

UGF - Contrato de Prestação de Serviços Hospitalares CDI

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: MATIAS FERNANDO PRATES MONTEIRO

CPF: 14322788947

Endereço: RUA VEREADOR JACOB KNABBEN DA

Atendimento Nº: 3456077

Telefone: (48) 999258484

RG:

Responsável:

Nome: CARMEN ADRIANA PRATES

CPF: 42682207049

Endereço: Rua Edison Areas, 174 AP 304

Telefone: 4832060695

RG: 6017592277

CONTRATADA: UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO; pessoa jurídica de direito privado, inscrita pelo CNPJ sob nº 77.858.611/0001-08; estabelecida na Rua Dom Jaime Câmara, nº 94, Centro, Florianópolis, Estado de Santa Catarina, CEP 88015-120; neste ato representada pelo seu representante legal abaixo assinado.

CLÁUSULA PRIMEIRA: Do Objeto

Constitui-se do presente instrumento, a prestação de serviços hospitalares pela CONTRADA ao CONTRATANTE/PACIENTE acima qualificado, nas dependências do Hospital Unimed, sito á Rua Manoel Loureiro, 1909, Barreiros - São José/SC, inscrito no CNPJ sob nº 17.034.086/0001-76, bem como, fora das dependências caso haja necessidade.

CLÁUSULA SEGUNDA: Das Obrigações e Responsabilidades do(a) CONTRATANTE

Pelo contrato ora firmado, o CONTRATANTE (e/ou Responsável Art. 264 e seguintes do Código Civil) obriga-se a:

a) Assumir todas as despesas particulares ou não cobertas pelo plano de saúde;

b) Assumir despesas decorrentes de extravio do enxoval e danos ao patrimônio do hospital, desde que devidamente comprovados;

Parágrafo primeiro:

É obrigatório a permanência de um responsável durante toda a estadia da criança e/ou adolescente na instituição, de acordo com Estatuto da Criança e do Adolescente - Lei Nº 8.069, de 13 de julho de 1990.

Parágrafo Segundo:

A contratação é vinculada ao Plano de Saúde contratado pelo paciente. A CONTRATADA obedecerá às normas previstas no contrato que disciplina os atendimentos aos usuários, ressalvando a indicação do procedimento médico-hospitalar e seu respectivo tratamento..

Parágrafo Terceiro:

A contratação em caráter particular, não é vinculada a nenhum plano, mas sim, aos serviços efetivamente adquiridos, bem como a indicação do procedimento médico-hospitalar e seu respectivo tratamento.

CLÁUSULA TERCEIRA: Das obrigações e Responsabilidades da CONTRATADA.

Pelo contrato ora firmado, a CONTRATADA:

a) Reserva-se o direito de emitir boleto bancário de cobrança cujo valor será correspondente ao serviço prestado, no caso de não efetuado o pagamento das despesas estabelecidas na Cláusula Segunda.

b) Em caso de mora por mais de 30 (trinta) dias, poderá registrar, nos Cadastros de Proteção ao Crédito (SPC, SERASA e afins), obedecendo a às normas estabelecidas em lei, os débitos do CONTRATANTE.

c) Obedecer a normas previstas no contrato que disciplina os atendimentos aos usuários do respectivo convênio, caso o CONTRATANTE estiver vinculado a Plano de Saúde.

d) Qualquer objeto que tenha sido esquecido, extraviado ou perdido pelo CONTRATADO, e localizado nas dependências da CONTRATANTE, mediante prova, ficará a disposição daquele pelo prazo de 30 (Trinta) dias, findos os quais, serão descartados ou doados por parte da CONTRATANTE.

CLÁUSULA QUARTA: Da Apresentação de Despesas

Todas as despesas referidas na Cláusula Segunda serão apresentadas pela CONTRATADA e deverão ser quitadas, imediatamente pelo (a) CONTRATANTE/PACIENTE e/ou RESPONSÁVEL/CONTRATANTE.

Nessa oportunidade a CONTRATADA apresentará a fatura/nota fiscal dos serviços prestados.

CLÁUSULA QUINTA: Disposições gerais

Neste presente ato, o responsável dá plena autorização dos médicos da CONTRATADA para assistirem e tratarem a enfermidade realizando todos os procedimentos e investigações necessárias para preservação da saúde e da vida do paciente, conforme disposto no artigo 39, da Lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor).

Parágrafo Primeiro:

Os médicos da CONTRATADA atenderão ao disposto no artigo 34 do Código de Ética Médica e artigo 90 da Lei 8.078/90, explicando claramente a proposta do procedimento médico ou cirúrgico, seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas ao procedimento, proporcionando livre questionamento e respondendo inteira e satisfatoriamente as perguntas. Igualmente, em caso iminente de risco de morte, de acordo com artigo 22 do Código de Ética Médica, serão efetuados todos e quaisquer procedimentos médicos sem esclarecimentos e consentimentos prévios.

CLÁUSULA SEXTA: Do foro

Fica eleito o foro da Comarca de São José/SC para julgamento dos conflitos de interesses oriundos deste contrato.

Assim por estarem às partes perfeitamente ajustadas entre si, assinam o presente instrumento em duas vias de igual teor e forma para os efeitos do art. 221 do Código Civil, na presença de duas testemunhas abaixo assinadas e identificadas.

São José, SC, ___ de _____ de _____.



Contratante ou Responsável

Unimed Grande Florianópolis Coop. Trab. Médico
CONTRATADA

TESTEMUNHAS:

1. Nome: _____

2. Nome: _____

CPF: _____ RG: _____

CPF: _____ RG: _____

Paciente **MATIAS FERNANDO PRATES MONTEIRO** Gênero Masculino
Data Nascto 12/04/2010 14a 10m 1d
Data Entrada 13/02/2025 02:02:38
Endereço RUA VEREADOR JACOB KNABBEN DA SILVA, 3050 -
CEP: 881 32015 - PALHOÇA - SC - Tel ()

Data Receita: 13/02/2025

RX JOELHO ESQUERDO AP + P

HD: PO OSS TAT

Dr. Bruno Xavier
CRM/SC 21602
Lesões do Esporte e
Cirurgia de Joelho e

BRUNO RODRIGUES XAVIER (CRM 21602)

COOP HOSPITAL - FILIAL BARREIROS

Manoel Loureiro, S/N, Barreiros,
CEP 88117330 - São José - SC
CNPJ 77 858 611/0014-14 - FONE 32880000

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Matias Fernando Prates Monteiro
Nº da Carteira: 7.205.1843
Instituição: Colégio Adventista Palhoça



Data de Nascimento: 12/04/2010

Nº da Guia: 22315.01

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
06/03/2025	10:04:43	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Esquerdo

Descrição

Estava jogando futebol e ao chutar a bola, torceu o joelho para dentro. Referiu muita dor no local.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Bianca Bendik Rodrigues	48998557433
Bianca Bendik Rodrigues	48998557433

Quem prestou primeiros socorros	Data
Sara - Professora	22/10/2024

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

Motivo do Retorno

Raio-X solicitado pelo médico para avaliação do joelho após a cirurgia.

Ass.: 
Thiago José Jair Martins
Vice-diretor

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: **MATIAS FERNANDO PRATES MONTEIRO**
Data de Nascimento: 12/04/2010 Idade: 14anos 10M Sexo: M
Data do Exame: 06/03/2025
Solicitante: Dr.(a) BRUNO RODRIGUES XAVIER
Protocolo: UGF3456077 Senha: 66140

unimedflorianopolis.com.br

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.
Parafuso metálico de fixação na tíbia proximal.

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

(Protocolo/senha informados após o exame).

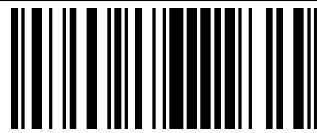
Responsável Técnico Dr. Fabio Vargas Magalhães CRM/SC 9267 RQE 10139

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

1 / 1


Dr. Pedro Lemos de Luca
CRM/SC 6606





Paciente: MATIAS FERNANDO PRATES MONTEIRO	Convênio: Instituto Adventista	Usuário/Matrícula: 72051843
Categoria: Instituto Adventista		

Emissão:

Nº atend: **3.456.077**
 Nº IC: **21.284.251**

Prontuário: 99856723	Data entrada: 06/03/2025 13:12:38	Data saída: 06/03/2025 13:41:14	Motivo Alta: Alta melhora
Médico: Dr. GUSTAVO LEMOS PELANDRE (CRM 12478)	Tipo acomodação: Setor sem acomodação		Tipo atend: 7 - Externo
Proc Princ: 00000000	0	Sexo: M	Espec/Clinica: 1 Clínica Adulto
Data: 12/04/2010	Senha: 2231501		

Dt Conta: 06/03/25 13:42	Dt inicial: 06/03/25 13:12	Dt final: 06/03/25 13:41	Refer: 01/05/25
--------------------------	----------------------------	--------------------------	-----------------

Movimentação do Paciente						
Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Serviços Especiais	RAIO X	Setor sem acomodação	1/	06/03/2025 13:12:38	06/03/2025 13:41:14

Honorários Não Conveniados									
Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor
1	06/03/25 13:41	RAIO X	40804054	Joelho	1,00	6606	PEDRO LEMOS DE	Clínico	43,84
Total de Honorários Não Conveniados					1,00				43,84

Total geral R\$ 43,84

HOSPITAL**Controle de Entrada de Pacientes - Philips PACS**

3461516

Paciente	SARAH MELO SAAR	Atendimento	3.461.516	Convênio	Instituto Adventista
Data Nascto.	15/03/2015	Prescrição	5440210	Categoria	Instituto Adventista
Idade	9 Anos	Prontuário	99.867.197	Plano	Único
Sexo	Feminino	Data	11/03/2025 16:49:46	Município	Maria Eduarda Prudencio da Fonseca
Setor	RAIO X	Anteriores	() SIM () NÃO		Assistente de atendimento Unimed Grande Florianópolis

Exames Anteriores**Exames a Realizar****Protocolo: UGF3461516 Senha: 224068**

40803104 - RX ANTEBRACO - 2 INCIDÊNCIAS

Solicitante: Dr.(a) ALEXANDRE POSSER

Acesso: 8331238

ID: 12227393

AGENDAMENTOS

Data/Hora	Exame(s)	Executor	Agenda
11/03/2025 17:00	RX ANTEBRACO - 2 INCIDÊNCIAS	GUILHERME HENRIQUE	RAIO-X

UGF - Contrato de Prestação de Serviços Hospitalares CDI

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: SARAH MELO SAAR

CPF: 05155613205

Endereço: Rua Cândido Portinari, 2255 Apto 702

Atendimento Nº: 3461516

Telefone: (68) 992054417

RG:

Responsável:

Nome: VALDAIR SAAR XAVIER DE MELO

CPF: 32196601268

Endereço: Rua Cândido Portinari, 2255 Apto 702

Telefone: 5568992054417

RG:

CONTRATADA: UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO; pessoa jurídica de direito privado, inscrita pelo CNPJ sob nº 77.858.611/0001-08; estabelecida na Rua Dom Jaime Câmara, nº 94, Centro, Florianópolis, Estado de Santa Catarina, CEP 88015-120; neste ato representada pelo seu representante legal abaixo assinado.

CLÁUSULA PRIMEIRA: Do Objeto

Constitui-se do presente instrumento, a prestação de serviços hospitalares pela CONTRATADA ao CONTRATANTE/PACIENTE acima qualificado, nas dependências do Hospital Unimed, sito á Rua Manoel Loureiro, 1909, Barreiros - São José/SC, inscrito no CNPJ sob nº 17.034.086/0001-76, bem como, fora das dependências caso haja necessidade.

CLÁUSULA SEGUNDA: Das Obrigações e Responsabilidades do(a) CONTRATANTE

Pelo contrato ora firmado, o CONTRATANTE (e/ou Responsável Art. 264 e seguintes do Código Civil) obriga-se a:

a) Assumir todas as despesas particulares ou não cobertas pelo plano de saúde;

b) Assumir despesas decorrentes de extravio do enxoval e danos ao patrimônio do hospital, desde que devidamente

comprovados;

Parágrafo primeiro:

É obrigatório a permanência de um responsável durante toda a estadia da criança e/ou adolescente na instituição, de acordo com Estatuto da Criança e do Adolescente - Lei Nº 8.069, de 13 de julho de 1990.

Parágrafo Segundo:

A contratação é vinculada ao Plano de Saúde contratado pelo paciente. A CONTRATADA obedecerá às normas previstas no contrato que disciplina os atendimentos aos usuários, ressaltando a indicação do procedimento médico-hospitalar e seu respectivo tratamento..

Parágrafo Terceiro:

A contratação em caráter particular, não é vinculada a nenhum plano, mas sim, aos serviços efetivamente adquiridos, bem como a indicação do procedimento médico-hospitalar e seu respectivo tratamento.

CLÁUSULA TERCEIRA: Das obrigações e Responsabilidades da CONTRATADA.

Pelo contrato ora firmado, a CONTRATADA:

a) Reserva-se o direito de emitir boleto bancário de cobrança cujo valor será correspondente ao serviço prestado, no caso de não efetuado o pagamento das despesas estabelecidas na Cláusula Segunda.

b) Em caso de mora por mais de 30 (trinta) dias, poderá registrar, nos Cadastros de Proteção ao Crédito (SPC, SERASA e afins), obedecendo a às normas estabelecidas em lei, os débitos do CONTRATANTE.

c) Obedecer a normas previstas no contrato que disciplina os atendimentos aos usuários do respectivo convênio, caso o CONTRATANTE estiver vinculado a Plano de Saúde.

d) Qualquer objeto que tenha sido esquecido, extraviado ou perdido pelo CONTRATADO, e localizado nas dependências da CONTRATANTE, mediante prova, ficará a disposição daquele pelo prazo de 30 (Trinta) dias, findos os quais, serão descartados ou doados por parte da CONTRATANTE.

CLÁUSULA QUARTA: Da Apresentação de Despesas

Todas as despesas referidas na Cláusula Segunda serão apresentadas pela CONTRATADA e deverão ser quitadas, imediatamente pelo (a) CONTRATANTE/PACIENTE e/ou RESPONSÁVEL/CONTRATANTE. Nessa oportunidade a CONTRATADA apresentará a fatura/nota fiscal dos serviços prestados.

CLÁUSULA QUINTA: Disposições gerais

Neste presente ato, o responsável dá plena autorização dos médicos da CONTRATADA para assistirem e tratarem a enfermidade realizando todos os procedimentos e investigações necessárias para preservação da saúde e da vida do paciente, conforme disposto no artigo 39, da Lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor).

Parágrafo Primeiro:

Os médicos da CONTRATADA atenderão ao disposto no artigo 34 do Código de Ética Médica e artigo 90 da Lei 8.078/90, explicando claramente a proposta do procedimento médico ou cirúrgico, seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas ao procedimento, proporcionando livre questionamento e respondendo inteira e satisfatoriamente as perguntas. Igualmente, em caso iminente de risco de morte, de acordo com artigo 22 do Código de Ética Médica, serão efetuados todos e quaisquer procedimentos médicos sem esclarecimentos e consentimentos prévios.

CLÁUSULA SEXTA: Do foro

Fica eleito o foro da Comarca de São José/SC para julgamento dos conflitos de interesses oriundos deste contrato.

Assim por estarem às partes perfeitamente ajustadas entre si, assinam o presente instrumento em duas vias de igual teor e forma para os efeitos do art. 221 do Código Civil, na presença de duas testemunhas abaixo assinadas e identificadas.

São José, SC, ___ de _____ de _____.

Samara Carlos M. Saar

Contratante ou Responsável

Unimed Grande Florianópolis Coop. Trab. Médico
CONTRATADA

TESTEMUNHAS:

1. Nome: _____

2. Nome: _____

CPF: _____ RG: _____

CPF: _____ RG: _____

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO



Aluno: Sarah Melo Saar
Nº da Carteira: 7.58.7283
Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Estreito

Data de Nascimento: 15/03/2015 **Nº da Guia:** 24441.002

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
11/03/2025	15:30:04	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Antebraço Esquerdo, Mão Esquerda

Descrição
Aluna estava jogando futsal na educação física e sua colega chutou a bola batendo com força no pulso, ocasionando no deslocamento do pulso.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Prof. Márcia	(48) 3039-8054

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

Motivo do Retorno
Consulta em 11/03/25 as 16:20 com Ortopedista e Traumatologista no 3º andar do Hospital Unimed de São José/SC

Ass.:


Arno Silveira
Téc. Curativo Assistente
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



Paciente: **SARAH MELO SAAR**
Data de Nascimento: 15/03/2015 Idade: 9anos 11M Sexo: F
Data do Exame: 11/03/2025
Solicitante: Dr.(a) ALEXANDRE POSSER
Protocolo: UGF3461516 Senha: 224068

unimedflorianopolis.com.br

Central de Atendimento:
(48) 3288 4100

Informações:
0800 048 3500

RADIOGRAFIA DIGITAL DO ANTEBRAÇO ESQUERDO

Exame de controle realizado sob aparelho gessado.
Fraturas nas porções distais do rádio e da ulna.

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

(Protocolo/senha informados após o exame).

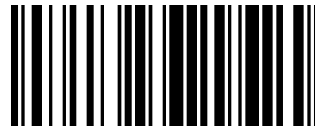
Responsável Técnico Dr. Fabio Vargas Magalhães CRM/SC 9267 RQE 10139

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

1 / 1


Dr. Nelson Cabral Junior
CRM/SC 6561





Paciente: SARAH MELO SAAR	Convênio: Instituto Adventista	Usuário/Matrícula: 24441001
Categoria: Instituto Adventista		

Emissão:

Nº atend: **3.461.516**
 Nº IC: **21.289.574**

Prontuário: 99867197	Data entrada: 11/03/2025 16:49:46	Data saída: 11/03/2025 17:11:34	Motivo Alta: Alta melhora
Proc Princ: 00000000	Médico: Dr. GUILHERME HENRIQUE LOPES NUNES (CRM 15077)		Tipo atend: 7 - Externo
			Espec/Clinica: 1 Clínica Adulto
Data: 15/03/2015	Tipo acomodação: Setor sem acomodação		Sexo: F
CID Princ:			
Guia: 24441002	Senha: 24441002		

Dt Conta: 11/03/25 17:11	Dt inicial: 11/03/25 16:49	Dt final: 11/03/25 17:11	Refer: 01/05/25
--------------------------	----------------------------	--------------------------	-----------------

Movimentação do Paciente						
Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Serviços Especiais	RAIO X	Setor sem acomodação	1/	11/03/2025 16:49:46	11/03/2025 17:11:34

Honorários Não Conveniados									
Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor
1	11/03/25 17:11	RAIO X	40803104	Antebraço	1,00	6561	NELSON CABRAL	Clínico	43,84
Total de Honorários Não Conveniados					1,00				43,84

Total geral R\$ 43,84



3464061

Paciente	VICTOR HENRIQUE LOPES LINO	Atendimento	3.464.061	Convênio	Instituto Adventista
Data Nascto.	30/07/2009	Prescrição	5445143	Categoria	Instituto Adventista
Idade	15 Anos	Prontuário	99.867.231	Plano	Único
Sexo	Masculino	Data	13/03/2025 16:39:21	Município	
Setor	RAIO X	Anteriores	() SIM () NÃO		

*Aline Montanari BOM
Assistente de Atendimento
Unimed Grande Florianópolis*

Exames Anteriores

Exames a Realizar

Protocolo: UGF3464061	Senha: 230513	Solicitante: Dr.(a) MARCELO ANDRE ROCHA
40804097 - RX PE OU PODODÁCTILO - 2 INCIDÊNCIAS Acesso: 8336154 ID: 12227456		Solicitante: Dr.(a) MARCELO ANDRE ROCHA
40804135 - INCIDÊNCIA ADICIONAL DE MEMBRO INFERIOR Acesso: 8336106 ID: 12227456		Solicitante: Dr.(a) MARCELO ANDRE ROCHA

AGENDAMENTOS

Data/Hora	Exame(s)	Executor	Agenda
13/03/2025 16:40	RX PE OU FODODÁCTILO - 2 INCIDÊNCIAS	GUSTAVO LEMOS PELANDRE	RAIO-X

Victor Henrique Lopes Lima

Sociato

- Rx ANTERE (D)

NP+P CI APOIO
obrueno

Lim 592.3

113/03/2025

ANS - N° 36044-9

Marcelo Ostrowski
Ortopedia / Traumatologia
CREMESC 7934 RQE 2868



AUTORIZAÇÃO DE RETORNO



Aluno: Victor Henrique Lopes Lino
Nº da Carteira: 7.58.6344
Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Estreito

Data de Nascimento: 30/07/2009 Nº da Guia: 24453.003

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
13/03/2025	16:26:45	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Pé Direito, 1º Dedo Pé Direito

Descrição
Aluno acabou chutando o pé do colega na educação física, torcendo o dedão direito.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitor Guilherme	(48) 3039-8054

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

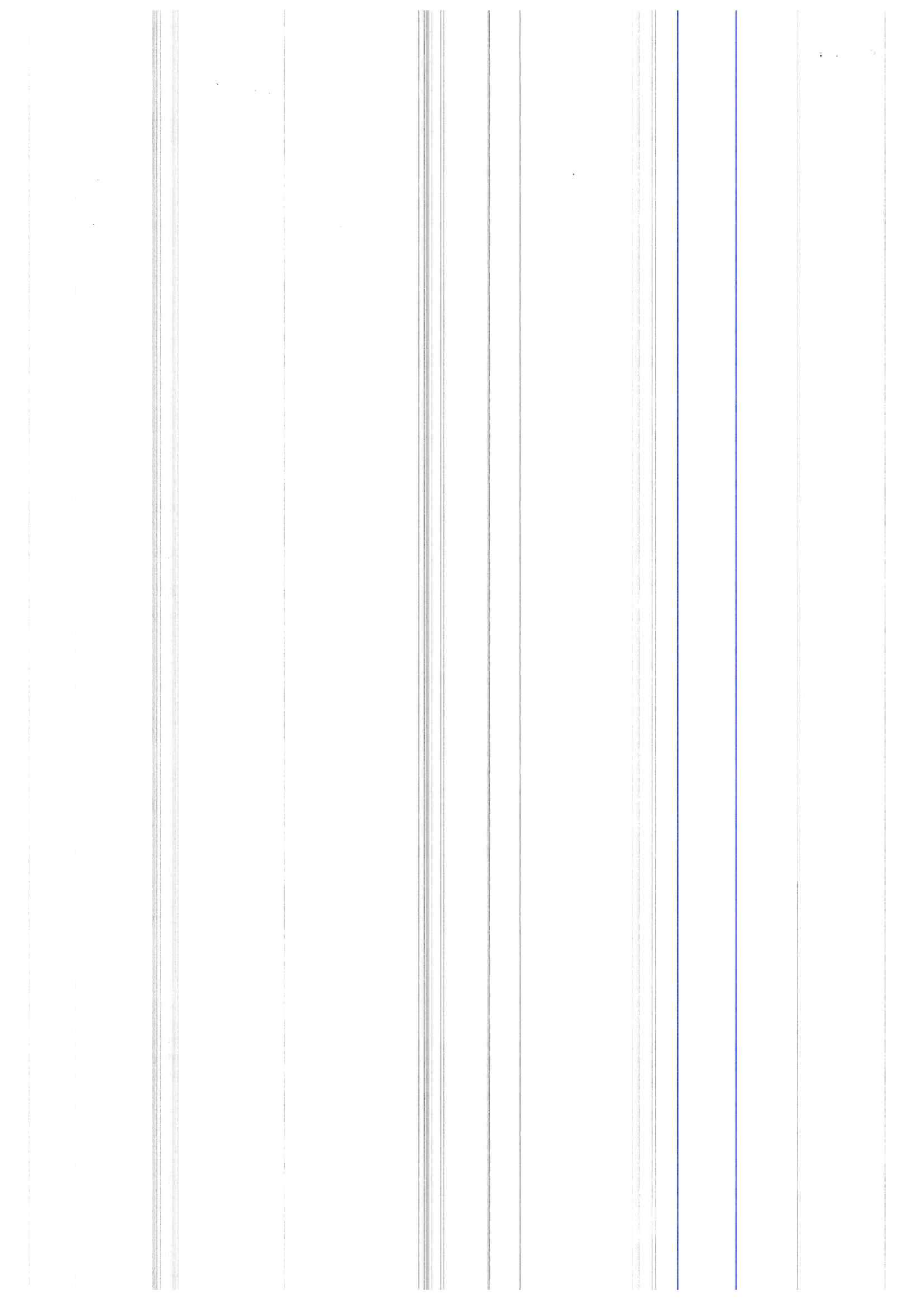
Motivo do Retorno
Atendimento de Retorno com autorização para realização de RX conforme solicitação médica.

ASS.:

Arno Silveira
Tescureiro Assistente

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



UGF - Contrato de Prestação de Serviços Hospitalares CDI

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: VICTOR HENRIQUE LOPES LINO

CPF: 14373878960

Endereço: - Rua Francisco Assis do Vale , 16 Casa

Atendimento Nº: 3464061

Telefone: (48) 996057567

RG:

Responsável:

Nome: CINTIA LOPES

CPF: 07801924940

Endereço: - Rua Francisco Assis do Vale , 16 Casa

Telefone: 5548984000000

RG:

CONTRATADA: UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO; pessoa jurídica de direito privado, inscrita pelo CNPJ sob nº 77.858.611/0001-08; estabelecida na Rua Dom Jaime Câmara, nº 94, Centro, Florianópolis, Estado de Santa Catarina, CEP 88015-120; neste ato representada pelo seu representante legal abaixo assinado.

CLÁUSULA PRIMEIRA: Do Objeto

Constitui-se do presente instrumento, a prestação de serviços hospitalares pela CONTRATADA ao CONTRATANTE/PACIENTE acima qualificado, nas dependências do Hospital Unimed, sito á Rua Manoel Loureiro, 1909, Barreiros - São José/SC, inscrito no CNPJ sob nº 17.034.086/0001-76, bem como, fora das dependências caso haja necessidade.

CLÁUSULA SEGUNDA: Das Obrigações e Responsabilidades do(a) CONTRATANTE

Pelo contrato ora firmado, o CONTRATANTE (e/ou Responsável Art. 264 e seguintes do Código Civil) obriga-se a:

- Assumir todas as despesas particulares ou não cobertas pelo plano de saúde;
- Assumir despesas decorrentes de extravio do enxoval e danos ao patrimônio do hospital, desde que devidamente comprovados;

Parágrafo primeiro:

É obrigatório a permanência de um responsável durante toda a estadia da criança e/ou adolescente na instituição, de acordo com Estatuto da Criança e do Adolescente - Lei Nº 8.069, de 13 de julho de 1990.

Parágrafo Segundo:

A contratação é vinculada ao Plano de Saúde contratado pelo paciente. A CONTRATADA obedecerá às normas previstas no contrato que disciplina os atendimentos aos usuários, ressaltando a indicação do procedimento médico-hospitalar e seu respectivo tratamento..

Parágrafo Terceiro:

A contratação em caráter particular, não é vinculada a nenhum plano, mas sim, aos serviços efetivamente adquiridos, bem como a indicação do procedimento médico-hospitalar e seu respectivo tratamento.

CLÁUSULA TERCEIRA: Das obrigações e Responsabilidades da CONTRATADA.

Pelo contrato ora firmado, a CONTRATADA:

- Reserva-se o direito de emitir boleto bancário de cobrança cujo valor será correspondente ao serviço prestado, no caso de não efetuado o pagamento das despesas estabelecidas na Cláusula Segunda.
- Em caso de mora por mais de 30 (trinta) dias, poderá registrar, nos Cadastros de Proteção ao Crédito (SPC, SERASA e afins), obedecendo a às normas estabelecidas em lei, os débitos do CONTRATANTE.
- Obedecer a normas previstas no contrato que disciplina os atendimentos aos usuários do respectivo convênio, caso o CONTRATANTE estiver vinculado a Plano de Saúde.
- Qualquer objeto que tenha sido esquecido, extraviado ou perdido pelo CONTRATADO, e localizado nas dependências da CONTRATANTE, mediante prova, ficará a disposição daquele pelo prazo de 30 (Trinta) dias, findos os quais, serão descartados ou dados por parte da CONTRATANTE.

CLÁUSULA QUARTA: Da Apresentação de Despesas

Todas as despesas referidas na Cláusula Segunda serão apresentadas pela CONTRATADA e deverão ser quitadas, imediatamente pelo (a) CONTRATANTE/PACIENTE e/ou RESPONSÁVEL/CONTRATANTE.

Nessa oportunidade a CONTRATADA apresentará a fatura/nota fiscal dos serviços prestados.

CLÁUSULA QUINTA: Disposições gerais

Neste presente ato, o responsável dá plena autorização dos médicos da CONTRATADA para assistirem e tratarem a enfermidade realizando todos os procedimentos e investigações necessárias para preservação da saúde e da vida do paciente, conforme disposto no artigo 39, da Lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor).

Parágrafo Primeiro:

Os médicos da CONTRATADA atenderão ao disposto no artigo 34 do Código de Ética Médica e artigo 90 da Lei 8.078/90, explicando claramente a proposta do procedimento médico ou cirúrgico, seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas ao procedimento, proporcionando livre questionamento e respondendo inteira e satisfatoriamente as perguntas. Igualmente, em caso iminente de risco de morte, de acordo com artigo 22 do Código de Ética Médica, serão efetuados todos e quaisquer procedimentos médicos sem esclarecimentos e consentimentos prévios.

CLÁUSULA SEXTA: Do foro

Fica eleito o foro da Comarca de São José/SC para julgamento dos conflitos de interesses oriundos deste contrato.

Assim por estarem às partes perfeitamente ajustadas entre si, assinam o presente instrumento em duas vias de igual teor e forma para os efeitos do art. 221 do Código Civil, na presença de duas testemunhas abaixo assinadas e identificadas.

São José, SC, ___ de _____ de _____.

X Kíntia Lopes Steil de Larias

Contratante ou Responsável

Unimed Grande Florianópolis Coop. Trab. Médico
CONTRATADA

TESTEMUNHAS:

1. Nome: _____

2. Nome: _____

CPF: _____ RG: _____

CPF: _____ RG: _____