Documento assinado digitalmente conforme a ICP-Brasil, MP 2.200-2/2001 no sistema certificado SBIS-SRES-068 por EDUARDO HUBBE BUSS, às 12:37-03:00 de 07/03/2025 - Válida



Paciente: NICOLAS MONTEIRO ANACLETO

Data de Nascimento: 16/09/2011 Idade: 13anos 5M Sexo: M

Data do Exame: 07/03/2025

Solicitante: Dr.(a) EDUARDO HUBBE BUSS Protocolo: UGF3457065 Senha: 77277

unimedflorianopolis.com.br Central de Atendimento: (48) 3288 4100 Informações: 0800 048 3500

### RADIOGRAFIA DIGITAL DA MÃO ESQUERDA

Alinhamento articular mantido. Estrutura óssea normal. Interlinhas articulares preservadas. Partes moles sem alterações radiográficas.







Paciente: NICOLAS MONTEIRO ANACLETO

Data de Nascimento: 16/09/2011 Idade: 13anos 5M Sexo: M

Data do Exame: 07/03/2025

Solicitante: Dr.(a) EDUARDO HUBBE BUSS Protocolo: UGF3457065 Senha: 77277

unimedflorianopolis.com.br Central de Atendimento: (48) 3288 4100 Informações: 0800 048 3500

### RADIOGRAFIA DIGITAL DA MÃO ESQUERDA

Alinhamento articular mantido. Estrutura óssea normal. Interlinhas articulares preservadas. Partes moles sem alterações radiográficas.







#### Manoel Loureiro, S/N - São José - SC CNPJ:77858611001414 - Inscrição estadual: - Fone: (CNES 9671145)



Usuário/Matrícula:

Conta paciente

(77858611001414) **Nota:** 

N° atend:

3.457.065

Emissao:

Nº -t---l

N° IC: 21.285.101

NICOLAS MONTEIRO ANACLETO

Instituto Adventista

Categoria:

Data

Guia: 24891

Paciente:

Instituto Adventista

Proc Princ: 30726174

Prontuário: 99868441 Data entrada:

trada: 07/03/2025 09:57:12

Data saída: 07/03/2025 12:04:00

7205771

Motivo Alta: Alta melhora

Tipo atend: 3 - Pronto socorro Espec/Clinica: 1 Clinica Adulto

Médico: Dr. EDUARDO HUBBE BUSS (CRM 34767)

Lesões Ligamentares Agudas - Tratamento Incruento

Convênio:

Tipo acomodação Enfermaria

Enfermaria

Sexo: M

Dt final:

CID Princ: S60.0 Contusao de dedos s/lesao da unha

Dt inicial:

Dt Conta: 07/03/25 09:58

16/09/2011

Senha: 24891 07/03/25 09:57

07/03/25 12:04

Refer: 01/05/25

Movimentação do Paciente

| Seq Classificação Setor |                    | Setor              | Acomodação           | Unidade | Dt. Entrada         | Dt. Saída           |  |
|-------------------------|--------------------|--------------------|----------------------|---------|---------------------|---------------------|--|
| 1                       | Pronto socorro     | PRONTO ATENDIMENTO | Setor sem acomodação | 1/      | 07/03/2025 09:57:12 | 07/03/2025 12:04:00 |  |
| 2                       | Pronto socorro     | ORTOPEDIA          | Setor sem acomodação | 1/      | 07/03/2025 10:22:36 | 07/03/2025 12:04:00 |  |
| 3                       | Serviços Especiais | RAIO X             | Setor sem acomodação | 1/      | 07/03/2025 11:12:00 | 07/03/2025 11:12:00 |  |

| Hono | Honorários Não Conveniados |                       |            |  |          |                   |         |        |  |  |
|------|----------------------------|-----------------------|------------|--|----------|-------------------|---------|--------|--|--|
| Seq  | Dt Conta                   | Setor                 | Código     | Descrição  | Qtde Cr  | rm Médico         | Função  | Valor  |  |  |
| 1    | 07/03/25 09:57             | PRONTO<br>ATENDIMENTO | 10101039   | Em Pronto Socorro                                    | 1,00 347 | 767 EDUARDO HUBBE | Clínico | 73,52  |  |  |
| 2    | 07/03/25 11:14             | ORTOPEDIA             | 30711010   | Imobilizações Não-Gessadas (Qualquer Segmento)       | 1,00 347 | 767 EDUARDO HUBBE | Clínico | 11,70  |  |  |
| 3    | 07/03/25 11:14             | ORTOPEDIA             | 30726174   | Lesões Ligamentares Agudas -<br>Tratamento Incruento | 1,00 347 | 767 EDUARDO HUBBE | Clínico | 74,63  |  |  |
| 4    | 07/03/25 11:44             | RAIO X                | 40803120   | Mão Ou Quirodáctilo                                  | 2,00 158 | 871 LUIZ CARLOS   | Clínico | 84,36  |  |  |
|      | To                         | otal de Honorár       | ios Não Co | nveniados  | 5,00     |                   |         | 244,21 |  |  |

| Materi | ais      |                                     |       |        |          |          |
|--------|----------|-------------------------------------|-------|--------|----------|----------|
| Seq    | Código   | Descrição                           | Unid. | Qtde   | VI Unit. | VI Total |
|        |          | PRONTO ATENDIMENTO                  |       |        |          |          |
| 1      | 78202850 | TALA METALICA IMOBILIZACAO 16X250MM | und   | 1,0000 | 4,5200   | 4,52     |
|        |          | Total - PRONTO ATENDIMENTO -        |       | 1,0000 |          | 4,52     |
|        |          | Total de Materiais                  |       | 1,0000 |          | 4,52     |
|        |          | Total de Materiais                  |       | 1,0000 |          | 4,5      |

Total geral R\$ 248,73

## UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA

| ^  |    | and the | CHARLES | Herene . |
|----|----|---------|---------|----------|
| Ca | DI | 27      | วทา     | ο.       |

| Paciente/Usuário                            | Atendimento N°: 3469989  | , B |
|---|--------------------------|-----|
| Nome: ALANA BOTELHO ROCHA MENDES DE FREITAS | Telefone: (48) 984946200 | 2   |
| CPF: 13827453976                            | RG:                      |     |
| Endereço: AV PAULO ROBERTO VIDAL, 2494      |                          |     |
| Responsável:                                |                          |     |
| Nome: DICIANE                               | Tolofono: 55/808/0/6200  |     |

Endereço: AV PAULO ROBERTO VIDAL, 2494 BLOCO C

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

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 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 adimissão do paciente

Unimed ft

# UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA

(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

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.

Nome:

CPF nº

## UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



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:

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Afirma, ainda, que recebeu cópia do presente Contrato e deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que não foi coagida (forcada) sob nenhuma forma para assinar o referido documento

| Após os esclarecimentos prestados através do presente <i>Te</i> cláusula, vem declarar que:  |   |
|--|---|
| ( ) DESEJA ser acompanhada nos termos da Lei nº 8.080/1  | 990.  |
| Nome da Acompanhante   |   |
| CPF n°   |   |
| ( ) <b>RENUNCIA</b> ser acompanhada nos termos da Lei nº 8.0   | 80/1990.  |
| Cláusula Oitava: As Partes elegem o foro de domicílio do O<br>dúvidas, conflitos ou questões oriundas do presente Contra<br>seja ou venha a se tornar. | CONTRATANTE, para que nele sejam dirimidas quaisquer to, renunciando a qualquer outro por mais privilegiado que |
| São José/SC,//   |   |
| Diciane BR   |   |
| CONTRATANTE/RESPONSÁVEL  | CONTRATADA  |
|  |   |
| Testemunhas  |   |
| 1  | 2-  |

Nome:

CPF n°



| WATE70106  | 8  | olga.silveira  | 0  | Página 1   | 6:18   | Impresso em: 19/03/2025 18:16:18   | Impresso en  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| T fi   | 68 - Assinatura do Contratado<br>19/03/2025  | 19/03/2025   | 19/03/2025 De Ciamponsave De 19/03/2025  | 67 - Assinatura do Ber<br>19/03/2025   | ão   | 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização  | 66 - Assinatura do   |
| 65 - Total Geral (R\$)   | 64 - Total Gases Medicinais R\$  | 63 - Total Medicamentos (R\$)  | 62 - Total de OPME (R\$)   | 61 - Total Materiais (R\$)   | 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)                                | ŀ  | 59 - Total Procedimentos (R\$)   |
|  | 9/   | 8. // /  | 5//  |  | Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 3 - / / / / | 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série<br>1 /   | 56 - Data de Realização de Pro   |
| 55 - Cédigo CBO  | 53 - Número no Conselho 64 - UF  | 52 - Conselho Profissional   |  | 51 - Nome do Profissional  |  | 49 - Seq.Ref. 49 - Gr.Part. 50 - Código na Operadora/CPF   | 48 - Seq.Ref.  |
|  |  |  |  |  | 2  | s Profissionallis i Evertrantel G  | 3 3  |
| 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)   | 43-Via 44-Tec. 45-Fator Red./Acresc. 46-Valo   | 42 - Qite. 43 - 1  | lo   | 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição   | 39 - Tabela  | Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados<br>36 - Data 37 - Hora inicial a 38 - Hora final<br>1  | Dados da Execuçã<br>36 - Data<br>1   |
|  |  | THE PERSON NAMED OF PERSONS ASSESSED.  | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento   | 34 - Tipo de Consulta  | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)      |  | Dados do atendimento<br>32 - Tipo de Atendimento   |
| 31 - Código CNES   |  |  |  |  | 30 - Nome do Contratado  | ado Executante<br>peradora   | 5 Dados do Contralado Executanta 29 - Código na Operadora  |
| c  | -  | 5  |  | CONSULTA EM PRONTO SOCORRO   | 10101039 CONSULTA E  | 1010   | 3 2 2 22   |
| 28 - Qide Aui.   | 27 - Olde-Solic.   |  |  | Clinica  | 180  | 80 00  | Dados da Solicitação i Procedimento 21 - Caráter do Atendimento 2 24 - Tabela 25 - Código do Pr  |
|  | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante  | 18 - UF   19 - Código CBO   20 - A<br>SC   225125  | 17 - Número no Conselho<br>2526  | 16 - Conselho Profissional<br>6  | rado   | 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>Requisitante Nao Cadastrado/nao Cooperado   | 15 - Nome do P<br>Requisitante Na  |
|  |  |  |  | 14 - Nome do Contratado<br>UNIMED GRANDE FLORIANOPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO  | 14 - Nome do Contratado<br>UNIMED GRANDE FLORIA                  | Operadora .  | 13 - Código na Operadora<br>77858611001414   |
| 12 - Atendimento a RN<br>N   | 11 - Cartão Nacional de Saúde  | 11 - Car   | 10 - Nome<br>ALANA BOTELHO ROCHA MENDES DE FREITAS   |  | 9 - Validade da Carteira<br>30/06/2025                           | Carteira   | 8 - Número da Carteira<br>72052008   |
|  |  | dora   | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>25368   | 6 - Data Validade da Senha   |  | orização 5 - Senha<br>25368  | 4 - Data da Autorização<br>19/03/2025  |
|  | 2 - N° Guia no Prestador 5836133   | 2-N°(  |  |  | rincipal   | S 3 - N° Guia Principal  | 1 - Registro ANS   |
| Atend.: 3469989  | RAPIA - SP/SADT  | E DIAGNÓSTICO E TER  | GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT   | /IÇO PROFISSION/   | GUIA DE SERV   | ventista   | Instituto Adventista   |
| And the second s | Topics (1985)  | The second secon | salt oppositions   | A Land Company of the | State Study of the   | The state of the s | The state of the s |
|  | The part of the same of the sa | The second secon | The second secon |  |  |  |  |



# **AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO**

Aluno: Alana Botelho Rocha Mendes de Freitas

Nº da Carteirinha: 7.205.2008

Instituição: Colégio Adventista Palhoça

Data de Nascimento: 31/12/2017

Nº da Guia: 25368



Data da Ocorrência

Horário

19/03/2025

15:23:00

Local Pátio

Atividade

Intervalo (Ex.: recrejo)

O que aconteceu

Partes do corpo

Queda de mesmo nível

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

Telefone

Geovana Martins

(48) 99935-1000

Monitor

(48) 99935-1000

Quem prestou primeiros socorros

Data

Geovana Martins

19/03/2025

Local de atendimento

Endereco

Mo

Bairro

Telefone

PA INFANTIL UNIMED

UNID.CENTRO - MENORES DE 15

ANOS EXCLUSIVO

Rua Madalena Barbi

204 Centro

(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 The state of the s

à de la companya de l



# Evolução Paciente

| Ī | Paciente     | ALANA BOTELHO ROCHA MENDES DE FREITAS | Atendimento | 3.469.989                      |
|---|--------------|---------------------------------------|-------------|--------------------------------|
|   | Data Nascto. | 31/12/2017 7 Anos                     | Prontuário  | 99.869.380                     |
|   | Sexo         | Feminino                              | Dt. Entrada | 19/03/2025 18:13:41            |
|   | Telefone     | 984946200                             | 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 CRM 17278 TEIXEIRA

TEIXEIR DE SA

### Evolução Médica PA Adulto - ORTOPEDIA

Queixa Principal: queda com fratura de radio distal esquerdo

redução incruenta/tto conservador

tala ap

Leito

seguimento ambulatorial

Encaminhamento ao Ambulatório UGF?: não

Impresso em: 28/03/2025 11:18:51 Página 1 priscilacarla.s CATE23

Documento assinado digitalmente conforme a ICP-Brasil, MP 2.200-2/2001 no sistema certificado SBIS-SRES-068 por JULIANO TEIXEIRA DE SA, às 13:21-03:00 de 20/03/2025 - Válida



#### Manoel Loureiro, S/N - São José - SC CNPJ:77858611001414 - Inscrição estadual: - Fone: (CNES 9671145)

Convênio:



Usuário/Matrícula:

## **Conta paciente**

(77858611001414) **Nota:** 

### **Emissao:**

N° atend: N° IC: 3.469.989 21.297.724

Paciente:
ALANA BOTELHO ROCHA MENDES DE

FREITAS

Instituto Adventista

72052008

Categoria:
Instituto Adventista

Data entrada:

Data saída: 19/03/2025 19:42:58

Motivo Alta: Alta melhora

Médico: Dr. JULIANO TEIXEIRA DE SA (CRM 17278)

Tipo atend: 3 - Pronto socorro Espec/Clinica: 1 Clinica Adulto

Proc Princ: 00000000 0

31/12/2017

Prontuário: 99869380

Tipo acomodação Apartamento

Sexo: F

CID Princ: \$52.5 Frat da extremidade distal do radio Guia: **Não informada,25368** Senha:

Dt Conta: 19/03/25 18:15 Dt inicial: 19/03/25 18:13 Dt final: 19/03/25 19:42 Refer: 31/03/25

19/03/2025 18:13:41

#### Movimentação do Paciente

| Seq | Classificação    | Setor              | Acomodação           | Unidade | Dt. Entrada         | Dt. Saída           |
|-----|------------------|--------------------|----------------------|---------|---------------------|---------------------|
|     | 1 Pronto socorro | PRONTO ATENDIMENTO | Setor sem acomodação | 1/      | 19/03/2025 18:13:41 | 19/03/2025 19:42:58 |
| 2   | 2 Pronto socorro | ORTOPEDIA          | Setor sem acomodação | 1/      | 19/03/2025 18:26:34 | 19/03/2025 19:42:58 |

#### Honorários Não Conveniados

| Seq | Dt Conta       | Setor                 | Código     | Descrição         | Qtde | Crm   | Médico           | Função  | Valor  |
|-----|----------------|-----------------------|------------|-------------------|------|-------|------------------|---------|--------|
| 1   | 19/03/25 18:13 | PRONTO<br>ATENDIMENTO | 10101039   | Em Pronto Socorro | 1,00 | 17278 | JULIANO TEIXEIRA | Clínico | 95,58  |
| 2   | 19/03/25 18:39 | ORTOPEDIA             | 30711037   | Membro Superior   | 1,00 | 17278 | JULIANO TEIXEIRA | Clínico | 15,21  |
|     | To             | tal de Honorár        | ios Não Co | nveniados         | 2,00 |       |                  |         | 110,79 |

| Materia | iis      |   |       |          |          |          |
|---------|----------|---|-------|----------|----------|----------|
| Seq     | Código   | Descrição   | Unid. | Qtde     | VI Unit. | VI Total |
|         |          | ORTOPEDIA   |       |          |          |          |
| 1       | 78988624 | ATADURA CREPE 10CMX1,8MT (EM REPOUSO) 13FIO ESTERIL | rl    | 1,0000   | 7,6000   | 7,60     |
| 2       | 78988780 | ATADURA CREPON 15 CM X 1,8 M                        | rl    | 3,0000   | 11,2400  | 33,72    |
| 3       | 78340373 | ATADURA GESSADA 10 CM X 3,0 M                       | rl    | 3,0000   | 3,9000   | 11,70    |
| 4       | 70034702 | ATADURA ORTOPEDICA 15 CM X 1,8 M                    | rl    | 2,0000   | 12,5500  | 25,10    |
| 5       | 78202477 | MALHA TUBULAR ALGODA                                | cm    | 200,0000 | 0,0300   | 6,00     |
|         |          | Total - ORTOPEDIA -                                 |       | 209,0000 |          | 84,12    |
|         |          | Total de Materiais                                  |       | 209,0000 |          | 84,12    |

Total geral R\$ 194,91



Paciente:

Categoria:

Guia: 25233

#### Manoel Loureiro, S/N - São José - SC CNPJ:77858611001414 - Inscrição estadual: - Fone: (CNES 9671145)



Usuário/Matrícula:

72051996

## Conta paciente

(77858611001414) Nota:

#### **Emissao:**

N° atend:

3.467.144

Nº IC: 21.294.894

ANA BEATRIZ AMORIM DA SILVA

Instituto Adventista

Instituto Adventista

Prontuário: 99869172 Data entrada: 17/03/2025 09:48:30

Data saída: 17/03/2025 11:02:49

Motivo Alta:

Alta melhora

Médico: Dr. CLAYTON MIGUEL COSTA (CRM 6547)

Convênio:

Tipo atend: 3 - Pronto socorro Espec/Clinica: 1 Clinica Adulto

Proc Princ: 00000000

Tipo acomodação Apartamento

Dt final:

Sexo: F

Data 06/03/2014

Dt Conta: 17/03/25 09:51

CID Princ: S80.0 Contusao do joelho

Dt inicial:

Senha: 25233

17/03/25 09:48

17/03/25 11:02

Refer: 01/05/25

Movimentação do Paciente

Seq Classificação Setor Acomodação Unidade Dt. Entrada Dt. Saída PRONTO ATENDIMENTO 1 Pronto socorro 17/03/2025 09:48:30 17/03/2025 11:02:49 Setor sem acomodação 1/ 2 Pronto socorro ORTOPEDIA Setor sem acomodação 1/ 17/03/2025 10:01:54 17/03/2025 11:02:49 3 Serviços Especiais RAIO X Setor sem acomodação 1/ 17/03/2025 10:36:00 17/03/2025 10:36:00

Honorários Não Conveniados

Seq Dt Conta Código Qtde Crm Valor Descrição Médico Função Setor 1 17/03/25 09:48 PRONTO CLAYTON MIGUEL Clínico 10101039 Em Pronto Socorro 73,52 1.00 6547 ATENDIMENTO 2 17/03/25 11:02 RAIO X 40804054 Joelho 1,00 15871 **LUIZ CARLOS** Clínico 43,84 117,36 2.00 Total de Honorários Não Conveniados

Total geral R\$

117,36

## UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA

| RI II II II II II II II II I | 1 1 1 2 2 3 1 1 2 | Ш  |
|------------------------------|-------------------|----|
| Atendimento:                 | 34671             | 44 |

| Con  | tratante: |  |
|------|-----------|--|
| CUII | uatante.  |  |

| Contratante:                           |                          |
|--|--------------------------|
| Paciente/Usuário                       | Atendimento Nº: 3467144  |
| Nome: ANA BEATRIZ AMORIM DA SILVA      | Telefone: (48) 998672592 |
| CPF: 53267414822                       | RG:                      |
| Endereço: Rua Jerônimo Knoth , 40 casa |                          |
| Responsável:                           |                          |
| Nome: ALINE                            | Telefone: 5548998672592  |
| CPF: 07699269918                       | RG:                      |
| Endereço: Rua Jerônimo Knoth , 40 casa |                          |

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

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 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 adimissão do paciente

## UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA

(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 9° da Lei nº 8.078/90, explicarão claramente a proposta do procedimento médico ou cirúrgico ao qual o paciente será submetido, inclusive seus beneficios, 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



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:

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.

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Afirma, ainda, que recebeu cópia do presente Contrato e deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e (7)que não foi coagida (forçada) sob nenhuma forma para assinar o referido documento.

| Após os esclarecimentos prestados através do precláusula, vem declarar que:   | resente Termo de Co                               | onsentimento Livre e Esclarec                              | eido, disposto nesta                        |
|---|---|--|---|
| ( ) DESEJA ser acompanhada nos termos da Lei  | i n° 8.080/1990.                                  |  |   |
| Nome da Acompanhante  |   |  |   |
| CPF n°  |   |  |   |
| ( ) RENUNCIA ser acompanhada nos termos da  | Lei nº 8.080/1990.                                |  |   |
| Cláusula Oitava: As Partes elegem o foro de don dúvidas, conflitos ou questões oriundas do prese seja ou venha a se tornar. | nicílio do <b>CONTRA</b><br>ente Contrato, renunc | FANTE, para que nele sejam o iando a qualquer outro por ma | lirimidas quaisquer<br>iis privilegiado que |
| São José/SC,/   |   |  |   |
| CONTRATANTE/RESPONSÁVEL   | _   | CONTRATADA   |   |
| Testemunhas   |   |  |   |
| 1<br>Nome:<br>CPF n°  | 2<br>Nome:<br>CPF n°                              |  |   |



| WATE70106  |   | olga.silveira                 |   | Página 1   | )9:51:30  | Impresso em: 17/03/2025 09:51:30  |
|--|---|-------------------------------|---|--|---|---|
|  |   |                               |   |  |   |   |
|  | 68 - Assinatura do Contratado<br>17/03/2025             | 68 - Assinat<br>17/03/200     | do Beneficiário du Responsável                        | 67 - Assinatura do Ben<br>17/03/2025                 | orização  | 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização   |
| 65 - Total Geral (R\$)                           | 64 - Total Gases Medicinais R\$                         | 63 - Total Medicamentos (R\$) | 62 - Total de OPME (R\$)                              | 61 - Total Materiais (R\$)                           | 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)                           | 59 - Total Procedimentos (R\$)  |
|  |   |                               |   |  |   | 58 - Observação / Justificativa   |
|  | 10/_  | 8                             | 6/  |  | *_/_/   | 2/  |
|  | 9/  | 7/                            | 5/  | Responsável  | s em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável   | 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série<br>1  |
|  |   |                               |   |  |   |   |
| 55 - Código CBO                                  | 53 - Número no Conselho 64 - UF                         | 52 - Conselho Profissional    |   | 51 - Nome do Profissional                            |   | Identificação do(s) Profissional(s) Executante(s) 48 - Seq.Ref. 49 - Gr.Part. 50 - Código na Operadora/CPF                              |
|  |   |                               |   |  |   | n> C  |
|  |   |                               |   |  |   | 2   |
| 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$) | 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator Red / Acresc. 46 - Val    | 42 - Qide. 43 - Vi            | 41 - Descrição  | 40 - Código do Procedimento 41 -                     | 39 - Tabela   | Dados da Execução / Procedimentos e Exemes Realizados 36 - Data 37 - Hora inicial a 38 - Hora final                                     |
|  |   | lo                            | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento            | onada) 34 - Tipo de Consulta                         | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) | Dados do atendimento  32 - Tipo de Atendimento  33 - Ind  |
| 31 - Código CNES                                 |   |                               |   |  | 30 - Nome do Contratado                                     | Dados do Contratado Executante<br>29 - Código na Operadora  |
|  |   |                               |   |  |   | 5   |
|  |   |                               |   | a.   |   | 3   |
| 0<br>0   | Zr - daue sourc.  |                               |   | 26 - Descrição<br>CONSULTA EM PRONTO SOCORRO         | 1   | 24 - Tabela 25 - Código do Procedi<br>1 22  |
|  |   |                               |   | 23 - Indicação Clínica                               |   | Dados da Solicitação / Procedimentos ou trans Assistenciais Solicitados  21 - Caráter do Atendimento 2 - Data da Solicitação 17/03/2025 |
|  | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante             | SC 225125 Z0 - AS             | 17 - Número no Conselho<br>2526                       | 16 - Conselho Profissional                           | nte<br>coperado   | 15 - Nome do Profissional Solicitante Requisitante Nao Cadastrado/nao Cooperado   |
|  |   |                               |   | Ž  | 14 - Nome do Contratado UNIMED GRANDE FLORI                 | 13 - Código na Operadora<br>77858611001414  |
|  |   |                               |   |  |   | Dados do Solicitante  |
| 12 - Atendimento a RN<br>N                       | 11 - Cartão Nacional de Saúde                           | 11 - Cart                     | 10 - Nome<br>ANA BEATRIZ AMORIM DA SILVA              | 9 - Validade da Carteira 10 - No<br>01/03/2026 ANA E | 9 - Valid<br>01/03/2  | Dados do Beneficiâno  8 - Número da Carteira  72051996  |
|  |   | radora                        | nha 7 - Número da Gula Atribuído pela Operadora 25233 | 6 - Data Validade da Senha                           | ٥   | 4 - Dala da Autorização 5 - Senha<br>17/03/2025 25233   |
|  |   | 28.7                          |   |  | 3 - N° Guia Principal                                       | 1 - Registro ANS 3 - N° Gr  |
| Atend.: 3467144                                  | E TERAPIA - SP/SADT<br>2 - N° Guia no Prestador 5831271 | DIAGNÓSTICO                   | GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE    | RVIÇO PROFISSI                                       | GUIA DE SE  | Instituto Adventista  |
| 0.E.A  |   |                               |   |  |   |   |



# **AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO**

Aluno: Ana Beatriz Amorim da Silva Nº da Carteirinha: 7.205.1996 Instituição: Colégio Adventista Palhoça

Data de Nascimento: 06/03/2014

Nº da Guia: 25233



| Data da Ocorrência | Horário | Local | Atividade |
|--------------------|---------|-------|-----------|
| Data da Ocomencia  | Holano  | Local | Atividade |

17/03/2025

08:24:00 Ginásio

Aula de educação física

O que aconteceu Partes do corpo

Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)

Joelho Esquerdo

Descrição

Durante a educação física a aluna se chocou com sua colega.

Testemunha da ocorrência Telefone

Thiago José Jair Martins (48) 98830-9594

Local de atendimento Endereco Nº Bairro Telefone

HUGF - HOSPITAL UNIMED GRANDE Dua Manada Laureira 191

FLORIANÓPOLIS

Rua Manoel Loureiro

Rua Manoel Loureiro

191

Barreiros (48) 3288-4100

Observações

Aluna foi atendida pelo professor e encaminhada a orientação que fez contato com os responsáveis.

Ass.:

Thiago José Jair 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: <a href="https://sistemas.usb.org.br/ama">https://sistemas.usb.org.br/ama</a> (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

### Lead of Paragraph (#44 Procedure Special)



Paciente: ANA BEATRIZ AMORIM DA SILVA

Data de Nascimento: 06/03/2014 Idade: 11anos Sexo: F

Data do Exame: 17/03/2025

Solicitante: Dr.(a) CLAYTON MIGUEL COSTA Protocolo: UGF3467144 Senha: 108971

unimedflorianopolis.com.br Central de Atendimento: (48) 3288 4100 Informações: 0800 048 3500

### RADIOGRAFIA DIGITAL DO JOELHO ESQUERDO

Patela em situação mais alta do que habitual. Interlinhas articulares preservadas. Partes moles sem alterações radiográficas.







# Evolução Paciente

| Paciente     | ANA BEATRIZ AMORIM DA SILVA | Atendimento | 3.467.144           |
|--------------|-----------------------------|-------------|---------------------|
| Data Nascto. | 06/03/2014 11 Anos          | Prontuário  | 99.869.172          |
| Sexo         | Feminino                    | Dt. Entrada | 17/03/2025 09:48:30 |

Telefone 998672592 Leito 1

Data evolução Liberação Função Tipo evolução Especialidade Usuário Código prof 17/03/2025 10:32 17/03 10:58 Médico Evolução Médica PA CLAYTON CRM 6547 MIGUEL

MIGUEL COSTA

Convênio Instituto Adventista Instituto

#### Evolução Médica PA Adulto - ORTOPEDIA

Queixa Principal: s-Trauma no joelho E na escola hoje

Nega alergias

Exame físico: o-Dorno joelho E

Sem derrame Semedema Sem flogose Rx sem fraturas a-Contusõa

Conduta: p-Dipirona se dor

gelo 6x por dia

Repouos do esporte por 1 semana

Encaminhamento ao Ambulatório UGF?: não Acionado sobreaviso da Ortopedia?: não Solicitado exames de imagem?: sim

Se sim, quais? : Radiologia

Impresso em: 28/03/2025 08:59:34 Página 1 priscilacarla.s CATE23

# UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA

Atendimento: 3476154

| Co  | -4.  | <br>- | mf  | ^. |
|-----|------|-------|-----|----|
| ·-O | 7111 | 1.1   | 111 | ျ. |

Atendimento Nº: 3476154 Paciente/Usuário Telefone: (48) 996226974 Nome: ANA LOUISE ALVES DOURADO CPF: 09060336321 Endereço: Rua Antônio Jacinto de Melo, 61 casa

Responsável: 5548996226974 Telefone: Nome: ELENILD

96753935215 CPF: Rua Antônio Jacinto de Melo , 61 APTO 1005 Endereço:

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 Útilização (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

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

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

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 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 adimissão do paciente

# UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA

(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

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

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 9° 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: |  |
|--------------|--|

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:

- 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 (1) obrigado a preservar o sigilo das informações de saúde de que tiver conhecimento em razão do acompanhamento.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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

| a | lutorizados a agir na proteção e deresa da subst  |                                    |                                   |
|---|---|------------------------------------|-----------------------------------|
| ( | equerido.  7) Afirma, ainda, que recebeu cópia do presente Contrato que não foi coagida (forçada) sob nenhuma forma para assinar o rapós os esclarecimentos prestados através do presente Termo | ereriaa aaciinichto.               |                                   |
| r | cláusula, vem declarar que:   | a<br>er                            |                                   |
| ( | DESEJA ser acompanhada nos termos da Lei nº 8.080/1990.   |                                    | (d)                               |
| 1 | Nome da Acompanhante  |                                    |                                   |
| ( | CPF n°  |                                    |                                   |
|   | ( ) <b>RENUNCIA</b> ser acompanhada nos termos da Lei nº 8.080/19   | 990.                               | × > 4                             |
|   | Cláusula Oitava: As Partes elegem o foro de domicílio do CON dúvidas, conflitos ou questões oriundas do presente Contrato, reseja ou venha a se tornar.   | TRATANTE, para que nele sejam diri | midas quaisque<br>privilegiado qu |
|   | × × ×   | *                                  |                                   |
| ١ | São José/SC,/   |                                    |                                   |
| ١ |   |                                    |                                   |
|   | Then do 1.5. Diversand  |                                    |                                   |
| 1 | CONTRATANTE/RESPONSÁVEL   | CONTRATADA                         |                                   |
|   | CONTRACTION   | 8                                  |                                   |
|   | Testemunhas   |                                    |                                   |
|   |   |                                    |                                   |

| 1-     |      | 2      |  |
|--------|------|--------|--|
| Nome:  | ×    | Nome:  |  |
| CPF n° | I en | CPF n° |  |
|        |      |        |  |

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Ana Louise Alves Dourado Nº da Carteirinha: 7.58.6545

Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Estreito



| Data de Nascimento                       | : 25/07/2017                    |  | Nº da Guia   | : 25034  |       |          |  |  |
|--|---------------------------------|--|--|--|-------|----------|--|--|
| Data da Ocorrência                       | Horário                         | Local  | per procedure compression of the second section of the section of the second section of the sect |  | A     | tividade |  |  |
| 25/03/2025                               | 18:18:00                        | Quadra   | The second secon |  | S     | aída     | and the second s |  |
| O que aconteceu                          | The second second second second | to program for human approximation described in the  | agency and the second s | Partes do co   | orpo  |          |  |  |
| Choque com terceiros                     | (Ex.: entre                     | dois aluno   | os)  | Cotovelo Esq   | uerdo |          |  | And the second s |
| Testemunha da oco                        | rrência                         | and the second s |  | -  |       |          |  | efone<br>3039-8100   |
| Monitor                                  | rrencia                         | ar and an artist of the second and a second a   |  | ne anno presidente anno esta e como describir  | A     |          | (48)   | 3039-8100  |
|  |                                 |  |  | and the second s | Nο    | Bairro   |  | Telefone   |
| Local de atendiment                      | to                              | Endereço   | )<br>  |  | +     |          |  | Company on a long season of the contract of  |
| Atendimento no própri<br>estabelecimento | io                              | and the survey of the survey o | and the second s |  |       |          |  |  |
| estabelectificates                       |                                 |  |  |  |       |          |  |  |
| Observações                              |                                 |  |  |  |       |          |  |  |

Ass.:

Jerry Abdoral Borges

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

| restituto Adventista  GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT  2 - N° Guia no Presidador 5846976  2 - N° Guia no |
|---|
| GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT 2 - N° Guia no Prestador 5846976 2 - N° Guia no Prestador 5846976 5 - Senha 5 - Senha 5 - Senha 6 - Data Validade da Senha 7 - Número da Guia Atribuido pela Operadora 25634  9 - Validade da Carteira 25634  10 - Nome 25634  11 - Nome do Contratado UNIMED GRANDE FLORIANOPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO UNIMED GRANDE FLORIANOPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO 14 - Nome do Contratado UNIMED GRANDE FLORIANOPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO 15 - Código CBO 17 - Número no Conselho 18 - UF 19 - Código CBO 20 - Assinatura do Profissional Solicitante 25632  |
| GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT  2 - N° Guia no Prestador 5846976  5 - Senha  5 - Senha  9 - Validade da Carteira  ANA LOUISE ALVES DOURADO  12- AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT  2 - N° Guia no Prestador 5846976  2 - N° Guia no Prestador 5846976  1 - Cartão Nacional de Saúde  1 - Cartão Nacional de Saúde   |
| GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT  2 - N° Guia no Prestador 5846976  5 - Senha  6 - Data Validade da Senha 25634  7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora  12- 11- 11- 11- 11- 11- 11- 11- 11- 11-   |
| GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT  2 - N° Guia no Prestador 5846976  |
|   |





# Evolução Paciente

 Paciente
 ANA LOUISE ALVES DOURADO
 Atendimento
 3.476.154

 Data Nascto.
 25/07/2017
 7 Anos
 Prontuário
 99.792.166

 Sexo
 Feminino
 Dt. Entrada
 25/03/2025 19:06:06

Telefone 996226974 Leito 1

Data evolução Liberação Função Tipo evolução Especialidade Usuário Código prof 25/03/2025 19:34 25/03 19:35 Médico Evolução Médica PA DANIEL CRM 11649 NARI OCH

NARLOCH VEIGA

Convênio Instituto Adventista Instituto

#### Evolução Médica PA Adulto - ORTOPEDIA

Queixa Principal: TRAUMA NO COTOVLEO ESQUERDO HOJE

NO COLEGIO

Exame físico: DOR OLECRANO SEM EDEMAS

ADM AMPLA E LIVRE ATIVA

Conduta: RX COTOVELO ESQ: SP

**ANALIGESIA** 

GELO CUIDADOS

Encaminhamento ao Ambulatório UGF?: não

Impresso em: 31/03/2025 07:22:16 Página 1 priscilacarla.s CATE23



Paciente: ANA LOUISE ALVES DOURADO

Data de Nascimento: 25/07/2017 Idade: 7anos 8M Sexo: F

Data do Exame: 25/03/2025

Solicitante: Dr.(a) DANIEL NARLOCH VEIGA Protocolo: UGF3476154 Senha: 606689

unimedflorianopolis.com.br Central de Atendimento: (48) 3288 4100 Informações: 0800 048 3500

#### RADIOGRAFIA DIGITAL DO COTOVELO ESQUERDO

Alinhamento articular mantido. Estrutura óssea normal. Interlinhas articulares preservadas. Partes moles sem alterações radiográficas.







#### Manoel Loureiro, S/N - São José - SC CNPJ:77858611001414 - Inscrição estadual: - Fone: (CNES 9671145)

Convênio:



Usuário/Matrícula:

7586545

Conta paciente

(77858611001414) Nota:

**Emissao:** 

N° atend:

3.476.154

Nº IC: 21.304.050

Instituto Adventista

Paciente:

Categoria:

Guia: 25634

Prontuário: 99792166 Data entrada: 25/03/2025 19:06:06

25/03/25 19:06

Instituto Adventista

Data saída: 25/03/2025 19:35:00 Motivo Alta:

Alta melhora

Médico: Dr. DANIEL NARLOCH VEIGA (CRM 11649)

Tipo atend: 3 - Pronto socorro

Proc Princ: 00000000

Tipo acomodação Enfermaria

Espec/Clinica: 1 Clinica Adulto

**ANA LOUISE ALVES DOURADO** 

25/07/2017 Sexo: F

CID Princ: S50.9 Traum superf do antebraco NE

Senha:

Dt inicial:

Dt final: 25/03/25 19:35

Refer: 31/03/25

Movimentação do Paciente

Dt Conta: 25/03/25 19:07

Seq Classificação Setor Acomodação Unidade Dt. Entrada Dt. Saída PRONTO ATENDIMENTO 1 Pronto socorro 25/03/2025 19:06:06 25/03/2025 19:35:00 Setor sem acomodação 1/ 2 Pronto socorro ORTOPEDIA Setor sem acomodação 1/ 25/03/2025 19:23:09 25/03/2025 19:35:00 3 Serviços Especiais RAIO X Setor sem acomodação 1/ 25/03/2025 19:27:00 25/03/2025 19:27:00

Honorários Não Conveniados

Seq Dt Conta Código Qtde Crm Descrição Médico Função Valor Setor 1 25/03/25 19:06 PRONTO 1,00 11649 DANIEL NARLOCH 10101039 Em Pronto Socorro 95,58 Clínico ATENDIMENTO 2 25/03/25 19:31 RAIO X 40803090 Cotovelo 1,00 6561 **NELSON CABRAL** Clínico 42,18 2.00 137.76 Total de Honorários Não Conveniados

Total geral R\$

137,76

Unimed A

## UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA

Atendimento: 3476782

|                  | Contratante:              |                   |         |
|------------------|---------------------------|-------------------|---------|
| Paciente/Usuário |                           | Atendimento N°:   | 3476782 |
|                  | Nome: BEATRIZ DE OLIVEIRA | Telefone: (48) 98 | 4113716 |

CPF: 10510802907 Endereço: R BENJAMIN KOCK , 150 AP 401

Responsável:

Nome: ELIDIANI Telefone: 5548984113716

CPF: 03965936905 RG: 4202712

Endereço: benjamin koch , 150 apto 401

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 uteis, 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 adimissão do paciente

CPF n°

## UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



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:

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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 Te nesta

| cláusula, vem declarar que:  | mo de Consentimento Livre e Esciarecido, disposto nesta   |
|--|---|
| ( ) <b>DESEJA</b> ser acompanhada nos termos da Lei nº 8.080/19  | 990.  |
| Nome da Acompanhante   |   |
| ( ) <b>RENUNCIA</b> ser acompanhada nos termos da Lei nº 8.08  | 0/1990.   |
| Cláusula Oitava: As Partes elegem o foro de domicílio do C dúvidas, conflitos ou questões oriundas do presente Contrato seja ou venha a se tornar. | ONTRATANTE, para que nele sejam dirimidas quaisquer o, renunciando a qualquer outro por mais privilegiado que |
| São José/SC,/  |   |
|  | 8   |
| CONTRATANTE/RESPONSÁVEL  | CONTRATADA  |
| Testemunhas  |   |
| 1  | 2   |
| Nome:  | ome:  |

Nome:

CPF n°

#### Instituto Adventista Dados do atendimento 32 - Tipo de Atendimento Dados do Contratado Executante 29 - Código na Operadora Impresso em: 26/03/2025 12:01:35 Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados 36 - Data 37 - Hora inicial a 38 - Hora final 39 - Tabela Dados da Solicitação / Procedimento 21 - Caráter do Atendimento 4 - Data da Autorização 1 - Registro ANS 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 59 - Total Procedimentos (R\$) 58 - Observação / Justificativa 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável identificação do(s) Profissional(is) Executante(s) 48 - Seq.Ref. 49 - Gr.Part. 50 - Código na Operadora/CPF 13 - Código na Operadora 77858611001414 Dados do Beneficiário 8 - Número da Carteira 72052117 Requisitante Nao Cadastrado/nao Cooperado 15 - Nome do Profissional Solicitante 26/03/2025 dos do Solicitante 24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 22 5 - Senha 3 - N° Guia Principal 25671 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) tos ou tens Assistenciais Solicitados 22 - Data da Solicitação 26/03/2025 10101039 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 30 - Nome do Contratado 14 - Nome do Contratado UNIMED GRANDE FLORIANOPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 26 - Descrição 23 - Indicação Clínica 9 - Validade da Carteira 26/03/2025 51 - Nome do Profissional 40 - Código do Procedimento 61 - Total Materiais (R\$) 6 - Data Validade da Senha 16 - Conselho Profissional 34 - Tipo de Consulta Página 1 67 - Assinatura do Beneficiario ou Responsável 26/03/2025 10 - Nome BEATRIZ DE OLIVEIRA 41 - Descrição 17 - Número no Conselho 7 - Número da Guía Atribuído pela Operadora 25671 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento 62 - Total de OPME (R\$) 18 - UF SC rogerio.lima 52 - Conselho Profissiona 63 - Total Medicamentos (R\$) 19 - Código CBO 225125 42 - Qtde. 68 - Assinatura do Contratado 11 - Cartão Nacional de Saúde 26/03/2025 2 - N° Guia no Prestador 5848045 20 - Assinatura do Profissional Solicitante 43 - Via 44 - Tec. 64 - Total Gases Medicinais R\$ 53 - Número no Conselho 45 - Fator Red JAcresc. 27 - Qtde.Solic. 10 54 - UF 46 - Valor Unitário (R\$) 55 - Cédigo CBO 65 - Total Geral (R\$) 28 - Otde Aut 12 - Atendimento a RN N v.s.e Atend.: 3476782 31 - Código CNES 47 - Valor Total (R\$) WATE70106

\*

\*\*

# **AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO**

Aluno: Beatriz de Oliveira Nº da Carteirinha: 7.205.2117

Instituição: Colégio Adventista Palhoça

Data de Nascimento: 08/08/2008

Nº da Guia: 25671



| Data da Ocorrência |          | Local | Atividade             |
|--------------------|----------|-------|-----------------------|
| 26/03/2025         | 11:01:00 | Pátio | Jogando Vôlei de mesa |

| O que aconteceu  | Partes do corpo |
|--|-----------------|
| Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro) | Pé Direito      |

#### Descrição

A aluna trancou o pé em um banco e forçou para cima. Minutos após, o pé ficou com edema e roxo. A aluna referiu dor no local.

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Claudiana - Monitora     | (48) 3083-9450 |
| Claudiana - Monitora     | (48) 3083-9450 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Glaucya Collaço                 | 26/03/2025 |
|                                 |            |

| Local de atendimento                           | Endereço            | N∘  | Bairro    | Telefone       |
|--|---------------------|-----|-----------|----------------|
| HUGF - HOSPITAL UNIMED GRANDE<br>FLORIANÓPOLIS | Rua Manoel Loureiro | 191 | Barreiros | (48) 3288-4100 |

#### Observações

Foi aplicado gelo no local e feito contato com a família para encaminhamento médico.

Ass.:

NST. ADV. SUL BRAS. DE EDUCAÇÃO COLÉGIO ADVENTISTA

Av. Raulino Pagani , Nº 420 CEP:88132-199 - Pagani

Palhoca/SC

Glaucya Francini Collac

Glaucya Francini Collaco

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 ord hr / nortoalegre clinicaadventista ord hr



# Evolução Paciente

| iente        | BEATRIZ DE OLIVEIRA | Atendimento | 3.476.782                      |
|--------------|---------------------|-------------|--------------------------------|
| Data Nascto. | 08/08/2008 16 Anos  | Prontuário  | 99.869.937                     |
| Sexo         | Feminino            | Dt. Entrada | 26/03/2025 11:59:54            |
| Telefone     | 984113716           | Convênio    | Instituto Adventista Instituto |
| Leito        | 1                   |             |                                |

Data evolução Liberação Função Tipo evolução Especialidade Usuário Código prof 26/03/2025 14:09 26/03 14:10 Médico Evolução Médica PA JULIANO CRM 17278 TEIXEIRA DE SA

#### Evolução Médica PA Adulto - ORTOPEDIA

Queixa Principal: trauma tornozelo e pe D

dor e aumento de volume

dor a palp dorsal rx sem laudo, sp

repouso

tratamento conservador lesao ligamentar

analgesia muletas imobilização

Encaminhamento ao Ambulatório UGF?: não

Impresso em: 31/03/2025 08:28:33 Página 1 priscilacarla.s CATE23

Documento assinado digitalmente conforme a ICP-Brasil, MP 2.200-2/2001 no sistema certificado SBIS-SRES-068 por JULIANO TEIXEIRA DE SA, às 10:50-03:00 de 27/03/2025 - Válida

Unimed A

### UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA

| #   #   #   #   #   #   #   #   #   # |         |
|---------------------------------------|---------|
| Atendimento:                          | 3478554 |

Light.

| Contra                    | atante:                               |                          |  |  |
|---------------------------|---------------------------------------|--------------------------|--|--|
| Paciente/Usuário          |                                       | Atendimento Nº: 3478554  |  |  |
| Nome: CLARA BARBOSA FRAGA |                                       | Telefone: (48) 996557439 |  |  |
| CPF: 11134579969          |                                       | RG:                      |  |  |
| Endereg                   | ço: Rua Manoel Mariano Ferreira , 621 |                          |  |  |
| Respo                     | onsável:                              |                          |  |  |
| Nome:                     | CAMILA                                | Telefone: 5548996557434  |  |  |
| CPF:                      | 09958432951                           | RG:                      |  |  |
| Endered                   | ço: Rua Manoel Mariano Ferreira , 621 |                          |  |  |

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

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 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 adimissão do paciente

Unimed #

# UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA

Atendimento: 3478554

(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 beneficios, 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.

Unimed A

CPF nº

## UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



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:

- 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.
- 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.
- 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.
- Ainda em caso de atendimento eletivo com sedação/rebaixamento de consciência, a dispensa do acompanhante (4)poderá ser feita por escrito com 24h de antecedência, sendo o documento também arquivado no prontuário médico.
- 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.
- 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.
- 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

| clausula, vem declarar que:   | * - ·  |
|---|--|
| ( ) DESEJA ser acompanhada nos termos da Lei nº 8   | 3.080/1990.  |
| Nome da Acompanhante  |  |
| CPF n°  |  |
| ( ) RENUNCIA ser acompanhada nos termos da Lei  | n° 8.080/1990.   |
| Cláusula Oitava: As Partes elegem o foro de domicílidúvidas, conflitos ou questões oriundas do presente (seja ou venha a se tornar. | io do <b>CONTRATANTE</b> , para que nele sejam dirimidas quaisquer<br>Contrato, renunciando a qualquer outro por mais privilegiado que |
| São José/SC,/   |  |
| Camila Babaga Guerreiro<br>CONTRATANTE/RESPONSÁVEL  | CONTRATADA   |
| Testemunhas   |  |
| 1<br>Nome:  | 2  |

Nome:

CPF n°

| WATE70106  |  | gabrielly.opusz                             | gabr   | Pagina 1   | 18:13:01  | Impresso em: 2//03/2025 18:13:01   |
|--|--|---|--|--|---|--|
|  |  |   |  | 1  |   |  |
|  | do Contratado  | 68 - Assinatura do Contratado<br>27/03/2025 | 27103/2025 Linnale Balves Guerraid   | 67 - Assinatura do Bei<br>27/03/2025                       | utorização  | 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização  |
| 65 - Total Geral (R\$)                           | 64 - Total Gases Medicinais R\$                      | 63 - Total Medicamentos (R\$)               | 62 - Total de OPME (R\$)   | 61 - Total Materiais (R\$)                                 | 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)   | 59 - Total Procedimentos (R\$)   |
|  |  |   |  |  |   | o - Cusei yayao / Justilicanya   |
| /  | 9/_  | 8//   | 6  |  | 4- /  | 2 - Lestification  |
|  |  |   |  |  | 57 - Assina   | 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série  |
|  |  |   |  |  |   |  |
| 55 - Código CBO                                  | 53 - Número no Conselho 54 - UF                      | - Conselho Profissional                     | 52   | 51 - Nome do Profissional                                  | 200   | 49 - Seq.Ref. 49 - Gr.Part. 50 - Código na Operadora/CFF   |
|  |  |   |  |  | cutante(s)  | 5  dentificação dois) Profissionalis) Exe  |
|  |  |   |  |  |   | 4  |
|  |  |   |  |  |   | 3 1  |
|  |  |   |  |  |   | ت ا  |
| 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$) | 45 - Fator Red J'Acresc.                             | 42 - Qide. 43 - Via 44 - Tec.               | au.<br>O   | 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição                 | 39 - Tabela   | Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados<br>36 - Data 37 - Hora inicial a 38 - Hora final |
|  |  |   | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento   | ionada) 34 - Tipo de Consulta                              | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)                       | Dados do atendimento 32 - Tipo de Atendimento 33 -   |
| 31 - Código CNES                                 |  |   |  |  | 30 - Nome do Contratado   | Dados do Contratado Executante 29 - Código na Operadora  |
|  |  |   |  |  |   | 5 4  |
|  |  |   |  |  |   | 3  |
| c  | -  |   |  |  |   | 2  |
| 28 - Qide.Aut.<br>O                              | 27 - Qide.Solic.<br>1                                |   |  | 26 - Descrição<br>CONSULTA EM PRONTO SOCORRO               | 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 26 - Descrição 10101039 CONSULTA | 24 - Tabela 25 - Código do Proc<br>1 22  |
|  |  |   |  | 23 - Indicação Clínica                                     |   | 21 - Caráter do Atendimento 2 ou itens Assistenciais Soicitados 2 - Data da Solicitação 2 - 27/03/2025 |
|  | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante          | UF 19 - Código CBO 20 - Ass<br>C 225125     | 2526 SC  | 6 6  | o Cooperado   | Requisitante Nao Cadastrado/nao Cooperado  |
|  |  |   |  | Š  |   | 77858611001414   |
|  |  |   |  |  |   | Dados do Solicitante   |
| 12 - Atendimento a RN                            | 11 - Cartão Nacional de Saúde                        | 11 - Cartão                                 | 10 - Nome<br>CLARA BARBOSA FRAGA   | 9 - Validade da Carteira 10 - Nome<br>27/03/2025 CLARA BAI | 9 - Val<br>27/03  | 8 - Número da Carteira<br>7587626  |
|  |  | Ď.  | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>25763                               | 6 - Data Validade da Senha                                 | nha<br>3  | 4 - Data da Autorização   5 - Senha   27/03/2025   25763   |
|  |  |   |  |  | 3 - N° Guia Principal   | 1 - Registro ANS 3 - No  |
| v.s.<br>Atend.: 347855                           | E TERAPIA - SP/SADT 2 - N° Guia no Prestador 5851414 | DIAGNÓSTICO E TERA                          | GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT | SERVIÇO PROFISSION   | GUIA DE S   | Instituto Adventista   |

\*

-

- 2

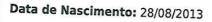
•



# **AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO**

Aluno: Clara Barbosa Fraga № da Carteirinha: 7.58.7626

Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Estreito



Nº da Guia: 25763



| Data da Ocorrência | Horário  | Local    | Atividade                |
|--------------------|----------|----------|--------------------------|
| 27/03/2025         | 16:17:00 | Quadra   |                          |
|                    |          | 1 444414 | Intervalo (Ex.: recreio) |

| O que aconteceu | Partes do corpo  |
|-----------------|--|
| Bola            |  |
|                 | Mão Direita  |
|                 | A STATE OF THE PARTY OF THE PAR |

#### Descrição

Aluna estava na copa recreio jogando bola, a bola veio na direção da mão dela e foi para trás

| Testemunha da ocorrência |                |
|--------------------------|----------------|
| Monitor                  | Telefone       |
| - Torrico                | (48) 3039-8100 |

| NIO      | D-1            | The second     |
|----------|----------------|----------------|
| 1/4-     | bairro         | Telefone       |
| 191<br>0 | Barreiros      | (48) 3288-4100 |
|          | Nº<br>191<br>0 | 191            |

#### Observações

Encaminhado ao hospital de referencia Unimed.

Ass.:

Jerry Abdoral Borges

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     | CLARA BARBOSA FRAGA | Atendimento | 3.478.554    |
|--------------|---------------------|-------------|--------------|
| Data Nascto. | 28/08/2013 11 Anos  | Prontuário  | 99.870.087   |
| Sexo         | Feminino            | Dt. Entrada | 27/03/2025 1 |

SexoFemininoDt. Entrada27/03/2025 18:10:18Telefone996557439ConvênioInstituto Adventista InstitutoLeito1

Data evoluçãoLiberaçãoFunçãoTipo evoluçãoEspecialidadeUsuárioCódigo prof27/03/2025 18:4527/03 18:46MédicoEvolução Médica PAJULIANOCRM 17278

TEIXEIRA DE SA

#### Evolução Médica PA Adulto - ORTOPEDIA

Queixa Principal: contusao punho D

dor a mobilidade

rx sp repouso analgesia tala 5 dias, orientaçoes retorno se nao melhora

Encaminhamento ao Ambulatório UGF?: não

Impresso em: 31/03/2025 08:36:44 Página 1 priscilacarla.s CATE23



Paciente: CLARA BARBOSA FRAGA

Data de Nascimento: 28/08/2013 Idade: 11anos 6M Sexo: F

Data do Exame: 27/03/2025

Solicitante: Dr.(a) JULIANO TEIXEIRA DE SA Protocolo: UGF3478554 Senha: 835508 unimedflorianopolis.com.br Central de Atendimento: (48) 3288 4100 Informações: 0800 048 3500

#### RADIOGRAFIA DIGITAL DO PUNHO DIREITO

Estrutura óssea normal. Relações articulares anatômicas. Partes moles sem alterações radiográficas. Ausência de sinais de fratura.







Paciente: CLARA BARBOSA FRAGA

Data de Nascimento: 28/08/2013 Idade: 11anos 6M Sexo: F

Data do Exame: 27/03/2025

Solicitante: Dr.(a) JULIANO TEIXEIRA DE SA Protocolo: UGF3478554 Senha: 835508 unimedflorianopolis.com.br Central de Atendimento: (48) 3288 4100 Informações: 0800 048 3500

### RADIOGRAFIA DIGITAL DA MÃO DIREITA

Estrutura óssea normal. Relações articulares anatômicas. Partes moles sem alterações radiográficas. Ausência de sinais de fraturas.







#### Manoel Loureiro, S/N - São José - SC CNPJ:77858611001414 - Inscrição estadual: - Fone: (CNES 9671145)

Convênio:



Usuário/Matrícula:

Conta paciente

(77858611001414) Nota:

N° atend:

3.478.554

**Emissao:** 

Nº IC: 21.306.670

**CLARA BARBOSA FRAGA** 

Instituto Adventista

Categoria:

Instituto Adventista

Paciente:

Prontuário: 99870087 Data entrada:

27/03/2025 18:10:18 Médico: Dr. JULIANO TEIXEIRA DE SA (CRM 17278)

Data saída: 27/03/2025 19:01:55

7587626

Motivo Alta: Alta melhora

Tipo atend:

3 - Pronto socorro

Espec/Clinica: 1 Clinica Adulto

Proc Princ: 00000000

Tipo acomodação Setor sem acomodação

Sexo: F

28/08/2013 CID Princ: S50.1 Contusao outr partes e NE do antebraco

Senha: Guia: Não informada,25763

Dt Conta: 27/03/25 18:12

Dt inicial: 27/03/25 18:10 Dt final: 27/03/25 19:01 Refer: 31/03/25

Movimentação do Paciente

| Seq | Classificação      | Setor              | Acomodação           | Unidade | Dt. Entrada         | Dt. Saída           |
|-----|--------------------|--------------------|----------------------|---------|---------------------|---------------------|
| 1   | Pronto socorro     | PRONTO ATENDIMENTO | Setor sem acomodação | 1/      | 27/03/2025 18:10:18 | 27/03/2025 19:01:55 |
| 2   | Pronto socorro     | ORTOPEDIA          | Setor sem acomodação | 1/      | 27/03/2025 18:22:02 | 27/03/2025 19:01:55 |
| 3   | Serviços Especiais | RAIO X             | Setor sem acomodação | 1/      | 27/03/2025 18:36:00 | 27/03/2025 18:36:00 |

| Honorários | Não | Conveniados |  |
|------------|-----|-------------|--|

|     | ianos mas son  |                       |            |                     |      |       |                  |         |        |
|-----|----------------|-----------------------|------------|---------------------|------|-------|------------------|---------|--------|
| Seq | Dt Conta       | Setor                 | Código     | Descrição           | Qtde | Crm   | Médico           | Função  | Valor  |
| 1   | 27/03/25 18:10 | PRONTO<br>ATENDIMENTO | 10101039   | Em Pronto Socorro   | 1,00 | 17278 | JULIANO TEIXEIRA | Clínico | 73,52  |
| 2   | 27/03/25 18:41 | RAIO X                | 40803112   | Punho               | 1,00 | 6606  | PEDRO LEMOS DE   | Clínico | 44,66  |
| 3   | 27/03/25 18:41 | RAIO X                | 40803120   | Mão Ou Quirodáctilo | 1,00 | 6606  | PEDRO LEMOS DE   | Clínico | 42,18  |
| 4   | 27/03/25 18:46 | ORTOPEDIA             | 30711037   | Membro Superior     | 1,00 | 17278 | JULIANO TEIXEIRA | Clínico | 11,70  |
|     | To             | tal de Honorár        | ios Não Co | nveniados           | 4,00 |       |                  |         | 172,06 |

# Materiais

| wateria   | 115      |   |       |          |          |          |
|---|----------|---|-------|----------|----------|----------|
| Seq   | Código   | Descrição   | Unid. | Qtde     | VI Unit. | VI Total |
|   |          | ORTOPEDIA   |       |          |          |          |
| 1   | 78988624 | ATADURA CREPE 10CMX1,8MT (EM REPOUSO) 13FIO ESTERIL | rl    | 4,0000   | 7,6000   | 30,40    |
| 2   | 78365678 | ATADURA CREPON 06 CM X 1,8 M                        | rl    | 2,0000   | 1,2300   | 2,46     |
| 3   | 78340373 | ATADURA GESSADA 10 CM X 3,0 M                       | rl    | 4,0000   | 3,9000   | 15,60    |
| 4   | 70034664 | ATADURA ORTOPEDICA P                                | rl    | 6,0000   | 12,8900  | 77,34    |
| 5   | 78202477 | MALHA TUBULAR 08 CM X 15 M                          | cm    | 200,0000 | 0,0400   | 8,00     |
|   |          | Total - ORTOPEDIA -                                 |       | 216,0000 |          | 133,80   |
| 1 78988624 ATADURA CREPE 10CMX1,8MT (EM REPOUSO) 13FIO ESTERIL rl 4,0000 7,6000 2 78365678 ATADURA CREPON 06 CM X 1,8 M rl 2,0000 1,2300 3 78340373 ATADURA GESSADA 10 CM X 3,0 M rl 4,0000 3,9000 4 70034664 ATADURA ORTOPEDICA P rl 6,0000 12,8900 5 78202477 MALHA TUBULAR 08 CM X 15 M cm 200,0000 0,0400 |          |   |       |          | 133,80   |          |

Total geral R\$

305,86

Unimed A

### UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA

| Atendimento: |  |
|--------------|--|

| - |    |       |    |    |   |  |
|---|----|-------|----|----|---|--|
| C | ~" | <br>- | *- | m' | - |  |
|   |    |       |    |    |   |  |

Paciente/Usuário Atendimento Nº: 3464666 Telefone: (51) 981683919 Nome: LEONARDO MARTINS CANAVERDE CPF: 60199632090 Endereço: Rua Vereador Jacob Knabben da Silva,

Responsável:

Nome: LUCIANO Telefone: 55489999999999 16287620803 RG:

Rua Vereador Jacob Knabben da Silva, 3050 CASA

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

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

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 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 adimissão do paciente

## UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA

(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 Servico 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 9° da Lei n° 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.

Unimed A

## UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



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:

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Afirma, ainda, que recebeu cópia do presente Contrato e deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e (7)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, v | vem declarar que:   |   |   | do, disposio nosia                        |
|-------------|---|---|---|---|
| ( ) DESI    | EJA ser acompanhada nos termos da Lei nº  | 8.080/1990.                               |   |   |
| Nome da A   | Acompanhante  |   |   |   |
| CPF n° _    | <u> </u>  |   | 2   |   |
| ( ) REN     | UNCIA ser acompanhada nos termos da Lo  | ei nº 8.080/1990.                         | er<br>Sen V   |   |
| duvidas, c  | <b>Ditava:</b> As Partes elegem o foro de domic<br>conflitos ou questões oriundas do presente<br>nha a se tornar. | ílio do <b>CONTRA</b><br>Contrato, renunc | TANTE, para que nele sejam di iando a qualquer outro por ma | irimidas quaisquer<br>is privilegiado que |
| São José/S  | SC,//   |   | •   | (F)                                       |
|             |   |   | <b>€</b> :<br>47  |   |
| 8,          | Déhor. A. M. Com  | ade                                       |   |   |
| В           | CONTRATANTE/RESPONSÁVEL   |   | CONTRATADA  | · .                                       |
| 97          |   |   |   |   |
| ×           | Testemunhas   |   |   |   |
| 117         | 1-  | 2-  |   |   |
|             | Nome:   | Nome:                                     |   |   |
| 19          | CPF n°  | CPF nº                                    |   |   |



| WATE70106                                      | lga.silveira   | Página 1 ol   | Pé  | : 14/03/2025 09:50:52   | Impresso em:  |
|--|--|---|---|---|---|
|  | 14/03/2025   | 14/03/2025 PL Common April 1970 C.  | 67  | 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização   | 66 - Assinatura do  |
| 65 - Total Geral (R\$)                         | 63 - Total Medicamentos (R\$) 64 - Total Gases Medicinais R\$  | (R\$) 62 - Total de OPME (R\$)  | 61 - Total Mate   | mentos (R\$) 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)  | 59 - Total Procedimentos (R\$)                                    |
|  |  |   |   | 100   | oo - Observação / Justificativa                                   |
| ,  | 7·   | 6//   | Beneficiário ou Responsável                                 | 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                        | 56 - Data de Realiz.  |
|  |  |   |   |   |   |
| F 55 - Código CBO                              | 52 - Conselho Profissional 53 - Número no Conselho 54 - UF   |   | PF 51 - Nome do Profissional                                | 5<br>Identrificação do(s) Profissional(is) Executante(s)<br>48 - Seq.Ref. 49 - Gr.Part. 50 - Código na Operadora/CPF    | 5<br>Identificação do(s)<br>48 - Seq.Ref.                         |
|  |  |   |   |   | 4 3 1   |
| 46 - Valor Unitário (RS) 47 - Valor Total (RS) | 42 - Qide. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator Red/Acresc. 46 - V  | 41 - Descrição  | ≀la 40 - Código do Procedimento                             | Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados<br>36 - Data 37 - Hora inicial a 38 - Hora final 39 - Tabela<br>1 | Dados da Execução<br>36 - Data<br>1                               |
|  |  | 34 - Tipo de Consulta 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento                                      |   | ento 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)  | Dados do atendimento<br>32 - Tipo de Atendimento                  |
| 31 - Código CNES                               |  |   | 30 - Nome do Contratado                                     |   | Dados do Contratado Executante<br>29 - Código na Operadora        |
|  |  |   |   |   | υ 4 c   |
| 28 - Olde Aut.<br>0                            | 27 - Qide, Solic,<br>1   | OCORRO  | 26 - Descrição<br>CONSULTA EM PRONTO SOCORRO                | 26 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039   | 24 - Tabela<br>22   |
|  |  |   | 23 - Indicação Clínica                                      | Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 21 - Caráter do Atendimento 2                   | Dados da Solicitação / Procedimento 21 - Caráter do Atendimento 2 |
|  | SC 225125 20 - Assinatura do Profissional Solicitante  | 16 - Conselho Profissional   17 - Número no Conselho   18   2526     18   19   19   19   19   19   19 |   | 15 - Nome do Profissional Solicitante Requisitante Nao Cadastrado/nao Cooperado   | 15 - Nome do F<br>Requisitante Na                                 |
|  |  | 14 - Nome do Contratado<br>UNIMED GRANDE FLORIANOPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO               | 14 - Nome do Contratado<br>UNIMED GRANDE FLORIANOPOLIS - CO | eradora   | 13 - Código na Operadora<br>77858611001414                        |
| 12 - Atendimento a RN<br>N                     | 111 - Cartão Nacional de Saúde   | 10 - Nome<br>LEONARDO MARTINS CANAVERDE   | 9 - Validade da Carteira<br>01/03/2026                      | Carteira  | 8 - Número da Carteira<br>7205744                                 |
|  | adora  | 6 - Data Validade da Senha 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 25175                          | 6 - Data Val  | torização 5 - Senha<br>25175  | 4 - Data da Autorização<br>14/03/2025<br>Dados do Beneficiário    |
|  | ) pool a   |   | 91  | NS 3 - N° Guia Principal  | 1 - Registro ANS  |
| Atend.: 3464666                                | GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT  2 - N° Guia no Prestador 5827273 | DFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR D   | JIA DE SERVIÇO PR   |   | Instituto Adventista  |



# **AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO**

Aluno: Leonardo Martins Canaverde Nº da Carteirinha: 7.205.744

Instituição: Colégio Adventista Palhoça

Data de Nascimento: 18/06/2011

Nº da Guia: 25175



| Data da Ocorrência    | Horário   | Local   |                | Atividade               |
|-----------------------|-----------|---------|----------------|-------------------------|
| 14/03/2025            | 08:13:00  | Ginásio |                | Aula de educação física |
| O que aconteceu       |           |         | Partes do cor  | ро                      |
| Torção                |           |         | 4º Dedo Mão Di | reita                   |
| Descrição             |           |         |                |                         |
| Torceu o dedo jogando | basquete. |         |                |                         |

| Testemunha da ocorrência | Telefone        |
|--------------------------|-----------------|
| Tiago - Professor        | (48) 99935-1000 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |  |
|---------------------------------|------------|--|
| Glaucya                         | 14/03/2025 |  |

| Local de atendimento                           | Endereço            | Nº       | Bairro    | Telefone       |
|--|---------------------|----------|-----------|----------------|
| HUGF - HOSPITAL UNIMED GRANDE<br>FLORIANÓPOLIS | Rua Manoel Loureiro | 191<br>0 | Barreiros | (48) 3288-4100 |

#### Observações

Aplicado gelo no local e feito contato com a família para atendimento médico.

Ass.:

Glaucya\Francini Collaco

176.726.864/0135-30 INST. ADV. SUL BRAS. DE EDUCAÇÃO COLÉGIO ADVENTISTA

Av. Raulino Pagani , Nº 420 CEP:88132-199 - Pagani

Palhoca/SC

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

PST ADV SUL RRAS OF EDUCAÇÃO
COLEGIO A DVENTISTA
CER BERGARRA DE COLEGIO A DVENTISTA
COLEGIO A



Paciente: DANIELLA DOS SANTOS

Data de Nascimento: 21/02/2009 Idade: 16anos Sexo: F

Data do Exame: 17/03/2025

Solicitante: Dr.(a) CLAYTON MIGUEL COSTA Protocolo: UGF3467402 Senha: 706268

unimedflorianopolis.com.br Central de Atendimento: (48) 3288 4100 Informações: 0800 048 3500

#### RADIOGRAFIA DIGITAL DO OMBRO ESQUERDO

Estrutura óssea normal. Relações articulares anatômicas. Partes moles sem alterações radiográficas. Ausência de sinais de fraturas.







# Evolução Paciente

| Paciente     | DANIELLA DOS SANTOS | Atendimento | 3.467.402                      |
|--------------|---------------------|-------------|--------------------------------|
| Data Nascto. | 21/02/2009 16 Anos  | Prontuário  | 99.780.734                     |
| Sexo         | Feminino            | Dt. Entrada | 17/03/2025 12:10:20            |
| Telefone     | 984587521           | Convênio    | Instituto Adventista Instituto |

Leito 1

Data evolução Liberação Função Tipo evolução Especialidade Usuário Código prof 17/03/2025 12:30 17/03 12:46 Médico Evolução Médica PA CLAYTON CRM 6547 MIGUEL COSTA

#### Evolução Médica PA Adulto - ORTOPEDIA

Queixa Principal: s-Dor e estalo no ombro E e torceu o pulso ED

Nega alergias

Negacomorbidades

Exame físico: o-Dor no punho D e ombro E

Rx sp aContusão

Conduta: Repouso 2 semanas da ed fisica

ONP e gelo

Encaminhamento ao Ambulatório UGF?: não Acionado sobreaviso da Ortopedia?: não Solicitado exames de imagem?: sim

Se sim, quais?: Radiologia

Impresso em: 28/03/2025 09:18:41 Página 1 priscilacarla.s CATE23



Paciente: DANIELLA DOS SANTOS

Data de Nascimento: 21/02/2009 Idade: 16anos Sexo: F

Data do Exame: 17/03/2025

Solicitante: Dr.(a) CLAYTON MIGUEL COSTA Protocolo: UGF3467402 Senha: 706268

RADIOGRAFIA DIGITAL DO PUNHO DIREITO

Estrutura óssea normal. Relações articulares anatômicas. Partes moles sem alterações radiográficas. Ausência de sinais de fraturas. unimedflorianopolis.com.br Central de Atendimento: (48) 3288 4100 Informações: 0800 048 3500





#### Manoel Loureiro, S/N - São José - SC CNPJ:77858611001414 - Inscrição estadual: - Fone: (CNES 9671145)

Convênio:



Usuário/Matrícula:

Conta paciente

(77858611001414) Nota:

**Emissao:** 

N° atend:

Nº IC: 21.295.203

3.467.402

**DANIELLA DOS SANTOS** 

Instituto Adventista 7205463

Categoria:

Guia: 25239

Paciente:

Instituto Adventista Prontuário: 99780734

Data entrada:

Dt inicial:

17/03/2025 12:10:20

Data saída: 17/03/2025 12:51:38 Motivo Alta:

Alta melhora

Médico: Dr. CLAYTON MIGUEL COSTA (CRM 6547)

Tipo atend:

3 - Pronto socorro

Proc Princ: 00000000

Tipo acomodação Enfermaria

Espec/Clinica: 1 Clinica Adulto

21/02/2009

Sexo: F

CID Princ: M25.5 Dor articular

Senha:

17/03/25 12:10

Dt final: 17/03/25 12:51 Refer: 01/05/25

Movimentação do Paciente

Dt Conta: 17/03/25 12:11

| ı |                      |                    |                      |         |                     |                     |  |
|---|----------------------|--------------------|----------------------|---------|---------------------|---------------------|--|
|   | Seq Classificação    | Setor              | Acomodação           | Unidade | Dt. Entrada         | Dt. Saída           |  |
|   | 1 Pronto socorro     | PRONTO ATENDIMENTO | Setor sem acomodação | 1/      | 17/03/2025 12:10:20 | 17/03/2025 12:51:38 |  |
|   | 2 Pronto socorro     | ORTOPEDIA          | Setor sem acomodação | 1/      | 17/03/2025 12:25:05 | 17/03/2025 12:51:38 |  |
|   | 3 Serviços Especiais | RAIO X             | Setor sem acomodação | 1/      | 17/03/2025 12:33:00 | 17/03/2025 12:33:00 |  |

|            | ~   | • • •       |
|------------|-----|-------------|
| Honorarios | Nao | Conveniados |

| Seq | Dt Conta                            | Setor                 | Código   | Descrição                          | Qtde | Crm  | Médico         | Função  | Valor  |
|-----|-------------------------------------|-----------------------|----------|------------------------------------|------|------|----------------|---------|--------|
| 1   | 17/03/25 12:10                      | PRONTO<br>ATENDIMENTO | 10101039 | Em Pronto Socorro                  | 1,00 | 6547 | CLAYTON MIGUEL | Clínico | 73,52  |
| 2   | 17/03/25 12:45                      | RAIO X                | 40803074 | Articulação Escapuloumeral (Ombro) | 1,00 | 8280 | ROBERTO        | Clínico | 43,38  |
| 3   | 17/03/25 12:46                      | RAIO X                | 40803112 | Punho                              | 1,00 | 8280 | ROBERTO        | Clínico | 44,66  |
|     | Total de Honorários Não Conveniados |                       |          |                                    | 3,00 |      |                |         | 161,56 |

Total geral R\$

161,56

# UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA

Atendimento: 3478709

| 1000000 | 100 | 10.7 |       | 550 |
|---------|-----|------|-------|-----|
| Co      | _4. |      |       | 4   |
|         |     | - T  | - 1 m | 10  |
|         |     |      |       |     |

Paciente/UsuárioAtendimento Nº:3478709Nome:EMILLY SOUZA DE ANDRADETelefone:(48) 999483207

 Nome:
 EMILLY SOUZA DE ANDRADE
 Telefone:
 (4

 CPF:
 12290619914
 RG:
 3322441

Endereço: COLETOR ZEFERINO DA COSTA, 38

Responsável:

Nome: ARLETE Telefone: 5548999483207

 CPF:
 01727381998
 RG:
 3322441

 Endereço:
 COLETOR ZEFERINO DA COSTA , 38 CASA

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

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 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 adimissão do paciente

# UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA

Atendimento: 3478700

(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 9° da Lei nº 8.078/90, explicarão claramente a proposta do procedimento médico ou cirúrgico ao qual o paciente será submetido, inclusive seus beneficios, 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.

Nome:

CPF n°

# UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA

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:

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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

| Após os esclarecimentos prestados através do presente cláusula, vem declarar que:  |               |                             | do, disposto nesta |
|--|---------------|-----------------------------|--------------------|
| ( ) <b>DESEJA</b> ser acompanhada nos termos da Lei nº 8.0   | 080/1990.     |                             |                    |
| Nome da Acompanhante   |               |                             |                    |
| CPF n°   |               |                             |                    |
| ( ) <b>RENUNCIA</b> ser acompanhada nos termos da Lei nº   | ° 8.080/1990. |                             |                    |
| Cláusula Oitava: As Partes elegem o foro de domicílio dúvidas, conflitos ou questões oriundas do presente Coseja ou venha a se tornar.  São José/SC, / / |               |                             |                    |
|  |               | <u></u>                     | ,                  |
| CONTRATANTE/RESPONSÁVEL  |               | CONTRATADA                  |                    |
|  |               | M <sub>e</sub> <sup>2</sup> | , 16 <sup>2</sup>  |
| Testemunhas  |               |                             |                    |
| 1  | 2             |                             |                    |

Nome:

CPF n°



| WATE70106  |   | andreia.pessoa                |  | Página 1  |   | 27/03/2025 21:33:14   | Impresso em: 27/03  |
|--|---|-------------------------------|--|---|---|---|---|
|  |   |                               |  |   |   |   |   |
| 1 5 S  | 68 - Assinatura do Contratado<br>27/03/2025                           |                               | eneficiário of Responsável   | 67 - Assinatura do Beneficiário of 27/03/2025               | 1 d   | rel pela Autorização  | 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização   |
| 65 - Total Geral (R\$)                           | (R\$) 64 - Total Gases Medicinais R\$                                 | 63 - Total Medicamentos (R\$) | 62 - Total de OPME (R\$)   | 61 - Total Materiais (R\$)                                  | 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)                           |   | 59 - Total Procedimentos (R\$)  |
|  |   |                               | >  |   |   |   | 58 - Observação / Justificativa   |
|  | 9/_   | 8                             | 6- / / /   | ponsável  | 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável              |   | 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série<br>1/   |
|  |   |                               |  |   |   |   |   |
| or conige coo                                    | 93 - Nulliero IIIo Collegellio  | 52 - Conseino Profissional    |  | 51 - Nome do Profissional                                   |   | r.Part. 50 - Código   | 48 - Seq.Ref. 49 - Gr.Part. 50 - Código na Operadora/CPF  |
|  | CA Número de Caracillo CA III   |                               |  |   |   | l(is) Executante(s)   | 5 Identificação do(s) Profissiona   |
|  |   |                               |  |   |   |   | 4   |
|  |   |                               |  |   |   |   | 2   |
| 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$) | 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator Red./Acresc.                            | 42 - Qide.                    | ção  | 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição                  | 39 - Tabela   | nentos e Exames Realiza<br>ora inicial a 38 - Hora fin  | Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados<br>36 - Data 37 - Hora inicial a 38 - Hora final                                  |
|  |   | tendimento                    | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento   | la) 34 - Tipo de Consulta                                   | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) | 33 - Indicação de Aci   | Dados do atendimento<br>32 - Tipo de Atendimento  |
| 31 - Código CNES                                 |   |                               |  |   | 30 - Nome do Contratado                                     | ite   | Dados do Contratado Executante<br>29 - Código na Operadora  |
|  |   |                               |  |   |   |   | 5   |
|  |   |                               |  |   |   |   | 4   |
|  | 2   |                               |  |   |   |   | 2   |
| 1  | 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1                                 |                               |  | 26 - Descrição<br>CONSULTA EM PRONTO SOCORRO                |   | 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039   | 24 - Tabela 25 - Código d<br>1 22   |
| 300 0145 014                                     | 30 000  |                               |  | o Clinica   |   | nto 22 - Data da Solicitação 27/03/2025   | Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 21 - Caráter do Atendimento 22 - Data da Solicitação 27/03/2025 |
|  |   | SC 225125                     | 2526   | 6   |   | l Solicitante<br>ado/nao Cooperado  | 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>Requisitante Nao Cadastrado/nao Cooperado  |
|  | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante                           |                               | TRABALHO MEDICO  |   | UNIMED GRANDE FLOR  |   | 77858611001414  |
|  |   |                               | STREET STREET, | ampropries American   | 14 - Nome do Contratado                                     | THE REPORT OF THE PARTY OF THE | Dados do Solicitante  13 - Código na Operadora  |
| 12 - Atendimento a RN<br>N                       | 11 - Cartão Nacional de Saúde   |                               | 10 - Nome<br>EMILLY SOUZA DE ANDRADE   | 9 - Validade da Carteira 10 - Nome<br>27/03/2025 EMILLY SOI | 9 - Validada<br>27/03/2025                                  |   | 8 - Número da Carteira<br>7584589   |
|  |   | pela Operadora                | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>25727   | 6 - Data Validade da Senha                                  |   | 5 - Senha<br>25727  | ação  |
|  |   |                               | 1000   |   | -   | 3 - N° Guia Principal   | 1 - Registro ANS  |
| Atend.: 3478709                                  | E DIAGNOSTICO E TERAPIA - SPISADT<br>2 - N° Guia no Prestador 5851686 |                               | GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR D  | VIÇO PROFISSION   | GUIA DE SER   |   | Instituto Adventista  |
| V.3.0  |   |                               |  |   |   |   |   |

# **AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO**

Aluno: Emilly Souza de Andrade Nº da Carteirinha: 7.58.4589

Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Estreito

Data de Nascimento: 15/12/2008

Nº da Guia: 25727



| Data da Ocorrência | Horário  | Local  | Atividade               |
|--------------------|----------|--------|-------------------------|
| 27/03/2025         | 10:44:00 | Quadra | Aula de educação física |

| O que aconteceu | Partes do corpo                 |
|-----------------|---------------------------------|
| Torção          | Pé Esquerdo, Tornozelo Esquerdo |

#### Descrição

Aluna tropeçou sozinha e acabou virando o pé esquerdo.

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Monitor Vitor            | (48) 3039-8054 |

| Local de atendimento                           | Endereço            | No  | Bairro    | Telefone       |
|--|---------------------|-----|-----------|----------------|
| HUGF - HOSPITAL UNIMED GRANDE<br>FLORIANÓPOLIS | Rua Manoel Loureiro | 191 | Barreiros | (48) 3288-4100 |

#### Observações

Encaminhado ao hospital de referência Unimed

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:

Jerry Abdoral Borges

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

Impresso por: Jerry Abdoral Borges 1 de 1 27/03/2025 10:47

and the state of t



# Evolução Paciente

PacienteEMILLY SOUZA DE ANDRADEAtendimento3.478.709Data Nascto.15/12/200816 AnosProntuário78.225

SexoFemininoDt. Entrada27/03/2025 21:29:37Telefone999483207ConvênioInstituto Adventista Instituto

Leito 1

Data evoluçãoLiberaçãoFunçãoTipo evoluçãoEspecialidadeUsuárioCódigo prof27/03/2025 22:3627/03 22:36MédicoEvoluçãoMARCELOCRM 32309

TROMMER MARTELLI

Alta melhora

Impresso em: 31/03/2025 08:40:40 Página 1 priscilacarla.s CATE23



Paciente: EMILLY SOUZA DE ANDRADE

Data de Nascimento: 15/12/2008 Idade: 16anos 3M Sexo: F

Data do Exame: 27/03/2025

Solicitante: Dr.(a) MARCELO TROMMER MARTELLI

Protocolo: UGF3478709 Senha: 990063

# RADIOGRAFIA DIGITAL DO TORNOZELO ESQUERDO

Estrutura óssea normal. Relações articulares anatômicas Ausência de traço de fratura. Aumento de volume das partes moles.





unimedflorianopolis.com.br

Central de Atendimento: (48) 3288 4100

**Informações:** 0800 048 3500



Paciente: EMILLY SOUZA DE ANDRADE

Data de Nascimento: 15/12/2008 Idade: 16anos 3M Sexo: F

Data do Exame: 27/03/2025

Solicitante: Dr.(a) MARCELO TROMMER MARTELLI

Protocolo: UGF3478709 Senha: 990063

### RADIOGRAFIA DIGITAL DO PÉ ESQUERDO

Estrutura óssea normal. Relações articulares anatômicas. Partes moles sem alterações radiográficas. Ausência de sinais de fraturas.



unimedflorianopolis.com.br

Central de Atendimento: (48) 3288 4100







#### Manoel Loureiro, S/N - São José - SC CNPJ:77858611001414 - Inscrição estadual: - Fone: (CNES 9671145)



Usuário/Matrícula:

Conta paciente

(77858611001414) Nota:

**Emissao:** 

N° atend:

3.478.709

Nº IC: 21.306.929

**EMILLY SOUZA DE ANDRADE** 

Paciente:

Categoria:

Instituto Adventista

Data entrada:

Dt inicial:

27/03/2025 21:29:37 Data saída:

27/03/2025 23:15:04

7584589

Motivo Alta:

Alta melhora

Médico: Dr. MARCELO TROMMER MARTELLI (CRM 32309)

27/03/25 21:29

Convênio:

Tipo atend: Espec/Clinica: 1 Clinica Adulto

3 - Pronto socorro

Proc Princ: 00000000

Tipo acomodação Setor sem acomodação

Sexo: F

Dt final:

15/12/2008

CID Princ: S93.4 Entorse e distensao do tornozelo

Guia: 25727

Instituto Adventista Prontuário: 78225

Senha: 25727

27/03/25 23:15

Refer: 31/03/25

| Movimen | taaãa | do Da | oionto  |
|---------|-------|-------|---------|
| wovimen | iacao | 00 Pa | ıcıenie |

Dt Conta: 27/03/25 21:32

| Seq Cla | assificação     | Setor              | Acomodação           | Unidade | Dt. Entrada         | Dt. Saída           |
|---------|-----------------|--------------------|----------------------|---------|---------------------|---------------------|
| 1 Pror  | nto socorro     | PRONTO ATENDIMENTO | Setor sem acomodação | 1/      | 27/03/2025 21:29:37 | 27/03/2025 23:15:04 |
| 2 Pror  | nto socorro     | ORTOPEDIA          | Setor sem acomodação | 1/      | 27/03/2025 21:36:50 | 27/03/2025 23:15:04 |
| 3 Serv  | viços Especiais | RAIO X             | Setor sem acomodação | 1/      | 27/03/2025 22:10:00 | 27/03/2025 22:10:00 |

#### Honorários Não Conveniados

| Seq | Dt Conta       | Setor                 | Código     | Descrição                            | Qtde | Crm   | Médico         | Função  | Valor  |
|-----|----------------|-----------------------|------------|--------------------------------------|------|-------|----------------|---------|--------|
| 1   | 27/03/25 21:29 | PRONTO<br>ATENDIMENTO | 10101039   | Em Pronto Socorro                    | 1,00 | 32309 | MARCELO        | Clínico | 95,58  |
| 2   | 27/03/25 22:23 | RAIO X                | 40804089   | Articulação Tibiotársica (Tornozelo) | 1,00 | 6606  | PEDRO LEMOS DE | Clínico | 42,18  |
| 3   | 27/03/25 22:26 | RAIO X                | 40804097   | Pé Ou Pododáctilo                    | 1,00 | 6606  | PEDRO LEMOS DE | Clínico | 43,84  |
| 4   | 27/03/25 22:35 | ORTOPEDIA             | 30711029   | Membro Inferior                      | 1,00 | 32309 | MARCELO        | Clínico | 30,41  |
|     | To             | otal de Honorár       | ios Não Co | nveniados                            | 4,00 |       |                |         | 212,01 |

| viateriais |  |
|------------|--|
|            |  |

| Materia | 410      |                                  |       |          |          |          |
|---------|----------|----------------------------------|-------|----------|----------|----------|
| Seq     | Código   | Descrição                        | Unid. | Qtde     | VI Unit. | VI Total |
|         |          | ORTOPEDIA                        |       |          |          |          |
| 1       | 78988780 | ATADURA CREPON 15 CM X 1,8 M     | rl    | 2,0000   | 11,2400  | 22,48    |
| 2       | 70034702 | ATADURA ORTOPEDICA 15 CM X 1,8 M | rl    | 2,0000   | 12,5500  | 25,10    |
| 3       | 78202477 | MALHA TUBULAR ALGODA             | cm    | 100,0000 | 0,0500   | 5,00     |
|         |          | Total - ORTOPEDIA -              |       | 104,0000 |          | 52,58    |
|         |          | Total de Materiais               |       | 104,0000 |          | 52,58    |

Total geral R\$

264,59

### UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA

| U 0 11 11 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 |         |
|---|---------|
| Atendimento:                            | 3476248 |

| _  | and the |     |   | Observa- |
|----|---------|-----|---|----------|
| Co | nrr     | 212 | m | α.       |
|    |         |     |   |          |

Paciente/Usuário Atendimento Nº: 3476248 Nome: ESTER BARBIERI LEHNHARDT Telefone: (48) 988744706 CPF: 48726143801 Endereço: Rua José Onofre Pereira, 1060 ap 307 Responsável:

Nome: ADRIANA Telefone: 5512996162678 16416234890

Rua José Onofre Pereira, 1060 ap. 307 c Endereço:

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 uteis, 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 adimissão do paciente

# UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA

Atendimento: 347

(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 9° da Lei n° 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.

CPF nº

### UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



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:

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.

nesta

| Apos os esclarecimentos prestados atraves do presente cláusula, vem declarar que:   | Termo de Consentimento Livre e Esclar   | recido, disposto nesta                         |
|---|---|--|
| ( ) DESEJA ser acompanhada nos termos da Lei nº 8.08  | 80/1990.  |  |
| Nome da Acompanhante  |   |  |
| ( ) <b>RENUNCIA</b> ser acompanhada nos termos da Lei nº  | 8.080/1990.   |  |
| Cláusula Oitava: As Partes elegem o foro de domicílio o dúvidas, conflitos ou questões oriundas do presente Corseja ou venha a se tornar. | do CONTRATANTE, para que nele sejan<br>ntrato, renunciando a qualquer outro por r | n dirimidas quaisquer<br>mais privilegiado que |
|   | 4   |  |
| São José/SC,//  |   | ,  |
|   | 5°<br>1'  |  |
| CONTRATANTERESPONSÁVEL  | CONTRATADA  |  |
|   |   |  |
| Testemunhas   |   |  |
| 1   | 2   |  |
| Nome:   | Nome:   |  |

CPF n°



| WATE70106                        |   | ndreia.pessoa   | andre  | Página 1  | 18:53  | Impresso em: 25/03/2025 21:18:53   |
|----------------------------------|---|---|--|---|--|--|
|                                  |   |   |  |   |  |  |
|                                  | do Contratado   | 88 - Assinatura do Contratado 25/03/2025                            | liciário parRumantel                                 | 67 - Assinatura do Beneficiário o 25/03/2025  | ação   | 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização  |
| 65 - Total Geral (R\$)           | ses Medicinais R\$  | 63 - Total Medicamentos (R\$)                                       | 2 - Total de OPME (R\$)                              | 61 - Total Materiais (R\$)  | 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)  | 59 - Total Procedimentos (R\$)   |
|                                  |   |   |  |   |  | 58 - Observação / Justificativa  |
|                                  | 9//   | 7//   |  | onsável 5-  | 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 1 | 56 - Data de Realização de Procedimentos er 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1  |
|                                  |   |   |  |   |  |  |
| 55 - Código CBO                  | 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Co                     | 52 - Conselho Profissional  | 52-0   | 51 - Nome do Profissional   |  | 3<br>Identificação do(s) Profissional(s) Executante(s)<br>48 - Seq.Ref. 49 - Gr.Part. 50 - Código na Operadora/CPF                       |
|                                  |   |   |  |   |  | n 4 ω Ν  |
| rio (R\$) 47 - Valor Total (R\$) | 14 - Tec. 45 - Falor Red /Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$) | 42-Qide. 43-Via 44-Tec.   |  | 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição  | 39 - Tabela  | Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados<br>36 - Data 37 - Hora inicial a 38 - Hora final                                   |
|                                  |   |   | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento           | 34 - Tipo de Consulta   | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)  | Dados do atendimento  32 - Tipo de Atendimento  33 - Indicac   |
| 31 - Código CNES                 |   |   |  |   | 30 - Nome do Contratado  | 5 Dados do Contratado Executante 29 - Código nº Operadora  |
|                                  |   |   |  |   |  | 4 & 4  |
| 28 - Qtde-Aut.<br>1              | 27 - Qide,Solic. 28   |   |  | 26 - Descrição<br>CONSULTA EM PRONTO SOCORRO  |  | 24-Tabela         25-Código do Procedimento ou Item Assistencial           1         22           10101039                               |
|                                  |   |   |  | Clinica   | ns Assistenciais Solicitados<br>Data da Solicitação 23 - Indicação Clínica<br>3/2025               | Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados  21 - Caráter do Atendimento 22 - Data da Solicitação 25/03/2025 |
|                                  | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante                 | 19 - Código CBO<br>225125   | 17 - Número no Conselho SC                           | 16 - Conselho Profissional 6  | perado   | 15 - Nome do Profissional Solicitante Requisitante Nao Cadastrado/nao Cooperado  |
|                                  | ×   |   |  | 14 - Nome do Contratado<br>UNIMED GRANDE FLORIANOPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO | 14 - Nome do Contratado<br>UNIMED GRANDE FLORIJ  | 13 - Código na Operadora<br>77858611001414   |
| z                                |   |   | ESTER BARBIERI LEHNHARDT                             |   | 25/03/2025   | 72051962  Dados do Solicitante   |
| 12 - Atendimento a RN            | 11 - Cartão Nacional de Saúde                               | l 11 - Cartão   |  |   | 9 - Validade   | eficiário<br>da Carteira   |
|                                  |   |   | 7 - Número da Guia Atribuido pela Operadora<br>25629 | 6 - Data Validade da Senha  |  | 4 - Data da Autorização 5 - Senha 25/03/2025 25629   |
|                                  |   |   |  | ,   | Principal  | 1 - Registro ANS 3 - N° Guia Principal   |
| v.3.0<br>Atend.: 3476248         | E TERAPIA - SP/SADT<br>2 - N° Guia no Prestador 5847141     | E DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT<br>2 - Nº Guia no Prestador 58471 | GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE C | /IÇO PROFISSIONA  | GUIA DE SERV   | Instituto Adventista   |
|                                  |   |   |  |   |  |  |



# **AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO**

Aluno: Ester Barbieri Lehnhardt Nº da Carteirinha: 7.205.1962

Instituição: Colégio Adventista Palhoça

Data de Nascimento: 12/07/2014

Nº da Guia: 25629



| Data da Ocorrência   | Horário | Local | Atividade |
|----------------------|---------|-------|-----------|
| Data da Ocoli elicia | HUIAHIO | Local | Alividade |

25/03/2025

17:22:00 Ouadra Aula de educação física

O que aconteceu Partes do corpo

Torcão

Descrição

Em uma atividade com outra aluna, acabou machucando a mão (educação fisica)

Testemunha da ocorrência Telefone

Geovana Martins (48) 99935-1000

Mão Esquerda

Geovana Martins (48) 99935-1000

Quem prestou primeiros socorros Data

Geovana Martins 25/03/2025

Local de atendimento NIO Rairro Telefone Endereço HUGF - HOSPITAL UNIMED GRANDE 191

**FLORIANÓPOLIS** 

Rua Manoel Loureiro

Barreiros

(48) 3288-4100

#### Observações

Foi aplicado gelo no local e comunicado aos responsáveis.

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

e in the first contract of the first contrac

national and a second of the control of the control

garante de Promonio de La Maria de La Carta de C



### Evolução Paciente

| Data Nascto. 12/07/2014 10 Anos Sexo Feminino | Prontuário 99.830.884 Dt. Entrada 25/03/2025 21:17:00 |
|---|---|
| Sexo Feminino                                 | Dt. Entrada 25/03/2025 21:17:00                       |
|   |   |
| Telefone 988744706                            | Convênio Instituto Adventista Instituto               |
| Leito 1                                       |   |

| 1 | Data evolução    | Liberação   | Função | Tipo evolução      | Especialidade | Usuário                    | Código prof |
|---|------------------|-------------|--------|--------------------|---------------|----------------------------|-------------|
|   | 25/03/2025 21:34 | 25/03 21:37 | Médico | Evolução Médica PA |               | CASSIO<br>ALVES<br>KONRATH | CRM 19344   |

#### Evolução Médica PA Adulto - ORTOPEDIA

Queixa Principal: Acomp mae Adriana

Paciente refere entores polegar E durante Ed Fisica, vindo por dor local. Nega trauma ou queixas em demais membros/coluna ou pelve. Nega deficit motor ou sensitivo associado. Nega febre. ALERGICA IBUPROFENO

EF: força/sensibilidade/perfusao mantidas mao E, polegar com adm mantida, sem crepitação, sem deformidade evidente, sem lesao de pele, sem sinais flogisticos ou infecciosos, sem sinal de SD Compartimental, dor regiao base mtc-fal, sem bocejo

CD: Rx

Reavaliação após

Encaminhamento ao Ambulatório UGF?: não

Impresso em: 31/03/2025 08:00:01 Página 1 priscilacarla.s CATE23

Documento assinado digitalmente conforme a ICP-Brasil, MP 2.200-2/2001 no sistema certificado SBIS-SRES-068 por CASSIO ALVES KONRATH, às 23:46-03:00 de 25/03/2025 - Válida



Paciente: ESTER BARBIERI LEHNHARDT

Data de Nascimento: 12/07/2014 Idade: 10anos 8M Sexo: F

Data do Exame: 25/03/2025

Solicitante: Dr.(a) CASSIO ALVES KONRATH Protocolo: UGF3476248 Senha: 185828

unimedflorianopolis.com.br Central de Atendimento: (48) 3288 4100 Informações: 0800 048 3500

### RADIOGRAFIA DIGITAL DA MÃO ESQUERDA

Alinhamento articular mantido. Estrutura óssea normal. Interlinhas articulares preservadas. Partes moles sem alterações radiográficas.







#### Manoel Loureiro, S/N - São José - SC CNPJ:77858611001414 - Inscrição estadual: - Fone: (CNES 9671145)



Usuário/Matrícula:

72051962

Conta paciente

(77858611001414) Nota:

**Emissao:** 

N° atend: 3.476.248

> Nº IC: 21.304.148

Paciente: **ESTER BARBIERI LEHNHARDT** 

Instituto Adventista

Instituto Adventista

Categoria:

Prontuário: 99830884 Data entrada:

25/03/2025 21:17:00

Convênio:

Data saída: 25/03/2025 23:23:20

Motivo Alta: Alta melhora

Tipo atend: 3 - Pronto socorro Espec/Clinica: 1 Clinica Adulto

Médico: Dr. CASSIO ALVES KONRATH (CRM 19344) Proc Princ: 00000000

Tipo acomodação Enfermaria

Sexo: F

12/07/2014 CID Princ: S63.6 Entorse e distensao de dedos

Senha: 25629 Guia: Não informada,25629

Dt Conta: 25/03/25 21:18 Dt inicial: 25/03/25 21:17 Dt final: 25/03/25 23:23 Refer: 31/03/25

Movimentação do Paciente

|     | -                  |                    |                      |         |                     |                     |
|-----|--------------------|--------------------|----------------------|---------|---------------------|---------------------|
| Seq | Classificação      | Setor              | Acomodação           | Unidade | Dt. Entrada         | Dt. Saída           |
| 1   | Pronto socorro     | PRONTO ATENDIMENTO | Setor sem acomodação | 1/      | 25/03/2025 21:17:00 | 25/03/2025 23:23:20 |
| 2   | Pronto socorro     | ORTOPEDIA          | Setor sem acomodação | 1/      | 25/03/2025 21:24:30 | 25/03/2025 23:23:20 |
| 3   | Serviços Especiais | RAIO X             | Setor sem acomodação | 1/      | 25/03/2025 21:39:00 | 25/03/2025 21:39:00 |

Honorários Não Conveniados

| Seq | Dt Conta       | Setor                 | Código     | Descrição                                      | Qtde | Crm   | Médico        | Função  | Valor  |
|-----|----------------|-----------------------|------------|--|------|-------|---------------|---------|--------|
| 1   | 25/03/25 21:17 | PRONTO<br>ATENDIMENTO | 10101039   | Em Pronto Socorro                              | 1,00 | 19344 | CASSIO ALVES  | Clínico | 95,58  |
| 2   | 25/03/25 21:51 | RAIO X                | 40803120   | Mão Ou Quirodáctilo                            | 1,00 | 6561  | NELSON CABRAL | Clínico | 42,18  |
| 3   | 25/03/25 22:22 | ORTOPEDIA             | 30711010   | Imobilizações Não-Gessadas (Qualquer Segmento) | 1,00 | 19344 | CASSIO ALVES  | Clínico | 15,21  |
|     | To             | tal de Honorári       | ios Não Co | nveniados                                      | 3,00 |       |               |         | 152,97 |

Total de Honorários Não Conveniados

| Materia | ais      |                                     |       |        |          |          |
|---------|----------|-------------------------------------|-------|--------|----------|----------|
| Seq     | Código   | Descrição                           | Unid. | Qtde   | VI Unit. | VI Total |
|         |          | ORTOPEDIA                           |       |        |          |          |
| 1       | 78365678 | ATADURA CREPON 06 CM X 1,8 M        | rl    | 1,0000 | 1,2300   | 1,23     |
| 2       | 78202850 | TALA METALICA IMOBILIZACAO 16X250MM | und   | 1,0000 | 4,5200   | 4,52     |
|         |          | Total - ORTOPEDIA -                 |       | 2,0000 |          | 5,75     |
|         |          | Total de Materiais                  |       | 2,0000 |          | 5,75     |

Total geral R\$ 158,72

| DIDE      | 1468      | 0003     | raping.      |
|-----------|-----------|----------|--------------|
| 11        | 111       | TEG:     | 4            |
| Streetmen | abadaan h | niconini | d Alexandria |

Endereço:

### UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA

| ndime |  |  |
|-------|--|--|

| Contra                        | tante:                                    |                          |     |
|-------------------------------|---|--------------------------|-----|
| Paciente/Usuário              |   | Atendimento Nº: 3472086  |     |
| Nome: GABRIEL FERNANDES TOMAZ |   | Telefone: (48) 998048741 |     |
| CPF: 13733853911              |   | RG:                      |     |
| Endereç                       | o: Servidão Catarina Claudina Espindola , |                          | 400 |
| Respon                        | nsável:                                   |                          |     |
| Nome:                         | ELENITA                                   | Telefone: 554899999999   |     |
| CPF:                          | 04821883910                               | 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.

Servidão Catarina Claudina Espindola, 16

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

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 prostados a halata banaária contemplando o valor total do nacemento estrayás do a mail

#### OOI - COIILIALO DE LIESLAÇÃO DE CELVIÇOS LICSPILAIALES - LA



(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 beneficios, 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



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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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:   | disposito fiesta   |
|---|--|
| ( ) <b>DESEJA</b> ser acompanha   | da nos termos da Lei nº 8.080/1990.  |
| Nome da Acompanhante  |  |
| CPF n°  |  |
| ( ) <b>RENUNCIA</b> ser acompa  | nhada nos termos da Lei nº 8.080/1990.   |
| Cláusula Oitava: As Partes e dúvidas, conflitos ou questõe seja ou venha a se tornar. | legem o foro de domicílio do <b>CONTRATANTE</b> , para que nele sejam dirimidas quaisquer so oriundas do presente Contrato, renunciando a qualquer outro por mais privilegiado que   |
| São José/SC,////  | Tomanolis Tomano |
| Testemunhas   |  |
| 1   | 2  |
| Nome:   | Nome:  |
| CPF n°  | CPF n°   |

Impresso em: 21/03/2025 14:24:21 58 - Observação / Justificativa Instituto Adventista 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 59 - Total Procedimentos (R\$) 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq.Ref.

49 - Gr.Part.

50 - Código na Operadora/CPF Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados
36 - Data 37 - Hora inicial a 38 - Hora final Dados do atendimento 32 - Tipo de Atendimento Dados do Contratado Executante 29 - Código na Operadora Dados da Solicitação / Procedimento 21 - Caráter do Atendimento 15 - Nome do Profissional Solicitante 4 - Data da Autorização 21/03/2025 1 - Registro ANS 13 - Código na Operadora 77858611001414 Dados do Beneficiário 8 - Número da Carteira Requisitante Nao Cadastrado/nao Cooperado 2501541 24 - Tabela 22 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 5 - Senha 3 - N° Guia Principal 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 22 - Data da Solicitação 21/03/2025 10101039 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 39 - Tabela 30 - Nome do Contratado 14 - Nome do Contratado UNIMED GRANDE FLORIANOPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 26 - Descrição 23 - Indicação Clínica 9 - Validade da Carteira 21/03/2025 51 - Nome do Profissiona 40 - Código do Procedimento 61 - Total Materiais (R\$) 6 - Data Validade da Senha 16 - Conselho Profissional 34 - Tipo de Consulta Página 67 - Assinatura do Beneficiario ou Respo 21/03/2025 10 - Nome GABRIEL FERNANDES TOMAZ 41 - Descrição 17 - Número no Conselho 2526 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 25475 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento 62 - Total de OPME (R\$) なってをと gabrielly.opusz 18 - UF SC Lowal 52 - Conselho Profissional 63 - Total Medicamentos (R\$) 19 - Código CBO 225125 42 - Otde. 68 - Assinatura do Contratado 21/03/2025 11 - Cartão Nacional de Saúde 2 - N° Guia no Prestador 5839832 20 - Assinatura do Profissional Solicitante 43 - Via 44 - Tec. 64 - Total Gases Medicinais R\$ 53 - Número no Conselho 45 - Fator Red / Acresc. 27 - Qtde,Solic 46 - Valor Unitário (R\$) 65 - Total Geral (R\$) 55 - Código CBO 28 - Qtde.Aut 12 - Atendimento a Atend.: 347 31 - Código C 47 - Valor Tol WATE:



# **AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO**

Aluno: Gabriel Fernandes Tomaz Nº da Carteirinha: 7.205.1541

Instituição: Colégio Adventista Palhoça

Data de Nascimento: 02/01/2009

Nº da Guia: 25475



| Data da Ocorrência | Horário  | Local  | Atividade               |
|--------------------|----------|--------|-------------------------|
| 21/03/2025         | 11:38:00 | Quadra | Aula de educação física |

| O que aconteceu  | Partes do corpo |
|--|-----------------|
| Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro) | Olho Direito    |

#### Descrição

O aluno estava jogando futebol, usando óculos, e a bola acertou o seu rosto. O impacto fez com que cortasse o supercílio. O local ficou roxo e com corte.

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Sara - Professora        | (48) 3083-9450 |
| Hemili - Monitora        | (48) 3083-9450 |

| Quem prestou primeiros socorros            | Data       |
|--|------------|
| Glaucya Collaço - Coordenadora Disciplinar | 21/03/2025 |

| Local de atendimento                           | Endereço            | Nº  | Bairro    | Telefone       |
|--|---------------------|-----|-----------|----------------|
| HUGF - HOSPITAL UNIMED GRANDE<br>FLORIANÓPOLIS | Rua Manoel Loureiro | 191 | Barreiros | (48) 3288-4100 |

#### Observações

Foi aplicado gelo no local e encaminhado para atendimento médico.

Ass.:

76.726.884/0135-30 INST. ADV. SUL BRAS. DE EDUCAÇÃO COLÉGIO ADVENTISTA

> Av. Raulino Pagani , Nº 420 CEP:88132-199 - Pagani

Palhoca/SC

Clausua gardini Cellac

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 ord hr / nortoalegre clinicaadventista ord hr

I. B. 726, 804/0135-500
UST ASV SUL BRAG OF FOURACAD
COLCED COVERTISTA
AN RESULTED COVERTISTA
CEP SOTO-SECTION
CEP SOTO-SECTION
INDIPOCATS



### Evolução Paciente

| 1 |              |                         |             |                                |
|---|--------------|-------------------------|-------------|--------------------------------|
|   | Paciente     | GABRIEL FERNANDES TOMAZ | Atendimento | 3.472.086                      |
|   | Data Nascto. | 02/01/2009 16 Anos      | Prontuário  | 99.869.556                     |
|   | Sexo         | Masculino               | Dt. Entrada | 21/03/2025 14:20:03            |
|   | Telefone     | 998048741               | Convênio    | Instituto Adventista Instituto |
|   | Leito        | 1                       |             |                                |

Data evoluçãoLiberaçãoFunçãoTipo evoluçãoEspecialidadeUsuárioCódigo prof21/03/2025 14:5521/03 14:57MédicoEvolução Médica PACHARLESCRM 32425ALENCAR

### Evolução Médica PA Adulto - ANAMNESE INICIAL - CLÍNICO GERAL

**Avaliação Médica:** Sinais Vitais Triagem:

FC: 80 PAS: 111 PAD: 60 Temp: 36,9 FR: 18 SatO2: 100

Paciente relata que apresentou trauma em regiao de supercilio direito com bola de futebol ha 3 horas

#Alergia: Nega

#### #BEG

AP: MV+ bilat SRAAC: 2BCNF S/S

- AAB: RHA+, flácido, indolor a palpação, sem sinais de peritonite
 - Presença de hiperemia em regiao de supercilio esquerdo, sem FCC

#HD: TCE leve

### #PLANO

Alta hospitalar com medicação Oriento paciente sobre Q.C Retorno S/N

Doenças de base : Nega doenças;

Paciente será reavaliado?: não

Paciente foi encaminhado aos programas de Promoção à Saúde? : não

Paciente suspeito ou confirmado para Dengue?: não Paciente necessita de Exames de Imagem eletivos?: não Paciente encaminhado ao Ambulatório do HUGF?: não

Impresso em: 28/03/2025 11:45:32 Página 1 priscilacarla.s CATE23

Documento assinado digitalmente conforme a ICP-Brasil, MP 2.200-2/2001 no sistema certificado SBIS-SRES-068 por CHARLES ALENCAR MARX, às 16:02-03:00 de 21/03/2025 - Válida

# UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA

| 11.0  |       |      |     | ш  |    |
|-------|-------|------|-----|----|----|
| Atend | dimen | ito: | 347 | 97 | 48 |

-32

.

#### Contratante:

| Paciente/Usuário                        | Atendimento Nº: 3479748  |  |
|---|--------------------------|--|
| Nome: GUSTAVO DOS SANTOS MARTINS        | Telefone: (48) 998115410 |  |
| CPF: 12453778927                        | RG:                      |  |
| Endereço: Rua Manoel Luiz Teixeira, 469 |                          |  |

| Respo   | nsável:                                 |                         |  |
|---------|---|-------------------------|--|
| Nome:   | LERIDES                                 | Telefone: 5548998115410 |  |
| CPF:    | 98697684900                             | RG: 34144625            |  |
| Endered | co: Rua Manoel Luiz Teixeira , 469 casa |                         |  |

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

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 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 adimissão do paciente

Nome:

CPF nº

# UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



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:

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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

| que não foi coagida (forçada) sob nenhuma forma para assinar o refer<br>Após os esclarecimentos prestados através do presente <i>Termo de</i> (<br>cláusula, vem declarar que: | rido documento.  Consentimento Livre e Esclarecido, disposto nesta                                |
|--|---|
| DESEJA ser acompanhada nos termos da Lei nº 8.080/1990.  |   |
| Nome da Acompanhante   |   |
| CPF n°   |   |
| ) <b>RENUNCIA</b> ser acompanhada nos termos da Lei nº 8.080/1990.   |   |
| Cláusula Oitava: As Partes elegem o foro de domicílio do CONTRA dúvidas, conflitos ou questões oriundas do presente Contrato, renun seja ou venha a se tornar.                 | ATANTE, para que nele sejam dirimidas quaisquer ciando a qualquer outro por mais privilegiado que |
| São José/SC,/  |   |
| CONTRATANTERPERPONE (NEX   |   |
| CONTRATANTE/RESPONSÁVEL  | CONTRATADA  |
| Testemunhas  |   |
| 1  |   |

Nome:

CPF n°

v.s.o Atend.: 3479748 GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2 - N° Guia no Prestador 5853264

į.

Instituto Adventista

| 1 - Registro ANS   | 3 - N° Guia Principal   |  |                                     |  |                                      |  |   |
|--|---|--|-------------------------------------|--|--------------------------------------|--|---|
| 4 - Data da Autorização  | 5 - Senha<br>25824  | 6 - Data   | 6 - Data Validade da Senha          | 7 - Número da Guia Atribuido pela Operadora<br>25824         | Operadora                            |  |   |
| eficiârio  | The second state of the second second   |  |                                     |  |                                      | 111 - Cartão Nacional de Saúde                     | 12 - Atendimento a RN                         |
| 8 - Número da Carteira<br>25824  |   | 9 - Validade da Cartera<br>09/09/2025  |                                     | GUSTAVO DOS SANTOS MARTINS                                   |                                      |  | 2   |
| Dados do Solicitante   |   |  |                                     |  |                                      |  |   |
| 13 - Código na Operadora   |   | 14 - Nome do Contratado UNIMED GRANDE FLORIANOPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO | - COOPERATIVA DE 1                  | FRABALHO MEDICO  |                                      |  |   |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante Recuisitante Nao Cadastrado/nao Cooperado                        | Jerado  | 16 - Co  | nselho Profissional<br>6            | 16 - Conselho Profissional 17 - Número no Conselho 6 2526    | 18 - UF 19 - Código CBO<br>SC 225125 | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante        |   |
| Dados da Solicitação / Procedin  | tenciais Solicitados  |  |                                     |  |                                      |  |   |
| 21 - Caráter do Atendimer<br>2   | _   | 23 - Indicação Clinica   |                                     |  |                                      |  |   |
| 24 - Tabela 25 - Código d<br>1 22  |   | 26 - Descrição<br>CONSULTA EM PRONTO SOCORRO   | O SOCORRO                           |  |                                      | 27 - Olde.Solic.                                   | 28 - Qtde.Aut.<br>1                           |
|  | <b>X</b>  | \$   |                                     |  |                                      | 35   |   |
| 3  | ů.  |  |                                     |  |                                      |  |   |
| 5  |   |  |                                     |  |                                      |  |   |
| Dados do Contratado Executante<br>29 - Código na Operadora   | 10 - Nome do Contratado   | Sontratado   |                                     |  |                                      |  | 31 - Código CNES                              |
| 1  |   | orderer.   |                                     |  |                                      |  |   |
| 32 - Tipo de Atendimento   | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)                                     |  | 34 - Tipo de Consulta               | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento                   | dimento                              |  |   |
| Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados<br>36 - Data 37 - Hora inicial a 38 - Hora final | entos e Exames Realizados<br>na inicial a 38 - Hora final 39 - Tabela                           | 40 - Código do Procedimento  | mento 41 - Descrição                | ão   | 42 - Qtde.                           | 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator Red JAcresc. 46 - Va | 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R |
| 1 2  |   |  |                                     |  |                                      |  |   |
| 3  |   |  |                                     |  |                                      |  |   |
| 5  |   |  | The second second                   |  |                                      | 100  | 18  |
| Idertificação do(s) Profissional<br>48 - Seq.Ref. 49 - Gr  | demtircação do(s) Profissionalis)<br>48 - Seq.Ref. 49 - Gr.Part. 50 - Código na Operadora/GPF   | 51 - Nome do Profissional  | nal                                 |  | 52 - Conselho Profissional           | 53 - Número no Conselho 54 - UF                    | 55 - Código CBO                               |
|  |   |  |                                     |  |                                      |  |   |
| 56 - Data de Realização de Proc  | s - nara de Realizacão de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | eficiário ou Responsável   |                                     |  |                                      |  |   |
| 1 1 1 2  | 3   |  |                                     | 6. / /   | 7//                                  |  |   |
| 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 Medicinals R\$                    | 65 - Total Geral (R\$)                        |
|  | I pela Autorização  |  | 67 - Assinatura do Be<br>28/03/2025 | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável<br>28/03/2025 |                                      | 68 - Assinatura do Contratado<br>28/03/2025        |   |
| ,  | 1   |  |                                     |  |                                      |  |   |
| Impresso em: 28/03/2025 18:25:33   | 2025 18:25:33   |  | Página 1                            |  | diogo.petry                          |  | WATE701                                       |

# **AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO**

Aluno: Gustavo dos Santos Martins Nº da Carteirinha: 7.205.1840

Instituição: Colégio Adventista Palhoça

Data de Nascimento: 09/02/2011

Nº da Guia: 25824



| Data da Ocorrência | Horário  | Local   | Atividade               |
|--------------------|----------|---------|-------------------------|
| 28/03/2025         | 16:11:00 | Ginásio | Aula de educação física |

| O que aconteceu | Partes do corpo  | and provide a state of the stat |
|-----------------|--|--|
| Torção          | Tornozelo Direito  | and the second second second second second   |
| Torção          | Processing and American Control of the Control of t |  |

### Descrição

O aluno estava jogando vôlei na aula de educação física, quando caiu e torceu o tornozelo direito

| Audio                    | Telefone        |
|--------------------------|-----------------|
| Testemunha da ocorrência | (48) 98825-6077 |
| Samuel                   | (48) 98825-6077 |
| Samuel                   |                 |

| AND THE PROPERTY OF THE PROPER | Data   |
|--|--|
| Quem prestou primeiros socorros  |  |
| and the second s | 28/03/2025   |
| Samuel(monitor)  | Commence of the commence of th |
|  | The second secon |

| ocal de atendimento | Endereço            | Nº  | Bairro    | Telefone       |
|---------------------|---------------------|-----|-----------|----------------|
| - CRANDE            | Rua Manoel Loureiro | 191 | Barreiros | (48) 3288-4100 |

#### Observações

Foi aplicado geio no local; Os responsáveis foram avisados.

Glaucya Francini Collaco

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     | GUSTAVO DOS | S SANTOS MARTINS | Atendimento | 3.479.748 |
|--------------|-------------|------------------|-------------|-----------|
| Data Nascto. | 09/02/2011  | 14 Anos          | Prontuário  | 95.155    |

SexoMasculinoDt. Entrada28/03/2025 18:24:00Telefone998115410ConvênioInstituto Adventista Instituto

Leito 1

Data evoluçãoLiberaçãoFunçãoTipo evoluçãoEspecialidadeUsuárioCódigo prof28/03/2025 18:5428/03 18:54MédicoEvolução Médica PAJULIANOCRM 17278

TEIXEIRA DE SA

### Evolução Médica PA Adulto - ORTOPEDIA

Queixa Principal: entorse tornozelo e pe D

dor e aumento de volume dor a palp ligamentar

rx , sp repouso

tratamento conservador lesao ligamentar

analgesia muletas imobilização

Encaminhamento ao Ambulatório UGF?: não

Impresso em: 31/03/2025 08:44:10 Página 1 priscilacarla.s CATE23



Paciente: GUSTAVO DOS SANTOS MARTINS

Data de Nascimento: 09/02/2011 Idade: 14anos 1M Sexo: M

Data do Exame: 28/03/2025

Solicitante: Dr.(a) JULIANO TEIXEIRA DE SA Protocolo: UGF3479748 Senha: 372184

unimedflorianopolis.com.br Central de Atendimento: (48) 3288 4100 Informações: 0800 048 3500

### RADIOGRAFIA DIGITAL TORNOZELO DIREITO

Estrutura óssea preservada.

Relações articulares conservadas.

Partes moles sem alterações radiográficas.







Paciente: GUSTAVO DOS SANTOS MARTINS

Data de Nascimento: 09/02/2011 Idade: 14anos 1M Sexo: M

Data do Exame: 28/03/2025

Solicitante: Dr.(a) JULIANO TEIXEIRA DE SA Protocolo: UGF3479748 Senha: 372184

unimedflorianopolis.com.br Central de Atendimento: (48) 3288 4100 Informações: 0800 048 3500

### RADIOGRAFIA DIGITAL PÉ DIREITO

Estrutura óssea preservada.

Relações articulares conservadas.

Partes moles sem alterações radiográficas.







#### Manoel Loureiro, S/N - São José - SC CNPJ:77858611001414 - Inscrição estadual: - Fone: (CNES 9671145)



Usuário/Matrícula:

Conta paciente

(77858611001414) Nota:

**Emissao:** 

3.479.748

Espec/Clinica: 1 Clinica Adulto

N° atend:

Nº IC: 21.307.897

**GUSTAVO DOS SANTOS MARTINS** 

Instituto Adventista

Categoria:

Instituto Adventista

Proc Princ: 30728134

Paciente:

Data

Prontuário: 95155 Data entrada:

28/03/2025 18:24:00

Data saída:

28/03/2025 18:54:28

25824

Motivo Alta: Tipo atend:

Alta melhora 3 - Pronto socorro

Médico: Dr. JULIANO TEIXEIRA DE SA (CRM 17278) Lesões Ligamentares Agudas Ao Nível Do Tornozelo - Tratamento

Convênio:

Tipo acomodação Apartamento

Sexo: M

CID Princ: S93.4 Entorse e distensao do tornozelo

Senha: Guia: Não informada,25824

Dt Conta: 28/03/25 18:24 Dt inicial: 28/03/25 18:24 Dt final: 28/03/25 18:54 Refer: 31/03/25

| Movimenta | ão do | Paciente |
|-----------|-------|----------|
|           |       |          |

09/02/2011

| Seq | Classificação      | Setor              | Acomodação           | Unidade | Dt. Entrada         | Dt. Saída           |
|-----|--------------------|--------------------|----------------------|---------|---------------------|---------------------|
| 1   | Pronto socorro     | PRONTO ATENDIMENTO | Setor sem acomodação | 1/      | 28/03/2025 18:24:00 | 28/03/2025 18:54:28 |
| 2   | Pronto socorro     | ORTOPEDIA          | Setor sem acomodação | 1/      | 28/03/2025 18:29:21 | 28/03/2025 18:54:28 |
| 3   | Serviços Especiais | RAIO X             | Setor sem acomodação | 1/      | 28/03/2025 18:37:00 | 28/03/2025 18:37:00 |

| Honoi | Honorários Não Conveniados          |                       |          |   |      |       |                  |         |        |
|-------|-------------------------------------|-----------------------|----------|---|------|-------|------------------|---------|--------|
| Seq   | Dt Conta                            | Setor                 | Código   | Descrição   | Qtde | Crm   | Médico           | Função  | Valor  |
| 1     | 28/03/25 18:24                      | PRONTO<br>ATENDIMENTO | 10101039 | Em Pronto Socorro   | 1,00 | 17278 | JULIANO TEIXEIRA | Clínico | 73,52  |
| 2     | 28/03/25 18:45                      | RAIO X                | 40804089 | Articulação Tibiotársica (Tornozelo)  | 1,00 | 12071 | JOEL SUSUMU      | Clínico | 42,18  |
| 3     | 28/03/25 18:46                      | RAIO X                | 40804097 | Pé Ou Pododáctilo   | 1,00 | 12071 | JOEL SUSUMU      | Clínico | 43,84  |
| 4     | 28/03/25 18:54                      | ORTOPEDIA             | 30728134 | Lesões Ligamentares Agudas Ao<br>Nível Do Tornozelo - Tratamento<br>Incruento | 1,00 | 17278 | JULIANO TEIXEIRA | Clínico | 102,48 |
|       | Total de Honorários Não Conveniados |                       |          | nveniados   | 4,00 |       |                  |         | 262,02 |

Total geral R\$ 262,02

# UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA

Atendimento: 3472071

| 1.0 | ntratanta |  |
|-----|-----------|--|

Endereço:

| Paciente                | /Usuário                                   | Atendimento №: 3472071   |   |
|-------------------------|--|--------------------------|---|
| Nome: ISABELA CAMPOLINO |  | Telefone: (48) 999111523 |   |
| CPF: 11                 | 154085937                                  | RG:                      |   |
| Endereç                 | o: Rua Professor Clementino de Brito , 205 |                          |   |
| Respo                   | nsável:                                    | 97.                      | * |
| Nome:                   | MARCOS                                     | Telefone: 5548988224455  |   |
| CPF:                    | 01697645917                                | RG: 18135420SSP          |   |

Rua Professor Clementino de Brito, 205 APT 1203

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 uteis, 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 adimissão do paciente

Unimed #

# UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA

Atendimento: 3472071

(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 beneficios, riscos, complicações potenciais e alternativas aos procedimentos sugeridos, proporcionando-lhe livre questionamento e respondendo inteira e satisfatoriamente às perguntas porventura existentes;

(xii.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



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:

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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:   |   | a 7 5 (a 2007)   |   |
|---|---|--|---|
| ( ) <b>DESEJA</b> ser acompanhada nos termos da Lei nº 8  | 3.080/1990.                             |  |   |
| Nome da Acompanhante  |   |  |   |
| CPF n°  |   |  |   |
| ( ) <b>RENUNCIA</b> ser acompanhada nos termos da Lei   | n° 8.080/1990.                          |  |   |
| Cláusula Oitava: As Partes elegem o foro de domicíl dúvidas, conflitos ou questões oriundas do presente eseja ou venha a se tornar. | io do <b>CONTRA</b><br>Contrato, renunc | FANTE, para que nele sejam din iando a qualquer outro por mais | rimidas quaisquer<br>s privilegiado que |
| São José/SC,/   |   |  |   |
| CONTRATANTE/RESPONSAVEL   |   | CONTRATADA   |   |
| ** ** ** ** ** ** ** ** ** ** ** ** **  |   |  | 8 8<br>4 1 4                            |
| Testemunhas   |   |  | 13%                                     |
| , 1   | 2-                                      |  | e                                       |
| Nome:<br>CPF n°   | Nome:<br>CPF n°                         | 1  |   |
| h8  |   |  |   |



## **AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO**

Aluno: Isabela Campolino Nº da Carteirinha: 7.58.4843

Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Estreito



| Data da Ocorrência  | Horário                | Local                     |  | Α              | tividade       |            |                             |
|---|------------------------|---------------------------|--|----------------|----------------|------------|-----------------------------|
| 21/03/2025  | 09:11:00               | Quadra                    |  | A              | ula de educaçã | ão físic   | a                           |
| O que aconteceu   |                        |                           | Partes do corpo  | or Primary Co. |                |            |                             |
| tropeço   |                        |                           | Tornozelo Direito  |                |                |            |                             |
| Descrição   |                        |                           | and the contract of the contra |                |                |            |                             |
|   |                        |                           |  |                |                |            |                             |
| A aluna estava na aula                                      | de educação            | o física piso a bola e ac | abou tropeçando e est  | ta (           | com dor no tor | nozelo     |                             |
| A aluna estava na aula  Testemunha da ocor                  |                        | o física piso a bola e ac | abou tropeçando e est  | ta (           | com dor no tor |            | efone                       |
|   |                        | o física piso a bola e ac | abou tropeçando e est  | ta (           | com dor no tor | Tel        |                             |
| Testemunha da ocor  | rência                 |                           | abou tropeçando e est  | ta             | com dor no tor | Tel        | <b>efone</b><br>) 3039-8054 |
| Testemunha da ocor<br>Marcia de Zousa<br>Quem prestou prime | rência<br>iros socorro |                           | abou tropeçando e est  | ta (           | com dor no tor | Tel<br>(48 | <b>efone</b><br>) 3039-8054 |
| <b>Testemunha da ocor</b><br>Marcia de Zousa                | rência<br>iros socorro |                           | abou tropeçando e est  |                | com dor no tor | Tel<br>(48 | efone<br>) 3039-8054        |

A aluna foi direcionada ao hospital .

Ass.:

Jerry Abdoral Borges

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

The state of the s

| WATE70106  |  | ndreia.pessoa  | anı  | Página 1  | 5:30   | Impresso em: 21/03/2025 14:15:30  | Impresso em  |
|--|--|--|--|---|--|---|--|
|  |  |  | .\   |   |  |   |  |
|  | 68 - Assinatura do Contratado 21/03/2025   | 68 - Assinatur<br>21/03/2025   | rio ou Responsavei                                   | 67 - Assinature do Beneficiário ou Responsável 21/03/2026 | āo   | 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização   | 66 - Assinatura do                                       |
| 65 - Total Geral (R\$)                           | ses Medicinais R\$   | 63 - Total Medicamentos (R\$)  | 62 - Total de OPME (R\$)                             | 61 - Total Materiais (R\$)                                | 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)  |   | 59 - Total Procedimentos (R\$)                           |
|  |  |  |  |   |  | ustificativa  | 58 - Observação / Justificativa                          |
|  | 10   | 8/   |  | 6   | 4/_/   |   | 2  |
|  | 9//  | 1//  | ,              | ponsável 5  | iérie 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável   | 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série<br>1/   | 56 - Data de Realiz                                      |
|  |  |  |  |   |  |   |  |
| 8  |  |  |  |   |  |   |  |
| 55 - Código CBO                                  | 53 - Número no Conselho 54 - UF  | 52 - Conselho Profissional   |  | 51 - Nome do Profissional                                 |  | 5  demificação do(s) Profissional(s) Executante(s)  48 - Son Ref.  49 - Gr.Part.  50 - Código na Operadora/CPF                          | 5 Identificação do(s)                                    |
|  |  |  |  |   |  |   | 4 3 2  |
| 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$) | 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator Red / Acresc. 46 - Valor   | 42 - Qide. 43 - Via  |  | 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição                | 39 - Tabela  | 36 - Data 37 - Hora inicial a 38 - Hora linal 1   | 36 - Data 1  |
|  |  |  | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento           | 34 - Tipo de Consulta                                     | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)  | mento 33 - Indicação  | Dados do atendimento 32 - Tipo de Atendimento            |
| 31 - Código CNES                                 |  |  |  |   | 30 - Nome do Contratado  | lo Executante<br>radora   | 5 Dados do Contratado Executante 29 - Crigo na Operadora |
|  |  |  |  |   |  |   | 4 3 1  |
| 28 - Qide.Aut.<br>1                              | 27 - Qtde Solic.<br>1  |  |  | 26 - Descrição<br>CONSULTA EM PRONTO SOCORRO              | 800  | 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039   | 24 - Tabela 2<br>1 22                                    |
|  | Ü  |  |  | o Clínica   | Assistenciais Solicitados<br>la da Solicitação 23 - Indicação Clínica<br>1025  | Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 21 - Caráter do Atendimento 22 - Data da Solicitação 21/03/2025 | Dados da Solicitaçã<br>21 - Caráter do /<br>2            |
|  | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante  | - UF 19 - Codigo CBO 20 - Assi<br>SC 225125 20 - Assi  | umero no Conselho                                    | 16 - Conselho Profissional 17 - N<br>6 2526               | ado  | 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>Requisitante Nao Cadastrado/nao Cooperado  | 15 - Nome do Pr<br>Requisitante Na                       |
|  |  |  |  | 12 1  | 14 - Nome do Contratado<br>UNIMED GRANDE FLOR  | Operadora<br>4  | 13 - Código na Operadora<br>77858611001414               |
|  |  |  |  | SERVING S   | 7 1100120E0  | e   | Dados do Solicitante                                     |
| 12 - Atendimento a RN<br>N                       | 11 - Cartão Nacional de Saúde  | 11 - Cartão  | LINO   | 9 - Validade da Carteira   10 - Nome                      | 9 - Validado   | arteira   | 8 - Número da Carteira                                   |
|  |  | ra L   | 7 - Número da Guia Atribuido pela Operadora<br>25455 | 6 - Data Validade da Senha 25                             |  | rização 5 - Senha<br>25455  | 4 - Data da Autorização<br>21/03/2025                    |
|  |  |  |  | 20  | incipal  | 3 - N° Guia Principal   | 1 - Registro ANS   |
| Atend.: 3472071                                  | E TERAPIA - SP/SADT<br>2 - N° Guia no Prestador 5839803  | E DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT<br>2-N° Guia no Prestador 58398  | GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE   | VIÇO PROFISSIONAL   | GUIA DE SER  | ⁄entista  | Instituto Adventista                                     |
|  | to the second se | Companies of the compan |  | with the state of   | All the second s | 11 18 16  | 74,77  |
| , R  | 1  |  |  |   |  | 1   |  |





Paciente: ISABELA CAMPOLINO

Data de Nascimento: 27/10/2013 Idade: 11anos 4M Sexo: F

Data do Exame: 21/03/2025

Solicitante: Dr.(a) LEANDRO DAVID DOS SANTOS

Protocolo: UGF3472071 Senha: 678088

unimedflorianopolis.com.br Central de Atendimento: (48) 3288 4100 Informações: 0800 048 3500

### RADIOGRAFIA DIGITAL PÉ DIREITO

Estrutura óssea preservada.

Relações articulares conservadas.

Partes moles sem alterações radiográficas.







# Evolução Paciente

| Paciente     | ISABELA CAMPOLINO  | Atendimento | 3.472.071                      |
|--------------|--------------------|-------------|--------------------------------|
| Data Nascto. | 27/10/2013 11 Anos | Prontuário  | 99.561.878                     |
| Sexo         | Feminino           | Dt. Entrada | 21/03/2025 14:12:07            |
| Telefone     | 999111523          | Convênio    | Instituto Adventista Instituto |

Leito 1

Data evolução Liberação Função Tipo evolução Especialidade Usuário Código prof 21/03/2025 15:50 21/03 15:51 Médico Evolução Médica PA LEANDRO CRM 22137 DAVID DOS SANTOS

Evolução Médica PA Adulto - ORTOPEDIA

Queixa Principal: ENTORSE DO TORNOZELO DIREITO HOJE.

DOR NA REGIAO DO MALÉLO LATERAL. AUSENCIA DE EDEMA , EQUIMOSE OU DEFORMIDADER

**RX NORMAL** 

CD: IMOBILIZAÇÃO. SINTOMATICOS

Encaminhamento ao Ambulatório UGF?: não

Impresso em: 28/03/2025 11:37:47 Página 1 priscilacarla.s CATE23

Documento assinado digitalmente conforme a ICP-Brasil, MP 2.200-2/2001 no sistema certificado SBIS-SRES-068 por LEANDRO DAVID DOS SANTOS, às 08:40-03:00 de 25/03/2025 - Válida



Paciente: ISABELA CAMPOLINO

Data de Nascimento: 27/10/2013 Idade: 11anos 4M Sexo: F

Data do Exame: 21/03/2025

Solicitante: Dr.(a) LEANDRO DAVID DOS SANTOS

Protocolo: UGF3472071 Senha: 678088

unimedflorianopolis.com.br Central de Atendimento: (48) 3288 4100 Informações: 0800 048 3500

### RADIOGRAFIA DIGITAL TORNOZELO DIREITO

Estrutura óssea preservada.

Relações articulares conservadas.

Partes moles sem alterações radiográficas.







#### Manoel Loureiro, S/N - São José - SC CNPJ:77858611001414 - Inscrição estadual: - Fone: (CNES 9671145)



Usuário/Matrícula:

Conta paciente

(77858611001414) Nota:

**Emissao:** 

Espec/Clinica: 1 Clinica Adulto

N° atend: 3.472.071

> Nº IC: 21.299.668

Paciente: Convênio:

**ISABELA CAMPOLINO** Instituto Adventista

Categoria:

Instituto Adventista

Proc Princ: 30728134

Prontuário: 99561878 Data entrada:

21/03/2025 14:12:07

21/03/25 14:12

Data saída: 21/03/2025 16:05:00

7584843

Motivo Alta: Tipo atend:

Alta melhora 3 - Pronto socorro

Médico: Dr. LEANDRO DAVID DOS SANTOS (CRM 22137) Lesões Ligamentares Agudas Ao Nível Do Tornozelo - Tratamento

Tipo acomodação Enfermaria

Sexo: F

CID Princ: S93.4 Entorse e distensao do tornozelo Guia: Não informada,25455

27/10/2013

Senha:

Dt inicial:

Dt final: 21/03/25 16:05

Refer: 31/03/25

Movimentação do Paciente

Dt Conta: 21/03/25 14:14

| Seq | Classificação      | Setor              | Acomodação           | Unidade | Dt. Entrada         | Dt. Saída           |
|-----|--------------------|--------------------|----------------------|---------|---------------------|---------------------|
| 1   | Pronto socorro     | PRONTO ATENDIMENTO | Setor sem acomodação | 1/      | 21/03/2025 14:12:07 | 21/03/2025 16:05:00 |
| 2   | Pronto socorro     | ORTOPEDIA          | Setor sem acomodação | 1/      | 21/03/2025 14:41:22 | 21/03/2025 16:05:00 |
| 3   | Serviços Especiais | RAIO X             | Setor sem acomodação | 1/      | 21/03/2025 15:13:00 | 21/03/2025 15:13:00 |

| Hono | Honorários Não Conveniados |                       |            |   |      |       |               |         |        |
|------|----------------------------|-----------------------|------------|---|------|-------|---------------|---------|--------|
| Seq  | Dt Conta                   | Setor                 | Código     | Descrição   | Qtde | Crm   | Médico        | Função  | Valor  |
| 1    | 21/03/25 14:12             | PRONTO<br>ATENDIMENTO | 10101039   | Em Pronto Socorro   | 1,00 | 22137 | LEANDRO DAVID | Clínico | 73,52  |
| 2    | 21/03/25 15:13             | ORTOPEDIA             | 30711029   | Membro Inferior   | 1,00 | 22137 | LEANDRO DAVID | Clínico | 23,39  |
| 3    | 21/03/25 15:13             | ORTOPEDIA             | 30728134   | Lesões Ligamentares Agudas Ao<br>Nível Do Tornozelo - Tratamento<br>Incruento | 1,00 | 22137 | LEANDRO DAVID | Clínico | 102,48 |
| 4    | 21/03/25 15:37             | RAIO X                | 40804097   | Pé Ou Pododáctilo   | 1,00 | 12071 | JOEL SUSUMU   | Clínico | 43,84  |
| 5    | 21/03/25 15:37             | RAIO X                | 40804089   | Articulação Tibiotársica (Tornozelo)  | 1,00 | 12071 | JOEL SUSUMU   | Clínico | 42,18  |
|      | To                         | tal de Honorár        | ios Não Co | onveniados  | 5,00 |       |               |         | 285,41 |

| Materia | ais                                   |       |        |          |          |
|---------|---------------------------------------|-------|--------|----------|----------|
| Seq     | Código Descrição                      | Unid. | Qtde   | VI Unit. | VI Total |
|         | PRONTO ATENDIMENT                     | o o   |        |          |          |
| 1       | 78988780 ATADURA CREPON 15 CM X 1,8 M | rl    | 2,0000 | 11,2400  | 22,48    |
|         | Total - PRONTO ATENDIMENTO -          |       | 2,0000 |          | 22,48    |
|         | Total de Materiais                    |       | 2,0000 |          | 22,48    |

Total geral R\$ 307,89

### UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA

| Atendimento: |  |
|--------------|--|

| 0-  | -4 |       | ite: |
|-----|----|-------|------|
| 1.0 |    | 11711 | 116  |

| Paciente/Usuário                          | Atendimento №: 3469937   |
|---|--------------------------|
| Nome: IZABELLA BONANNI CUBITS ALMEIDA     | Telefone: (81) 996274947 |
| CPF: 16109904473                          | RG:                      |
| Endereço: Rua Ferreira Lima, 107 apto 103 |                          |
| Responsável:                              |                          |
| Nome: GIORGIA                             | Telefone: 5581996274947  |
| CPF: 06078047426                          | RG:                      |
| Endereço: Rua Ferreira Lima, 107 apto 103 |                          |

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 uteis, 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 adimissão do paciente

# UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA

Atendiments: 3460037

(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 9° 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;

(xii.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.

CPF n°

### UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



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:

| ciausula, vem declarar que:  |   |                                       |
|--|---|---------------------------------------|
| ( ) <b>DESEJA</b> ser acompanhada nos termos da Lei nº 8.080/199   | 90.   |                                       |
| Nome da Acompanhante   |   |                                       |
| CPF n°   |   |                                       |
| ( ) <b>RENUNCIA</b> ser acompanhada nos termos da Lei nº 8.080   | 1/1990.   |                                       |
| Cláusula Oitava: As Partes elegem o foro de domicílio do CO dúvidas, conflitos ou questões oriundas do presente Contrato, seja ou venha a se tornar. | ONTRATANTE, para que nele sejam di, renunciando a qualquer outro por mais | rimidas quaisque<br>s privilegiado qu |
| São José/SC,//   | 309   | 4 %-                                  |
| of Georgia Boranni   |   | - B                                   |
| CONTRATANTE/RESPONSÁVEL  | CONTRATADA  |                                       |
| Testemunhas  |   |                                       |
| 1Nome: Nor   | 2<br>me:  |                                       |

CPF n°



|  | - Commence of the Commence of | and the second s | 12.79  | Manner Administration of the Control | Ser. Ser.                                   | 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1    | 4,74,41                | The property of the control of the c |
|--|---|--|--|--|---|---|------------------------|--|
| Instituto Adventista   | GUIA DE SERVI   | GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR D  | / SERVIÇO AUXILI                                     | E DIAGNÓSTIC   | DE TERAPIA                                  | E TERAPIA - SP/SADT                         |                        | v.3<br>Atend.: 346993  |
| 1 - Registro ANS 3 - N° Guia Principal   | i di  |  | *  |  | P   | al de                                       |                        |  |
| 4 - Data da Autorização 5 - Senha 19/03/2025 25367   |   | 6 - Data Validade da Senha 7   | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>25367 | 9 Operadora  |   |   |                        |  |
| pados do Beneficiário  8 - Número da Carteira  7466448   | 9 - Validade da Carteira<br>30/06/2025  |  | 10 - Nome<br>IZABELLA BONANNI CUBITS ALMEIDA         |  | 11 - Cartão Nacional de Saúde               | onal de Saúde                               | 12 - Au                | 12 - Atendimento a RN<br>N   |
| Dados do Solicitante  13 - Código na Operadora  77858611001414   | 14 - Nome do Contratado   | COOPE  | BALHO MEDICO   |  |   |   |                        |  |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante Requisilante Nao Cadastrado/nao Cooperado  |   | 16 - Conselho Profissional 17 - N<br>6 2526  | 17 - Número no Conselho<br>2526                      | 18 - UF 19 - Código CBO<br>SC 225125   | 20 - Assinatur                              | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante |                        |  |
| Dados da Solicifação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados  21 - Caráter do Atendimento 22 - Data da Solicitação 19/03/2025 | Solicitados<br>tação 23 - Indicação Clinica   | inica  |  |  |   |   |                        |  |
| 24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 1 22 10101039   |   | 26 - Descrição<br>CONSULTA EM PRONTO SOCORRO   |  |  |   | 27 - Qide,Solic,<br>1                       | 28 - Qide,Aut.<br>0    |  |
| σ 4 ω N  |   |  |  |  |   |   |                        |  |
| Dados do Confratado Executante<br>29 - Código na Operadora   | 30 - Nome do Contratado   |  |  |  |   |   |                        | 31 - Código CNES   |
| Dados do atendimento  33 - Tipo de Atendimento  33 - Indicação de Acidente (   | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou dosnça relacionada)   | 34 - Tipo de Consulta  | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento           | limento  |   |   |                        |  |
| 2  |   |  |  |  |   |   |                        |  |
| 4 3  |   |  |  |  |   |   |                        |  |
| 5 Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s) 48 - Seq.Ref. 49 - Gr.Part. 50 - Código na Operadora/CPF                            | peradora/CPF 51 - Nome do Profissional  | Profissional   |  | 52 - Conselho Profissional   |   | 53 - Número no Conselho 54 - UF             | F 55 - Código CBO      |  |
| 65 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável   | inatura do Beneficiário ou Respons  | ável   |  |  |   |   |                        |  |
| 2. 1 1   | 3- / /  | 6  |  | 8  | ,   | 9/_   |                        |  |
| 58 - Observação / Justificativa  |   |  |  |  |   |   |                        |  |
| 59 - Total Procedimentos (R\$) 60 - Total Taxas  | 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  |   | 19/03/2025   | many 1   | brann'   | 68 - Assinatura do Contratado<br>19/03/2025 | miratado                                    |                        |  |
| Impresso em: 19/03/2025 16:30:22   |   | Página 1   |  | olga.silveira  |   |   |                        | WATE7010   |
|  |   |  |  |  |   |   |                        |  |

i.



# **AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO**

Aluno: Izabella Bonanni cubits Almeida

Nº da Carteirinha: 7.46.6448

Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Centro

Data de Nascimento: 15/08/2010

Nº da Guia: 25367



| Data da Ocorrência                     | Horário                                 | Local  |                 | -   | Atividade      |         |                |  |
|--|---|--|-----------------|-----|----------------|---------|----------------|--|
| 19/03/2025                             | 15:12:00                                | Quadra   |                 | Α   | Atividades esp | ortivas | fora de aula   |  |
| O que aconteceu                        |   |  | Partes do corp  | 0   |                |         |                |  |
| Queda de altura (Ex.: e                | escada)                                 |  | Pé Esquerdo, To | rno | zelo Esquerdo  |         |                |  |
| Descrição                              |   |  |                 |     | devit imake to |         |                |  |
| Aluna estava no treino,                | torceu o pé                             | quando pisou no pé do  | colega.         |     |                |         |                |  |
| Testemunha da ocor                     | rência                                  |  |                 |     |                | Те      | Telefone       |  |
| Danerson Ferreira Dos                  | Santos                                  |  |                 |     |                | (48     | 3) 99608-9032  |  |
| Quem prestou prime                     | iros socorr                             | os   |                 | = = |                | Da      | ta             |  |
| Danerson Ferreira Dos                  | Santos                                  | was a series of the second and the s |                 |     |                | 19      | /03/2025       |  |
| Local de atendimento                   | * ** ********************************** | Endereço   | P               | 12  | Bairro         |         | Telefone       |  |
| HUGF - HOSPITAL UNIME<br>FLORIANÓPOLIS | D GRANDE                                | Rua Manoel Loureiro  |                 | 91  | Barreiros      |         | (48) 3288-4100 |  |
| Observações                            |   |  |                 |     |                |         |                |  |
| Assim que a aluna torc                 | eu o pé. foi o                          | colocado gelo.   |                 |     |                |         |                |  |

| Δςς · |  |
|-------|--|
| 100   |  |

Jardson Rocha

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



Paciente: IZABELLA BONANNI CUBITS ALMEIDA

Data de Nascimento: 15/08/2010 Idade: 14anos 7M Sexo: F

Data do Exame: 19/03/2025

Solicitante: Dr.(a) JULIANO TEIXEIRA DE SA Protocolo: UGF3469937 Senha: 670090

unimedflorianopolis.com.br Central de Atendimento: (48) 3288 4100 Informações: 0800 048 3500

### RADIOGRAFIA DIGITAL DO TORNOZELO E PÉ ESQUERDO

Estrutura óssea normal. Relações articulares anatômicas Ausência de traço de fratura. Partes moles normais.







# Evolução Paciente

| Paciente     | IZABELLA BONANNI CUBITS ALMEIDA | Atendimento | 3.469.937                 |
|--------------|---------------------------------|-------------|---------------------------|
| Data Nascto. | 15/08/2010 14 Anos              | Prontuário  | 99.869.381                |
| Sexo         | Feminino                        | Dt. Entrada | 19/03/2025 16:27:39       |
| Telefone     | 996274947                       | Convênio    | Instituto Adventista Inst |

Leito

Data evolução Liberação Função Tipo evolução Especialidade Usuário Código prof JULIANO 19/03/2025 18:02 19/03 18:04 Médico Evolução Médica PA CRM 17278 **TEIXEIRA** 

DE SA

### Evolução Médica PA Adulto - ORTOPEDIA

Queixa Principal: entorse tornozelo ESQ

dor e aumento de volume

dor a palp lig fta

rx sp repouso

tratamento conservador lesao ligamentar

analgesia muletas imobilização

Encaminhamento ao Ambulatório UGF?: não

Impresso em: 28/03/2025 11:14:31 Página 1 Documento assinado digitalmente conforme a ICP-Brasil, MP 2.200-2/2001 no sistema certificado SBIS-SRES-068 por JULIANO TEIXEIRA DE SA, às 13:21-03:00 de

20/03/2025 - Válida



#### Manoel Loureiro, S/N - São José - SC CNPJ:77858611001414 - Inscrição estadual: - Fone: (CNES 9671145)



Usuário/Matrícula:

### Conta paciente

(77858611001414) Nota:

### **Emissao:**

N° atend:

3.469.937

Nº IC: 21.297.588

**IZABELLA BONANNI CUBITS ALMEIDA** Instituto Adventista

Categoria:

Paciente:

Instituto Adventista

Proc Princ: 30728134

Prontuário: 99869381 Data entrada: 19/03/2025 16:27:39

19/03/2025 18:11:32

7466448

Motivo Alta:

Alta melhora Tipo atend: 3 - Pronto socorro

Médico: Dr. JULIANO TEIXEIRA DE SA (CRM 17278)

Convênio:

Lesões Ligamentares Agudas Ao Nível Do Tornozelo - Tratamento Tipo acomodação Apartamento

Espec/Clinica: 1 Clinica Adulto

15/08/2010

Sexo: F

Dt final:

CID Princ: S93.4 Entorse e distensao do tornozelo Senha: Guia: Não informada,25367

Dt Conta: 19/03/25 16:30

Dt inicial: 19/03/25 16:27 19/03/25 18:11

Refer: 31/03/25

| Movimentação do Paciente |
|--------------------------|
|--------------------------|

| Seq | Classificação      | Setor              | Acomodação           | Unidade | Dt. Entrada         | Dt. Saída           |
|-----|--------------------|--------------------|----------------------|---------|---------------------|---------------------|
| 1   | Pronto socorro     | PRONTO ATENDIMENTO | Setor sem acomodação | 1/      | 19/03/2025 16:27:39 | 19/03/2025 18:11:32 |
| 2   | Pronto socorro     | ORTOPEDIA          | Setor sem acomodação | 1/      | 19/03/2025 16:41:31 | 19/03/2025 18:11:32 |
| 3   | Serviços Especiais | RAIO X             | Setor sem acomodação | 1/      | 19/03/2025 16:55:00 | 19/03/2025 16:55:00 |

Data saída:

| Honorários | Não | Conveniados |  |
|------------|-----|-------------|--|

| Seq | Dt Conta       | Setor                 | Código   | Descrição   | Qtde | Crm   | Médico           | Função  | Valor  |
|-----|----------------|-----------------------|----------|---|------|-------|------------------|---------|--------|
| 1   | 19/03/25 16:27 | PRONTO<br>ATENDIMENTO | 10101039 | Em Pronto Socorro   | 1,00 | 17278 | JULIANO TEIXEIRA | Clínico | 95,58  |
| 2   | 19/03/25 17:07 | RAIO X                | 40804089 | Articulação Tibiotársica (Tornozelo)  | 1,00 | 12478 | GUSTAVO LEMOS    | Clínico | 42,18  |
| 3   | 19/03/25 17:07 | RAIO X                | 40804097 | Pé Ou Pododáctilo   | 1,00 | 12478 | GUSTAVO LEMOS    | Clínico | 43,84  |
| 4   | 19/03/25 17:54 | ORTOPEDIA             | 30711029 | Membro Inferior   | 1,00 | 17278 | JULIANO TEIXEIRA | Clínico | 30,41  |
| 5   | 19/03/25 18:05 | ORTOPEDIA             | 30728134 | Lesões Ligamentares Agudas Ao<br>Nível Do Tornozelo - Tratamento<br>Incruento | 1,00 | 17278 | JULIANO TEIXEIRA | Clínico | 133,22 |

#### Total de Honorários Não Conveniados 5,00

| Mate   | riaic |
|--------|-------|
| IVIALE | ııaıə |

| Materia | is       |   |       |          |          |          |
|---------|----------|---|-------|----------|----------|----------|
| Seq     | Código   | Descrição   | Unid. | Qtde     | VI Unit. | VI Total |
|         |          | PRONTO ATENDIMENTO                                  |       |          |          |          |
| 1       | 78988624 | ATADURA CREPE 10CMX1,8MT (EM REPOUSO) 13FIO ESTERIL | rl    | 4,0000   | 7,6000   | 30,40    |
| 2       | 78365678 | ATADURA CREPON 06 CM X 1,8 M                        | rl    | 2,0000   | 1,2300   | 2,46     |
| 3       | 78340373 | ATADURA GESSADA 10 CM X 3,0 M                       | rl    | 6,0000   | 3,9000   | 23,40    |
| 4       | 70034664 | ATADURA ORTOPEDICA P                                | rl    | 3,0000   | 12,8900  | 38,67    |
| 5       | 78202477 | MALHA TUBULAR 08 CM X 15 M                          | cm    | 150,0000 | 0,0400   | 6,00     |
|         |          | Total - PRONTO ATENDIMENTO -                        |       | 165,0000 |          | 100,93   |
|         |          | Total de Materiais                                  |       | 165,0000 |          | 100,93   |

Total geral R\$

446,16

345,23



Paciente: IZABELLA BONANNI CUBITS ALMEIDA

Data de Nascimento: 15/08/2010 Idade: 14anos 7M Sexo: F

Data do Exame: 19/03/2025

Solicitante: Dr.(a) JULIANO TEIXEIRA DE SA Protocolo: UGF3469937 Senha: 670090

unimedflorianopolis.com.br Central de Atendimento: (48) 3288 4100 Informações: 0800 048 3500

### RADIOGRAFIA DIGITAL DO TORNOZELO E PÉ ESQUERDO

Estrutura óssea normal. Relações articulares anatômicas Ausência de traço de fratura. Partes moles normais.







### UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA

Atendimento: 3469770

| _   | - t  |      |      |
|-----|------|------|------|
| 1.0 | ntra | ırar | nte- |

 Paciente/Usuário
 Atendimento №: 3469770

 Nome: JOAO VICENTE RECH BRIGIDO DE JESUS
 Telefone: (48) 996714329

CPF: 13648374982 RG:

Endereço: Rua Wenceslau Evaristo Silva, 31

Responsável:

Nome: MARLISE Telefone: 5548996714329

CPF: 83313214991 RG: 28564650

Endereço: Rua Wenceslau Evaristo Silva, 31 APTO 04 BL E

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 uteis, 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 adimissão do paciente

## UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA

Atendimento: 3/60770

(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.

Nome:

CPF n°

## UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



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 e

Após os esclarecimentos prestados através do presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, disposto nesta cláusula, vem declarar que:

| cláusula, vem declarar que:  | 9   |                    |
|--|---|--------------------|
| DESEJA ser acompanhada nos termos da Lei nº 8.080/1990.  |   |                    |
| Nome da Acompanhante   |   | 3.10               |
| CPF n°   |   | 100                |
| ) <b>RENUNCIA</b> ser acompanhada nos termos da Lei nº 8.080/1990.   | 85°<br>3°<br>1  |                    |
| Cláusula Oitava: As Partes elegem o foro de domicílio do CONTRA dúvidas, conflitos ou questões oriundas do presente Contrato, renuncieja ou venha a se tornar. | ATANTE, para que nele sejam dirimidas que inciando a qualquer outro por mais privileg | quaisqu<br>;iado q |
| São José/SC,/  |   |                    |
| X 778  |   |                    |
| CONTRATANTE/RESPONSÁVEL  | CONTRATADA  |                    |
| a a'   |   |                    |
| Testemunhas  |   |                    |
|  |   |                    |

Nome:

CPF n°



# **AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO**

Aluno: João Vicente Rech Brigido de Jesus

Nº da Carteirinha: 7.58.5161

Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Estreito

Data de Nascimento: 31/05/2008

Nº da Guia: 25346



| Data da Ocorrência | Horário  | Local       | Atividade                |
|--------------------|----------|-------------|--------------------------|
| 19/03/2025         | 11:11:00 | Espaço Play | Intervalo (Ex.: recreio) |

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

#### Descrição

Aluno estava jogando Futmesa, quando foi fazer uma jogada o joelho esquerdo saiu do lugar.

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Monitor Marcio           | (48) 3039-8100 |

| Local de atendimento                           | Endereço            | Nº       | Bairro    | Telefone       |
|--|---------------------|----------|-----------|----------------|
| HUGF - HOSPITAL UNIMED GRANDE<br>FLORIANÓPOLIS | Rua Manoel Loureiro | 191<br>0 | Barreiros | (48) 3288-4100 |

### Observações

Encaminhado ao hospital de referencia United.

Ass.:

Jerry Abdoral Borges

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

| WATE70106  |   | andreia.pessoa   | a  | Página 1  |  | 19/03/2025 12:10:09                                       | Impresso em: 19/03  |
|--|---|--|--|---|--|---|---|
|  | 69 - Assinatura do Contratado<br>19/03/2025           | 19/03/202  | arcom vesponsavel                                    | 19/03/2025  | (A)  |   |   |
| Som Country)                                     |   |  |  | 67 ^  |  | avel nels Autorização                                     | RR. Assinatura do Responsávol pola Autorização  |
|  | 64 Total Gases Modification Be                        | 63 - Total Medicamentos (RS)   | 62 - Total de OPME (R\$)                             | 61 - Total Materiais (R\$)                                | 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)  |   | 59 - Total Procedimentos (R\$)  |
|  | 10/_  | 8  |  | 6   | 4/_/   | /a  | 88 - Observação / Justificativa   |
|  | 8 .   | 7  | ,              | ponsável 5 -  | 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável   | rocedimentos em Série 5                                   | 56 - Data de Realização de P  |
|  |   |  |  |   |  |   |   |
| 55 - Codigo CBO                                  | 93 - Numero no conseino 54 - Ur                       | T CONTROL INCIDENTAL I |  |   |  |   |   |
| 250  |   | 59. Consulto Professional  |  | 51 - Nome do Profissional                                 |  | nal(is) Executante(s) Gr.Part. 50 - Código                | b  Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)  48 - Seq.Ref. 49 - Gr.Part. 50 - Código na Operadora/CPF |
|  |   |  |  |   |  |   | ω 4 ι   |
|  |   |  |  |   |  |   | 2   |
| 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$) | 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator Red /Acresc. 46 - Va    | 42 - Qide. 43 - V  |  | 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição                | 39 - Tabela  | dimentos e Exames Realiza<br>Hora inicial a 38 - Hora fin | Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados<br>36 - Data 37 - Hora inicial a 38 - Hora final          |
|  |   |  | 35 - Motivo de Encerramento do Alendimento           | 34 - Tipo de Consulta                                     | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)  | 33 - Indicação de Ac                                      | 32 - Tipo de Atendimento  |
| 31 - Código CNES                                 |   |  |  |   | 30 - Nome do Contratado  | itante  | Dados do Contratado Executante<br>29 - Código na Operadora  |
|  |   |  |  |   |  |   | 5   |
|  |   |  |  | 5   |  |   | 3   |
| 28 - Qide Aut.<br>0                              | 27 - Qide.Solic.<br>1                                 |  |  | 26 - Descrição<br>CONSULTA EM PRONTO SOCORRO              |  | 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039 | 24-Tabela 25-Códig<br>1 22  |
|  |   |  | 333  | ão Clínica  | Solicitação 23 - Indicação Clínica   | mento 22 - Data da Solicitação<br>19/03/2025              | 21 - Caráter do Atendimento 2 - Data da Solicitação 19/03/2025  |
|  | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante           | SC 225125 20 - A   | 2526   | 5   | Colinia Colini | strado/nao Cooperado                                      | Requisitante Nao Cadastrado/nao Cooperado   |
|  |   |  |  | TIA - Conselho Brofissional I                             | ONIMED GRANDE FLO  | onal Solicitante  | 15 - Nome do Profissional Solicitante   |
|  |   |  | O MITTO  | 14 - Nome do Contratado                                   | 14 - Nome do Contratad   | ora   | 13 - Código na Operadora  |
| 12 - Atendimento a RN<br>N                       | 11 - Cartão Nacional de Saúde                         | 11 - Car   | 10 - Nome<br>JOAO VICENTE RECH BRIGIDO DE JESUS      | 9 - Validade da Carteira 10 - Nome 19/03/2025 JOAO VICENT | 9 - Validac<br>19/03/202   |   | 8 - Número da Carteira<br>7585161   |
|  |   | adora  | 7 - Número da Guia Atribuido pela Operadora<br>25346 | 6 - Data Validade da Senha                                |  | o 5 - Senha<br>25346                                      | 4 - Data da Autorização<br>19/03/2025<br>Dados do Beneficiário  |
|  |   |  |  |   | ial  |   | 1 - Registro ANS  |
| v.s.o<br>Atend.: 3469770                         | E TERAPIA - SP/SADT  2 - N° Guia no Prestador 5835751 | DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT  2 - N° Guia no Prestador 58357   | GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR E    | RVIÇO PROFISSIONA   | GUIA DE SEI  | sta   | Instituto Adventista  |
| 7 (2.1)  | supplications.  | 10 mm - 10 mm  | 1.50   | 1 ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) (                   |  | 100000000000000000000000000000000000000                   | 1 2 out 14 cm   |
|  |   | O MINERAL PROPERTY.  |  |   |  |   |   |

÷,





Paciente: JOAO VICENTE RECH BRIGIDO DE JESUS unimedflorianopolis.com.br

Data de Nascimento: 31/05/2008 Idade: 16anos 9M Sexo: M

Data do Exame: 19/03/2025

Solicitante: Dr.(a) RANGEL SEGATTI Protocolo: UGF3469770 Senha: 640692 unimedflorianopolis.com.bi Central de Atendimento: (48) 3288 4100 Informações: 0800 048 3500

#### RADIOGRAFIA DIGITAL DO JOELHO ESQUERDO

Estrutura óssea normal. Relações articulares anatômicas. Partes moles sem alterações radiográficas. Ausência de sinais de fraturas.







# Evolução Paciente

| Paciente     | JOAO VICENTE RECH BRIGIDO DE JESUS | Atendimento | 3.469.770                      |
|--------------|------------------------------------|-------------|--------------------------------|
| Data Nascto. | 31/05/2008 16 Anos                 | Prontuário  | 99.869.356                     |
| Sexo         | Masculino                          | Dt. Entrada | 19/03/2025 12:06:45            |
| Telefone     | 996714329                          | Convênio    | Instituto Adventista Instituto |

Leito

Data evolução Liberação Função Tipo evolução Especialidade Usuário Código prof 19/03/2025 12:44 19/03 12:46 Médico Evolução Médica PA **RANGEL** CRM 15425 **SEGATTI** 

### Evolução Médica PA Adulto - ORTOPEDIA

Queixa Principal: dor em joelho esquerdo

rotação

ef - sem rup ligamentar e sem luxação

mecanismo extensor integro

raio - ok

orienatçoes medicaççaio

Encaminhamento ao Ambulatório UGF?: não Acionado sobreaviso da Ortopedia?: não Solicitado exames de imagem?: sim

Se sim, quais?: Radiologia

Impresso em: 28/03/2025 11:00:05 Página 1 Documento assinado digitalmente conforme a ICP-Brasil, MP 2.200-2/2001 no sistema certificado SBIS-SRES-068 por RANGEL SEGATTI, às 17:45-03:00 de

20/03/2025 - Válida

priscilacarla.s CATE23



#### Manoel Loureiro, S/N - São José - SC CNPJ:77858611001414 - Inscrição estadual: - Fone: (CNES 9671145)



Usuário/Matrícula:

# Conta paciente

(77858611001414) Nota:

### **Emissao:**

N° atend: 3.469.770

> Nº IC: 21.297.443

JOAO VICENTE RECH BRIGIDO DE JESUS Instituto Adventista

Categoria:

Instituto Adventista

Paciente:

Prontuário: 99869356 Data entrada:

19/03/2025 12:06:45

Médico: Dr. RANGEL SEGATTI (CRM 15425)

Convênio:

Data saída: 19/03/2025 12:59:15

7585161

Motivo Alta: Alta melhora

Tipo atend:

3 - Pronto socorro

Espec/Clinica: 1 Clinica Adulto

Proc Princ: 00000000

Tipo acomodação Enfermaria

Sexo: M

31/05/2008 CID Princ: S80.0 Contusao do joelho

Senha:

Guia: 25346

Dt Conta: 19/03/25 12:09 Dt inicial:

19/03/25 12:06 Dt final: 19/03/25 12:59 Refer: 31/03/25

| Movimentação | do Paciente |
|--------------|-------------|
|--------------|-------------|

| Seq | Classificação      | Setor              | Acomodação           | Unidade | Dt. Entrada         | Dt. Saída           |
|-----|--------------------|--------------------|----------------------|---------|---------------------|---------------------|
| 1   | Pronto socorro     | PRONTO ATENDIMENTO | Setor sem acomodação | 1/      | 19/03/2025 12:06:45 | 19/03/2025 12:59:15 |
| 2   | Pronto socorro     | ORTOPEDIA          | Setor sem acomodação | 1/      | 19/03/2025 12:22:23 | 19/03/2025 12:59:15 |
| 3   | Serviços Especiais | RAIO X             | Setor sem acomodação | 1/      | 19/03/2025 12:43:00 | 19/03/2025 12:43:00 |

#### Honorários Não Conveniados

| Seq | Dt Conta       | Setor                 | Código     | Descrição         | Qtde | Crm   | Médico         | Função  | Valor  |
|-----|----------------|-----------------------|------------|-------------------|------|-------|----------------|---------|--------|
| 1   | 19/03/25 12:06 | PRONTO<br>ATENDIMENTO | 10101039   | Em Pronto Socorro | 1,00 | 15425 | RANGEL SEGATTI | Clínico | 95,58  |
| 2   | 19/03/25 12:47 | RAIO X                | 40804054   | Joelho            | 1,00 | 12478 | GUSTAVO LEMOS  | Clínico | 43,84  |
|     | To             | otal de Honorár       | ios Não Co | onveniados        | 2,00 |       |                |         | 139,42 |

139,42 Total geral R\$



# UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA

| Atendimento: | 3476244 |
|--------------|---------|

| Contratante:   |
|--|
| Experience and the contract of |

Paciente/Usuário
Nome: LEONARDO CHIOCA PAMPLONA

CPF: 10641722966 Endereço: Rua Bocaiúva , 1821 APTO 804

Responsável:

Nome: CARLOS

CPF: 01727748964
Endereço: Rua Bocaiúva , 1821 APTO 804

Atendimento N°: 3476244

Telefone: (48) 984317153

5548984239803

Telefone:

RG: 2786655

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 uteis, 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 adimissão do paciente

Unimed #

# UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA

(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 profesto, 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;

(xii.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.

Unimed A

### UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



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  |  |   |                             |
| ( ) RENUNCIA ser acompanhada nos termos   | da Lei nº 8.080/1990.                          |   |                             |
| Cláusula Oitava: As Partes elegem o foro de o<br>dúvidas, conflitos ou questões oriundas do pro<br>seja ou venha a se tornar. | domicílio do CONTRA<br>esente Contrato, renunc | FANTE, para que nele sejam dirimida iando a qualquer outro por mais privi | is quaisquer<br>legiado que |
| São José/SC,  |  |   |                             |
| CONTRATANTE/RESPONSÁVE  | IL .   | CONTRATADA  |                             |
| Testemunhas   |  |   |                             |
| 1<br>Nome:<br>CPF n°  | 2<br>Nome:<br>CPF n°                           |   |                             |



#### Instituto Adventista Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados 36 - Data 37 - Hora inicial a 38 - Hora final Dados do atendimento 32 - Tipo de Atendimento Dados da Solicitação / Procedimento 21 - Caráter do Atendimento Impresso em: 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 59 - Total Procedimentos (R\$) 58 - Observação / Justificativa 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s) | 49 - Gr.Part. | 50 - Código na Operadora/CPF 29 - Código na Operadora 15 - Nome do Profissional Solicitante 13 - Código na Operadora 77858611001414 Dados do Solicitante 1 - Registro ANS Dados do Beneficiário 8 - Número da Carteira 25/03/2025 4 - Data da Autorização Requisitante Nao Cadastrado/nao Cooperado 7465613 24 - Tabela 22 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 25/03/2025 21:10:52 3 - N° Guia Principal 5 - Senha 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 22 - Data da Solicitação 25/03/2025 10101039 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 39 - Tabela 30 - Nome do Contratado 14 - Nome do Contratado UNIMED GRANDE FLORIANOPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 26 - Descrição 23 - Indicação Clinica 9 - Validade da Carteira 25/03/2025 51 - Nome do Profissiona 40 - Código do Procedimento 61 - Total Materiais (R\$) 6 - Data Validade da Senha 16 - Conselho Profissional 34 - Tipo de Consulta Página 1 25/03/2025 10 - Nome LEONARDO CHIOCA PAMPLONA 41 - Descrição 17 - Número no Conselho 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 25614 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento 62 - Total de OPME (R\$) 18 - UF SC andreia.pessoa 52 - Conselho Profissional 63 - Total Medicamentos (R\$) 19 - Código CBO 225125 42 - Qide 68 - Assinatura do Contratado 2 - N° Guia no Prestador 5847133 25/03/2025 11 - Cartão Nacional de Saúde 20 - Assinatura do Profissional Solicitante 43 - Via 44 - Tec. 64 - Total Gases Medicinais R\$ 53 - Número no Conselho 45 - Fator Red./Acresc. 27 - Qide, Solic 10 54 - UF 46 - Valor Unitário (RS) 55 - Código CBO 65 - Total Geral (R\$) 28 - Qtde.Aut 12 - Atendimento a RN N v.s.o Atend.: 3476244 31 - Código CNES 47 - Valor Total (R\$) WATE70106



# **AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO**

Aluno: Leonardo Chioca Pamplona Nº da Carteirinha: 7.46.5613

Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Centro

Data de Nascimento: 18/01/2012

Observações

Nº da Guia: 25614



| Data da Ocorrência  | Horário                                 | Local  |                   |               | Atividade  |                |                 |
|---|---|--|-------------------|---------------|--|----------------|-----------------|
| 25/03/2025  | 15:47:00 Quadra Aula de educação física |  |                   |               | ca   |                |                 |
| O que aconteceu   |   |  | Sames do ca       | - po          |  |                | general manager |
| Choque com terceiros (E                                       | dois alunos)                            | Pé Esquerdo,   | Torno             | zelo Esquerdo | )  |                |                 |
| Descrição   |   |  |                   |               | -  | e a la serie e |                 |
| Aluno estava na aula de                                       | educação f                              | ísica, quando o colega   | pisou no pé do al | uno, a        | luno sente do  | res no p       | pé e tornozelo. |
| Testemunha da ocorrê  | encia                                   |  |                   |               |  | Te             | lefone          |
| Danerson Ferreira dos Sa                                      | antos                                   | and the second s |                   |               | And the second of the second o | 48             | 988760315       |
| Quem prestou primeir  | os socorro                              | os   |                   |               |  | Da             | ita             |
| Danerson Ferreira dos Sa                                      | antos                                   |  |                   |               | Priling and the Asset Principles and the Asset | 25             | /03/2025        |
| Local de atendimento  |   | Endereço   | the second second | Νº            | Bairro   |                | Telefone        |
| PA INFANTIL UNIMED<br>UNID.CENTRO - MENORES<br>ANOS EXCLUSIVO | DE 15                                   | Rua Madalena Barbi   |                   | 204           | Centro   |                | (48) 3216-8222  |

|       |   | at |  |
|-------|---|----|--|
|       |   | 5  |  |
| Ass.: | U |    |  |
| M33   |   |    |  |

Assim que o aluno se machucou foi colocado gelo no pé do aluno.

Jardson Rocha

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





Paciente: LEONARDO CHIOCA PAMPLONA

Data de Nascimento: 18/01/2012 Idade: 13anos 2M Sexo: M

Data do Exame: 25/03/2025

Solicitante: Dr.(a) CASSIO ALVES KONRATH Protocolo: UGF3476244 Senha: 398119

unimedflorianopolis.com.br Central de Atendimento: (48) 3288 4100 Informações: 0800 048 3500

### RADIOGRAFIA DIGITAL DO TORNOZELO/PÉ ESQUERDO

Estrutura óssea normal. Relações articulares anatômicas Ausência de traço de fratura. Partes moles normais.







### Evolução Paciente

| Paciente      | LEONARDO C | HIOCA PAMPLO | NA            | Atendim       | ento <b>3.476.244</b> | ļ                   |
|---------------|------------|--------------|---------------|---------------|-----------------------|---------------------|
| Data Nascto.  | 18/01/2012 | 13 Anos      |               | Prontuár      | rio 175.136           |                     |
| Sexo          | Masculino  |              |               | Dt. Entra     | ada 25/03/202         | 25 21:08:25         |
| Telefone      | 8431-7153  |              |               | Convêni       | o Instituto A         | dventista Instituto |
| Leito         | 1          |              |               |               |                       |                     |
|               |            |              |               |               |                       |                     |
| Data evolução | Liberação  | Funcão       | Tino evolução | Especialidade | Heuário               | Código prof         |

Data evolução Liberação Função Tipo evolução Especialidade Usuário Código prof 25/03/2025 21:29 25/03 21:32 Médico Evolução Médica PA CASSIO CRM 19344 ALVES KONRATH

#### Evolução Médica PA Adulto - ORTOPEDIA

#### Queixa Principal: Acomp pai Carlos

Paciente refere trauma torncional em tnz/pe E hoje a tarde, vindo apens agora pra avlaiação. Nega trauma ou queixas em demais membros/coluna ou pelve. Nega TCE, perda de consciencia, amnesia, cefaleia ou outros. Nega deficit motor ou sensitivo associado. Nega febre. Nega alergia a medicação

EF: força/sensibilidade/perfusao mantidas mie, tnz/pe com adm mantida, sem crepitação, sem deformidade evidente, sem lesao de pele, sem sinais flogisticos ou infecciosos, sem sinal de SD Compartimental ou empastamento, deambulando com muletas porconta, leve dor regaio lfta, sem dor palp base 5mtt ou cabeca da fibula, pisllints-, tste lisfranc-

CD: Rx

Reavaliação após

Encaminhamento ao Ambulatório UGF?: não

Impresso em: 31/03/2025 07:30:27 Página 1 priscilacarla.s CATE23

Documento assinado digitalmente conforme a ICP-Brasil, MP 2.200-2/2001 no sistema certificado SBIS-SRES-068 por CASSIO ALVES KONRATH, às 23:46-03:00 de 25/03/2025 - Válida



#### Manoel Loureiro, S/N - São José - SC CNPJ:77858611001414 - Inscrição estadual: - Fone: (CNES 9671145)

Convênio:



Usuário/Matrícula:

Conta paciente

(77858611001414) Nota:

Emissao:

N° atend: 3.476.244

Nº IC: 21.304.214

LEONARDO CHIOCA PAMPLONA

Instituto Adventista

7465613

Instituto Adventista

Proc Princ: 30728134

Paciente:

Categoria:

Prontuário: 175136 Data entrada:

25/03/2025 21:08:25

Data saída: 25/03/2025 23:14:12

Motivo Alta: Tipo atend:

Alta melhora 3 - Pronto socorro

Lesões Ligamentares Agudas Ao Nível Do Tornozelo - Tratamento

Tipo acomodação Enfermaria

Espec/Clinica: 1 Clinica Adulto

18/01/2012 Sexo: M

Médico: Dr. CASSIO ALVES KONRATH (CRM 19344)

CID Princ: S93.4 Entorse e distensao do tornozelo

Guia: 25614 Senha: 25614

Dt Conta: 25/03/25 21:09 Dt inicial: 25/03/25 21:08 Dt final: 25/03/25 23:14 Refer: 31/03/25

| Seq Class | ificação     | Setor              | Acomodação           | Unidade | Dt. Entrada         | Dt. Saída           |
|-----------|--------------|--------------------|----------------------|---------|---------------------|---------------------|
| 1 Pronto  | socorro      | PRONTO ATENDIMENTO | Setor sem acomodação | 1/      | 25/03/2025 21:08:25 | 25/03/2025 23:14:12 |
| 2 Pronto  | socorro      | ORTOPEDIA          | Setor sem acomodação | 1/      | 25/03/2025 21:17:07 | 25/03/2025 23:14:12 |
| 3 Serviço | os Especiais | RAIO X             | Setor sem acomodação | 1/      | 25/03/2025 21:35:00 | 25/03/2025 21:35:00 |

| Hono | rários Não Con | veniados              |            |   |      |       |               |         |        |
|------|----------------|-----------------------|------------|---|------|-------|---------------|---------|--------|
| Seq  | Dt Conta       | Setor                 | Código     | Descrição   | Qtde | Crm   | Médico        | Função  | Valor  |
| 1    | 25/03/25 21:08 | PRONTO<br>ATENDIMENTO | 10101039   | Em Pronto Socorro   | 1,00 | 19344 | CASSIO ALVES  | Clínico | 95,58  |
| 2    | 25/03/25 21:40 | RAIO X                | 40804135   | Incidência Adicional De Membro<br>Inferior                                    | 1,00 | 6561  | NELSON CABRAL | Clínico | 16,98  |
| 3    | 25/03/25 21:46 | RAIO X                | 40804097   | Pé Ou Pododáctilo   | 1,00 | 6561  | NELSON CABRAL | Clínico | 43,84  |
| 4    | 25/03/25 21:46 | RAIO X                | 40804089   | Articulação Tibiotársica (Tornozelo)  | 1,00 | 6561  | NELSON CABRAL | Clínico | 42,18  |
| 5    | 25/03/25 21:46 | RAIO X                | 40804135   | Incidência Adicional De Membro Inferior                                       | 1,00 | 6561  | NELSON CABRAL | Clínico | 16,98  |
| 6    | 25/03/25 22:11 | ORTOPEDIA             | 30711029   | Membro Inferior   | 1,00 | 19344 | CASSIO ALVES  | Clínico | 30,41  |
| 7    | 25/03/25 22:12 | ORTOPEDIA             | 30728134   | Lesões Ligamentares Agudas Ao<br>Nível Do Tornozelo - Tratamento<br>Incruento | 1,00 | 19344 | CASSIO ALVES  | Clínico | 133,22 |
|      | To             | tal de Honorár        | ios Não Co | nveniados   | 7,00 |       |               |         | 379,19 |

| Total de Honorários Não Conveniados | 7,00 | 379,19 |
|-------------------------------------|------|--------|
|                                     |      |        |
|                                     |      |        |

| Materia | iis      |                                    |       |          |          |          |
|---------|----------|------------------------------------|-------|----------|----------|----------|
| Seq     | Código   | Descrição                          | Unid. | Qtde     | VI Unit. | VI Total |
|         |          | ORTOPEDIA                          |       |          |          |          |
| 1       | 78988780 | ATADURA CREPON 15 CM X 1,8 M       | rl    | 3,0000   | 11,2400  | 33,72    |
| 2       | 70858837 | ATADURA GESSADA 15CMX3,0MT 156.911 | rl    | 3,0000   | 7,4700   | 22,41    |
| 3       | 70034729 | ATADURA ORTOPEDICA 20 CM X 1,8 M   | rl    | 2,0000   | 16,7300  | 33,46    |
| 4       | 78202477 | MALHA TUBULAR 08 CM X 15 M         | cm    | 100,0000 | 0,0400   | 4,00     |
|         |          | Total - ORTOPEDIA -                |       | 108,0000 |          | 93,59    |
|         |          | Total de Materiais                 |       | 108,0000 |          | 93,59    |

Total geral R\$ 472,78

| AND SERVICE SERVICES | Tarabalka.   | 446 | gwit |
|----------------------|--------------|-----|------|
| 1 × 1                | bam          |     |      |
|                      | ENGINEERING. |     | -    |
| DOM: NO.             | 197050400    | 500 |      |

Endereço:

CPF:

04022442905

Rua Flórida, 194 CASA

# UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA

| 3477104 | :otnəmibnətA |
|---------|--------------|
|         |              |

| Telefone: 5548996465381                 | Responsável:<br>Nome: TATIANE |
|---|-------------------------------|
| , 194 CASA                              | Endereço: Rua Flórida         |
| RG:                                     | CPF: 13420645937              |
| IMBERTO PIERRI Теlеfone: (48) 996465381 | Nome: LEONARDO HU             |
| Atendimento No: 3477104                 | Paciente/Usuário              |
|   | Contratante:                  |

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

RG: 4305745

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.

Manoel Loureiro, n.º 1909, Barreiros, na cidade de São José, Estado de Santa Catarina CEP 88117-331.

Paragrafo Unico. Os serviços prestados pela CONTRATADA englobam consulta médica, realização de procedimentos/exames, administração de medicamentos e gases, assistência farmacêutica, enfermagem e outras ações procedimentos/exames, administração de medicamentos e gases, assistência farmacêutica, enfermagem e outras ações procedimentos/exames, administração de medicamentos e gases, assistência farmacêutica, enfermagem e outras ações procedimentos e prestabelecimento da saúde do paciente.

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 Cobertura Parcial Temporária (CPT), Diretrizes de Utilização (DUT), Diretrizes Clínicas (DC), inexistência de cobertura

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 servicos executados em detrimento do atendimento de Parágrafo

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 prestados e boleto bancário contemplando o valor total do pagamento, através do e-mail estados e boleto bancário contemplando o valor total do pagamento, através do e-mail caixabospital@unimedflorianopolis.com.br (CONTRATADA) para o e-mail indicado na adimissão do paciente

# UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA

| 3477104         | :otnəmibnətA |
|-----------------|--------------|
| 111 11 11 11 11 |              |
|                 |              |
|                 |              |

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 toi 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:

| mos da Lei nº 8.080/1990. | DESEIA ser acompanhada nos ter | ) |
|---------------------------|--------------------------------|---|
|                           |                                |   |

Testemunhas

seja ou venha a se tornar.

| CbŁ u。                   |
|--------------------------|
| <br>Nome da Acompanhante |

) 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

|   | CONTRATADA | CONTRATANTE/RESPONSÁVEL  |
|---|------------|--------------------------|
| - |            |                          |
|   |            | São José/SC,, OSésol oss |
|   |            |                          |

|   | £  | CbŁ u。 |      | $\mathrm{CbE}~\mathrm{u}_{\mathrm{o}}$ |
|---|----|--------|------|--|
|   | .* | Nome:  | - An | Nome:                                  |
| 3 | -  | -7     | 31   | -I                                     |

| WATE70106   |  | vera.lovatto  | <b>S</b>   | Página 1  | 33:49   | Impresso em: 26/03/2025 15:33:49  |
|---|--|---|--|---|---|---|
| (A)   | 68 - Assinatura do Contratado<br>26/03/2025 ,  | 68 - Assinatur<br>26/03/2025  | rio ou Responsável                                   | 67 - Assiņatura do Beneficiário ou Responsável<br>26/03/2025                            | ação  | 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização   |
| 65 - Total Geral (R\$)  | ses Medicinais R\$   | 63 - Total Medicamentos (R\$)                                       | 62 - Total de OPME (R\$)                             | 61 - Total Materiais (R\$)  | 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)                             | 59 - Total Procedimentos (R\$)  |
|   |  |   |  |   |   | 58 - Observação / Justificativa   |
|   | 9//  | 7/_/  |  | 5   | 3/_/  | 2   |
|   |  |   |  | Responsável   | m Série <i>57 -</i> Assinatura do Beneficiário ou Responsável | 56. Data de Realização de Procedimentos em Série  |
|   |  |   |  |   | Đ.  | REJ SPECIAL MATERIAL STATE OF THE SPECIAL STATE OF |
| 55 - Código CBO   | 53 - Número no Conselho 54 - UF 6  | 52 - Conselho Profissional  |  | 51 - Nome do Profissional   |   | 5  Identificação do(s) Profissional(s) Executante(s)  48 - Seq.Ref. 49 - Gr.Part. 50 - Código na Operadora/CPF  |
|   |  |   |  |   |   | 2 2   |
| 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)  | 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator Red/Acresc. 46 - Valor U   | 42 - Qide. 43 - V   |  | 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição  | 39 - Tabela   | Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados - 36 - Data - 37 - Hora inicial a 38 - Hora final   |
|   |  |   | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento           | 34 - Tipo de Consulta   | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)   | Dados do atendimento 32 - Tipo de Atendimento 33 - Indica   |
| 31 - Código CNES  |  |   |  |   | 30 - Nome do Contratado                                       | 5  Dados do Contratado Executante 29 - Código na Operadora  |
|   |  | 41  |  |   |   | 4 3 1   |
| 28 - Gride-Aut.<br>O  | 27 - Qide Solic,<br>1  |   |  | 26 - Descrição<br>CONSULTA EM PRONTO SOCORRO  |   | 24 - Tabela 25 - Código do Proced<br>22   |
|   |  |   |  | 23 - Indicação Clínica  |   | Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados  21 - Caráter do Atendimento 22 - Data da Solicitação 26/03/2025  |
|   | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante  | - UF 19 - Código CBO 20 - A:<br>SC 225125                           | úmero no Conselho                                    | 16 - Conselho Profissional 17 - N<br>6 2526   | perado  | 15 - Nome do Profissional Solicitante Requisitante Nao Cadastrado/nao Cooperado   |
|   |  |   |  | 14 - Nome do Contratado<br>UNIMED GRANDE FLORIANOPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO | 14 - Nome do Contratado<br>UNIMED GRANDE FLORI                | 77858611001414  |
| 12 - Atendimento a RN<br>N  | 11 - Cartão Nacional de Saúde  | 11 - Cart   | BERTO PIERRI   | 9 - Validade da Carteira 10 - Nome 31/05/2025 LEONARDO HUMBERTO PIERRI                  | 9 - Valid<br>31/05/2  | 8 - Número da Carteira<br>25677   |
|   |  | dora  | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>25677 | 6 - Data Validade da Senha 7 -  |   | 4 - Data da Autorização 5 - Senha 26/03/2025 25677  |
| , e e   |  | * ************************************                              |  |   | Principal   | 1 - Registro ANS 3 - N° Guia Principal  |
| Atend.: 3477104   | E TERAPIA - SP/SADT 2 - N° Guia no Prestador 5848672   | E DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT<br>2 - N° Guia no Prestador 58486 |  | GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR D                                       | GUIA DE SE  | Instituto Adventista  |
| -1-1000-11-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-   | A CONTRACTOR OF THE PARTY OF TH |   |  |   | 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0                       | The light probability of  |
| - DE-01 (10 to 10 | The second secon |   |  |   |   |   |



Telefone

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Instituição: Colégio Adventista Palhoça Nº da Carteirinha: 7.205.1801 Aluno: Leonardo Humberto Pierri

Nº da Guia: 25677

Data de Nascimento: 27/06/2017

26/03/2025 Quadra 11:44:00 Aula de educação física Data da Ocorrência Horário Local Atividade

Torção Pé Direito, Tornozelo Direito O due aconteceu Partes do corpo

Descrição

Na aula de Ed física o aluno acabou torcendo o pé enquanto corria.

:.zzA

Geovana Martins 5202/20/92 Quem prestou primeiros socorros Siso Geovana Martins 0001-98666 (84) Geovana Martins 0001-98666 (84) Testemunha da ocorrência Jelefone 5

FLORIANOPOLIS Rua Manoel Loureiro (48) 3588-4100 Barreiros HUGF - HOSPITAL UNIMED GRANDE I6I Local de atendimento Endereço Bairro

Observações

Aplicamos gelo e comunicamos aos pais.

Santos Martins

https://sistemas.usb.org.br/ama (para prestadores) ou E-mail: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos

assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / portoalegre.clinicaadventista.org.br Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157 Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0003-31 (não credenciados) com os seguintes dados:



# Evolução Paciente

| Paciente     | LEONARDO HUMBERTO PIERRI | Atendimento | 3.477.104                      |
|--------------|--------------------------|-------------|--------------------------------|
| Data Nascto. | 27/06/2017 7 Anos        | Prontuário  | 99.689.476                     |
| Sexo         | Masculino                | Dt. Entrada | 26/03/2025 15:30:57            |
| Telefone     | 996465381                | Convênio    | Instituto Adventista Instituto |

Data evolução Liberação Função Tipo evolução Especialidade Usuário Código prof 26/03/2025 16:38 26/03 16:39 Médico Evolução Médica PA JULIANO CRM 17278 TEIXEIRA

TEIXEIR DE SA

### Evolução Médica PA Adulto - ORTOPEDIA

Queixa Principal: entorse tornozelo e pe D

dor lateral

Leito

dor a palp ligamentar

1

rx sp repouso

tratamento conservador lesao ligamentar

analgesia gelo

Encaminhamento ao Ambulatório UGF?: não

Impresso em: 31/03/2025 08:33:41 Página 1 priscilacarla.s CATE23

Documento assinado digitalmente conforme a ICP-Brasil, MP 2.200-2/2001 no sistema certificado SBIS-SRES-068 por JULIANO TEIXEIRA DE SA, às 10:50-03:00 de 27/03/2025 - Válida



#### Manoel Loureiro, S/N - São José - SC CNPJ:77858611001414 - Inscrição estadual: - Fone: (CNES 9671145)

Convênio:



Usuário/Matrícula:

Conta paciente

(77858611001414) Nota:

Emissao:

N° atend:

3.477.104

Nº IC: 21.305.094

LEONARDO HUMBERTO PIERRI

Instituto Adventista

Instituto Adventista

Proc Princ: 30728134

Paciente:

Categoria:

Guia: 25677

Prontuário: 99689476 Data entrada:

26/03/2025 15:30:57 Data saída:

26/03/2025 17:38:41

25677

Motivo Alta:

Alta melhora

Médico: Dr. JULIANO TEIXEIRA DE SA (CRM 17278)

Tipo atend: Espec/Clinica: 1

3 - Pronto socorro Clinica Adulto

Lesões Ligamentares Agudas Ao Nível Do Tornozelo - Tratamento

Dt inicial:

Tipo acomodação Enfermaria

Sexo: M

Data 27/06/2017 CID Princ: S93.4 Entorse e distensao do tornozelo

26/03/25 15:30

Senha: 25677

Dt final: 26/03/25 17:38 Refer: 31/03/25

Movimentação do Paciente

Dt Conta: 26/03/25 15:33

|     | •                  |                    |                      |         |                     |                     |
|-----|--------------------|--------------------|----------------------|---------|---------------------|---------------------|
| Seq | Classificação      | Setor              | Acomodação           | Unidade | Dt. Entrada         | Dt. Saída           |
| 1   | Pronto socorro     | PRONTO ATENDIMENTO | Setor sem acomodação | 1/      | 26/03/2025 15:30:57 | 26/03/2025 17:38:41 |
| 2   | Pronto socorro     | ORTOPEDIA          | Setor sem acomodação | 1/      | 26/03/2025 15:41:39 | 26/03/2025 17:38:41 |
| 3   | Serviços Especiais | RAIO X             | Setor sem acomodação | 1/      | 26/03/2025 16:07:00 | 26/03/2025 16:07:00 |

| Honorários | Não  | Conveniados |  |
|------------|------|-------------|--|
| nonorarios | INAU | Conveniauos |  |

| Seq | Dt Conta       | Setor                 | Código     | Descrição   | Qtde | Crm   | Médico           | Função  | Valor  |
|-----|----------------|-----------------------|------------|---|------|-------|------------------|---------|--------|
| 1   | 26/03/25 15:30 | PRONTO<br>ATENDIMENTO | 10101039   | Em Pronto Socorro   | 1,00 | 17278 | JULIANO TEIXEIRA | Clínico | 73,52  |
| 2   | 26/03/25 16:29 | RAIO X                | 40804097   | Pé Ou Pododáctilo   | 1,00 | 12478 | GUSTAVO LEMOS    | Clínico | 43,84  |
| 3   | 26/03/25 16:41 | ORTOPEDIA             | 30728134   | Lesões Ligamentares Agudas Ao<br>Nível Do Tornozelo - Tratamento<br>Incruento | 1,00 | 17278 | JULIANO TEIXEIRA | Clínico | 102,48 |
|     | То             | tal de Honorár        | ios Não Co | nveniados   | 3,00 |       |                  |         | 219,84 |

Total geral R\$

219,84

Unimed A

Endereço:

Rua Gisela, 1693 apto 803

# UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA

Atendimento: 346245

| Contra   | tante:                              |                          |   |
|----------|-------------------------------------|--------------------------|---|
| Paciente | e/Usuário                           | Atendimento N°: 3462454  |   |
| Nome:    | MANUELLA HONORATO DA SILVA FERREIRA | Telefone: (48) 984096918 |   |
| CPF:     |                                     | RG:                      |   |
| Endereg  | o: Rua Gisela , 1693 apto 803       |                          | G |
| Respo    | nsável:                             |                          |   |
| Nome:    | DAYANE                              | Telefone: 483258-0599    |   |
| CPF:     | 05366280923                         | RG: 5210839              |   |

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 uteis, 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 adimissão do paciente

Unimed A

# UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



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:

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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

| ciausula, vem declarar que:   |   |
|---|---|
| ( ) <b>DESEJA</b> ser acompanhada nos termos da Lei nº 8.080/   | /1990.  |
| Nome da Acompanhante  |   |
| CPF n°  | )   |
| ( ) <b>RENUNCIA</b> ser acompanhada nos termos da Lei nº 8.   | 080/1990.   |
| Cláusula Oitava: As Partes elegem o foro de domicílio do dúvidas, conflitos ou questões oriundas do presente Contreseja ou venha a se tornar. | CONTRATANTE, para que nele sejam dirimidas quaisquer rato, renunciando a qualquer outro por mais privilegiado que |
| São José/SC,//  | X" (1)  |
| H · K   |   |
| Dayon Do Silya  |   |
| CONTRATANTE/RESPONSAVEL   | CONTRATADA  |
| Testemunhas   | * ** ** **  |
| 202702 S  | Nome:   |

CPF nº

| GUIA DE SER   | VIÇO PROFISSIONAL   | GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT 2-0º Guia no Prestador 58234  | DE DIAGNÓSTICO                          | E TERAPIA - SP/SADT<br>2-N° Guia no Prestador 5823498                 | v3.0<br>Atend.: 3462454               |
|---|---|--|---|---|---------------------------------------|
| 1 - Registro ANS 3 - N° Guia Principal  |   | i de la companya de l | 2°                                      |   |                                       |
| 4 - Data da Autorização 5 - Senha 12/03/2025 25060  | 6 - Data Validade da Senha  | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>25060   | radora                                  |   |                                       |
| 25060 (9-Validade da Carteira |   | 10 - Nome<br>MANUELLA HONORATO DA SILVA FERREIRA   |   | 11 - Cartão Nacional de Saúde   | 12 - Atendimento a RN<br>N            |
| Dados do Solicitante 13 - Código na Operadora 77858811001414 UNIMED GRANDE FLORI  | 14 - Nome do Contratado<br>UNIMED GRANDE FLORIANOPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO | увагно мерісо  |   |   |                                       |
| fissional Solicitante<br>Cadastrado/nao Cooperado   | 16 - Conselho Profissional 17 - Número no Conselho 6 2526                               | selho  | 18 - UF   19 - Código CBO   SC   225125 | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante                           |                                       |
| Dados da Solicitação / Procedimentos ou tens Assistenciais Solicitados  21 - Caráter do Atendimento 22 - Data da Solicitação 2 123 - Indicação Clínica 2  | o Clínica   |  |   |   |                                       |
| 24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 26 - Descrição 10101039 CONSULTA E   | 26 - Descrição<br>CONSULTA EM PRONTO SOCORRO  |  |   | 27 - Qide.Solic.<br>1   | 28 - Qtde.Aut.<br>1                   |
| 3   |   |  |   | 4,  |                                       |
| 4   |   |  |   |   |                                       |
| Dados do Contratado Executante<br>29 - Código na Operadora  |   |  |   |   | 31 - Código CNES                      |
| Dados do atendimento<br>32 - Tipo de Atendimento<br>33 - Tipo de Atendimento  | a) 34 - Tipo de Consulta  | 35 - Motivo de Encerramento do Alendimento   |   |   |                                       |
| Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados<br>36 - Data 37 - Hora inicial a 38 - Hora Ifnal 39 - Tabela 40 - Codig   | 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição  |  | 42 - Qtde.                              | 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator Red / Acresc. 46 - Valor Unitàrio (R\$) | Initário (R\$) 47 - Valor Total (R\$) |
| 2   |   |  |   |   |                                       |
| 0 4   |   |  |   |   |                                       |
| nififcação do(s) Profissional(is) Executante(s)<br>- Seq.Ref. 49 - Gr.Part. 50 - Código na Operadora/CPF  | 61 - Nome do Profissional   |  | 52 - Conselho Profissional              | 53 - Número no Conselho 54 - UF 55                                    | SS - Código CBO                       |
|   |   |  |   |   |                                       |
| 66 - Data de Realização de Procedimentos em Série 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  | ponsável  |  | 7. 1 1                                  | 6-  |                                       |
| 2- /  | 9   |  |   | 1001  |                                       |
|   | =   |  |   |   |                                       |
| 59 - Total Procedimentos (R\$) 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)  | 61 - Total Materiais (R\$)  | 62 - Total de OPME (R\$)   | 63 - Total Medicamentos (R\$)           | ses Medicinais R\$  | 65 - Total Geral (R\$)                |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização<br>   | 12/03/2025 A CLYCA C  | KUPCON CESTONS SALL  | **                                      | 68 - Assinatura do Contratado<br>12/03/2025                           | # 50 m                                |
| Impresso em: 12/03/2025 13:18:12  | Página 1  |  | diogo.petry                             |   | WATE70106                             |
|   |   |  |   |   |                                       |

# **AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO**

Aluno: Manuella Honorato da Silva Ferreira

Nº da Carteirinha: 7.58.6579

Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Estreito

Data de Nascimento: 15/03/2015

Nº da Guia: 25060



| Data da Ocorrência | Horário  | Local  | Atividade |
|--------------------|----------|--------|-----------|
| 12/03/2025         | 11:56:00 | Escada | Saída     |

| O que aconteceu               | Partes do corpo               |
|-------------------------------|-------------------------------|
| Queda de altura (Ex.: escada) | Pé Direito, Tornozelo Direito |

### Descrição

Aluna tropeçou na escada na hora da saída e acabou caindo torcendo o pé direito.

| Testemunha da ocorrência | Telefone   |
|--------------------------|--|
| Monitor Cleo             | (48) 3039-8054   |
|                          | and the second s |

| Local de atendimento                           | Endereço            | Nº  | Bairro    | Telefone       |
|--|---------------------|-----|-----------|----------------|
| HUGF - HOSPITAL UNIMED GRANDE<br>FLORIANÓPOLIS | Rua Manoel Loureiro | 191 | Barreiros | (48) 3288-4100 |

#### Observações

Encaminhado ao hospital de referência Unimed

7

Ass.:

Jerry Abdoral Borges

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



Paciente: LEONARDO MARTINS CANAVERDE

Data de Nascimento: 18/06/2011 Idade: 13anos 8M Sexo: M

Data do Exame: 14/03/2025

Solicitante: Dr.(a) JULIANO TEIXEIRA DE SA Protocolo: UGF3464666 Senha: 281366

unimedflorianopolis.com.br Central de Atendimento: (48) 3288 4100 Informações: 0800 048 3500

#### RADIOGRAFIA DIGITAL DA MÃO DIREITA

Alinhamento articular mantido. Estrutura óssea normal. Interlinhas articulares preservadas. Partes moles sem alterações radiográficas.







# Evolução Paciente

| Paciente     | LEONARDO MARTINS CANAVERDE | Atendimento | 3.464.666                      |
|--------------|----------------------------|-------------|--------------------------------|
| Data Nascto. | 18/06/2011 13 Anos         | Prontuário  | 99.868.980                     |
| Sexo         | Masculino                  | Dt. Entrada | 14/03/2025 09:48:05            |
| Telefone     | 981683919                  | Convênio    | Instituto Adventista Instituto |

Leito 1

Data evolução Liberação Função Tipo evolução Especialidade Usuário Código prof 14/03/2025 10:17 14/03 10:18 Médico Evolução Médica PA JULIANO TEIXEIRA

TEIXEIF DE SA

### Evolução Médica PA Adulto - ORTOPEDIA

Queixa Principal: contusao 4 qdd

dor aip

adm ampla, limitada pela dor

rx sp repouso imob 3 dias analgesia

Encaminhamento ao Ambulatório UGF?: não

Impresso em: 28/03/2025 08:48:21 Página 1 priscilacarla.s CATE23

Documento assinado digitalmente conforme a ICP-Brasil, MP 2.200-2/2001 no sistema certificado SBIS-SRES-068 por JULIANO TEIXEIRA DE SA, às 10:02-03:00 de 17/03/2025 - Válida



#### Manoel Loureiro, S/N - São José - SC CNPJ:77858611001414 - Inscrição estadual: - Fone: (CNES 9671145)

Convênio:



Conta paciente

(77858611001414) **Nota:** 

**Emissao:** 

N° atend: N° IC: 3.464.666 21.292.645

Usuário/Matrícula:

LEONARDO MARTINS CANAVERDE

Instituto Adventista

7205744

Instituto Adventista

Paciente:

Categoria:

Prontuário: 99868980 Data entrada:

a: 14/03/2025 09:48:05

Data saída: 14/03/2025 10:36:22

Motivo Alta: Alta melhora

Médico: Dr. JULIANO TEIXEIRA DE SA (CRM 17278)

Tipo atend: 3 - Pronto socorro Espec/Clinica: 1 Clinica Adulto

Proc Princ: 00000000 0

Tipo acomodação Apartamento

Sexo: M

Data 18/06/2011
CID Princ: S60.0 Contusao de dedos s/lesao

OCAO. IVI

CID Princ: S60.0 Contusao de dedos s/lesao da unha Guia: **25175** Senha: 25175

Dt Conta: 14/03/25 09:50 Dt inicial: 14/03/25 09:48 Dt final: 14/03/25 10:36 Refer: 01/05/25

| Movimentação do Paciente |
|--------------------------|
|--------------------------|

| Seq | Classificação      | Setor              | Acomodação           | Unidade | Dt. Entrada         | Dt. Saída           |
|-----|--------------------|--------------------|----------------------|---------|---------------------|---------------------|
| 1   | Pronto socorro     | PRONTO ATENDIMENTO | Setor sem acomodação | 1/      | 14/03/2025 09:48:05 | 14/03/2025 10:36:22 |
| 2   | Pronto socorro     | ORTOPEDIA          | Setor sem acomodação | 1/      | 14/03/2025 10:01:36 | 14/03/2025 10:36:22 |
| 3   | Serviços Especiais | RAIO X             | Setor sem acomodação | 1/      | 14/03/2025 10:12:00 | 14/03/2025 10:12:00 |

#### Honorários Não Conveniados

| Seq | Dt Conta       | Setor                 | Código     | Descrição   | Qtde | Crm   | Médico           | Função  | Valor  |
|-----|----------------|-----------------------|------------|---|------|-------|------------------|---------|--------|
| 1   | 14/03/25 09:48 | PRONTO<br>ATENDIMENTO | 10101039   | Em Pronto Socorro                                 | 1,00 | 17278 | JULIANO TEIXEIRA | Clínico | 73,52  |
| 2   | 14/03/25 10:13 | ORTOPEDIA             | 30711010   | Imobilizações Não-Gessadas<br>(Qualquer Segmento) | 1,00 | 17278 | JULIANO TEIXEIRA | Clínico | 11,70  |
| 3   | 14/03/25 10:13 | RAIO X                | 40803120   | Mão Ou Quirodáctilo                               | 1,00 | 15871 | LUIZ CARLOS      | Clínico | 42,18  |
|     | To             | tal de Honorári       | ios Não Co | nveniados   | 3,00 |       |                  |         | 127,40 |

| Materia | ais      |                              |       |        |          |          |
|---------|----------|------------------------------|-------|--------|----------|----------|
| Seq     | Código   | Descrição                    | Unid. | Qtde   | VI Unit. | VI Total |
|         |          | ORTOPEDIA                    |       |        |          |          |
| 1       | 78365678 | ATADURA CREPON 06 CM X 1,8 M | rl    | 1,0000 | 1,2300   | 1,23     |
| 2       | 78308488 | TALA METALICA IMOBIL         | und   | 1,0000 | 3,2100   | 3,21     |
|         |          | Total - ORTOPEDIA -          |       | 2,0000 |          | 4,44     |
|         |          | Total de Materiais           |       | 2,0000 |          | 4,44     |

Total geral R\$ 131,84

# **AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO**

Aluno: Letícia Gabrielly Matos Freire Nº da Carteirinha: 7.58.5896

Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Estreito

Data de Nascimento: 01/07/2009

Nº da Guia: 25469



| Data da Ocorrência                     | Horário       | Local               |                       |     | Atividade    |           |                  |
|--|---------------|---------------------|-----------------------|-----|--------------|-----------|------------------|
| 21/03/2025                             | 11:08:00      | Escada              |                       |     | Eventos espo | rtivos (I | Ex.: campeonatos |
| O que aconteceu                        |               |                     | Partes do co          | rpo |              |           |                  |
| Torção                                 |               |                     | Pé Direito            |     |              |           |                  |
| Descrição                              |               |                     |                       |     |              |           |                  |
| A aluna estava em horá                 | ário de recre | io e torço o pé e e | sta com um pouco de d | or. |              |           |                  |
| Testemunha da ocor                     | rência        |                     |                       |     |              | Te        | elefone          |
| Yusdania                               | . 40          |                     |                       |     |              | (4        | 8) 3039-8054     |
| Quem prestou prime                     | iros socorre  | os                  |                       |     |              | Da        | ata              |
| Yusdania Rodriguez Mo                  | ntero         |                     |                       |     |              | 21        | /03/2025         |
| Local de atendimento                   |               | Endereço            |                       | Nο  | Bairro       |           | Telefone         |
| Atendimento no próprio estabelecimento |               |                     |                       |     |              |           |                  |
| Observações                            |               |                     |                       |     |              |           |                  |
| aluna foi direcionada ad               | a bassital    |                     |                       |     |              |           |                  |

Ass.:

Jerry Abdoral Borges

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



Paciente: LETICIA GABRIELLY MATOS FREIRE

Data de Nascimento: 01/07/2009 Idade: 15anos 8M Sexo: F

Data do Exame: 21/03/2025

Solicitante: Dr.(a) GUILHERME ZANETTE DEOLINDA

Protocolo: UGF3472485 Senha: 838969

unimedflorianopolis.com.br Central de Atendimento: (48) 3288 4100 Informações: 0800 048 3500

#### RADIOGRAFIA DIGITAL TORNOZELO DIREITO

Estrutura óssea preservada.

Relações articulares conservadas.

Partes moles sem alterações radiográficas.







Paciente: LETICIA GABRIELLY MATOS FREIRE

Data de Nascimento: 01/07/2009 Idade: 15anos 8M Sexo: F

Data do Exame: 21/03/2025

Solicitante: Dr.(a) GUILHERME ZANETTE DEOLINDA

Protocolo: UGF3472485 Senha: 838969

unimedflorianopolis.com.br Central de Atendimento: (48) 3288 4100 Informações: 0800 048 3500

#### RADIOGRAFIA DIGITAL PÉ DIREITO

Estrutura óssea preservada.

Relações articulares conservadas.

Partes moles sem alterações radiográficas.







#### Manoel Loureiro, S/N - São José - SC CNPJ:77858611001414 - Inscrição estadual: - Fone: (CNES 9671145)



Usuário/Matrícula:

Conta paciente

(77858611001414) Nota:

N° atend:

3.472.485

Emissao:

Nº IC: 21.300.231

**LETICIA GABRIELLY MATOS FREIRE** 

Instituto Adventista

Categoria:

Instituto Adventista

Paciente:

Prontuário: 99869588

Data entrada: 21/03/2025 20:24:55

Convênio:

Data saída:

21/03/2025 22:16:36 Médico: Dr. GUILHERME ZANETTE DEOLINDA (CRM 16841)

7585896

Motivo Alta: Tipo atend:

Alta melhora 3 - Pronto socorro

Espec/Clinica: 1 Clinica Adulto

Proc Princ: 00000000

Tipo acomodação Enfermaria

Sexo: F

Dt final:

Data 01/07/2009

CID Princ: S93.4 Entorse e distensao do tornozelo

Guia: Não informada,25469 Dt Conta: 21/03/25 20:26

Dt inicial:

21/03/25 20:24

21/03/25 22:16

Refer: 31/03/25

| Movimentação do Paciente |
|--------------------------|
|--------------------------|

| Seq Classi | ficação Se     | etor              | Acomodação           | Unidade | Dt. Entrada         | Dt. Saída           |
|------------|----------------|-------------------|----------------------|---------|---------------------|---------------------|
| 1 Pronto s | socorro PR     | RONTO ATENDIMENTO | Setor sem acomodação | 1/      | 21/03/2025 20:24:55 | 21/03/2025 22:16:36 |
| 2 Pronto s | socorro OR     | RTOPEDIA          | Setor sem acomodação | 1/      | 21/03/2025 20:37:08 | 21/03/2025 22:16:36 |
| 3 Serviços | s Especiais RA | AIO X             | Setor sem acomodação | 1/      | 21/03/2025 21:33:00 | 21/03/2025 21:33:00 |

#### Honorários Não Conveniados

| Seg Dt Conta Setor Código Descrição Qtde Crm Médico Função |                                     |                       |          |                                      |      |       |             | Função   | Valor  |
|--|-------------------------------------|-----------------------|----------|--------------------------------------|------|-------|-------------|----------|--------|
| Ocq  |                                     |                       | Oddigo   | Descrição                            | Qlue | Oiiii | Medico      | i unição | Valoi  |
| 1  | 21/03/25 20:24                      | PRONTO<br>ATENDIMENTO | 10101039 | Em Pronto Socorro                    | 1,00 | 16841 | GUILHERME   | Clínico  | 95,58  |
| 2  | 21/03/25 21:45                      | RAIO X                | 40804089 | Articulação Tibiotársica (Tornozelo) | 1,00 | 12071 | JOEL SUSUMU | Clínico  | 42,18  |
| 3  | 21/03/25 21:46                      | RAIO X                | 40804097 | Pé Ou Pododáctilo                    | 1,00 | 12071 | JOEL SUSUMU | Clínico  | 43,84  |
| 4  | 21/03/25 21:53                      | ORTOPEDIA             | 30711029 | Membro Inferior                      | 1,00 | 16841 | GUILHERME   | Clínico  | 30,41  |
|  | Total de Honorários Não Conveniados |                       |          |                                      |      |       |             |          | 212,01 |

| lat | eri | ais | 3 |
|-----|-----|-----|---|
| ıαι | GII | ais | • |

| wateria   | 115                  |                                    |    |          |          |          |
|-----------|----------------------|------------------------------------|----|----------|----------|----------|
| Seq       | Seq Código Descrição |                                    |    | Qtde     | VI Unit. | VI Total |
| ORTOPEDIA |                      |                                    |    |          |          |          |
| 1         | 78988780             | ATADURA CREPON 15 CM X 1,8 M       | rl | 3,0000   | 11,2400  | 33,72    |
| 2         | 70858837             | ATADURA GESSADA 15CMX3,0MT 156.911 | rl | 3,0000   | 7,4700   | 22,41    |
| 3         | 70034729             | ATADURA ORTOPEDICA 20 CM X 1,8 M   | rl | 2,0000   | 16,7300  | 33,46    |
| 4         | 78202477             | MALHA TUBULAR ALGODA               | cm | 200,0000 | 0,0500   | 10,00    |
|           |                      | Total - ORTOPEDIA -                |    | 208,0000 |          | 99,59    |
|           |                      | Total de Materiais                 |    | 208,0000 |          | 99,59    |

Total geral R\$

311,60



### Evolução Paciente

| Paciente     | LETICIA GABRIELLY MATOS FREIRE | Atendimento | 3.472.485                      |
|--------------|--------------------------------|-------------|--------------------------------|
| Data Nascto. | 01/07/2009 15 Anos             | Prontuário  | 99.869.588                     |
| Sexo         | Feminino                       | Dt. Entrada | 21/03/2025 20:24:55            |
| Telefone     | 996402236                      | Convênio    | Instituto Adventista Instituto |
| Leito        | 1                              |             |                                |

Data evolução Liberação Função Tipo evolução Especialidade Usuário Código prof 21/03/2025 21:53 21/03 21:54 Médico Evolução Médica PA GUILHERME CRM 16841 ZANETTE

**DEOLINDA** 

#### Evolução Médica PA Adulto - ORTOPEDIA

Queixa Principal: TRAUMA TORSIONAL NO PÉ DIREITO HOJE NO COLÉGIO, COM DORES LOCAIS E

DIFICULDADE PARA DEAMBULAR.

**Exame físico:** AO EXAME

ADM DE TORNOZELO ESQ COM DOR DOR MEDIAL NO PÉ E TORNOZELO

RX SEM LAUDO

SEM EVIDENCIAS DE LESÕES AGUDAS

Conduta: CDTA SINTOMÁTICOS, REPOUSO, ORIENTO RISCOS DE LESÕES OCULTAS NO RX, SE NÃO

MELHORA DO QUADRO EM 7 DIAS OU PIORA oriento o retorno.

Encaminhamento ao Ambulatório UGF?: não Acionado sobreaviso da Ortopedia?: não Solicitado exames de imagem?: não

Impresso em: 31/03/2025 07:16:51 Página 1 priscilacarla.s CATE23



Paciente: LETICIA PEDROZO

Data de Nascimento: 04/11/2009 Idade: 15anos 4M Sexo: F

Data do Exame: 17/03/2025

Solicitante: Dr.(a) LUIZ FERNANDO PEREIRA Protocolo: UGF3467918 Senha: 847106

unimedflorianopolis.com.br Central de Atendimento: (48) 3288 4100 Informações: 0800 048 3500

### RADIOGRAFIA DIGITAL DO 2º QUIRODÁCTILO DIREITO

Estrutura óssea normal. Relações articulares anatômicas. Partes moles sem alterações radiográficas. Ausência de sinais de fraturas.







# Evolução Paciente

| Paciente     | LETICIA PEDROZO    | Atendimento | 3.467.918                      |
|--------------|--------------------|-------------|--------------------------------|
| Data Nascto. | 04/11/2009 15 Anos | Prontuário  | 99.608.564                     |
| Sexo         | Feminino           | Dt. Entrada | 17/03/2025 16:26:35            |
| Telefone     | 991018004          | Convênio    | Instituto Adventista Instituto |

Leito 1

Data evoluçãoLiberaçãoFunçãoTipo evoluçãoEspecialidadeUsuárioCódigo prof17/03/2025 16:4617/03 17:50MédicoEvolução Médica PALUIZCRM 11405

FERNANDO PEREIRA

### Evolução Médica PA Adulto - ORTOPEDIA

Queixa Principal: TRAUMA UNGUEAL NO 2 QDD POR BOLADA

Exame físico: UNHA FRATURADA

**Conduta:** RX sem laudo ANALGESIA EV com melhora

ANALGESIA VO

Encaminhamento ao Ambulatório UGF?: não

Impresso em: 28/03/2025 10:18:37 Página 1 priscilacarla.s CATE23

Documento assinado digitalmente conforme a ICP-Brasil, MP 2.200-2/2001 no sistema certificado SBIS-SRES-068 por LUIZ FERNANDO PEREIRA, às 00:20-03:00 de 18/03/2025 - Válida



#### Manoel Loureiro, S/N - São José - SC CNPJ:77858611001414 - Inscrição estadual: - Fone: (CNES 9671145)

Convênio:



Usuário/Matrícula:

# Conta paciente

(77858611001414) Nota:

### Emissao:

N° atend: Nº IC:

3.467.918 21.295.607

Categoria: Instituto Adventista

**LETICIA PEDROZO** 

Paciente:

Prontuário: 99608564 Data entrada: 17/03/2025 16:26:35

Instituto Adventista

Data saída: 17/03/2025 17:59:07

Motivo Alta:

Alta melhora

7205156

Tipo atend:

3 - Pronto socorro

Médico: Dr. LUIZ FERNANDO PEREIRA (CRM 11405) Proc Princ: 00000000

Dt inicial:

Tipo acomodação Setor sem acomodação

Dt final:

Espec/Clinica: 1

Clinica Adulto

04/11/2009

Dt Conta: 17/03/25 16:27

Sexo: F

CID Princ: S61.1 Ferim de dedos c/lesao da unha

Guia: 25244

Senha: 25244 17/03/25 16:26

**Total de Materiais** 

17/03/25 17:59

Refer: 01/05/25

| Movimentação do Paciente | Мо | vime | ntação | do | <b>Paciente</b> |
|--------------------------|----|------|--------|----|-----------------|
|--------------------------|----|------|--------|----|-----------------|

| Seq | Classificação      | Setor              | Acomodação           | Unidade | Dt. Entrada         | Dt. Saída           |
|-----|--------------------|--------------------|----------------------|---------|---------------------|---------------------|
| 1   | Pronto socorro     | PRONTO ATENDIMENTO | Setor sem acomodação | 1/      | 17/03/2025 16:26:35 | 17/03/2025 17:59:07 |
| 2   | Pronto socorro     | ORTOPEDIA          | Setor sem acomodação | 1/      | 17/03/2025 16:35:48 | 17/03/2025 17:59:07 |
| 3   | Serviços Especiais | RAIO X             | Setor sem acomodação | 1/      | 17/03/2025 16:49:00 | 17/03/2025 16:49:00 |

#### Honorários Não Conveniados

| Seq | Dt Conta       | Setor                 | Código     | Descrição           | Qtde Crm  | Médico          | Função  | Valor  |
|-----|----------------|-----------------------|------------|---------------------|-----------|-----------------|---------|--------|
| 1   | 17/03/25 16:26 | PRONTO<br>ATENDIMENTO | 10101039   | Em Pronto Socorro   | 1,00 1140 | 5 LUIZ FERNANDO | Clínico | 73,52  |
| 2   | 17/03/25 17:20 | RAIO X                | 40803120   | Mão Ou Quirodáctilo | 1,00 8280 | ROBERTO         | Clínico | 42,18  |
|     | To             | tal de Honorár        | ios Não Co | onveniados          | 2,00      |                 |         | 115,70 |

| Materia | ais      |  |       |        |          |          |  |
|---------|----------|--|-------|--------|----------|----------|--|
| Seq     | Código   | Descrição  | Unid. | Qtde   | VI Unit. | VI Total |  |
|         |          | PRONTO ATENDIMENTO   |       |        |          |          |  |
| 1       | 70014370 | AGULHA HIPODERMICA 4   | un    | 1,0000 | 1,9100   | 1,91     |  |
| 2       | 70018286 | ESCALPE SAF-T WING 21GA C/SEG.AG.3/4(19MM)TUBO EXTENSOR 12(30CM)972112 | und   | 1,0000 | 60,9800  | 60,98    |  |
| 3       | 70705305 | SERINGA S/ AGULHA 5ML  | un    | 1,0000 | 2,9200   | 2,92     |  |
| 4       | 70705330 | SERINGA 10ml   | und   | 1,0000 | 3,9300   | 3,93     |  |
|         |          | Total - PRONTO ATENDIMENTO -   |       | 4,0000 |          | 69,74    |  |

| Medic | camentos   |   |       |        |          |          |
|-------|------------|---|-------|--------|----------|----------|
| Seq   | Código     | Descrição   | Unid. | Qtde   | VI Unit. | VI Total |
|       |            | PRONTO ATENDIMENTO  |       |        |          |          |
| 1     | 0000049254 | AGUA PARA INJECAO 1 ML/ML SOL INJ CX 200 AMP PLAS TRANS X 10 ML     | amp   | 2,0000 | 0,39     | 0,78     |
| 2     | 0000036855 | DIPIRONA SODICA500 MG/ML SOL INJ CT 120 AMP VD AMB X 2 ML(EMB HOSP) | amp   | 1,0000 | 0,49     | 0,49     |
| 3     | 0000060628 | TEFLAN 40 MG PÓ LIÓF. INJ. CX. 5 FA + 5 AMP. DIL. X 2 ML            | fa    | 1,0000 | 26,74    | 26,74    |
|       |            | Total - PRONTO ATENDIMENTO -  |       | 4,0000 |          | 28,01    |
|       |            | Total de Medicamentos   |       | 4,0000 |          | 28,01    |

Total geral R\$

213,45

69,74

4,0000

Unimed A

# UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA

| Atendimento: |  |
|--------------|--|

| _   |      | 4     |      |
|-----|------|-------|------|
| ( 0 | ntra | IT OF | ite: |
|     |      |       |      |

| Atendimento Nº: 3467918  |                                 |
|--------------------------|---------------------------------|
| Telefone: (48) 991018004 |                                 |
| RG:                      |                                 |
|                          |                                 |
|                          |                                 |
| Telefone: 5548991018004  |                                 |
|                          | Telefone: (48) 991018004<br>RG: |

Rua Imola, 116 casa Endereço:

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.

RG: 32871902

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 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 adimissão do paciente

## UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



(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 beneficios, 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



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:

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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:   | mo de Consentimento Livie e Esciarecido, disposto nesta   |
|---|---|
| ( ) DESEJA ser acompanhada nos termos da Lei nº 8.080/1   | 990.  |
| Nome da Acompanhante  |   |
| ( ) RENUNCIA ser acompanhada nos termos da Lei nº 8.08  | 80/1990.  |
| Cláusula Oitava: As Partes elegem o foro de domicílio do C<br>dúvidas, conflitos ou questões oriundas do presente Contrat<br>seja ou venha a se tornar. | CONTRATANTE, para que nele sejam dirimidas quaisques co, renunciando a qualquer outro por mais privilegiado que |
| São José/SC,//  |   |
| CONTRATANTE/RESPONSÁVEL   | CONTRATADA  |
| Testemunhas   |   |
|   | 2ome:<br>PF n°  |

| 3    | Impresso em:        |             | 59 - Total Procedimentos (R\$)    | 58 - Observação / Justificativa | 56 - Data de Re<br>1/  | 5<br>Identificação do<br>48 - Seq.Ref.   | 4 3 2 | Dados da Execu<br>36 - Data  | Dados do atendimento<br>32 - Tipo de Atendimento            | Dados do Contr<br>29 - Código na   | 4 3 | 2 22                       | 24.  | Dados da Solici<br>21 - Caráter  | 15 - Nome de<br>Requisitante   | 13 - Código na Op<br>77858611001414   | 8 - Número da Carteira<br>7205156      | 4 - Data da Autorização<br>17/03/2025                | 1 - Registro ANS      | Instituto /   |
|------|---------------------|-------------|-----------------------------------|---------------------------------|--|--|-------|--|---|--|-----|----------------------------|--|--|--|---|--|--|-----------------------|---|
| 1 2  |                     | 1           | 59 - Total Procedimentos (R\$) 60 | ) / Justificativa               | alização de Proce  | (s) Profissional(is<br>49 - Gr.P.  |       | ıção / Procedimen<br>37 - Hora   |   | 5 Dados do Contratado Executante 29 - Código na Operadora  |     | 5                          | 25 - Código do                                   | Dados da Solicitação / Procedimento 21 - Caráter do Atendimento 2  | 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>Requisitante Nao Cadastrado/nao Coop      | bados do Solicitante<br>13 - Código na Operadora<br>77858611001414                      | da Carteira                            |  |                       | Instituto Adventista  |
| -    | 17/03/2025 16:28:33 | No.         | 60 - T                            |                                 | 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável<br>1/ | 5<br>  Gentificação do(s) Profissional(is) Executante(s)<br>  Henrificação do(s) Profissional(is) Executante(s)<br>  48 - Seq.Ref. |       | Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados<br>36 - Data<br>37 - Hora inicial a 38 - Hora final<br>1 | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) |  |     | 10101039                   | 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial |  | 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>Requisitante Nao Cadastrado/nao Cooperado |   |  | 5 - Senha<br>25244                                   | 3 - N° Guia Principal |   |
|      |                     |             | 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) |                                 | 57 - Assinatura d<br>3<br>4  | go na Operadora/(  |       | izados<br>final 39 - Tabela  | \cidente (acidente  | 30 - Nor   |     | 9                          | tem Assistencial                                 | ou Itens Assistenciais Solicitad<br>22 - Data da Solicitação<br>17/03/2025   |  | UNIM  |  |  | ipal                  | GL  |
| 1    |                     |             | éis (R\$)                         |                                 | o Beneficlário ou R<br>/ /<br>/ /  |  |       |  | ou doença relacion  | 30 - Nome do Contratado  |     | CONSULT                    | 26 - Descrição                                   |  |  | ome do Contrata<br>ED GRANDE FL   | 9 - Valida<br>17/03/20                 |  |                       | JIA DE SE   |
|      |                     |             | 61 - Total Materials (R\$)        |                                 | esponsável   | 51 - Nome do Profissional  |       | 40 - Código do Procedimento  |   | THE STATE OF THE S |     | CONSULTA EM PRONTO SOCORRO |  | 23 - Indicação Clínica   | 16 - Con   | ido<br>ORIANOPOLIS -  | 9 - Validade da Carteira<br>17/03/2025 | 6 - Data   |                       | RVIÇO P   |
| 21   | Página 1            | 17/03/2025  | arials (R\$)                      |                                 | 33   |  |       |  | 34 - Tipo de Consulta                                       |  |     | SOCORRO                    |  | The State of the S | 16 - Conselho Profissional<br>6  | 14 - Nome do Contratado<br>UNIMED GRANDE FLORIANOPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO | 10 - Non<br>LETICIA                    | 6 - Data Validade da Senha                           |                       | ROFISSIC  |
|      |                     | Messer !    | Y                                 |                                 | 5/   |  |       | 41 - Descrição   | 35 - Moi  |  |     |                            |  |  | The second   | DE TRABALHO   | 10 - Nome<br>LETICIA PEDROZO           |  |                       | NAL / SE  |
| 1 22 |                     | ( )         | 62 (Total de OPME (R\$)           |                                 |  |  |       |  | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento                  |  |     | -0.2                       |  |  | 17 - Número no Conselho<br>2526  | MEDICO  |  | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>25244 |                       | GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DI                  |
|      | 3                   |             |                                   |                                 |  |  |       |  | lo do Atendimento   |  |     | 0                          |  |  | 18   |   |  | uído pela Oper                                       | 4. 3.                 | JXILIAR [   |
| 110  | gabrielly.opusz     |             | 63 - Total M                      |                                 | 7-<br>8-   | 52 - Conselho Profissional   |       |  | <b>一</b> 原 原 原 原 原 原 原 原 原 原 原 原 原 原 原 原 原 原 原              |  |     |                            |  |  | 18 - UF 19 - Co<br>SC 22512  |   |  | adora  |                       | DE DIAGN  |
|      | SZ                  |             | 63 - Total Medicamentos (R\$)     |                                 | , ,  | ofissional   |       | 42 - Qide.   |   |  |     |                            |  |  | 19 - Código CBO<br>225125  |   |  |  |                       | E DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT<br>2 - N° Guia no Prestador 58324 |
|      |                     | 17/03/2025  | 64 - Total Ga                     |                                 |  |  |       | 43 - Via 44 - Tec.   |   |  |     |                            |  |  | 20 - Assinat   |   | 11 - Cartão Na                         |  |                       | E TERAPI  |
|      |                     | Contraction | 64 - Total Gases Medicinals R\$   |                                 |  | 53 - Número no Conselho  |       |  | SHE FILE ITES   |  | X.  |                            |  |  | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante  |   | 11 - Cartão Nacional de Saúde          |  |                       | E TERAPIA - SP/SADT<br>2 - N° Guia no Prestador 5832462             |
|      |                     |             | dicinals R\$                      |                                 | 9  |  |       | 45 - Falor Red./Acresc. 4  |   |  |     | _                          | 27 - Qtde.Solic.                                 |  | nal Solicitante  |   |  |  |                       | <b>DT</b><br>832462   |
|      |                     |             | 65 - Tota                         |                                 | , ,  | 54 - UF 55 - Código CBO  |       | 46 - Valor Unitário (R\$)  | S differentials   |  |     |                            |  |  |  |   |  |  |                       |   |
|      | 5                   |             | 65 - Total Geral (R\$)            |                                 |  | до СВО   |       |  |   | 31-0   |     | 0                          | 28 - Qtde.Aut.                                   |  |  |   | 12 - Atendimento a RN<br>N             |  | 9 6                   | Atend   |
|      | WATE70106           |             |                                   |                                 |  |  |       | 47 - Valor Total (R\$)   | 150 at 150 at 1   | 31 - Código CNES   |     |                            |  |  |  |   | nento a RN                             |  |                       | v.3.0<br>Atend.: 3467918  |

# **AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO**

Aluno: Letícia Pedrozo

Nº da Carteirinha: 7.205.156

Instituição: Colégio Adventista Palhoça

Data de Nascimento: 04/11/2009

Nº da Guia: 25244



| Data da Ocorrência | 10       | Local  | Atividade               |
|--------------------|----------|--------|-------------------------|
| 17/03/2025         | 09:49:00 | Quadra | Aula de educação física |

| O que aconteceu                               | Partes do corpo     |
|---|---------------------|
| Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos) | 2º Dedo Mão Direita |

#### Descrição

Durante o jogo de handebol, em uma disputa de bola, a unha do dedo indicador da mão direita foi arrancada. A aluna referiu muita dor no local e também no dedo.

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Hana - Monitora          | (48) 3083-9450 |
| Hana - Monitora          | (48) 3083-9450 |

| neiros socorros Data              |
|-----------------------------------|
| ordenadora Disciplinar 17/03/2025 |
| 17/03/2025                        |

| Local de atendimento                           | Endereço            | Иҕ       | Bairro    | Telefone       |
|--|---------------------|----------|-----------|----------------|
| HUGF - HOSPITAL UNIMED GRANDE<br>FLORIANÓPOLIS | Rua Manoel Loureiro | 191<br>0 | Barreiros | (48) 3288-4100 |

Observações

Aplicado gelo no local e feito encaminhamento para avaliação médica.

176.726.884/0135-301 INST. ADV. SUL BRAS. DE EDUCAÇÃO COLÉGIO ADVENTISTA

Av. Raulino Pagani , Nº 420 CEP:88132-199 - Pagani

Palhoca/SC

Ass.:

Glaucya Francini Collaco

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 ord hr / nortoalegre clinicaadventista ord hr



## UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA

Atendimento: 3469820

W.

| _ | <br> |    | 4   |
|---|------|----|-----|
|   | <br> | วท | te: |
|   |      |    |     |

Paciente/UsuárioAtendimento Nº:3469820Nome:MANUELLA HONORATO DA SILVA FERREIRATelefone:(48) 984096918

CPF: 12076157905 RG

Endereço: Rua Gisela, 1693 apto 803

Responsável:

Nome: DAYANE Telefone: 483258-0599

CPF: 05366280923 RG: 5210839

Endereço: Rua Gisela , 1693 apto 803

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 uteis, a descrição dos serviços prostados a halata banaária contemplando a valor total do paramento atravéa do a mail

CPF n°

## UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



(B)

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:

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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   | <del></del>                                     |
| ) RENUNCIA ser acompanhada nos termos da Lei nº 8.080/199  | 90.   |
| Cláusula Oitava: As Partes elegem o foro de domicílio do CONT dúvidas, conflitos ou questões oriundas do presente Contrato, rereja ou venha a se tornar. | TRATANTE para que nele sejom dirimidos queismon |
| São José/SC, 10 103 / North  |   |
| CONTRATANTE/RESPONSÁVEL  | CONTRATADA                                      |
| Testemunhas  |   |
| 1  |   |

Nome:

CPF n°

| 9/   | 52 - Conselho Profissional 53 - Ni  7!    8    63 - Total Medicamentos (R\$)  64 - Total Ga 19/03/2025 | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento             | a Mater  | o Contratado  Joença relacionada  40 - Códíg  40 - Códíg  71 - Nome  71 - Nome  72 - L              | 29 - Código na Operadora  Dados do atendimento  32 - Tipo de Afendimento  33 - Indicação de Acidente (acidente ou de Acidente |
|--|--|--|--|---|---|
| 9/   | os (R\$) 64-T  | rramento do Atendimento  52:  ME (R3)                  | cedime ssional   | o Contratado  Joença relacionada  40 - Códíg  41 - Nome  51 - Nome  1                               | peradora  peradora  peradora    December   33 - Indicação de  |
| 9  |  | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento             | 34 - Tipo de Concedimento  | o Centra Joença r Joença r Juneficiári  | peradora  peradora  peradora  animento  milimento  Jização de Procedimentos e Exames Res 37 - Hora inicial a 38 - Hora 49 - Gr. Part.  50 - Cor 1/2 - Cor 1/3 - Gr. Part.  50 - Cor 1/3 - Gr. Part.  50 - Cor 1/3 - Gr. Part.   |
|  |  | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento             | do Procedimento  | o Contra  | peradora  peradora  peradora  33 - Indicação de  23 - Hora inicial a 38 - Hora  37 - Hora inicial a 38 - Hora  39 - Hora inicial a 38 - Hora  39 - Hora inicial a 38 - Hora  30 - Hora inicial a 38 - Hora  31 - Hora inicial a 38 - Hora  32 - Hora inicial a 38 - Hora  33 - Hora inicial a 38 - Hora  35 - Côd   |
| 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO                          |  |  | 34 - Tipo de Cor<br>do Procedimento  | Nome do Confra e (acidente ou doença r 39 - Tabela  | peradora  peradora  peradora  33 - Indicação de  230 / Procedimentos e Exames Res 37 - Hora inicial a 38 - Hora   |
| 45 - Fator Red./Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$) | 42 - Qide. 43 - Via 44 - Tec.  |  |  | 30 - Nome do Contratado   | )<br>Deradora   |
| 31 - Código CNES   |  |  |  |   | avda Evaputanta   |
| 27 - Qide,Solic. 28 - Qide,Aut.  |  |  | 26. Descrição<br>CONSULTA EM PRONTO SOCORRO  |   | 25 - Còdigo do Procedimento ou Item Assistencial<br>10101039  |
|  |  |  | Clinica  | ou itens Assistenciais Solicitados.  22 - Data da Solicitação   23 - Indicação Clínica   19/03/2025 | bados da Solicitação / Procedimentos ou itens Assistenciais Solicitados 21 - Caráter do Atendimento   22 - Data da Solicitação 2   19/03/2025   |
| 20 - Assinatura do Profissional Solicitante                              | 19 - Código CBO<br>225125  | 17 - Número no Conselho<br>2526 SC                     | 16 - Conselho Profissional<br>6  | do  | 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>Requisitante Nao Cadastrado/nao Cooperado  |
|  |  | TRABALHO MEDICO  | 14 - Nome do Contratado UNIMED GRANDE FLORIANOPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO | 14 - Nome do Contratado<br>UNIMED GRANDE FLORIA   | 13 - Código na Operadora<br>77858611001414  |
| al de Saúde     12 - Atendimento a RN<br>N                               | 11 - Cartão Nacional de Saúde  | 10 - Nome<br>MANUELLA HONORATO DA SILVA FERREIRA       |  | 9 - Validade da Carteira<br>19/03/2025  | 8 - Número da Carteira<br>7586579<br>Dados do Solicitante   |
|  |  | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>7586579 | 6 - Data Validade da Senha   |   | 4 - Data da Autorização 5 - Senha 19/03/2025 7586579  |
| E TERAPIA - SP/SADT Atend.: 3469820 2 - N° Guia no Prestador 5835830     | R DE DIAGNOSTICO E TERAPIA - SP/SADT 2 - N° Guia no Prestador 58358                                    | GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE I   | /IÇO PROFISSIONA<br> -   |   | Instituto Adventista  1 - Registro ANS  3 - N° Guia Principal   |

# **AUTORIZAÇÃO DE RETORNO**

Aluno: Manuella Honorato da Silva Ferreira

Nº da Carteirinha: 7.58.6579

Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Estreito

Data de Nascimento: 15/03/2015

Nº da Guia: 25060.001



| Data do Retorno                            | Horário             | Local  |                                       | Atividade                |  |
|--|---------------------|--|---------------------------------------|--------------------------|--|
| 13/03/2025                                 | 17:58:10            | Escada   |                                       | Saída                    |  |
| O que aconteceu                            | and make the second | Annual designation (C. C. Common or Sylvanian or Sylvania | Partes do corpo                       | )                        |  |
| Queda de altura (Ex.:                      | escada)             | A COMMITTEE COMM | Pé Direito, Tornoz                    | zelo Direito             |  |
|  |                     |  |                                       |                          |  |
| Descrição                                  | 1000 J              |  | 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 | the second second second | THE RESERVE TO THE RE |
| nu di up                                   | cada na hora d      | la saída e acabou caindo   | orcendo o pé direi                    | to.                      |  |
| Aluna tropeçou na esc                      |                     | la saída e acabou caindo   | orcendo o pé direi                    | to.                      | Talafara   |
| Aluna tropeçou na esc<br>Testemunha da oco |                     | la saída e acabou caindo   | orcendo o pé direi                    | to.                      | Telefone   |
| Aluna tropeçou na esc                      |                     | la saída e acabou caindo   | orcendo o pé direi                    | to.                      | Telefone<br>(48) 3039-8054   |
| Aluna tropeçou na esc<br>Testemunha da oco | prrência            | la saída e acabou caindo   | orcendo o pé direi                    | to.<br>Bairro            |  |

Retorno para consulta no dia 19/03/2025 para retirada de gesso, Exames de RX e reavaliação médica da paciente.

Ass.:

o Silveira

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

| Ì | Paciente     | MANUELLA HONORATO DA SILVA FERREIRA | Atendimento | 3.469.820                      |
|---|--------------|-------------------------------------|-------------|--------------------------------|
|   | Data Nascto. | 15/03/2015 10 Anos                  | Prontuário  | 99.614.152                     |
|   | Sexo         | Feminino                            | Dt. Entrada | 19/03/2025 13:41:55            |
|   | Telefone     | 984096918                           | Convênio    | Instituto Adventista Instituto |
|   | Leito        | 1                                   |             |                                |

Data evolução Liberação Função Tipo evolução Especialidade Usuário Código prof 19/03/2025 15:19 19/03 15:20 Médico Evolução Médica PA JULIANO CRM 17278 TEIXEIRA

TEIXEIR DE SA

### Evolução Médica PA Adulto - ORTOPEDIA

Queixa Principal: retorna, entorse tornozelo e pe D

melhora dor e aumento de volume

dor a palp lig fta, dor a palp base quinto mett

retiro tala libero carga

tratamento conservador lesao ligamentar

analgesia muletas 2 d

**Encaminhamento ao Ambulatório UGF?:** não

Impresso em: 28/03/2025 11:07:15 Página 1 priscilacarla.s CATE23

Documento assinado digitalmente conforme a ICP-Brasil, MP 2.200-2/2001 no sistema certificado SBIS-SRES-068 por JULIANO TEIXEIRA DE SA, às 13:21-03:00 de 20/03/2025 - Válida



#### Manoel Loureiro, S/N - São José - SC CNPJ:77858611001414 - Inscrição estadual: - Fone: (CNES 9671145)



Usuário/Matrícula:

Conta paciente

(77858611001414) Nota:

**Emissao:** 

3.469.820

Motivo Alta:

Tipo atend:

Espec/Clinica: 1

N° atend:

Alta melhora

3 - Pronto socorro

Clinica Adulto

Nº IC: 21.297.478

Paciente: MANUELLA HONORATO DA SILVA **FERREIRA** 

Instituto Adventista

7586579

Instituto Adventista

Proc Princ: 30728134

Categoria:

Prontuário: 99614152 Data entrada:

Data saída: 19/03/2025 15:35:00 19/03/2025 13:41:55

Médico: Dr. JULIANO TEIXEIRA DE SA (CRM 17278)

Convênio:

Lesões Ligamentares Agudas Ao Nível Do Tornozelo - Tratamento

Tipo acomodação Setor sem acomodação

Sexo: F

CID Princ: S93.4 Entorse e distensao do tornozelo

Guia: 7586579 Senha:

Dt Conta: 19/03/25 13:43 Dt inicial: 19/03/25 13:41 Dt final: 19/03/25 15:35 Refer: 31/03/25

Movimentação do Paciente

15/03/2015

Seq Classificação Setor Unidade Dt. Entrada Dt. Saída Acomodação 1 Pronto socorro PRONTO ATENDIMENTO 19/03/2025 13:41:55 19/03/2025 15:35:00 Setor sem acomodação 1/ 2 Pronto socorro ORTOPEDIA Setor sem acomodação 19/03/2025 14:06:29 19/03/2025 15:35:00

Honorários Não Conveniados

Seq Dt Conta Qtde Crm Setor Código Descrição Médico Função Valor PRONTO 1 19/03/25 13:41 10101039 Em Pronto Socorro 1,00 17278 JULIANO TEIXEIRA Clínico 95,58 **ATENDIMENTO** 2 19/03/25 15:22 ORTOPEDIA 30728134 Lesões Ligamentares Agudas Ao 1,00 17278 JULIANO TEIXEIRA Clínico 133,22 Nível Do Tornozelo - Tratamento Incruento

228,80 2.00 Total de Honorários Não Conveniados

> 228,80 Total geral R\$



Paciente: MANUELLA HONORATO DA SILVA

**FERREIRA** 

Data de Nascimento: 15/03/2015 Idade: 9anos 11M Sexo: F

Data do Exame: 12/03/2025

Solicitante: Dr.(a) JULIANO TEIXEIRA DE SA Protocolo: UGF3462454 Senha: 508726

### RADIOGRAFIA DIGITAL DO TORNOZELO E PÉ DIREITOS

Fratura na base do 50 metatarso. Relações articulares anatômicas Partes moles normais.

> Dr. Gustavo Lemos Pelandré CRM/SC 12478



unimedflorianopolis.com.br

Central de Atendimento: (48) 3288 4100

**Informações:** 0800 048 3500

Endereço:

Rua Gisela, 1693 apto 803

## UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA

Atendimento: 346245

| Contratante:                              |                          |  |
|---|--------------------------|--|
| Paciente/Usuário                          | Atendimento N°: 3462454  |  |
| Nome: MANUELLA HONORATO DA SILVA FERREIRA | Telefone: (48) 984096918 |  |
| CPF:                                      | RG:                      |  |
| Endereço: Rua Gisela , 1693 apto 803      |                          |  |
| Responsável:                              |                          |  |
| Nome: DAYANE                              | Telefone: 483258-0599    |  |
| CPF: 05366280923                          | RG: 5210839              |  |

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 uteis, 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 adimissão do paciente

## UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



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:

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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

| ciausula, vem declarar que:   |  |   |
|---|--|---|
| ( ) <b>DESEJA</b> ser acompanhada nos termos da Lei nº 8.080/19   | 990.   |   |
| Nome da Acompanhante  |  |   |
| CPF n°  | 3  |   |
| ( ) <b>RENUNCIA</b> ser acompanhada nos termos da Lei nº 8.08   | 80/1990.   |   |
| Cláusula Oitava: As Partes elegem o foro de domicílio do C<br>dúvidas, conflitos ou questões oriundas do presente Contrat<br>seja ou venha a se tornar. | CONTRATANTE, para que nele sejam dir to, renunciando a qualquer outro por mais | imidas quaisquer<br>privilegiado que    |
| São José/SC,/   | 8"<br>U  |   |
| CONTRATANTE/RESPONSÁVEL   | CONTRATADA   | = * * * * * * * * * * * * * * * * * * * |
| 2000 CO   | 2ome:  |   |

CPF nº

| GUIA DE SER   | VIÇO PROFISSIONAL   | GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT 2-0º Guia no Prestador 58234 | DE DIAGNÓSTICO                          | E TERAPIA - SP/SADT<br>2-N° Guia no Prestador 5823498                 | v3.0<br>Atend.: 3462454               |
|---|---|---|---|---|---------------------------------------|
| 1 - Registro ANS 3 - N° Guia Principal  |   | :4<br>:::   | 2°                                      |   |                                       |
| 4 - Data da Autorização 5 - Senha 12/03/2025 25060  | 6 - Data Validade da Senha  | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>25060  | radora                                  |   |                                       |
| 25060 (9-Validade da Carteira |   | 10 - Nome<br>MANUELLA HONORATO DA SILVA FERREIRA  |   | 11 - Cartão Nacional de Saúde   | 12 - Atendimento a RN<br>N            |
| Dados do Solicitante 13 - Código na Operadora 77858811001414 UNIMED GRANDE FLORI  | 14 - Nome do Contratado<br>UNIMED GRANDE FLORIANOPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO | увагно мерісо   |   |   |                                       |
| fissional Solicitante<br>Cadastrado/nao Cooperado   | 16 - Conselho Profissional 17 - Número no Conselho 6 2526                               | selho   | 18 - UF   19 - Código CBO   SC   225125 | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante                           |                                       |
| Dados da Solicitação / Procedimentos ou tens Assistenciais Solicitados  21 - Caráter do Atendimento 22 - Data da Solicitação 2 123 - Indicação Clínica 2  | o Clínica   |   |   |   |                                       |
| 24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 26 - Descrição 10101039 CONSULTA E   | 26 - Descrição<br>CONSULTA EM PRONTO SOCORRO  |   |   | 27 - Qide Solic.<br>1   | 28 - Qtde.Aut.<br>1                   |
| 3   |   |   |   | 4,  |                                       |
| 4   |   |   |   |   |                                       |
| Dados do Contratado Executante<br>29 - Código na Operadora  |   |   |   |   | 31 - Código CNES                      |
| Dados do atendimento<br>32 - Tipo de Atendimento<br>33 - Tipo de Atendimento  | a) 34 - Tipo de Consulta  | 35 - Motivo de Encerramento do Alendimento  | 0                                       |   |                                       |
| Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados<br>36 - Data 37 - Hora inicial a 38 - Hora Ifnal 39 - Tabela 40 - Codig   | 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição  |   | 42 - Qtde.                              | 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator Red / Acresc. 46 - Valor Unitàrio (R\$) | Initário (R\$) 47 - Valor Total (R\$) |
| 2   |   |   |   |   |                                       |
| 0 4   |   |   |   |   |                                       |
| nififcação do(s) Profissional(is) Executante(s)<br>- Seq.Ref. 49 - Gr.Part. 50 - Código na Operadora/CPF  | 61 - Nome do Profissional   |   | 52 - Conselho Profissional              | 53 - Número no Conselho 54 - UF 55                                    | SS - Código CBO                       |
|   |   |   |   |   |                                       |
| 66 - Data de Realização de Procedimentos em Série 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  | ponsável  |   | 7. 1 1                                  | -6  |                                       |
| 2- /  | 9   |   |   | 1011  |                                       |
|   | =   |   |   |   |                                       |
| 59 - Total Procedimentos (R\$) 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)  | 61 - Total Materiais (R\$)  | 62 - Total de OPME (R\$)  | 63 - Total Medicamentos (R\$)           | ses Medicinais R\$  | 65 - Total Geral (R\$)                |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização<br>   | 12/03/2025 A CLYCA C  | KUPCON CESTONS SALL   | **                                      | 68 - Assinatura do Contratado<br>12/03/2025                           | # 50 m                                |
| Impresso em: 12/03/2025 13:18:12  | Página 1  |   | diogo.petry                             |   | WATE70106                             |
|   |   |   |   |   |                                       |

# **AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO**

Aluno: Manuella Honorato da Silva Ferreira

Nº da Carteirinha: 7.58.6579

Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Estreito

Data de Nascimento: 15/03/2015

Nº da Guia: 25060



| Data da Ocorrência | Horário  | Local  | Atividade |  |  |
|--------------------|----------|--------|-----------|--|--|
| 12/03/2025         | 11:56:00 | Escada | Saída     |  |  |

| O que aconteceu               | Partes do corpo               |
|-------------------------------|-------------------------------|
| Queda de altura (Ex.: escada) | Pé Direito, Tornozelo Direito |

### Descrição

Aluna tropeçou na escada na hora da saída e acabou caindo torcendo o pé direito.

| Testemunha da ocorrência | Telefone   |
|--------------------------|--|
| Monitor Cleo             | (48) 3039-8054   |
|                          | and the second s |

| Local de atendimento                           | Endereço            | Nº  | Bairro    | Telefone       |
|--|---------------------|-----|-----------|----------------|
| HUGF - HOSPITAL UNIMED GRANDE<br>FLORIANÓPOLIS | Rua Manoel Loureiro | 191 | Barreiros | (48) 3288-4100 |

#### Observações

Encaminhado ao hospital de referência Unimed

7

Ass.:

Jerry Abdoral Borges

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



Paciente: MANUELLA HONORATO DA SILVA

**FERREIRA** 

Data de Nascimento: 15/03/2015 Idade: 9anos 11M Sexo: F

Data do Exame: 12/03/2025

Solicitante: Dr.(a) JULIANO TEIXEIRA DE SA Protocolo: UGF3462454 Senha: 508726

unimedflorianopolis.com.br Central de Atendimento: (48) 3288 4100 Informações: 0800 048 3500

### RADIOGRAFIA DIGITAL DO TORNOZELO E PÉ DIREITOS

Fratura na base do 50 metatarso. Relações articulares anatômicas Partes moles normais.



