

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - NAS



Atendimento: 3346803

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: BERNARDO DE SOUZA FARIAS

CPF: 13971148948

Endereço: Rua Vereador Nagib Jabor , 333 apto 4

Atendimento Nº: 3346803

Telefone: (48) 998020593

RG:

Responsável:

Nome: MAYARA

CPF: 06037207909

Endereço: Rua Vereador Nagib Jabor , 333 AP 07

Telefone: 4896301425

RG: 4207916

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: 3346803

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 _____

CPF nº _____

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

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

Florianópolis/SC, ____/____/____



CONTRATANTE/RESPONSÁVEL

CONTRATADA

Testemunhas

1- _____
Nome:
CPF nº

2- _____
Nome:
CPF nº

1 - Registro ANS 000000 3 - Nº Guia Principal

4 - Data da Autorização 06/11/2024 5 - Senha 22924 6 - Data Validade da Senha 22924 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 22924

8 - Número do Beneficiário 7587304 9 - Validade da Carteira 06/11/2024 10 - Nome do Beneficiário BERNARDO DE SOUZA FARIAS

11 - Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento a RN N 13 - Código na Operadora 300638 14 - Nome do Contratado Unidade Centro

15 - Nome do Profissional Solicitante 16 - Conselho Profissional 6 17 - Número no Conselho 2526 18 - UF SC 19 - Código CBO 225125 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caráter do Atendimento 2 22 - Data da Solicitação 06/11/2024 23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039 26 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 27 - Qtda Solic. 1 28 - Qtda Aut. 0

29 - Código na Operadora 30 - Nome do Contratado 31 - Código CNES

32 - Tipo de Atendimento 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 34 - Tipo de Consulta 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data 37 - Hora inicial a 38 - Hora final

39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição 42 - Qtda. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator Red/Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)

48 - Seq.Ref. 49 - Gr.Part. 50 - Código na Operadora/CPF 51 - Nome do Profissional 52 - Conselho Profissional 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

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 06/11/2024 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 06/11/2024 68 - Assinatura do Contratado 06/11/2024



REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:
BERNARDO DE SOUZA FARIAS



CPF

139.711.489-48

MATRÍCULA:

106583 01 55 2018 1 00141 066 0047795 41

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO

Onze de fevereiro de dois mil e dezoito

DIA

11

MÊS

02

ANO

2018

HORA

13:10

NATURALIDADE

Florianópolis/SC

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

Florianópolis/SC

LOCAL, MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UF

Hospital Universitário, à Rua Professora Maria Flora
Pausewang, s/nº, Campus Universitário, Trindade

SEXO

masculino

FILIAÇÃO

Vilmar Pedro Farias Filho e de Mayara Sachetti de Souza

AVÓS

Vilmar Pedro Farias e Tania Mara Vieira da Rosa

Jefferson de Souza e Mara Regina Sachetti de Souza

GÊMEO

Não

NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

DATA DO REGISTRO POR EXTENSO

Vinte e sete de fevereiro de dois mil e dezoito

DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO

30-76930916-1

OBSERVAÇÕES

Não há.

Emolumentos Isentos.

NOME DO OFÍCIO: **Escrivia de Paz do 2º subdistrito da Sede**

OFICIAL REGISTRADOR: **VÉRA LÚCIA RODRIGUES**

MUNICÍPIO/COMARCA/UF: **Florianópolis/SC**

ENDEREÇO: **Rua Sérgio Gil, 703, Balneário Estreito, CEP: 88075-340 - Florianópolis - SC, Fone: (48) 3244-7577**

O referido é verdade. Dou Fe.
Florianópolis, 27 de fevereiro de 2018

VÉRA LÚCIA RODRIGUES
Oficial



ESCRIVANIA DE PAZ
2º Subdistrito do Estreito
Comarca da Capital
Vera Lúcia Rodrigues - Titular
Rua Sérgio Gil, 703, Balneário-Estreito
Florianópolis/SC, CEP 88075-340
Fone: (48) 3244-7577

Poder Judiciário
Estado de Santa Catarina
Selo Digital de Fiscalização
Selo Isento

EOW71979-JPZ4
Confira os dados do ato em:
tjsc.jus.br/selo

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Bernardo de Souza Farias
Nº da Carteira: 7.58.7304
Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Estreito

Data de Nascimento: 11/02/2018

Nº da Guia: 22924



360449 20241106
007329

Data da Ocorrência Horário Local
06/11/2024 15:52:00 Ginásio

Atividade
Aula de educação física

O que aconteceu

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

Partes do corpo

Rosto

Descrição

Aluno foi pegar a bola e foi acertado com uma raquete no nariz.

Testemunha da ocorrência

Professor Thiago

Telefone

(48) 3039-8100

Quem prestou primeiros socorros

Monitor Natan

Data

06/11/2024

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

O aluno foi atendido pelo monitor. Os pais foram comunicados por ligação.

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.usp.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 **BERNARDO DE SOUZA FARIAS**

Data Nascto. 11/02/2018 6 Anos

Sexo Masculino

Telefone 998020593

Leito 1

Atendimento **3.346.803**

Prontuário 99.858.092

Dt. Entrada 06/11/2024 20:54:51

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
06/11/2024 21:14	06/11 21:51	Médico	Anamnese PA		JULIA DE OLIVEIRA RODRIGUES	CRM 29899

BERNARDO DE SOUZA FARIAS, 6 anos

QUEIXA PRINCIPAL:

Trauma por raquete em face às 16h > epistaxe no momento.
Previamente ao atendimento > minimi elimitado sangramento.

* Medicamentos em uso:

* Alergias a medicamentos: nega

* Comorbidades associadas: nega

* Vacinação: em dia (sic)

EXAME FÍSICO:

BEG, corado e hidratado, eupnéico, anictérico e acianótico, ativo e alerta.

FC 87 FR SAT 97 TEMP 36,5 PESO 22,4

MV+ bilateral sem RA.

RCR 2T BNF sem sopros.

Abdome flácido depressível RHA+ não se palpa massas ou visceromegalias.

Oroscopia normal.

Otoscopia normal.

Sem alterações neurológicas. Ausência de sinais meníngeos.

Pulsos e perfusão normais.

Pele sem lesões.

Rx: sp

HIPOTESE DIAGNÓSTICA:

Trauma nasal sem sinais de alarme

CONDUTA:

Sintomáticos.

Orientações.

Retorno se sinais de alerta.

Dra. JULIA DE OLIVEIRA RODRIGUES (CRM 29899)



Paciente: **BERNARDO DE SOUZA FARIAS**
Data de Nascimento: 11/02/2018 Idade: 6anos 8M Sexo: M
Data do Exame: 06/11/2024
Solicitante: Dr.(a) JULIA DE OLIVEIRA RODRIGUES
Protocolo: UGF3346803 Senha: 705277

unimedflorianopolis.com.br

Central de Atendimento:
(48) 3288 4100

Informações:
0800 048 3500

RADIOGRAFIA DIGITAL NASAL

Estrutura óssea conservada.
Ausência de traços de fratura.
Partes moles sem alterações radiográficas.

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

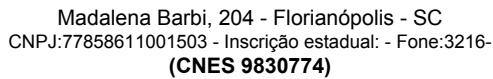
(Protocolo/senha informados após o exame).

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

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


Dr. Gustavo Lemos Pelandré
CRM/SC 12478





Nº IC: 21.122.291

Guia: **22924** Senha: 22924

Total geral R\$	138,64
------------------------	---------------

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - NAS



Atendimento: 3352191

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: JOAO SOARES NETO

CPF: 13310913902

Endereço: Rua Francisco Jacinto de Melo, 1190

Atendimento Nº: 3352191

Telefone: (48) 9 9961-8011

RG:

Responsável:

Nome: JOAO

CPF: 04694012908

Endereço: Rua Francisco Jacinto de Melo, 1190 apto 501

Telefone: 489 9641-1794

RG:

CONTRATADA: UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o n.º 77.858.611/0015-03, 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: 3352191

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 indicará pessoa para lhe acompanhar, sendo preferencialmente profissional de saúde do sexo feminino, sem custo adicional, ciente que poderá recusar o nome indicado e solicitar a indicação de outro profissional, independentemente de justificativa, registrando-se o nome escolhido no documento gerado durante o atendimento.

(3) Em caso de atendimento eletivo com sedação/rebaixamento de consciência, caso não queira ser assistida, deverá no fim deste documento, assinalar a opção de renúncia, ciente que esse termo de consentimento livre e esclarecido será arquivado em seu prontuário.

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

(5) No caso de atendimento realizado em centro cirúrgico ou unidade de terapia intensiva com restrições relacionadas a segurança ou a saúde da paciente, devidamente justificadas pelo corpo clínico, somente será admitido acompanhante que seja profissional de saúde indicado pelo Hospital Unimed, preferencialmente do sexo feminino.

(6) Em casos de urgência e emergência, os profissionais de saúde da Unimed Grande Florianópolis ficam autorizados a agir na proteção e defesa da saúde e da vida da paciente, ainda que na ausência do acompanhante requerido.

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

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

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

Nome da Acompanhante Ylora Soares Junior

CPF nº 046.940.729.08

() **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, 12 / 11 / 2024

[Assinatura]
CONTRATANTE/RESPONSÁVEL

CONTRATADA

Testemunhas

1- _____

Nome:

CPF nº

2- _____

Nome:

CPF nº

1 - Registro ANS
000000

3 - N° Guia Principal

4 - Data da Autorização
12/11/2024

5 - Senha
23085

8 - Número da Carteira
72051414

9 - Validade da Carteira
12/11/2024

13 - Código na Operadora
300638

14 - Nome do Contratado
Unidade Centro

15 - Nome do Profissional Solicitante
Requisitante Não Cadastrado/Inao Cooperado

16 - Conselho Profissional
6

21 - Caráter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
12/11/2024

24 - Tabela
1 22

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
10101039

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

36 - Data
37 - Hora Inicial a 38 - Hora final

39 - Tabela
40 - Código do Procedimento

48 - Seq.Ref.

49 - Gr.Part.

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Materiais (R\$)

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Total Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Medicinais R\$

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

17 - Número no Conselho

18 - UF
SC

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

23 - Indicação Clínica

26 - Descrição
CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

27 - Qtd.Solic.

28 - Qtd.Aut.

31 - Código CNES

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

42 - Qtd.

43 - Via

44 - Tec.

45 - Fator Red./Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

JOAO SOARES NETO

Dt Nasc: 22/04/17

Mae: TATIANA IRENE ROSA SOARES

3352191 Senha: N72

Instituto Adventista

31 - Código CNES

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

42 - Qtd.

43 - Via

44 - Tec.

45 - Fator Red./Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Materiais (R\$)

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Total Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Medicinais R\$

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

69 - Assinatura do Profissional Solicitante

Impresso em: 12/11/2024 12:04:23

Página 1

WATE70106

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: João Soares Neto
Nº da Carteira: 7.205.1414
Instituição: Colégio Adventista Palhoça



Data de Nascimento: 22/04/2017

Nº da Guia: 23085

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
12/11/2024	09:43:00	Brinquedoteca	Recreação

O que aconteceu

Contato com inseto (lagarta)

Partes do corpo

1º Dedo Mão Esquerda

Descrição

O aluno estava na brinquedoteca com alguns colegas brincando quando viu a lagarta e encostou com o dedo nela. Logo foi lavado o dedo dele com água corrente e sabão.

Testemunha da ocorrência

Professora Eliane

Telefone

(48) 99935-1000

Professora Eliane

(48) 99935-1000

Quem prestou primeiros socorros

Professora Ivete

Data

12/11/2024

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

O aluno foi atendido pela professora que prontamente trouxe até a orientação escolar. Entramos em contato com a família.

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 (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 **JOAO SOARES NETO**

Data Nascto. 22/04/2017 7 Anos

Sexo Masculino

Telefone 9 99618011

Leito 1

Atendimento **3.352.191**

Prontuário 99.676.432

Dt. Entrada 12/11/2024 11:57:31

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
12/11/2024 12:09	12/11 12:24	Médico	Anamnese PA		MARTHA NUNES SIMON	CRM 7845

JOAO SOARES NETO, 7 anos

QUEIXA PRINCIPAL: foi picado por uma centopeia (sic), Pai trouxe a foto, não é lonomia.
Entro em contato com o CIT que orienta somente sintomaticos

* Medicamentos em uso:
* Alergias a medicamentos: nega
* Comorbidades associadas: nega
* Vacinação: em dia (sic)

EXAME FÍSICO:
BEG, corado e hidratado, eupnéico, anictérico e acianótico, ativo e alerta.
FC 65 FR SAT 100 TEMP 36 PESO 39,8
MV+ bilateral sem RA.
RCR 2T BNF sem sopros.
Pele eirtema pqno em polegar esq

HIPOTESE DIAGNÓSTICA: acidente com animal peçonhento

CONDUTA:
Sintomáticos.
Orientações.
Retorno se sinais de alerta.
Dra. MARTHA NUNES SIMON (CRM 7845)

Unimed

Madalena Barbi, 204 - Florianópolis - SC

CNPJ:77858611001503 - Inscrição estadual: - Fone:3216-

(CNES 9830774)

Conta paciente

(77858611001503)

Nota:

Emissao:

Nº atend:

3.352.191

Nº IC:

21.127.877

Paciente:

JOAO SOARES NETO

Convênio:

Instituto Adventista

Usuário/Matrícula:

72051414

Categoria:

Instituto Adventista

Prontuário:

99676432

Data entrada:

12/11/2024 11:57:31

Data saída:

12/11/2024 12:29:38

Motivo Alta:

Alta melhora

Médico:

Dra. MARTHA NUNES SIMON (CRM 7845)

Tipo atend:

3 - Pronto socorro

Proc Princ:

00000000

0

Espec/Clinica:

4 Clínica Pediátrica

Tipo acomodação

Enfermaria

Data

22/04/2017

Sexo:

M

CID Princ:

W57.2 Mordeduras e picadas de inseto e de outros artrópodes, não-

Guia:

23085

Senha:

23085

Dt Conta:

12/11/24 12:04

Dt inicial:

12/11/24 11:57

Dt final:

12/11/24 12:29

Refer:

01/12/24

Movimentação do Paciente

Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO UC	Setor sem acomodação	1/	12/11/2024 11:57:31	12/11/2024 12:29:38

Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crm	Médico	Função	Valor
1	12/11/24 11:57	PRONTO ATENDIMENTO UC	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	7845	MARTHA NUNES	Clínico	70,27
Total de Honorários Não Conveniados					1,00				70,27

Total geral R\$

70,27

Impresso em 19/11/2024 09:19:11

Pág 1

priscilacarla.s

FatAct_R7

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Kauã de Sousa Lima

Nº da Carteira: 7.46.6044

Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Centro

Data de Nascimento: 08/01/2019

Nº da Guia: 23036



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
08/11/2024	18:04:00	Pátio	Saída

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Rosto, Pescoço

Descrição
Aluno estava brincando no pátio, quando aluno puxou o banco que caiu sobre o aluno, lesionou a cabeça e corte no nariz.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Danerson Ferreira dos Santos	(48) 99608-9032

Quem prestou primeiros socorros	Data
Danerson Ferreira dos Santos	08/11/2024

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

Observações
Assim que o aluno se machucou foi atendido pelo monitor.

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:

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

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - NAS



Atendimento: 3349074

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: KAUA DE SOUSA LIMA

CPF: 14794751907

Endereço: Rua do Sarandi, 43

Atendimento Nº: 3349074

Telefone: (48) 984942837

RG:

Responsável:

Nome: KERLISS

CPF: 00975778390

Endereço: Rua do Sarandi, 43

Telefone: 55

RG:

CONTRATADA: UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o n.º 77.858.611/0015-03, 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



Atendimento: 3349074

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 indicará pessoa para lhe acompanhar, sendo preferencialmente profissional de saúde do sexo feminino, sem custo adicional, ciente que poderá recusar o nome indicado e solicitar a indicação de outro profissional, independentemente de justificativa, registrando-se o nome escolhido no documento gerado durante o atendimento.

(3) Em caso de atendimento eletivo com sedação/rebaixamento de consciência, caso não queira ser assistida, deverá no fim deste documento, assinalar a opção de renúncia, ciente que esse termo de consentimento livre e esclarecido será arquivado em seu prontuário.

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

(5) No caso de atendimento realizado em centro cirúrgico ou unidade de terapia intensiva com restrições relacionadas a segurança ou a saúde da paciente, devidamente justificadas pelo corpo clínico, somente será admitido acompanhante que seja profissional de saúde indicado pelo Hospital Unimed, preferencialmente do sexo feminino.

(6) Em casos de urgência e emergência, os profissionais de saúde da Unimed Grande Florianópolis ficam autorizados a agir na proteção e defesa da saúde e da vida da paciente, ainda que na ausência do acompanhante requerido.

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

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

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

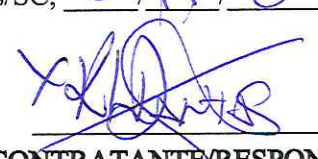
Nome da Acompanhante _____

CPF nº _____

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

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

Florianópolis/SC, 8 / 11 / 24



CONTRATANTE/RESPONSÁVEL

CONTRATADA

Testemunhas

1- _____

Nome:

CPF nº

2- _____

Nome:

CPF nº

1 - Registro ANS 000000

3 - N° Guia Principal

4 - Data da Autorização 08/11/2024

5 - Senha 23036

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 23036

Dados do Beneficiário
8 - Número da Carteira 7465044

9 - Validade da Carteira 08/11/2024

10 - Nome KAUÁ DE SOUSA LIMA

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN N

Dados do Solicitante
13 - Código na Operadora 300638

14 - Nome do Contratado Unidade Centro

15 - Nome do Profissional Solicitante Requirilante Nao Cadastrado/no Cooperado

16 - Conselho Profissional 6

17 - Numero no Conselho 2526

18 - UF SC

19 - Código CBO 225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados
21 - Cartão do Atendimento 2
22 - Data da Solicitação 08/11/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 1 22
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039
26 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

27 - Qtd. Solic. 1

28 - Qtd. Aut. 1

Dados do Contratado Executante
29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

KAUA DE SOUSA LIMA
Dt Masc: 08/01/19
Mãe:
Atend: 3349074 Senha: N144
Instituto Adventista

31 - Código CNES

Dados do Atendimento
32 - Tipo de Atendimento 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
34 - Tipo de Consulta 35 -

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados
36 - Data 37 - Hora Inicial a 38 - Hora final 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição

42 - Qtd.

43 - Via 44 - Tec.

45 - Fator Red/Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)
48 - Seq. Ref. 49 - Gr. Part. 50 - Código na Operadora/CNP 51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Materiais (R\$)

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Total Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Medicinais R\$

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 08/11/2024

68 - Assinatura do Contratado 08/11/2024



Paciente: **KAUA DE SOUSA LIMA**

Data de Nascimento: 08/01/2019 Idade: 5anos 10M Sexo: M

Data do Exame: 08/11/2024

Solicitante: Dr.(a) ALBERTO PIOVEZANI

Protocolo: UGF3349074 Senha: 106191

unimedflorianopolis.com.br

Central de Atendimento:
(48) 3288 4100

Informações:
0800 048 3500

RADIOGRAFIA NASAL

Estrutura óssea conservada.

Proeminência dos tecidos moles posteriores da rinofaringe, reduzindo a coluna aérea do cavum.

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

(Protocolo/senha informados após o exame).

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

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

Rafael Steinwandter
Dr. Rafael Steinwandter
CRM/SC 17375



Paciente **KAUA DE SOUSA LIMA**

Data Nascto. 08/01/2019 5 Anos

Sexo Masculino

Telefone 984942837

Leito 1

Atendimento **3.349.074**

Prontuário 99.858.268

Dt. Entrada 08/11/2024 21:10:28

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
08/11/2024 21:40	08/11 22:25	Médico	Anamnese PA		ALBERTO PIOVEZANI	CRM 23148

KAUA DE SOUSA LIMA, 5 anos

QUEIXA PRINCIPAL: tce

estava sentado em banco na escola e caiu para trás, com tce occipital e o banco caiu sobre a região frontal (sic).
há 4 horas.
nega vômito ou perda de consciência.

EXAME FÍSICO:

BEG, corado e hidratado, eupnéico, anictérico e acianótico, ativo e alerta.

peso 22,3 kg

ECG 15

PIFR

Hematoma subgaleal occipital e frontal

ferimento na base do nariz, descolamento de pequena quantidade de pele, sem necessidade de sutura

leve edema na base do nariz

MV+ bilateral sem RA.

RCR 2T BNF sem sopros.

Abdome flácido depressível RHA+ não se palpa massas ou visceromegalias.

Oroscopia normal.

Otoscopia normal.

Sem alterações neurológicas. Ausência de sinais meníngeos.

Pulsos e perfusão normais.

Pele sem lesões.

neurológico normal.

HIPOTESE DIAGNÓSTICA: tce

CONDUTA:

solicito rx face e crânio

observação

limpeza do ferimento nasal

22:25h

tce há 5 horas

sem vômitos

brincand, ativo, alerta, sorrindo

ecg 15

pifr

sem alterações neurológicas

rx crânio e face normais, sem fratura nasal

conduta

alta com sintomáticos

oriento sinais de alarme

gelo local

Paciente **KAUA DE SOUSA LIMA**

Data Nascto. 08/01/2019 5 Anos

Sexo Masculino

Telefone 984942837

Leito 1

Atendimento **3.349.074**

Prontuário 99.858.268

Dt. Entrada 08/11/2024 21:10:28

Convênio Instituto Adventista Instituto

retorno sn
mãe ciente e concordante.

Dr. ALBERTO PIOVEZANI (CRM 23148)



Paciente: **KAUA DE SOUSA LIMA**

Data de Nascimento: 08/01/2019 Idade: 5anos 10M Sexo: M

Data do Exame: 08/11/2024

Solicitante: Dr.(a) ALBERTO PIOVEZANI

Protocolo: UGF3349074 Senha: 106191

unimedflorianopolis.com.br

Central de Atendimento:
(48) 3288 4100

Informações:
0800 048 3500

RADIOGRAFIA NASAL

Estrutura óssea conservada.

Proeminência dos tecidos moles posteriores da rinofaringe, reduzindo a coluna aérea do cavum.

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

(Protocolo/senha informados após o exame).

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

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

Rafael Steinwandter
Dr. Rafael Steinwandter
CRM/SC 17375



Unimed

Madalena Barbi, 204 - Florianópolis - SC

CNPJ:77858611001503 - Inscrição estadual: - Fone:3216-

(CNES 9830774)

Conta paciente

(77858611001503)

Nota:

Paciente:

KAUA DE SOUSA LIMA

Convênio:

Instituto Adventista

Usuário/Matrícula:

7466044

Categoria:

Instituto Adventista

Prontuário: 99858268

Data entrada: 08/11/2024 21:10:28

Data saída: 08/11/2024 22:49:15

Motivo Alta: Alta melhora

Médico: Dr. ALBERTO PIOVEZANI (CRM 23148)

Tipo atend: 3 - Pronto socorro

Proc Princ: 00000000

0

Espec/Clinica: 4

Clinica Pediátrica

Data 08/01/2019

Sexo: M

CID Princ:

Guia: 23036

Senha:

Dt Conta: 08/11/24 21:18

Dt inicial: 08/11/24 21:10

Dt final: 08/11/24 22:49

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/	08/11/2024 21:10:28	08/11/2024 22:49:15
2	Serviços Especiais	RAIO X UC	Setor sem acomodação	1/	08/11/2024 21:38:00	08/11/2024 21:38:00

Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor
1	08/11/24 21:10	PRONTO ATENDIMENTO UC	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	23148	ALBERTO	Clínico	91,35
2	08/11/24 22:05	RAIO X UC	40801098	Ossos Da Face	1,00	17375	RAFAEL	Clínico	47,29
3	08/11/24 22:07	RAIO X UC	40801020	Crânio - 3 Incidências	1,00	17375	RAFAEL	Clínico	47,07
Total de Honorários Não Conveniados					3,00				185,71

Total geral R\$

185,71

Impresso em 12/11/2024 14:41:30

Pág 1

priscilacarla.s

FatAct_R7