



Atendimento: 3174814

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: MARIA CLARA MARTINS GONCALVES

CPF:

Endereço:

Atendimento Nº: 3174814

Telefone:

RG:

Responsável:

Nome: RODRIG

CPF: 01644784009

Endereço: Rua Ervino Espíndola, 200 CASA

Telefone: 4891758172

RG: 9857890

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



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

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - NAS



Atendimento: 3174814

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

Doningo da Silva Gonçalves
01644784009

() **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, ____/____/____

Doningo da Silva Gonçalves
CONTRATANTE/RESPONSÁVEL

CONTRATADA

Testemunhas

1- _____

Nome:

CPF nº

2- _____

Nome:

CPF nº

1 - Registro ANS
000000

3 - N° Guia Principal

4 - Data da Autorização
16/05/2024

5 - Senha
17774

8 - Número da Carteira
72052098

10 - Nome
MARIA CLARA MARTINS GONCALVES

13 - Código na Operadora
300638

14 - Nome do Contratado
Unidade Centro

15 - Nome do Profissional Solicitante
Requisitante Nao Cadastrado/nao Cooperado

16 - Conselho Profissional
6

21 - Caráter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
16/05/2024

24 - Tabela
1

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
1

37 - Hora Inicial a 38 - Hora final

48 - Seq.Ref.

49 - Gr.Part.

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Observação / Justificativa

69 - Assinatura do Contratado

71 - Total Medicamentos (R\$)

72 - Total de OPME (R\$)

75 - Total Gases Medicinais R\$

76 - Total Geral (R\$)

77 - Assinatura do Contratado

78 - Data do Contrato

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

27 - Qtdde.Solic.

28 - Qtdde.Aut.

31 - Código CNES

32 - Código de Encerramento do Atendimento

42 - Qtdde.

43 - Via

44 - Tec.

45 - Fator Red/Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

53 - Conselho Profissional

54 - Número no Conselho

55 - Código CBO

56 - Nome do Profissional

58 - Nome do Profissional

59 - Nome do Profissional

61 - Nome do Profissional

62 - Nome do Profissional

63 - Nome do Profissional

64 - Nome do Profissional

65 - Nome do Profissional

66 - Nome do Profissional

67 - Nome do Profissional

68 - Nome do Profissional

69 - Nome do Profissional

70 - Nome do Profissional

71 - Nome do Profissional

72 - Nome do Profissional

73 - Nome do Profissional

74 - Nome do Profissional

75 - Nome do Profissional

76 - Nome do Profissional

77 - Nome do Profissional

78 - Nome do Profissional

79 - Nome do Profissional

80 - Nome do Profissional

81 - Nome do Profissional

82 - Nome do Profissional

83 - Nome do Profissional

84 - Nome do Profissional

85 - Nome do Profissional

86 - Nome do Profissional

87 - Nome do Profissional

88 - Nome do Profissional

89 - Nome do Profissional

90 - Nome do Profissional

91 - Nome do Profissional

92 - Nome do Profissional

93 - Nome do Profissional

94 - Nome do Profissional

95 - Nome do Profissional

96 - Nome do Profissional

97 - Nome do Profissional

98 - Nome do Profissional

99 - Nome do Profissional

100 - Nome do Profissional

Atend.: 31748-14

2 - N° Guia no Prestador 5298243

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

V.3.0

franciely.soare

WATE70106

16/05/2024 10:57:12

Página 1

Impresso em:

16/05/2024 10:57:12

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Maria Clara Martins Gonçalves
Nº da Carteirinha: 7.205.2098
Instituição: Colégio Adventista Palhoça



Data de Nascimento: 29/11/2017

Nº da Guia: 17774

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
16/05/2024	09:21:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

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

Descrição

Aluna estava no intervalo, após lanche foi brincar, subiu num banco e tentou pular para outro, se desequilibrou e bateu com o rosto numa superfície dura.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitor Salomão	(48) 99935-1000
Monitor Salomão	(48) 99935-1000

Quem prestou primeiros socorros	Data
Orientadora Adriana	16/05/2024

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 foi atendida pelo monitor que prontamente trouxe a Orientação Escolar. Entramos em contato com a família.

Ass.: *Kátia 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

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - NAS



Atendimento: 3186030

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: DANIEL KRUEGER FLORIANO

CPF: 12888119935

Endereço: Rua das Gaivotas, 701 apto 106 Blco B

Atendimento Nº: 3186030

Telefone: (47) 999774022

RG:

Responsável:

Nome: ADOLFO

CPF: 00569019923

Endereço: rua das gaivotas, 701 ap 106

Telefone: 5547997754022

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: 3186030

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

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - NAS



Atendimento: 3186030

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, ____/____/____



CONTRATANTE/RESPONSÁVEL

CONTRATADA

Testemunhas

1- _____

Nome:

CPF nº

2- _____

Nome:

CPF nº

Instituto Adventista										GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT										Atend.: 3186030									
2 - N° Guia no Prestador 5320854																													
1 - Registro ANS 000000										3 - N° Guia Principal																			
4 - Data da Autorização 28/05/2024										5 - Senha 18171										6 - Data Validade da Senha 18171									
8 - Número da Carteira 7466022										9 - Validade da Carteira										10 - Nome DANIEL KRUEGER FLORIANO									
13 - Código na Operadora 300638										14 - Nome do Contratado Unidade Centro										11 - Cartão Nacional de Saúde									
15 - Nome do Profissional Solicitante Requiritante Nao Cadastrado/nao Cooperado										16 - Conselho Profissional 6										17 - Número no Conselho 2526									
21 - Caráter do Atendimento 2										22 - Data da Solicitação 28/05/2024										23 - Indicação Clínica									
24 - Tabela 1 22										25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039										26 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO									
27 - Qtdde Solic. 1										28 - Qtdde Aut. 0																			
29 - Código na Operadora										30 - Nome do Contratado										31 - Código ONE S									
32 - Tipo de Atendimento										33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)										34 - Tipo de Consulta									
35 - Data 37 - Hora inicial a 38 - Hora final										39 - Tabela										40 - Código do Procedimento									
41 - Descrição										42 - Qtdde.										43 - Via 44 - Tec.									
45 - Fator Red./Acresc.										46 - Valor Unitário (R\$)										47 - Valor Total (R\$)									
55 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável										58 - Conselho Profissional										53 - Número no Conselho									
54 - SeqRel.										49 - Gr.Part.										50 - Código na Operadora/CPPF									
51 - Nome do Profissional										52 - Conselho Profissional										54 - UF									
55 - Código CBO										56 - Código CBO										57 - Código CBO									
58 - Observação / Justificativa										59 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável										60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)									
61 - Total Procedimentos (R\$)										62 - Total de OPME (R\$)										63 - Total Medicamentos (R\$)									
64 - Total Gases Médicinais R\$										65 - Total Geral (R\$)										66 - Assinatura do Responsável pela Autorização									
67 - Assinatura do Responsável										68 - Assinatura do Contratado										69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável									
70 - Data 28/05/2024										71 - Data 28/05/2024										72 - Data 28/05/2024									
73 - Data 28/05/2024										74 - Data 28/05/2024										75 - Data 28/05/2024									
76 - Data 28/05/2024										77 - Data 28/05/2024										78 - Data 28/05/2024									
79 - Data 28/05/2024										80 - Data 28/05/2024										81 - Data 28/05/2024									
82 - Data 28/05/2024										83 - Data 28/05/2024										84 - Data 28/05/2024									
85 - Data 28/05/2024										86 - Data 28/05/2024										87 - Data 28/05/2024									
88 - Data 28/05/2024										89 - Data 28/05/2024										90 - Data 28/05/2024									
91 - Data 28/05/2024										92 - Data 28/05/2024										93 - Data 28/05/2024									
94 - Data 28/05/2024										95 - Data 28/05/2024										96 - Data 28/05/2024									
97 - Data 28/05/2024										98 - Data 28/05/2024										99 - Data 28/05/2024									
100 - Data 28/05/2024										101 - Data 28/05/2024										102 - Data 28/05/2024									
103 - Data 28/05/2024										104 - Data 28/05/2024										105 - Data 28/05/2024									
106 - Data 28/05/2024										107 - Data 28/05/2024										108 - Data 28/05/2024									
109 - Data 28/05/2024										110 - Data 28/05/2024										111 - Data 28/05/2024									
112 - Data 28/05/2024										113 - Data 28/05/2024										114 - Data 28/05/2024									
115 - Data 28/05/2024										116 - Data 28/05/2024										117 - Data 28/05/2024									
118 - Data 28/05/2024										119 - Data 28/05/2024										120 - Data 28/05/2024									
121 - Data 28/05/2024										122 - Data 28/05/2024										123 - Data 28/05/2024									
124 - Data 28/05/2024										125 - Data 28/05/2024										126 - Data 28/05/2024									
127 - Data 28/05/2024										128 - Data 28/05/2024										129 - Data 28/05/2024									
130 - Data 28/05/2024										131 - Data 28/05/2024										132 - Data 28/05/2024									
133 - Data 28/05/2024										134 - Data 28/05/2024										135 - Data 28/05/2024									
136 - Data 28/05/2024										137 - Data 28/05/2024										138 - Data 28/05/2024									
139 - Data 28/05/2024										140 - Data 28/05/2024										141 - Data 28/05/2024									
142 - Data 28/05/2024										143 - Data 28/05/2024										144 - Data 28/05/2024									
145 - Data 28/05/2024										146 - Data 28/05/2024										147 - Data 28/05/2024									
148 - Data 28/05/2024										149 - Data 28/05/2024										150 - Data 28/05/2024									
151 - Data 28/05/2024										152 - Data 28/05/2024										153 - Data 28/05/2024									
154 - Data 28/05/2024										155 - Data 28/05/2024										156 - Data 28/05/2024									
157 - Data 28/05/2024										158 - Data 28/05/2024										159 - Data 28/05/2024									
160 - Data 28/05/2024										161 - Data 28/05/2024										162 - Data 28/05/2024									
163 - Data 28/05/2024										164 - Data 28/05/2024										165 - Data 28/05/2024									
166 - Data 28/05/2024										167 - Data 28/05/2024										168 - Data 28/05/2024									
169 - Data 28/05/2024										170 - Data 28/05/2024										171 - Data 28/05/2024									
172 - Data 28/05/2024										173 - Data 28/05/2024										174 - Data 28/05/2024									
175 - Data 28/05/2024										176 - Data 28/05/2024										177 - Data 28/05/2024									
178 - Data 28/05/2024										179 - Data 28/05/2024										180 - Data 28/05/2024									
181 - Data 28/05/2024										182 - Data 28/05/2024										183 - Data 28/05/2024									
184 - Data 28/05/2024										185 - Data 28/05/2024										186 - Data 28/05/2024									
187 - Data 28/05/2024										188 - Data 28/05/2024										189 - Data 28/05/2024									
190 - Data 28/05/2024										191 - Data 28/05/2024										192 - Data 28/05/2024									
193 - Data 28/05/2024										194 - Data 28/05/2024										195 - Data 28/05/2024									
196 - Data 28/05/2024										197 - Data 28/05/2024										198 - Data 28/05/2024									
199 - Data 28/05/2024										200 - Data 28/05/2024										201 - Data 28/05/2024									
202 - Data 28/05/2024										203 - Data 28/05/2024										204 - Data 28/05/2024									
205 - Data 28/05/2024										206 - Data 28/05/2024										207 - Data 28/05/2024									
208 - Data 28/05/2024										209 - Data 28/05/2024										210 - Data 28/05/2024									
211 - Data 28/05/2024										212 - Data 28/05/2024										213 - Data 28/05/2024									
214 - Data 28/05/2024										215 - Data 28/05/2024										216 - Data 28/05/2024									
217 - Data 28/05/2024										218 - Data 28/05/2024										219 - Data 28/05/2024									
220 - Data 28/05/2024										221 - Data 28/05/2024										222 - Data 28/05/2024									
223 - Data 28/05/2024										224 - Data 28/05/2024										225 - Data 28/05/2024									
226 - Data 28/05/2024										227 - Data 28/05/2024										228 - Data 28/05/2024									
229 - Data 28/05/2024										230 - Data 28/05/2024										231 - Data 28/05/2024									
232 - Data 28/05/2024										233 - Data 28/05/2024										234 - Data 28/05/2024									
235 - Data 28/05/2024										236 - Data 28/05/2024										237 - Data 28/05/2024									
238 - Data 28/05/2024										239 - Data 28/05/2024										240 - Data 28/05/2024									
241 - Data 28/05/2024										242 - Data 28/05/2024										243 - Data 28/05/2024									
244 - Data 28/05/2024										245 - Data 28/05/2024										246 - Data 28/05/2024									
247 - Data 28/05/2024										248 - Data 28/05/2024										249 - Data 28/05/2024									
250 - Data 28/05/2024										251 - Data 28/05/2024										252 - Data 28/05/2024									
253 - Data 28/05/2024										254 - Data 28/05/2024										255 - Data 28/05/2024									
256 - Data 28/05/2024										257 - Data 28/05/2024										258 - Data 28/05/2024									
259 - Data 28/05/2024										260 - Data 28/05/2024										261 - Data 28/05/2024									
262 - Data 28/05/2024										263 - Data 28/05/2024										264 - Data 28/05/2024									
265 - Data 28/05/2024										266 - Data 28/05/2024										267 - Data 28/05/2024									
268 - Data 28/05/2024										269 - Data 28/05/2024										270 - Data 28/05/2024									
271 - Data 28/05/2024										272 - Data 28/05/2024										273 - Data 28/05/2024									
274 - Data 28/05/2024										275 - Data 28/05/2024										276 - Data 28/05/2024									
277 - Data 28/05/2024										278 - Data 28/05/2024										279 - Data 28/05/2024									
280 - Data 28/05/2024										281 - Data 28/05/2024										282 - Data 28/05/2024									
283 - Data 28/05/2024										284 - Data 28/05/2024										285 - Data 28/05/2024									
286 - Data 28/05/2024										287 - Data 28/05/2024										288 - Data 28/05/2024									
289 - Data 28/05/2024										290 - Data 28/05/2024										291 - Data 28/05/2024									
292 - Data 28/05/2024										293 - Data 28/05/2024										294 - Data 28/05/2024									
295 - Data 28/05/2024										296 - Data 28/05/2024										297 - Data 28/05/2024									
298 - Data 28/05/2024										299 - Data 28/05/2024										300 - Data 28/05/2024									
301 - Data 28/05/2024										302 - Data 28/05/2024										303 - Data 28/05/2024									
304 - Data 28/05/2024										305 - Data 28/05/2024										306 - Data 28/05/2024									
307 - Data 28/05/2024										308 - Data 28/05/2024										309 - Data 28/05/2024									
310 - Data 28/05/2024										311 - Data 28/05/2024										312 - Data 28/05/2024									
313 - Data 28/05/2024										314 - Data 28/05/2024										315 - Data 28/05/2024									
316 - Data 28/05/2024										317 - Data 28/05/2024										318 - Data 28/05/2024									
319 - Data 28/05/2024										320 - Data 28/05/2024										321 - Data 28/05/2024									
322 - Data 28/05/2024										323 - Data 28/05/2024										324 - Data 28/05/2024									
325 - Data 28/05/2024										326 - Data 28/05/2024										327 - Data 28/05/2024									
328 - Data 28/05/2024										329 - Data 28/05/2024										330 - Data 28/05/2024									
331 - Data 28/05/2024										332 - Data 28/05/2024										333 - Data 28/05/2024									
334 - Data 28/05/2024										335 - Data 28/05/2024										336 - Data 28/05/2024									
337 - Data 28/05/2024										338 - Data 28/05/2024										339 - Data 28/05/2024									
340 - Data 28/05/2024										341 - Data 28/05/2024										342 - Data 28/05/2024									
343 - Data 28/05/2024										344 - Data 28/05/2024										345 - Data 28/05/2024									
346 - Data 28/05/2024										347 - Data 28/05/2024										348 - Data 28/05/2024									
349 - Data 28/05/2024										350 - Data 28/05/2024										351 - Data 28/05/2024									
352 - Data 28/05/2024										353 - Data 28/05/2024										354 - Data 28/05/2024									
355 - Data 28/05/2024										356 - Data 28/05/2024										357 - Data 28/05/2024									
358 - Data 28/05/2024										359 - Data 28/05/2024										360 - Data 28/05/2024									
361 - Data 28/05/2024										362 - Data 28/05/2024										363 - Data 28/05/2024									
364 - Data 28/05/2024										365 - Data 28/05/2024										366 - Data 28/05/2024									
367 - Data 28/05/2024										368 - Data 28/05/2024										369 - Data 28/05/2024									
370 - Data 28/05/2024										371 - Data 28/05/2024										372 - Data 28/05/2024									
373 - Data 28/05/2024										374 - Data 28/05/2024										375 - Data 28/05/2024									
376 - Data 28/05/2024										377 - Data 28/05/2024										378 - Data 28/05/2024									
379 - Data 28/05/2024										380 - Data 28/05/2024										381 - Data 28/05/2024									
382 - Data 28/05/2024										383 - Data 28/05/2024										384 - Data 28/05/2024									
385 - Data 28/05/2024										386 - Data 28/05/2024										387 - Data 28/05/2024									
388 - Data 28/05/2024										389 - Data 28/05/2024										390 - Data 28/05/2024									
391 - Data 28/05/2024										392 - Data 28/05/2024										393 - Data 28/05/2024									
394 - Data 28/05/2024										395 - Data 28/05/2024										396 - Data 28/05/2024									
397 - Data 28/05/2024										398 - Data 28/05/2024										399 - Data 28/05/2024									
400 - Data 28/05/2024										401 - Data 28/05/2024										402 - Data 28/05/2024									
403 - Data 28/05/2024										404 - Data 28/05/2024										405 - Data 28/05/2024									
406 - Data 28/05/2024										407 - Data 28/05/2024										408 - Data 28/05/2024									
409 - Data 28/05/2024										410 - Data 28/05/2024										411 - Data 28/05/2024									
412 - Data 28/05/2024										413 - Data 28/05/2024										414 - Data 28/05/2024									
415 - Data 28/05/2024										416 - Data 28/05/2024										417 - Data 28/05/2024									
418 - Data 28/05/2024										419 - Data 28/05/2024										420 - Data 28/05/2024									
421 - Data 28/05/2024										422 - Data 28/05/2024										423 - Data 28/05/2024									
424 - Data 28/05/2024										425 - Data 28/05/2024										426 - Data 28/05/2024									
427 - Data 28/05/2024										428 - Data 28/05/2024										429 - Data 28/05/2024									
430 - Data 28/05/2024										431 - Data 28/05/2024										432 - Data 28/05/2024									
433 - Data 28/05/2024										434 - Data 28/05/2024										435 - Data 28/05/2024									
436 - Data 28/05/2024										437 - Data 28/05/2024										438 - Data 28/05/2024									
439 - Data 28/05/2024										440 - Data 28/05/2024										441 - Data 28/05/2024									
442 - Data 28/05/2024										443 - Data 28/05/2024										444 - Data 28/05/2024									
445 - Data 28/05/2024										446 - Data 28/05/2024										447 - Data 28/05/2024									
448 - Data 28/05/2024										449 - Data 28/05/2024										450 - Data 28/05/2024									
451 - Data 28/05/2024										452 - Data 28/05/2024										453 - Data 28/05/2024									
454 - Data 28/05/2024										455 - Data 28/05/2024										456 - Data 28/05/2024									
457 - Data 28/05/2024										458 - Data 28/05/2024										459 - Data 28/05/2024									
460 - Data 28/05/2024										461 - Data 28/05/2024										462 - Data 28/05/2024									
463 - Data 28/05/2024										464 - Data 28/05/2024										465 - Data 28/05/2024									
466 - Data 28/05/2024										467 - Data 28/05/2024										468 - Data 28/05/2024									
469 - Data 28/05/2024										470 - Data 28/05/2024										471 - Data 28/05/2024									
472 - Data 28/05/2024										473 - Data 28/05/2024										474 - Data 28/05/2024									
475 - Data 28/05/2024										476 - Data 28/05/2024										477 - Data 28/05/2024									
478 - Data 28/05/2024										479 - Data 28/05/2024										480 - Data 28/05/2024									
481 - Data 28/05/2024										482 - Data 28/05/2024										483 - Data 28/05/2024									
484 - Data 28/05/2024										485 - Data 28/05/2024										486 - Data 28/05/2024									
487 - Data 28/05/2024																													

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Daniel Krueger Floriano

Nº da Carteirinha: 7.46.6022

Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Centro

Data de Nascimento: 26/06/2014

Nº da Guia: 18171

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
28/05/2024	13:23:00	Pátio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Cabeça

Descrição

Aluno estava jogando bola no pátio, se querendo bateu a cabeça na cabeça do colega.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Maria Sônia	(48) 98876-0315

Quem prestou primeiros socorros	Data
Maria Sônia	28/05/2024

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

Aluno estava jogando e bateu a cabeça na cabeça do colega.

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: 3186238

GUILHERME MORAES SAUER
Dt Nasc: 09/07/09
Mãe: MARIA ROSA DE MORAES
Atend: 3186238 Senha: N136
Instituto Adventista



Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: GUILHERME MORAES SAUER

CPF: 09681877900

Endereço: Rua Santa Rita de Cássia, 669

Atendimento Nº: 3186238

Telefone: (48) 998111216

RG:

Responsável:

Nome: MARIA

CPF: 93932324072

Endereço: Rua Santa Rita de Cássia, 669

Telefone:

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: 3186238

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



Atendimento: 3186238

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 Maria Rosa de Moraes

CPF nº 939 323 240 72

() **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, 28 / 05 / 24

[Assinatura]
CONTRATANTE/RESPONSÁVEL

CONTRATADA

Testemunhas

1- _____

Nome:

CPF nº

2- _____

Nome:

CPF nº

1 - Registro ANS 000000 3 - Nº Guia Principal

4 - Data da Autorização 28/05/2024 5 - Senha 18176 6 - Data Validade da Senha 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 18176

8 - Número da Carteira 9 - Validade da Carteira 01/12/2024 10 - Nome GUILHERME MORAES SAUER 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 16 - Conselho Profissional 6 17 - Número no Conselho 2526 18 - UF SC 19 - Código CBO 225125 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento 2 22 - Data da Solicitação 28/05/2024 23 - Indicação Clínica

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

2 3 4 5

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

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

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados 36 - Data 37 - Hora inicial a 38 - Hora final 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição 42 - Qtde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator Red./Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)

1 2 3 4 5

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

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

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 28/05/2024 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 28/05/2024 68 - Assinatura do Contratado 28/05/2024

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Guilherme Moraes Sauer
Nº da Carteirinha: 7.58.3951
Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Estreito



Data de Nascimento: 09/07/2009

Nº da Guia: 18176

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
28/05/2024	14:58:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Rosto

Descrição
aluno estava na educação física, recebeu chute no rosto

Testemunha da ocorrência	Telefone
Francielle	(48) 3039-8100

Quem prestou primeiros socorros	Data
Jussara	28/05/2024

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

Observações
O aluno foi atendido pelo monitor da unidade e encaminhado ao HOSPITAL UNIMED. Foi comunicado ao responsável via ligação

Ass.:

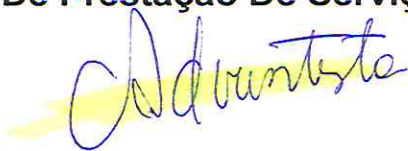
Rodrigo Corvalão

X

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: 3187054

Contratante:

Paciente/Usuário

Atendimento Nº: 3187054

Nome: GUSTAVO ALVES MARTINS

Telefone: (48) 999343676

CPF: 13210430900

RG: 6948884

Endereço: Rua Algarves, 56 CASA

Responsável:

Nome: JOSE

Telefone: 04899431241

CPF: 03922183999

RG: 4078157

Endereço: Rua Algarves, 56 casa

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

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - NAS



Atendimento: 3187054

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 Jose Paulo Luckmann Martins

CPF nº 039.221.839-99

() **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, ____/____/____

Jose Paulo Luckmann Martins
CONTRATANTE/RESPONSÁVEL

CONTRATADA

Testemunhas

1- _____

Nome:

CPF nº

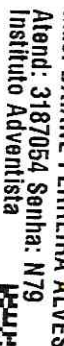
2- _____

Nome:

CPF nº

1 - Registro ANS 000000	3 - Nº Guia Principal
4 - Data da Autorização 29/05/2024	5 - Senha 18208
6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuido pela Operadora 18208
8 - Número da Carteira 7586325	9 - Validade da Carteira 12/12/2025
10 - Nome GUSTAVO ALVES MARTINS	11 - Cartão Nacional de Saúde

GUSTAVO ALVES MARTINS
Dt Nasc: 04/04/11
Mãe: DAIANE FERREIRA ALVES
Atend: 3187054 Senha: N79
Instituto Adventista



13 - Código na Operadora 300638	14 - Nome do Contratado Unidade Centro
------------------------------------	---

15 - Nome do Profissional Solicitante Requisitante Nao Cadastrado/nao Cooperado	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 2526	18 - UF SC	19 - Código CBO 225125	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
--	---------------------------------	---------------------------------	---------------	---------------------------	---

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados		
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 29/05/2024	23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039	26 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	27 - Qtd.Solic. 1	28 - Qtd.Aut. 0
2				
3				
4				
5				

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

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

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados										
36 - Data 1	37 - Hora inicial a 38 - Hora final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtd.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acrsc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
2										
3										
4										
5										

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)						
48 - Seq.Rel. 49 - Gr.Part.	50 - Código na Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série						
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 29/05/2024		68 - Assinatura do Contratado 29/05/2024			

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Gustavo Alves Martins

Nº da Carteira: 7.58.6325

Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Estreito

Data de Nascimento: 04/04/2011

Nº da Guia: 18208



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
29/05/2024	11:28:00	Ginásio	Aula de educação física

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

Descrição
O aluno estava jogando bola, quando foi abaixar bateu com a cabeça na grade.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Prof Francielle	(48) 3081-3900

Quem prestou primeiros socorros	Data
Jusara Krefta	29/05/2024

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

Observações
O aluno foi atendido pelo monitor da unidade, e encaminhado ao Hospital Unimed, foi avisado ao responsável via ligação.

Ass.:

Rodrigo Corvalão

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: 3164731

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: LUCAS DE SOUZA SCHUTZ

CPF: 13666697976

Endereço: Rua Afílio Pagani, 231

Atendimento Nº: 3164731

Telefone: (48) 984134923

RG:

Responsável:

Nome: FERNAN

CPF: 04147402976

Endereço: Rua Afílio Pagani, 905 AP 231

Telefone: 5548984134923

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: 3164731

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

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - NAS



Atendimento: 3164731

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 FERNANDA P. SILVA SCHULTZ

CPF nº 041.474.029-76

() **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

Instituto Adventista										GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT										V.3.0		Atend.: 31641731																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
1 - Registro ANS 000000										3 - N° Guia Principal										2 - N° Guia no Prestador 5278331																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
4 - Data da Autorização 06/05/2024										5 - Senha										6 - Data Validade da Senha										7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 17489																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
8 - Número da Carteira 7205168										9 - Validade da Carteira										10 - Nome LUCAS DE SOUZA SCHUTZ										11 - Cartão Nacional de Saúde										12 - Atendimento a R N N																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
13 - Código na Operadora 300638										14 - Nome do Contratado Unidade Centro										15 - Nome do Profissional Solicitante Requiritante Nao Cadastrado/nao Cooperado										16 - Conselho Profissional 6										17 - Número no Conselho 2526										18 - UF SC										19 - Código CBO 225125										20 - Assinatura do Profissional Solicitante																																																																																																																																																																																																																																																																																							
21 - Caráter do Atendimento 2										22 - Data da Solicitação 06/05/2024										23 - Indicação Clínica										24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039										26 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO										27 - Qtdde.Solic. 1										28 - Qtdde.Aut. 0																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
29 - Código na Operadora										30 - Nome do Contratado										31 - Código CNIES										32 - Tipo de Atendimento										33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada)										34 - Tipo de Consulta										35 - Motivo de Encerramento do Atendimento																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
36 - Data 1										37 - Hora Inicial a 38 - Hora final										39 - Tabela										40 - Código do Procedimento										41 - Descrição										42 - Qtdde.										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										67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável										68 - Assinatura do Contratado										69 - Data 06/05/2024										70 - Data 06/05/2024										71 - Data 06/05/2024										72 - Data 06/05/2024										73 - Data 06/05/2024										74 - Data 06/05/2024										75 - Data 06/05/2024										76 - Data 06/05/2024										77 - Data 06/05/2024										78 - Data 06/05/2024										79 - Data 06/05/2024										80 - Data 06/05/2024										81 - Data 06/05/2024										82 - Data 06/05/2024										83 - Data 06/05/2024										84 - Data 06/05/2024										85 - Data 06/05/2024										86 - Data 06/05/2024										87 - Data 06/05/2024										88 - Data 06/05/2024										89 - Data 06/05/2024										90 - Data 06/05/2024										91 - Data 06/05/2024										92 - Data 06/05/2024										93 - Data 06/05/2024										94 - Data 06/05/2024										95 - Data 06/05/2024										96 - Data 06/05/2024										97 - Data 06/05/2024										98 - Data 06/05/2024										99 - Data 06/05/2024										100 - Data 06/05/2024									
Impresso em: 06/05/2024 17:41:50										Página 1										nathacha.andrad										WATE70106																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Lucas de Souza Schutz
Nº da Carteirinha: 7.205.168
Instituição: Colégio Adventista Palhoça



Data de Nascimento: 24/10/2017

Nº da Guia: 17489

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
06/05/2024	15:17:00	Pátio	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Rosto, Torax

Descrição

O aluno estava saindo de sala quando tropeçou e caiu; o aluno bateu o queixo e o peito. no queixo o aluno teve um pequeno corte.

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Samuel	06/05/2024

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 por um monitor; os responsáveis foram avisados e o aluno foi encaminhado ao hospital.

Ass.: _____

Glaucia 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 / portalengre.clinicaadventista.org.br