

**Contratante:**

Paciente/Usuário

Atendimento Nº: 3338137

Nome: ELISA DALPRA ROCHA

Telefone: (48) 991450665

CPF: 13095027907

RG: \_\_\_\_\_

Endereço: colombo salles , 56 cs

**Responsável:**

Nome: AMANDA

Telefone: 5548991450665

CPF: 05413011954

RG: \_\_\_\_\_

Endereço: colombo salles , 56 cs

**CONTRATADA: UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o n.º 77.858.611/0015-03, estabelecida na Rua Madalena Barbi, n.º 204, Centro, na cidade de Florianópolis, Estado de Santa Catarina CEP 88015-190.

**Cláusula Primeira:** O presente Contrato tem como objeto a prestação de serviços ambulatoriais em situações de urgência/emergência, passível de evolução para internação hospitalar, a ser executada por profissionais de saúde disponibilizados pela **CONTRATADA**, aptos e habilitados para dispensar atendimento de saúde ao paciente.

**Parágrafo Único.** Os serviços prestados pela **CONTRATADA** englobam consulta médica, realização de procedimentos/exames, administração de medicamentos e gases, assistência farmacêutica, enfermagem e outras ações necessárias ao adequado suporte e restabelecimento da saúde do paciente.

**Cláusula Segunda:** Os **CONTRATANTES** assumem, neste ato, o pagamento à **CONTRATADA** de todas e quaisquer despesas decorrentes do atendimento de urgência/emergência prestado ao paciente, inclusive aquelas decorrentes de evolução para internação, em que for necessária a utilização de diárias (apartamento, enfermaria e/ou UTI), materiais, medicamentos, OPME (órteses, próteses e materiais especiais), realização de tratamentos, procedimentos/exames, terapias (exemplos: fisioterapia, quimioterapia e outras), cobranças de honorários médicos e taxas, etc., realizados em caráter particular ou que não forem autorizadas pelo plano ou seguro saúde do paciente, por motivo de carência, Cobertura Parcial Temporária (CPT), Diretrizes de Utilização (DUT), Diretrizes Clínicas (DC), inexistência de cobertura no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde ou no Contrato de Plano de Saúde, entre outros motivos.

**Parágrafo Primeiro.** O(s) **CONTRATANTE(S)** assume(m), ainda, arcar com (i) a complementação de valores de honorários médicos e hospitalares, caso opte(m) por padrão de acomodação superior na evolução do atendimento para internação, quando não houver previsão no Contrato de Plano de Saúde mantido com a operadora ou seguradora de saúde; (ii) as despesas extraordinárias de telefone, acompanhantes, refeições, remoções terrestres e/ou aéreas; (iii) o(s) valor(es) da(s) diária(s) do(s) acompanhante(s) que permanecer(em) na enfermaria ou apartamento pela tabela de preços particular, quando o paciente estiver internado em UTI; (iv) os valores concernentes a serviços e coberturas adicionais e/ou outras despesas não cobertas pela operadora ou seguradora de saúde, a qual porventura o paciente estiver vinculado.

**Parágrafo Segundo.** A obtenção do valor exato dos serviços executados em detrimento do atendimento de urgência/emergência só será possível após a finalização do respectivo atendimento.

**Cláusula Terceira:** Caso o paciente for beneficiário de plano ou seguro saúde, os **CONTRATANTES** comprometem-se, desde já, a acompanhar a autorização prévia de **todos** os serviços solicitados pelos profissionais disponibilizados pela **CONTRATADA**, inclusive na hipótese de evolução do atendimento para internação, sendo obrigados a custear, integralmente, todas as despesas que não forem autorizadas e lhe forem cobradas após o efetivo atendimento pela **CONTRATADA**.

**Cláusula Quarta:** Todas as despesas do paciente, decorrentes dos serviços executados por força deste Contrato, serão apresentadas pela **CONTRATADA** e deverão ser quitadas imediatamente pelo(s) **CONTRATANTE(S)** através de (i) dinheiro; (ii) cartão de débito, ou; (iii) cartão de crédito, mediante parcelamento em até 4 (quatro) vezes sem juros, a critério do(s) **CONTRATANTE(S)**. Nessa oportunidade, a **CONTRATADA** apresentará fatura/nota fiscal dos serviços prestados.

**Parágrafo Primeiro.** A **CONTRATADA** reserva-se o direito de emitir boleto bancário, cujo valor será correspondente ao(s) serviço(s) efetivamente prestado(s), no caso de não ser efetuado o pagamento das despesas estabelecidas no *caput* desta cláusula.

**Parágrafo Segundo.** No caso de evolução do atendimento de urgência/emergência para internação e não havendo quitação das respectivas despesas, a **CONTRATADA** enviará, a cada 5 (cinco) dias úteis, a descrição dos serviços

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



Atendimento: 3338137

**Cláusula Sexta:** O(s) **CONTRATANTE(S)** responde(m), solidariamente, pela totalidade dos valores deste Contrato, de acordo com o artigo 264 e seguintes do Código Civil.

**Cláusula Sétima:** O **CONTRATANTE** acima identificado, na condição de paciente do Pronto Atendimento da Unimed Grande Florianópolis (ou de responsável legal), se do sexo feminino, declara para fins legais que após ter sido informada que existe a indicação para realizar consulta(s), exame(s) e procedimento(s) na unidade de saúde da **CONTRATADA**, foi-lhe esclarecido que:

- (1) De acordo com a Lei nº 8.080/1990 tem o direito a ser assistida por um acompanhante de sua livre escolha ou, nos casos em que esteja impossibilitada de manifestar sua vontade, de seu representante legal, estando o acompanhante obrigado a preservar o sigilo das informações de saúde de que tiver conhecimento em razão do acompanhamento.
- (2) No caso de atendimento que envolva qualquer tipo de sedação ou rebaixamento do seu nível de consciência, caso não indique acompanhante, a Unimed Grande Florianópolis indicara pessoa para lhe acompanhar, sendo preferencialmente profissional de saúde do sexo feminino, sem custo adicional, ciente que poderá recusar o nome indicado e solicitar a indicação de outro profissional, independentemente de justificativa, registrando-se o nome escolhido no documento gerado durante o atendimento.
- (3) Em caso de atendimento eletivo com sedação/rebaixamento de consciência, caso não queira ser assistida, deverá no fim deste documento, assinalar a opção de renúncia, ciente que esse termo de consentimento livre e esclarecido será arquivado em seu prontuário.
- (4) Ainda em caso de atendimento eletivo com sedação/rebaixamento de consciência, a dispensa do acompanhante poderá ser feita por escrito com 24h de antecedência, sendo o documento também arquivado no prontuário médico.
- (5) No caso de atendimento realizado em centro cirúrgico ou unidade de terapia intensiva com restrições relacionadas a segurança ou a saúde da paciente, devidamente justificadas pelo corpo clínico, somente será admitido acompanhante que seja profissional de saúde indicado pelo Hospital Unimed, preferencialmente do sexo feminino.
- (6) Em casos de urgência e emergência, os profissionais de saúde da Unimed Grande Florianópolis ficam autorizados a agir na proteção e defesa da saúde e da vida da paciente, ainda que na ausência do acompanhante requerido.
- (7) **Afirma, ainda, que** recebeu cópia do presente Contrato e deste *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* e que não foi coagida (forçada) sob nenhuma forma para assinar o referido documento. Após os esclarecimentos prestados através do presente *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*, disposto nesta cláusula, vem declarar que:

( ) **DESEJA** ser acompanhada nos termos da Lei nº 8.080/1990.

Nome da Acompanhante Amanda Emanuelly Dalpo Pereira  
CPF nº 054.130.2954

( ) **RENUNCIA** ser acompanhada nos termos da Lei nº 8.080/1990.

**Cláusula Oitava:** As Partes elegem o foro de domicílio do **CONTRATANTE**, para que nele sejam dirimidas quaisquer dúvidas, conflitos ou questões oriundas do presente Contrato, renunciando a qualquer outro por mais privilegiado que seja ou venha a se tornar.

Florianópolis/SC, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Amanda Emanuelly  
CONTRATANTE/RESPONSÁVEL

\_\_\_\_\_  
CONTRATADA

## Testemunhas

1- \_\_\_\_\_  
Nome:  
CPF nº

2- \_\_\_\_\_  
Nome:  
CPF nº

|  |  |   |
|--|--|---|
| 1 - Registro ANS<br>00000  | 3 - N° Guia Principal  | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>22604  |
| 4 - Data da Autorização<br>29/10/2024  | 5 - Senha<br>22604   | 10 - Nome<br>ELISA DALPRA ROCHA   |
| Dados do Beneficiário  |  |   |
| 8 - Número da Carteira<br>72051659   | 9 - Validade da Carteira<br>29/10/2024                       | 16 - Conselho Profissional<br>6   |
| Dados do Solicitante   |  |   |
| 13 - Código na Operadora<br>300638   | 14 - Nome do Contratado<br>Unidade Centro                    | 17 - Número no Conselho<br>2526   |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>Requisitante Não Cadastrado/nao Cooperado |  |   |
| Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados            |  |   |
| 21 - Caráter do Atendimento<br>2   | 22 - Data da Solicitação<br>29/10/2024                       | 23 - Indicação Clínica  |
| 24 - Tabela<br>1 22  | 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial<br>10101039 | 26 - Descrição<br>CONSULTA EM PRONTO SOCORRO  |
| Dados do Contratado Executante   |  |   |
| 29 - Código na Operadora   | 30 - Nome do Contratado                                      | 31 - Código CNES  |
| Dados do Atendimento   |  |   |
| 32 - Tipo de Atendimento   | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)  | 34 - Tipo de Consulta   |
| Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados                              |  |   |
| 36 - Data<br>1   | 37 - Hora inicial a 38 - Hora final                          | 39 - Tabela<br>40 - Código do Procedimento<br>41 - Descrição                                |
| 2  |  | 42 - Qlde.<br>43 - Via<br>44 - Tec.<br>45 - Fator Red./Acresc.<br>46 - Valor Unitário (R\$) |
| 3  |  | 47 - Valor Total (R\$)  |
| 4  |  |   |
| 5  |  |   |
| Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)                                 |  |   |
| 48 - Seq.Ref.  | 49 - Gr.Part.  | 50 - Código na Operadora/CPF  |
|  |  | 51 - Nome do Profissional   |
|  |  | 52 - Conselho Profissional  |
|  |  | 53 - Número no Conselho   |
|  |  | 54 - UF   |
|  |  | 55 - Código CBO   |
| 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série                                  |  |   |
| 1 -  | 3 -  | 5 -   |
| 2 -  | 4 -  | 6 -   |
|  |  | 7 -   |
|  |  | 8 -   |
|  |  | 9 -   |
|  |  | 10 -  |
| 58 - Observação / Justificativa  |  |   |
| 59 - Total Procedimentos (R\$)   |  |   |
| 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)  |  |   |
| 61 - Total Materiais (R\$)   |  |   |
| 62 - Total de OPME (R\$)   |  |   |
| 63 - Total Medicamentos (R\$)  |  |   |
| 64 - Total Gases Medicinais R\$  |  |   |
| 65 - Total Geral (R\$)   |  |   |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização                                    |  |   |
| 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável<br>29/10/2024                       |  |   |
| 68 - Assinatura do Contratado<br>29/10/2024  |  |   |

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Elisa Dalpra Rocha  
**Nº da Carteira:** 7.205.1669  
**Instituição:** Colégio Adventista Palhoça



**Data de Nascimento:** 24/01/2017

**Nº da Guia:** 22604

| Data da Ocorrência | Horário  | Local          | Atividade |
|--------------------|----------|----------------|-----------|
| 29/10/2024         | 13:36:00 | Estacionamento | Chegada   |

## O que aconteceu

## Partes do corpo

Choque com dispositivo fixo (**Ex.: bateu na parede, carteira**)

Olho Direito

## Descrição

A aluna chegou na escola com a mãe e esbarrou no gancho do pilar do estacionamento e machucou o olho.

## Testemunha da ocorrência

## Telefone

Monitora Hemili

(48) 99935-1000

Monitora Hemili

(48) 99935-1000

## Quem prestou primeiros socorros

## Data

Monitora Hemili

29/10/2024

## Local de atendimento

## Endereço

## Nº Bairro

## Telefone

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

Rua Madalena Barbi

204 Centro

(48) 3216-8222

## Observações

A aluna estava com a mãe que solicitou a monitora ajuda. Preenchemos o AMA.

Ass.: *Katia Regina dos Santos Machado*

Katia Regina dos Santos Machado

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

|              |                           |        |             |                                |
|--------------|---------------------------|--------|-------------|--------------------------------|
| Paciente     | <b>ELISA DALPRA ROCHA</b> |        | Atendimento | <b>3.338.137</b>               |
| Data Nascto. | 24/01/2017                | 7 Anos | Prontuário  | 99.857.408                     |
| Sexo         | Feminino                  |        | Dt. Entrada | 29/10/2024 15:16:34            |
| Telefone     | 991450665                 |        | Convênio    | Instituto Adventista Instituto |
| Leito        | 1                         |        |             |                                |

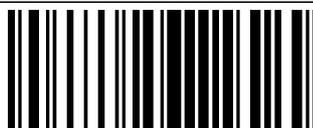
| Data evolução    | Liberação   | Função | Tipo evolução | Especialidade | Usuário                             | Código prof |
|------------------|-------------|--------|---------------|---------------|-------------------------------------|-------------|
| 29/10/2024 16:02 | 29/10 16:06 | Médico | Anamnese PA   |               | ANA<br>CRISTINA<br>TORQUI<br>DUARTE | CRM 21590   |

ELISA DALPRA ROCHA, 7 anos

QUEIXA PRINCIPAL: Trazida pela mãe, por trauma ocular fechado - bateu o olho direito, num gancho de ferro há 90 min. Refere dor local, sem outras queixas.

Apresents ao exame físico, edema bpalpebral OD , hematoma local importante. Apresenta muita dor local, sem possibilidaae de abertura de pálpebra para exame.

Conveso com mãe, eseclareço necessidade de avaliação oftalmológica de urgência. e faço encaminhamento. Recebe Dipirona oral + curativo fechado para proteção ocular.



|   |  |                                       |   |
|---|--|---------------------------------------|---|
| Paciente:<br><b>ELISA DALPRA ROCHA</b>    | Convênio:<br><b>Instituto Adventista</b> | Usuário/Matrícula:<br><b>72051669</b> | <b>Emissão:</b><br>Nº atend: <b>3.338.137</b><br>Nº IC: <b>21.112.878</b> |
| Categoria:<br><b>Instituto Adventista</b> |  |                                       |   |

Prontuário: 99857408    Data entrada: 29/10/2024 15:16:34    Data saída: 29/10/2024 16:26:17    Motivo Alta: Alta melhora  
Médico: Dra. ANA CRISTINA TORQUI DUARTE (CRM 21590)    Tipo atend: 3 - Pronto socorro  
Proc Princ: 00000000    0    Tipo acomodação Setor sem acomodação    Espec/Clinica: 4    Clinica Pediátrica  
Data 24/01/2017    Sexo: F  
CID Princ:  
Guia: **Não informada,22604**    Senha:

Dt Conta: 29/10/24 15:28    Dt inicial: 29/10/24 15:16    Dt final: 29/10/24 16:26    Refer: 30/11/24

## Movimentação do Paciente

| Seq | Classificação  | Setor                 | Acomodação           | Unidade | Dt. Entrada         | Dt. Saída           |
|-----|----------------|-----------------------|----------------------|---------|---------------------|---------------------|
| 1   | Pronto socorro | PRONTO ATENDIMENTO UC | Setor sem acomodação | 1/      | 29/10/2024 15:16:34 | 29/10/2024 16:26:17 |

## Honorários Não Conveniados

| Seq  | Dt Conta       | Setor                 | Código   | Descrição         | Qtde        | Crn   | Médico       | Função  | Valor        |
|--|----------------|-----------------------|----------|-------------------|-------------|-------|--------------|---------|--------------|
| 1  | 29/10/24 15:16 | PRONTO ATENDIMENTO UC | 10101039 | Em Pronto Socorro | 1,00        | 21590 | ANA CRISTINA | Clinico | 70,27        |
| <b>Total de Honorários Não Conveniados</b> |                |                       |          |                   | <b>1,00</b> |       |              |         | <b>70,27</b> |

## Materiais

| Seq                                    | Código   | Descrição  | Unid. | Qtde          | VI Unit. | VI Total    |
|--|----------|--|-------|---------------|----------|-------------|
| <b>PRONTO ATENDIMENTO UC</b>           |          |  |       |               |          |             |
| 1                                      | 70176426 | COMPRESSA GAZE ESTERIL 11 FIOS 7,5x7,5 CM (PACOTE 10UN | pc    | 1,0000        | 0,2500   | 0,25        |
| <b>Total - PRONTO ATENDIMENTO UC -</b> |          |  |       | <b>1,0000</b> |          | <b>0,25</b> |
| <b>Total de Materiais</b>              |          |  |       | <b>1,0000</b> |          | <b>0,25</b> |

## Medicamentos

| Seq                                    | Código   | Descrição  | Unid. | Qtde           | VI Unit. | VI Total    |
|--|----------|--|-------|----------------|----------|-------------|
| <b>PRONTO ATENDIMENTO UC</b>           |          |  |       |                |          |             |
| 1                                      | 90055888 | DIPIRONA SODICA 50 MG/ML SOL OR CT FR VD AMB X 100 ML + GP MED | ml    | 10,0000        | 0,23     | 2,30        |
| <b>Total - PRONTO ATENDIMENTO UC -</b> |          |  |       | <b>10,0000</b> |          | <b>2,30</b> |
| <b>Total de Medicamentos</b>           |          |  |       | <b>10,0000</b> |          | <b>2,30</b> |

**Total geral R\$ 72,82**