

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - NAS



Atendimento: 3317047

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: ARTHUR STEIMBACH PFUTZENREUTER

CPF: 13067734904

Endereço: Rua Maria Claudino da Cruz, 595 apto

Atendimento Nº: 3317047

Telefone: (48) 9 9981-1333

RG:

Responsável:

Nome: IZADORA

CPF: 04627720980

Endereço: Rua Maria Claudino da Cruz, 595 APTO 107

Telefone: 48999811333

RG: 48002321

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: 3317047

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: 3317047

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 _____

ARTHUR STEIMBACH PFUTZENREUTER

DT Nasc: 10/02/16

Mae: IZADORA STEIMBACH PFUTZENREUTER

Atend: 3317047 Senha: N73

Instituto Adventista



3317047



1 - Registro ANS
CO00000

4 - Data da Autorização
09/10/2024

6 - Data Validade da Senha
21943

3 - Número da Carteira
7585930

9 - Validade da Carteira
09/10/2024

10 - Nome
ARTHUR STEIMBACH PFUTZENREUTER

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

21 - Caráter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
09/10/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
10101039

26 - Descrição
CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

27 - Qtd. Solic.
1

28 - Qtd. Aut.
1

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

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

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtd.

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/CNPJ

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 OPMs (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

09/10/2024

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Arthur Steimbach Pfützenreuter

Nº da Carteira: 7.58.5930

Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Estreito

Data de Nascimento: 10/02/2016

Nº da Guia: 21943

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
09/10/2024	10:40:00	Quadra	atividades pelo dia das crianças

O que aconteceu

Partes do corpo

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

Rosto

Descrição

o aluno estava na quadra em atividades pelo dia das criança e bateu o rosto em o pula pula.

Testemunha da ocorrência

Yusdania Rodriguez Montero

Telefone

(48) 3039-8100

Quem prestou primeiros socorros

Yusdania Rodriguez Montero

Data

09/10/2024

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 pela monitora Yusdania , foi colocado gelo e direcionado para atendimento no medico. Foi ligado para a família.

Ass.:

Jerry Abdoral Borges

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

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0003-31

Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157

assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / portoalegre.clinicaadventista.org.br



Paciente: **ARTHUR STEIMBACH PFUTZENREUTER**

Data de Nascimento: 10/02/2016 Idade: 8anos 7M Sexo: M

Data do Exame: 09/10/2024

Solicitante: Dr.(a) GUSTAVO SOLDATELI

Protocolo: UGF3317047 Senha: 371739

unimedflorianopolis.com.br

Central de Atendimento:
(48) 3288 4100

Informações:
0800 048 3500

RADIOGRAFIA DIGITAL DOS SEIOS DA FACE

Estrutura óssea íntegra.

Seios frontais de transparência normal e contornos regulares.

Células etmoidais transparentes, com septos intercelulares conservados.

Espessamento mucoso dos seios maxilares.

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

(Protocolo/senha informados após o exame).

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

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


Dr. Gustavo Lemos Pelandré
CRM/SC 12478



Paciente **ARTHUR STEIMBACH PFUTZENREUTER**

Data Nascto. 10/02/2016 8 Anos

Sexo Masculino

Telefone 9 9981-1333

Leito 1

Atendimento **3.317.047**

Prontuário 99.643.901

Dt. Entrada 09/10/2024 12:24:35

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
09/10/2024 12:37	09/10 13:26	Médico	Anamnese PA		GUSTAVO SOLDATELI	CRM 18733

ARTHUR STEIMBACH PFUTZENREUTER, 8 anos

QUEIXA PRINCIPAL: Bateu joelho no rosto, hoje há +- 2hs
Nega sinais de alerta.

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

EXAME FÍSICO:

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

FC 100 FR 24 SAT 98 TEMP 36,5 PESO 30

MV+ bilateral sem RA.

RCR 2T BNF sem sopros.

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

Oroscopia normal.

Otoscopia normal.

Sem alterações neurológicas. Ausência de sinais meníngeos.

Pulsos e perfusão normais.

Pele eritema, leve edema e dor em região malar esquerda

Dor no joelho esquerdo, sem restrições de movimentação.

rx de seios da face - traço de fratura em maxila?

repito imagem, discuto com radiologista (Marina), provavelmente não, apenas sobreposição de imagens

Paciente bem, sem dor à palpação, converso com familiares para observamos, se persistência de dor forte ainda amanhã, retornar para reavaliação.

HIPOTESE DIAGNÓSTICA: Trauma face

CONDUTA:

Sintomáticos.

Orientações.

Retorno se sinais de alerta.

Dr. GUSTAVO SOLDATELI (CRM 18733)

Unimed

Madalena Barbi, 204 - Florianópolis - SC

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

(CNES 9830774)

Conta paciente

(77858611001503)

Nota:

Paciente:

ARTHUR STEIMBACH PFUTZENREUTER

Convênio:

Instituto Adventista

Usuário/Matrícula:

7585930

Categoria:

Instituto Adventista

Emissao:

Nº atend: 3.317.047

Nº IC: 21.091.309

Prontuário: 99643901

Data entrada: 09/10/2024 12:24:35

Data saída: 09/10/2024 14:05:50

Motivo Alta: Alta melhora

Médico: Dr. GUSTAVO SOLDATELI (CRM 18733)

Tipo atend: 3 - Pronto socorro

Proc Princ: 00000000 0

Espec/Clinica: 4 Clinica Pediátrica

Tipo acomodação Enfermaria

Data 10/02/2016

Sexo: M

CID Princ: R52.9 Dor NE

Guia: 21943

Senha: 21943

Dt Conta: 09/10/24 12:34

Dt inicial: 09/10/24 12:24

Dt final: 09/10/24 14:05

Refer: 01/11/24

Movimentação do Paciente

Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO UC	Setor sem acomodação	1/	09/10/2024 12:24:35	09/10/2024 14:05:50
2	Serviços Especiais	RAIO X UC	Setor sem acomodação	1/	09/10/2024 12:43:00	09/10/2024 12:43:00

Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor
1	09/10/24 12:24	PRONTO ATENDIMENTO UC	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	18733	GUSTAVO	Clínico	70,27
2	09/10/24 12:54	RAIO X UC	40801098	Ossos Da Face	1,00	12478	GUSTAVO LEMOS	Clínico	47,29
Total de Honorários Não Conveniados					2,00				117,56

Total geral R\$

117,56

Impresso em 01/11/2024 08:45:20

Pág 1

priscilacarla.s

FatAct_R7



UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - NAS

Adventista



Atendimento: 3330688

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: DAVI FERREIRA DE JESUS

CPF: 13430957940

Endereço: Rua José Beiro, 272

Atendimento Nº: 3330688

Telefone: (44) 997203194

RG:

Responsável:

Nome: CARLA

CPF: 14093156735

Endereço: Rua José Beiro, 272

Telefone: 55

RG:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - NAS



Atendimento: 3330688

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 Carla E. da Costa F. de Jesus
CPF nº 140.931.567-35

() **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, ____/____/____

Carla E. da Costa F. de Jesus
CONTRATANTE/RESPONSÁVEL

CONTRATADA

Testemunhas

1- _____
Nome: _____
CPF nº _____

2- _____
Nome: _____
CPF nº _____

1 - Registro ANS 000000

4 - Data da Autorização 22/10/2024

8 - Número da Carteira 22328

13 - Código na Operadora 300638

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

21 - Caracter do Atendimento 22 - Data da Solicitação 22/10/2024

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 26 - Descrição 27 - Qtd.Solic. 28 - Qtd. Aut. N

29 - Código na Operadora 30 - Nome do Contratado

32 - Tipo de Atendimento 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data 37 - Hora inicial a 38 - Hora final 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição

48 - Seq Ref. 49 - Gr.Part. 50 - Código na Operadora/CPF 51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional 53 - Numero 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 22/10/2024

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 22/10/2024

68 - Assinatura do Contratado 22/10/2024

69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 22/10/2024

70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 22/10/2024

71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 22/10/2024

DAVI FERREIRA DE JESUS
Dt Nasc: 10/04/16
Mãe: CARLA CRISTINA DA COSTA FERREIRA DE JESUS
Atend: 3330688 Senha: N150
Instituto Adventista



3330688



AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Davi Ferreira de Jesus

Nº da Carteira: 7.58.7443

Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Estreito



Data de Nascimento: 10/04/2016

Nº da Guia: 22328

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
22/10/2024	12:09:00	Escada	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu

Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)

Partes do corpo

Rosto

Descrição

Aluno acabou se chocando com colega, batendo o nariz.

Testemunha da ocorrência

Monitor Yusdânia

Telefone

(48) 3039-8054

Local de atendimento

Endereço

Nº

Bairro

Telefone

HUGF - HOSPITAL UNIMED GRANDE
FLORIANÓPOLIS

Rua Manoel Loureiro

191
0

Barreiros

(48) 3288-4100

Observações

Encaminhado ao hospital de referência Unimed

Ass.:

Jerry Abdoral Borges

Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link:

<https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br (não credenciados) com os seguintes dados:

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0003-31

Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157

assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / portoalegre.clinicaadventista.org.br



Paciente: **DAVI FERREIRA DE JESUS**

Data de Nascimento: 10/04/2016 Idade: 8anos 6M Sexo: M

Data do Exame: 22/10/2024

Solicitante: Dr.(a) RODRIGO AITA BITTENCOURT

Protocolo: UGF3330688 Senha: 627359

unimedflorianopolis.com.br

Central de Atendimento:
(48) 3288 4100

Informações:
0800 048 3500

RADIOGRAFIA DIGITAL NASAL

Irregularidade dos ossos próprios do nariz.
Aparente aumento das moles.

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

(Protocolo/senha informados após o exame).

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

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


Dr. Fábio Vargas Magalhães
CRM/SC 9267



Paciente **DAVI FERREIRA DE JESUS**

Data Nascto. 10/04/2016 8 Anos

Sexo Masculino

Telefone 997203194

Leito 1

Atendimento **3.330.688**

Prontuário 99.856.764

Dt. Entrada 22/10/2024 16:50:07

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
22/10/2024 18:19	22/10 18:19	Médico	Anamnese PA		RODRIGO AITA BITTENCOURT	CRM 7830

DAVI FERREIRA DE JESUS, 8 anos

QUEIXA PRINCIPAL: TRAUMA NASAL

* Medicamentos em uso:

* Alergias a medicamentos: nega

* Comorbidades associadas: nega

* Vacinação: em dia (sic)

EXAME FÍSICO:

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

FC 87 FR SAT 100 TEMP 36,6 PESO 26

MV+ bilateral sem RA.

RCR 2T BNF sem sopros.

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

Oroscopia normal.

Otoscopia normal.

Sem alterações neurológicas. Ausência de sinais meníngeos.

Pulsos e perfusão normais.

Pele sem lesões.

RX:FRATURA DE OSSO NASAL SEM DESVIO

HIPOTESE DIAGNÓSTICA:

CONDUTA:

Sintomáticos.

Orientações.

Retorno se sinais de alerta.

Dr. RODRIGO AITA BITTENCOURT (CRM 7830)

Adventista



Atendimento: 3315817

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: DAVI SOUZA DA SILVA

CPF:

Endereço:

Atendimento Nº: 3315817

Telefone: (51) 992296637

RG: 11340479

Responsável:

Nome:

Telefone:

CPF:

RG:

Endereço:

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



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 Andersona Souza de Silva
CPF nº 95265970010

() **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, ____/____/____

Assinatura
CONTRATANTE/RESPONSÁVEL

CONTRATADA

Testemunhas

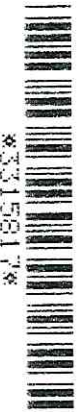
1- _____
Nome:
CPF nº

2- _____
Nome:
CPF nº

DAVI SOUZA DA SILVA
Dt Nasc: 29/05/15

Mãe:

Atend: 3315817 Senha: N85
Instituto Adventista



3315817



IN

1 - Registro ANS
C00000

3 - N° Guia Principal

4 - Data da Autorização
08/10/2024

5 - Senha
21858

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
21858

8 - Número do Beneficiário

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
DAVI SOUZA DA SILVA

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
300638

14 - Nome do Contratado
Unidade Centro

15 - Nome do Profissional Solicitante
Requisitante Não 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
08/10/2024

23 - Indicação Clínica

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

27 - Qtdde.Solic. 28 - Qtdde.Aut.
1 0

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 (paciente 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 - Qtdde.

43 - Via

44 - Tec.

45 - Fator Red./Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

49 - Seg.Ref.

50 - Gr.Part.

51 - Código na Operadora

52 - CPF

53 - Nome do Profissional

54 - Conselho Profissional

55 - Número no Conselho

56 - UF

57 - Código CBO

58 - Data de Realização de Procedimentos em Série 59 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

60 - 61 - 62 - 63 - 64 - 65 - 66 - 67 - 68 - 69 - 70 - 71 - 72 - 73 - 74 - 75 - 76 - 77 - 78 - 79 - 80 - 81 - 82 - 83 - 84 - 85 - 86 - 87 - 88 - 89 - 90 - 91 - 92 - 93 - 94 - 95 - 96 - 97 - 98 - 99 - 100 -

69 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Materiais (R\$)

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Total Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Medicinais R\$

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
08/10/2024

68 - Assinatura do Contratado
09/10/2024

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Davi Souza da Silva

Nº da Carteira: 7.58.7413

Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Estreito

Data de Nascimento: 29/05/2015

Nº da Guia: 21858

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
08/10/2024	07:53:00	Sala de Aula	Aula de outras matérias

O que aconteceu	Partes do corpo
Sangramento nas narinas	Rosto

Descrição

Aluno estava na sala de aula e, do nada, começou a sangrar seu nariz.

Testemunha da ocorrência

Monitora Yusdânia

Telefone

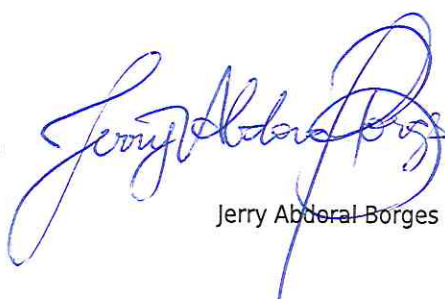
(48) 3039-8054

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

Observações

Encaminhado ao hospital de referência Unimed

Ass.:


Jerry Abdoral Borges

Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link:

<https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br (não credenciados) com os seguintes dados:

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0003-31

Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157

assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / portoalegre.clinicaadventista.org.br

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO-GERAL DE PERÍCIAS
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO


Polegar Direito



NÃO ALFABETIZADO

ASSINATURA DO TITULAR
CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

1134040797

DATA DE
EXPIRAÇÃO

02/03/2017

HOME

DAVI SOUZA DA SILVA

FILIAÇÃO

MARCELO PINTO DA SILVA
ALESSANDRA SOUZA DA SILVA

NATURALIDADE

PORTO ALEGRE RS

DATA DE NASCIMENTO

29/05/2015

RG / INSP

500510 / 500510

PORTO ALEGRE, RS

1 VIA

CPF

ROSC. ORIGEM

C NASC PORTO ALEGRE RS 5ª ZONA

MATRÍCULA: 099002 01 55 2015 1 00279 020 0055620 17

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

Unimed

Evolução Paciente

Paciente	DAVI SOUZA DA SILVA			Atendimento	3.315.817	
Data Nascto.	29/05/2015	9 Anos		Prontuário	99.855.446	
Sexo	Masculino			Dt. Entrada	08/10/2024 11:57:33	
Telefone	992296637			Convênio	Instituto Adventista Instituto	
Leito	1					

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
08/10/2024 12:40	08/10 12:40	Médico	Anamnese PA		Kempes Spencer	CRM 21488

DAVI SOUZA DA SILVA, 9 anos

QUEIXA PRINCIPAL: apresentou sangramento nasal na escola hoje.

* Medicamentos em uso:

* Alergias a medicamentos: nega

* Comorbidades associadas: nega

* Vacinação: em dia (sic)

EXAME FÍSICO:

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

FC FR SAT TEMP PESO 39

MV+ bilateral sem RA.

RCR 2T BNF sem sopros.

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

Discreto ferimento com sgto coagulado em narina E

Oroscopia normal.

Otoscopia normal.

Sem alterações neurológicas. Ausência de sinais meníngeos.

Pulsos e perfusão normais.

Pele sem lesões.

HIPOTESE DIAGNÓSTICA: Epistaxe

CONDUTA: mometasona spray.

Orientações.

Retorno se sinais de alerta.

Dr. Kempes Spencer (CRM 21488)

Impresso em: 01/11/2024 08:48:52

Página 1

priscilacarla.s

CATE23

Documento assinado digitalmente conforme a ICP-Brasil, MP 2.200-2/2001 no sistema certificado SBIS-SRES-068 por Kempes Spencer, às 12:46-03:00 de 08/10/2024 - Válida

Unimed

Madalena Barbi, 204 - Florianópolis - SC

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

(CNES 9830774)

Conta paciente

(77858611001503)

Nota:

Emissao:

Nº atend: 3.315.817

Nº IC: 21.090.041

Paciente:

DAVI SOUZA DA SILVA

Convênio:

Instituto Adventista

Usuário/Matrícula:

Categoria:

Instituto Adventista

Prontuário: 99855446

Data entrada: 08/10/2024 11:57:33

Data saída: 08/10/2024 12:43:56

Motivo Alta: Alta melhora

Médico: Dr. Kempes Spencer (CRM 21488)

Tipo atend: 3 - Pronto socorro

Espec/Clinica: 4 Clínica Pediátrica

Proc Princ: 00000000 0

Tipo acomodação Setor sem acomodação

Data 29/05/2015

Sexo: M

CID Princ: R04.0 Epistaxis

Guia: 21858

Senha: 21858

Dt Conta: 08/10/24 12:09

Dt inicial: 08/10/24 11:57

Dt final: 08/10/24 12:43

Refer: 31/10/24

Movimentação do Paciente

Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO UC	Setor sem acomodação	1/	08/10/2024 11:57:33	08/10/2024 12:43:56

Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor
1	08/10/24 11:57	PRONTO ATENDIMENTO UC	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	21488	KEMPES	Clínico	70,27
Total de Honorários Não Conveniados					1,00				70,27

Total geral R\$

70,27

Impresso em 08/10/2024 15:23:17

Pág 1

priscilacarla.s

FatAct_R7

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - NAS



Atendimento: 3318662

Adventista

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: ERIK MINORELLO BLEYER

CPF: 12412033935

Endereço: Rua Gentil Sandin, 380 ap602 b1

Atendimento Nº: 3318662

Telefone: (48) 991627927

RG:

Responsável:

Nome: ERIKA

CPF: 03910968937

Endereço: Rua Gentil Sandin, 380 ap602 b1

Telefone: 5548991627927

RG: 5943799

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: 3318662

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, 10 / 10 / 24.



CONTRATANTE/RESPONSÁVEL

CONTRATADA

Testemunhas

1- _____

Nome:

CPF nº

2- _____

Nome:

CPF nº

1 - Registro ANS 3 - Nº Guia Principal
000000

4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data Validade da Senha
10/10/2024 22025 22025

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
22025

8 - Nome do Beneficiário 9 - Validade da Carteira 10 - Nome
ERIK MINORELLO BLEYER

11 - Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento a RN
N

13 - Código na Operadora 14 - Nome do Contratado
300538 Unidade Centro

15 - Nome do Profissional Solicitante 16 - Conselho Profissional 17 - Número no Conselho
Requisitante Neo Cadastrado/Neo Cooperado 6 2526

18 - UF 19 - Código CBO 20 - Assinatura do Profissional Solicitante
SC 225125

21 - Código de Atendimento 22 - Data da Solicitação 23 - Indicação Clínica
2 10/10/2024 23 - Indicação Clínica

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

27 - Qtd. Solic. 28 - Qtd. Aut. 29 - Código CNES
1 0

30 - Nome do Contratado 31 - Código CNES
30 - Nome do Contratado

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

36 - Data 37 - Hora Inicial a 38 - Hora Final 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição
1 36 - Data 37 - Hora Inicial a 38 - Hora Final 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição

42 - Segur. 43 - Gr.Pat. 44 - Código na Operadora/CNP 45 - Nome do Profissional 46 - Conselho Profissional 47 - Número no Conselho 48 - UF 49 - Código CBO
43 - Segur. 44 - Gr.Pat. 45 - Código na Operadora/CNP 46 - Nome do Profissional 47 - Conselho Profissional 48 - UF 49 - Código CBO

50 - Observação / Justificativa

51 - Data de Realização de Procedimentos em Série 52 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
51 - Data de Realização de Procedimentos em Série 52 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

53 - Total Procedimentos (R\$) 54 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 55 - Total Materiais (R\$) 56 - Total de OPME (R\$) 57 - Total Medicamentos (R\$) 58 - Total Gases Medicinais R\$ 59 - Total Geral (R\$)
53 - Total Procedimentos (R\$) 54 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 55 - Total Materiais (R\$) 56 - Total de OPME (R\$) 57 - Total Medicamentos (R\$) 58 - Total Gases Medicinais R\$ 59 - Total Geral (R\$)

60 - Assinatura do Responsável pela Autorização 61 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
60 - Assinatura do Responsável pela Autorização 61 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

62 - Impresso em: 10/10/2024 17:24:01 63 - Página 1 64 - simone.desouza 65 - WATE70106

66 - ERIK MINORELLO BLEYER
DI Nasc: 29/07/15
Mãe: ERIKA GIMENES MINORELLO BLEYER
Atend: 3318662 Senha: N125
Instituto Adventista

67 - 3318662*
68 - 3318662*

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Erik Minorello Bleyer

Nº da Carteira: 7.58.5627

Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Estreito



Data de Nascimento: 29/07/2015

Nº da Guia: 22025

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
10/10/2024	15:25:00	Corredor	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu

Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)

Partes do corpo

Olho Esquerdo, Cabeça

Descrição

Aluno estava brincando no intervalo e acabou se chocando com outro colega.

Testemunha da ocorrência

Coord. Jerry

Telefone

(48) 3039-8054

Local de atendimento

HUGF - HOSPITAL UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS

Endereço

Rua Manoel Loureiro

Nº

191
0

Bairro

Barreiros

Telefone

(48) 3288-4100

Observações

Encaminhado ao hospital de referência Unimed

Ass.:

Jerry Abdoral Borges

Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link:

<https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br (não credenciados) com os seguintes dados:

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0003-31

Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157

assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / portoalegre.clinicaadventista.org.br

Unimed

Evolução Paciente

Paciente	ERIK MINORELLO BLEYER			Atendimento	3.318.662	
Data Nascto.	29/07/2015	9 Anos		Prontuário	99.643.470	
Sexo	Masculino			Dt. Entrada	10/10/2024 17:13:28	
Telefone	991627927			Convênio	Instituto Adventista Instituto	
Leito	1					

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
10/10/2024 17:51	10/10 17:52	Médico	Anamnese PA		ANA CRISTINA TORQUI DUARTE	CRM 21590

ERIK MINORELLO BLEYER, 9 anos

Trazido pelo pai, por trauma em região frontal, com pequeno FCC em região periorbital esquerda de 1 cm, com sangramento ativo. Realizada limpeza, sutura biológica, sem intercorrências e curativo
Alta com orientações.
Retorno se sinais de alerta.
Dra. ANA CRISTINA TORQUI DUARTE (CRM 21590)

Impresso em: 01/11/2024 08:50:49

Página 1

priscilacarla.s

CATE23

Documento assinado digitalmente conforme a ICP-Brasil, MP 2.200-2/2001 no sistema certificado SBIS-SRES-068 por ANA CRISTINA TORQUI DUARTE, às 20:02-03:00 de 10/10/2024 - Válida

Unimed

Madalena Barbi, 204 - Florianópolis - SC

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

(CNES 9830774)

Conta paciente

(77858611001503)

Nota:

Emissão:

Nº atend: 3.318.662

Nº IC: 21.092.848

Paciente:

Convênio:

Usuário/Matrícula:

ERIK MINORELLO BLEYER

Instituto Adventista

22025

Categoria:

Instituto Adventista

Prontuário: 99643470

Data entrada: 10/10/2024 17:13:28

Data saída: 10/10/2024 17:56:36

Motivo Alta: Alta melhora

Médico: Dra. ANA CRISTINA TORQUI DUARTE (CRM 21590)

Tipo atend: 3 - Pronto socorro

Espec/Clinica: 4 Clínica Pediátrica

Proc Princ: 00000000 0

Tipo acomodação Enfermaria

Data 29/07/2015

Sexo: M

CID Princ: S00.9 Traum superf da cabeça parte NE

Guia: 22025

Senha: 22025

Dt Conta: 10/10/24 17:23

Dt inicial: 10/10/24 17:13

Dt final: 10/10/24 17:56

Refer: 01/11/24

Movimentação do Paciente

Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO UC	Setor sem acomodação	1/	10/10/2024 17:13:28	10/10/2024 17:56:36

Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor
1	10/10/24 17:13	PRONTO ATENDIMENTO UC	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	21590	ANA CRISTINA	Clínico	70,27
2	10/10/24 17:51	PRONTO ATENDIMENTO UC	30101794	Sutura De Pequenos Ferimentos Com Ou Sem Desbridamento	1,00	21590	ANA CRISTINA	Clínico	60,16
Total de Honorários Não Conveniados					2,00				130,43

Materiais

Seq	Código	Descrição	Unid.	Qtde	VI Unit.	VI Total
PRONTO ATENDIMENTO UC						
1	70176426	COMPRESSA GAZE ESTERIL 11 FIOS 7,5x7,5 CM (PACOTE 10UN	pc	1,0000	0,2500	0,25
2		COMPRESSA GAZE ESTERIL 13 FIOS 7,5X7,5CM C/ 05UN	pc	1,0000	1,2500	1,25
3	70902607	DERMABOND-MINI	und	1,0000	86,5900	86,59
Total - PRONTO ATENDIMENTO UC -				3,0000		88,09
Total de Materiais				3,0000		88,09

Total geral R\$

218,52

Impresso em 01/11/2024 08:49:59

Pág 1

priscilacarla.s

FatAct_R7

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - NAS



Atendimento: 3315181

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: GABRIEL EFFTING MARGARIDA

CPF: 12472728930

Endereço: Rua Presidente Getúlio Vargas, 242

Atendimento Nº: 3315181

Telefone: (48) 984200827

RG:

Responsável:

Nome: TATIANE

CPF: 04460397994

Endereço: Rua Presidente Getúlio Vargas, 242 CASA

Telefone: 5548984200827

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: 3315181

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

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

(1) De acordo com a Lei nº 8.080/1990 tem o direito a ser assistida por um acompanhante de sua livre escolha ou, nos casos em que esteja impossibilitada de manifestar sua vontade, de seu representante legal, estando o acompanhante obrigado a preservar o sigilo das informações de saúde de que tiver conhecimento em razão do acompanhamento.

(2) No caso de atendimento que envolva qualquer tipo de sedação ou rebaixamento do seu nível de consciência, caso não indique acompanhante, a Unimed Grande Florianópolis indicara pessoa para lhe acompanhar, sendo preferencialmente profissional de saúde do sexo feminino, sem custo adicional, ciente que poderá recusar o nome indicado e solicitar a indicação de outro profissional, independentemente de justificativa, registrando-se o nome escolhido no documento gerado durante o atendimento.

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

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

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

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

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

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

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

Nome da Acompanhante _____

CPF nº _____

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

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

Florianópolis/SC, 7 / 10 / 24

X Gatiane B. Bândido
CONTRATANTE/RESPONSÁVEL

CONTRATADA

Testemunhas

1- _____
Nome:
CPF nº

2- _____
Nome:
CPF nº

1 - Registro ANS 000000 3 - Nº Guia Principal

4 - Data da Autorização 07/10/2024 5 - Senha 21840 6 - Data Validade da Senha 21840 7 - Número da Guia Atribuido pela Operadora

8 - Número da Carteira 7205770 9 - Validade da Carteira 10 - Nome GABRIEL EFFTING MARGARIDA 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 Requirante 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 - Cardier do Atendimento 2 22 - Data da Solicitação 07/10/2024 23 - Indicação Clínica

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

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

Dados do Atendimento 32 - Tipo de Atendimento 33 - Indicação de Acidente (paciente 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 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator Red./Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s) 48 - Seq. Ref. 49 - Gr. Part. 50 - Código na Operadora/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 07/10/2024 68 - Assinatura do Contratado 07/10/2024

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Gabriel Effting Margarida

Nº da Carteira: 7.205.770

Instituição: Colégio Adventista Palhoça

Data de Nascimento: 30/01/2016

Nº da Guia: 21840



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
07/10/2024	16:10:00	Banheiro	Deslocamento interno

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

Descrição
O aluno estava usando o banheiro quando acabou caindo e batendo a cabeça.

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Samuel	07/10/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
PA INFANTIL UNIMED UNID.CENTRO - MENORES DE 15 ANOS EXCLUSIVO	Rua Madalena Barbi	204	Centro	(48) 3216-8222

Observações
Foi aplicado gelo no local; os responsáveis foram avisados.

Ass.:

Samuel S. Henrique

Glauca Francini Collaco

66.726.884/0135-301
INST. ADV. SUL BRAS. DE EDUCAÇÃO
COLÉGIO ADVENTISTA
Av. Raulino Pagani, Nº 420
CEP-88132-199 - Palhoça/SC

Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link:

<https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br (não credenciados) com os seguintes dados:

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0003-31

Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157

assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / portaladventista.org.br

Paciente **GABRIEL EFFTING MARGARIDA**

Data Nascto. 30/01/2016 8 Anos

Sexo Masculino

Telefone 984200827

Leito 1

Atendimento **3.315.181**

Prontuário 99.855.397

Dt. Entrada 07/10/2024 20:43:58

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
07/10/2024 21:12	07/10 21:21	Médico	Anamnese PA		CHRISTIAN E MARRERO CATALAO	CRM 18017

GABRIEL EFFTING MARGARIDA, 8 anos

QUEIXA PRINCIPAL: tosse ha 1 semana, nega asma/febre
trauma em cabeça ha alguns meses, respondeu bem. Voltou a ter volume aumentado na area ha alguns dias, sem trauma. Hoje, bateu no mesmo local
nega desmaio/vômitos/alt comportamento

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

EXAME FÍSICO:
BEG, corado e hidratado, eupnéico, anictérico e acianótico, ativo e alerta.
FC FR SAT TEMP PESO 32,4
MV+ bilateral sem RA.
RCR 2T BNF sem sopros.
Abdome flácido depressível RHA+ não se palpa massas ou visceromegalias.
Oroscopia normal.
Otoscopia normal.
Sem alterações neurológicas. Ausência de sinais meníngeos.
Pulsos e perfusão normais.
Pele sem lesões.
Nodulação em parieto-occipital a D
Glasgow 15, pupilas isofoto

HIPOTESE DIAGNÓSTICA:

CONDUTA:
RX crânio

Dra. CHRISTIANE MARRERO CATALAO (CRM 18017)

Unimed

Madalena Barbi, 204 - Florianópolis - SC

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

(CNES 9830774)

Conta paciente

(77858611001503)

Nota:

Emissao:

Nº atend: 3.315.181

Nº IC: 21.089.379

Paciente:

GABRIEL EFFTING MARGARIDA

Convênio:

Instituto Adventista

Usuário/Matrícula:

7205770

Categoria:

Instituto Adventista

Prontuário: 99855397

Data entrada: 07/10/2024 20:43:58

Data saída: 08/10/2024 03:54:30

Motivo Alta: Alta melhora

Médico: Dra. CHRISTIANE MARRERO CATALAO (CRM 18017)

Tipo atend: 3 - Pronto socorro

Espec/Clinica: 4 Clínica Pediátrica

Proc Princ: 00000000

0

Tipo acomodação Setor sem acomodação

Data 30/01/2016

Sexo: M

CID Princ: R05 Tosse

Guia: 21840

Senha: 21840

Dt Conta: 07/10/24 20:57

Dt inicial: 07/10/24 20:43

Dt final: 08/10/24 03:54

Refer: 31/10/24

Movimentação do Paciente

Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO UC	Setor sem acomodação	1/	07/10/2024 20:43:58	08/10/2024 03:54:30
2	Serviços Especiais	RAIO X UC	Setor sem acomodação	1/	07/10/2024 21:19:00	07/10/2024 21:19:00

Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor
1	07/10/24 20:43	PRONTO ATENDIMENTO UC	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	18017	CHRISTIANE	Clínico	91,35
2	07/10/24 21:44	RAIO X UC	40801020	Crânio - 3 Incidências	1,00	8280	ROBERTO	Clínico	47,07
Total de Honorários Não Conveniados					2,00				138,42

Total geral R\$

138,42

Impresso em 08/10/2024 15:18:48

Pág 1

priscilacarla.s

FatAct_R7

Paciente **LAURA WAGNER DOS SANTOS**

Data Nascto. 07/06/2010 14 Anos

Sexo Feminino

Telefone 3094-1071

Leito 1

Atendimento **3.300.781**

Prontuário 148.947

Dt. Entrada 24/09/2024 11:46:34

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
24/09/2024 12:07	24/09 12:09	Médico	Anamnese PA		CHRISTIAN E MARRERO CATALAO	CRM 18017

LAURA WAGNER DOS SANTOS, 14 anos

QUEIXA PRINCIPAL: corte em vulva, após sentar sem querer em garrafa de plástico
vem avaliar necessidade de sutura

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

EXAME FÍSICO:

BEG, corado e hidratado, eupnéico, anictérico e acianótico, ativo e alerta.
FC FR SAT TEMP PESO 51,4
MV+ bilateral sem RA.
RCR 2T BNF sem sopros.
Abdome flácido depressível RHA+ não se palpa massas ou visceromegalias.
Oroscopia normal.
Otoscopia normal.
Sem alterações neurológicas. Ausência de sinais meníngeos.
Pulsos e perfusão normais.
Pele sem lesões
corte em grande labio, a D, sem necessidade de sutura

HIPOTESE DIAGNÓSTICA:

CONDUTA:

trok N
Sintomáticos.
Orientações.
Retorno se sinais de alerta.
Dra. CHRISTIANE MARRERO CATALAO (CRM 18017)

Unimed

Madalena Barbi, 204 - Florianópolis - SC
CNPJ:77858611001503 - Inscrição estadual: - Fone:3216-
(CNES 9830774)

Conta paciente
(77858611001503)
Nota:
Emissao:
Nº atend: 3.300.781
Nº IC: 21.074.303

Paciente:
LAURA WAGNER DOS SANTOS

Convênio:
Instituto Adventista

Usuário/Matrícula:

Categoria:
Instituto Adventista

Prontuário: 148947
Médico: Dra. CHRISTIANE MARRERO CATALAO (CRM 18017)
Proc Princ: 00000000 0
Data 07/06/2010
CID Princ: N90 Outr transt nao-inflam da vulva e do perineo
Guia: Não informada Senha:

Data entrada: 24/09/2024 11:46:34
Data saída: 24/09/2024 12:37:59
Tipo acomodação Enfermaria
Sexo: F

Motivo Alta: Alta melhora
Tipo atend: 3 - Pronto socorro
Espec/Clinica: 4 Clinica Pediátrica

Dt Conta: 24/09/24 11:52 Dt inicial: 24/09/24 11:46 Dt final: 24/09/24 12:37 Refer: 30/09/24

Movimentação do Paciente

Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO UC	Setor sem acomodação	1/	24/09/2024 11:46:34	24/09/2024 12:37:59

Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor
1	24/09/24 11:46	PRONTO ATENDIMENTO UC	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	18017	CHRISTIANE	Clínico	70,27
Total de Honorários Não Conveniados					1,00				70,27

Total geral R\$70,27

Impresso em 11/10/2024 13:44:02

Pág 1

priscilacarla.s

FatAct_R7

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Laura Wagner dos Santos

Nº da Carteirinha: 7.58.5827

Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Estreito

Data de Nascimento: 07/06/2010

Nº da Guia: 22082

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
24/09/2024	09:30:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu

Corte com instrumento ou objeto (Ex.: estilete, tesoura ou agulha)

Partes do corpo

Glúteos

Descrição

Aluna caiu sentada sobre um objeto (garrafa) atingindo a região dos glúteos causando dor e sangramento.

Testemunha da ocorrência

Monitora Yusdania

Coordenadora Simone

Telefone

(48) 3039-8100

(48) 3039-8100

Quem prestou primeiros socorros

Monitora Yusdania

Data

24/09/2024

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

Observações

A aluna foi atendida pela monitora Yusdania e foram colocadas gase para conter o sangramento. Os responsáveis foram contatados para levarem a mesma a unidade médica para avaliação e atendimento.

Ass.:

JUVENAL ARNO SILVEIRA

Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link:

<https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br (não credenciados) com os seguintes dados:

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0003-31

Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157

assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / portoalegre.clinicaadventista.org.br



Atendimento: 3330766

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: LORENZO VARGAS SILVA

CPF: 14361150940

Endereço: Avenida Elza Lucchi, 1249 CASA

Atendimento Nº: 3330766

Telefone: (48) 996682541

RG:

Responsável:

Nome: THAIS

CPF: 10248260901

Endereço: Avenida Elza Lucchi, 1249 CASA

Telefone: 55489

RG:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Atendimento: 3330766

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.

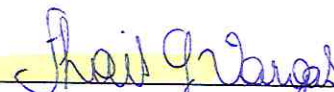
Nome da Acompanhante

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

1 - Registro ANS 000000 3 - Nº Guia Principal

4 - Data da Autorização 22/10/2024 5 - Senha 22344 6 - Data Validade da Senha 22/10/2024 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 22344

8 - Número da Carteira 22344 9 - Validade da Carteira 10 - Nome LORENZO VARGAS SILVA

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

15 - Nome do Profissional Solicitante Requirante 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 22/10/2024 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 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 - Data 43 - Hora inicial a 44 - Hora final 45 - Tabela 46 - Código do Procedimento 47 - Descrição

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

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

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 22/10/2024 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 22/10/2024 68 - Assinatura do Contratado 22/10/2024

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Lorenzo Vargas Silva
Nº da Carteira: 7.205.822
Instituição: Colégio Adventista Palhoça



Data de Nascimento: 23/07/2018

Nº da Guia: 22344

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
22/10/2024	16:34:00	Pátio	Pátio

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

Descrição

O aluno bateu o rosto em um brinquedo. Fez um corte e sangrou.

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Adriana	22/10/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
PA INFANTIL UNIMED UNID.CENTRO - MENORES DE 15 ANOS EXCLUSIVO	Rua Madalena Barbi	204	Centro	(48) 3216-8222

Observações

Foi feito a limpeza com soro fisiológico.

Ass.:

Glaucya Francini Collaco

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

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0003-31

Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157

assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / portaladventista.org.br

Paciente **LORENZO VARGAS SILVA**

Data Nascto. 23/07/2018 6 Anos

Sexo Masculino

Telefone 996682541

Leito 1

Atendimento **3.330.766**

Prontuário 99.787.455

Dt. Entrada 22/10/2024 17:43:55

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
22/10/2024 18:20	22/10 18:21	Médico	Anamnese PA		ANA CAMILA FLORES FARAH	CRM 7148

LORENZO VARGAS SILVA, 6 anos

QUEIXA PRINCIPAL: ferimento corto-contuso no rosto

Bateu com o rosto na escola e apresenta pequeno corte - realizada sutura com dermabond

* Medicamentos em uso:

* Alergias a medicamentos: nega

* Comorbidades associadas: nega

* Vacinação: em dia (sic)

EXAME FÍSICO:

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

FC FR SAT TEMP 36,7 PESO 21

MV+ bilateral sem RA.

RCR 2T BNF sem sopros.

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

Oroscopia normal.

Otoscopia normal.

Sem alterações neurológicas. Ausência de sinais meníngeos.

Pulsos e perfusão normais.

HIPOTESE DIAGNÓSTICA: ferimento em face

CONDUTA:

sutura com dermabond

Dra. ANA CAMILA FLORES FARAH (CRM 7148)

Unimed

Madalena Barbi, 204 - Florianópolis - SC

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

(CNES 9830774)

Conta paciente

(77858611001503)

Nota:

Emissao:

Nº atend: 3.336.732

Nº IC: 21.111.456

Paciente:

THEO MACHADO VIEIRA PEREIRA

Convênio:

Instituto Adventista

Usuário/Matrícula:

22539

Categoria:

Instituto Adventista

Prontuário: 99760354

Data entrada: 28/10/2024 14:48:29

Data saída: 28/10/2024 16:37:14

Motivo Alta: Alta melhora

Médico: Dr. VINICIUS RENE GIOMBELLI (CRM 18440)

Tipo atend: 3 - Pronto socorro

Espec/Clinica: 4 Clínica Pediátrica

Proc Princ: 00000000

0

Tipo acomodação Enfermaria

Data 08/05/2020

Sexo: F

CID Princ:

Guia: 22539

Senha:

Dt Conta: 28/10/24 15:05

Dt inicial: 28/10/24 14:48

Dt final: 28/10/24 16:37

Refer: 31/10/24

Movimentação do Paciente

Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO UC	Setor sem acomodação	1/	28/10/2024 14:48:29	28/10/2024 16:37:14
2	Serviços Especiais	RAIO X UC	Setor sem acomodação	1/	28/10/2024 15:35:00	28/10/2024 15:35:00

Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor
1	28/10/24 14:48	PRONTO ATENDIMENTO UC	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	18440	VINICIUS RENE	Clínico	70,27
2	28/10/24 15:47	RAIO X UC	40801098	Ossos Da Face	1,00	8280	ROBERTO	Clínico	47,29
Total de Honorários Não Conveniados					2,00				117,56

Total geral R\$

117,56

Impresso em 30/10/2024 14:30:28

Pág 1

priscilacarla.s

FatAct_R7



UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - NAS



Atendimento: 3319372

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: SAMUEL VICTOR DA SILVA COSTA

CPF:

Endereço: Rua Santo Antônio, 1200 ap 706

Atendimento Nº: 3319372

Telefone: (48) 996439263

RG:

Responsável:

Nome: EDNILSO

CPF: 82905932953

Endereço: Rua Santo Antônio, 1200 ap 706

Telefone: 5548996439263

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: 3319372

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.

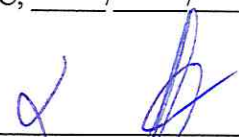
Nome da Acompanhante EDINILSON COSTA

CPF nº 829 059 329 -53

() **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 _____

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Samuel Victor da Silva Costa
Nº da Carteira: 7.58.6883
Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Estreito



Data de Nascimento: 02/02/2018

Nº da Guia: 22081

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
11/10/2024	12:08:00	Escada	Deslocamento interno

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

Descrição

Aluno tropeçou e caiu na escada, na hora da saída, batendo as suas costas.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Thais	(48) 3039-8054

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

Observações

Encaminhado ao hospital de referência Unimed

Ass.:

Jerry Abdoral Borges

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

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0003-31

Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157

assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / portoalegre.clinicaadventista.org.br

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

2 - N° Guia no Prestador 5569846

Instituto Adventista

1 - Registro ANS 000000	3 - N° Guia Principal	5 - Senha 22081	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 22081
4 - Data da Autorização 11/10/2024	6 - Data Validade da Senha	10 - Nome SAMUEL VICTOR DA SILVA COSTA	
Dados do Beneficiário		9 - Validade da Carteira 11/10/2024	
8 - Número da Carteira 7586883			
Dados do Solicitante		14 - Nome do Contratado Unidade Centro	
13 - Código na Operadora 300638			
15 - Nome do Profissional Solicitante Requisitante Não Cadastrado/nao Cooperado	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 2526	18 - UF SC
19 -	20 -	21 -	22 -

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
-----------------------------	--------------------------	------------------------

2	11/10/2024
---	------------

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição
1	40404000	CONVULSA EM PRONTO SOCORRO

1	ZZ	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO
---	----	----------	----------------------------

45

Dados do Contratado Executante	
90. Endereço do Contratado	91. Nome do Contratado

23 - Conselho da Operação

30 - Nome do Colaborador

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
--------------------------	---	-----------------------	--



Paciente: **SAMUEL VICTOR DA SILVA COSTA**
Data de Nascimento: 02/02/2018 Idade: 6anos 8M Sexo: M
Data do Exame: 11/10/2024
Solicitante: Dr.(a) LIZANA AREND HENRIQUE
Protocolo: UGF3319372 Senha: 40786

unimedflorianopolis.com.br

Central de Atendimento:
(48) 3288 4100

Informações:
0800 048 3500

RADIOGRAFIA DIGITAL DA COLUNA TORÁCICA

Alinhamento normal da coluna torácica.
Corpos vertebrais de forma, densidade, estrutura e contornos normais.
Espaços intervertebrais com altura preservada.
Pedículos íntegros.

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

(Protocolo/senha informados após o exame).

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

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


Dra Marina Maciel Baptista
CRM 21620





Paciente: **SAMUEL VICTOR DA SILVA COSTA**
Data de Nascimento: 02/02/2018 Idade: 6anos 8M Sexo: M
Data do Exame: 11/10/2024
Solicitante: Dr.(a) LIZANA AREND HENRIQUE
Protocolo: UGF3319372 Senha: 40786

unimedflorianopolis.com.br

Central de Atendimento:
(48) 3288 4100

Informações:
0800 048 3500

RADIOGRAFIA DIGITAL DO CRÂNIO

Calota craniana de espessura e estrutura normais.
Não há sinais de traço de fratura na calota craniana.
Ausência de calcificações patológicas.

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

(Protocolo/senha informados após o exame).

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

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



Paciente **SAMUEL VICTOR DA SILVA COSTA**

Data Nascto. 02/02/2018 6 Anos

Sexo Masculino

Telefone 996439263

Leito 1

Atendimento **3.319.372**

Prontuário 99.855.778

Dt. Entrada 11/10/2024 13:07:22

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
11/10/2024 13:29	11/10 13:36	Médico	Anamnese PA		LIZANA AREND HENRIQUE	CRM 11674

SAMUEL VICTOR DA SILVA COSTA, 6 anos

QUEIXA PRINCIPAL:

Escola informou que tropeçou no proprio pe e bateu as costas na escada.
Nega tontura ou síncope. Nega náuseas ou vômitos. |Sem dor no momento,
* Medicamentos em uso: nao
* Alergias a medicamentos: nega
* Comorbidades associadas: nega
* Vacinação: em dia (sic)

EXAME FÍSICO:

BEG, corado e hidratado, eupnéico, anictérico e acianótico, ativo e alerta.
PESO 20
MV+ bilateral sem RA.
RCR 2T BNF sem sopros.
Abdome flácido depressível RHA+ não se palpa massas ou visceromegalias.
Oroscopia normal.
Otoscopia normal.
Sem alterações neurológicas. Ausência de sinais meníngeos.
Pulsos e perfusão normais.
Pele pequena lesao em regioao dorsal.

HIPOTESE DIAGNÓSTICA:

TCE + trauma em dorso.

CONDUTA:

Rx
Orientações quanto TCE
Sintomáticos.
Retorno se sinais de alerta.
Dra. LIZANA AREND HENRIQUE (CRM 11674)

Unimed

Evolução Paciente

Paciente	THEO MACHADO VIEIRA PEREIRA			Atendimento	3.336.732	
Data Nascto.	08/05/2020	4 Anos		Prontuário	99.760.354	
Sexo	Feminino			Dt. Entrada	28/10/2024 14:48:29	
Telefone	991552220			Convênio	Instituto Adventista Instituto	
Leito	1					

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
28/10/2024 15:30	28/10 15:54	Médico	Anamnese PA		VINICIUS RENE GIOMBELLI	CRM 18440

THEO MACHADO VIEIRA PEREIRA, 4 anos

QUEIXA PRINCIPAL:paciente bateu no parque da escola, tropeçou e bateu no banco.

EXAME FÍSICO:

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

FC 100 FR SAT 97 TEMP 36,8 PESO 15,1

MV+ bilateral sem RA.

RCR 2T BNF sem sopros.

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

Oroscopia normal.

Otoscopia normal.

Sem alterações neurológicas. Ausência de sinais meníngeos.

Pulsos e perfusão normais.

Pele sem lesões.

HIPOTESE DIAGNÓSTICA: TCE sem sinais de alarme

CONDUTA:

Sintomáticos.

Orientações.

Retorno se sinais de alerta.

Dr. VINICIUS RENE GIOMBELLI (CRM 18440)

Impresso em: 30/10/2024 14:34:30

Página 1

priscilacarla.s

CATE23

Documento assinado digitalmente conforme a ICP-Brasil, MP 2.200-2/2001 no sistema certificado SBIS-SRES-068 por VINICIUS RENE GIOMBELLI, às 18:27-03:00 de 28/10/2024 - Válida



Atendimento: 3336732

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: THEO MACHADO VIEIRA PEREIRA

CPF: 15558577959

Endereço: Rua Najla Carone Goedert, 181 APTO

Atendimento Nº: 3336732

Telefone: (49) 991552220

RG:

Responsável:

Nome: GABRIEL

CPF: 04327784974

Endereço: Rua Najla Carone Goedert, 181 APTO 302

Telefone: 55499 91552220

RG: 4300353

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: 3336732

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, ____/____/____

Gabriel M. Vieira
CONTRATANTE/RESPONSÁVEL

CONTRATADA

Testemunhas

1- _____
Nome:
CPF nº

2- _____
Nome:
CPF nº

1 - Registro ANS 000000	3 - Nº Guia Principal
----------------------------	-----------------------

4 - Data da Autorização 28/10/2024	5 - Senha 22539	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 22539
---------------------------------------	--------------------	----------------------------	--

Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira 22539		9 - Validade da Carteira 01/01/2029		10 - Nome THEO MACHADO VIEIRA PEREIRA		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 Requisitante Nao Cadastrado/nao Cooperado		16 - Conselho Profissional 6		17 - Número no Conselho 2926		18 - UF SC		19 - Código CBO 225125		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
--	--	---------------------------------	--	---------------------------------	--	---------------	--	---------------------------	--	---	--

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados		21 - Caracter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 28/10/2024		23 - Indicação Clínica	
---	--	-----------------------------------	--	--	--	------------------------	--

24 - Tabela 1 22		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039		26 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		27 - Cide.Solic. 1		28 - Cide.Aut. 0	
---------------------	--	--	--	--	--	-----------------------	--	---------------------	--

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

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	
2		3		4		5	

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)		42 - Conselho Profissional		52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho		54 - UF		55 - Código CBO	
48 - Seguraf. 49 - Gr.Part.		80 - Código na Operadora/CNP		51 - Nome do 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 - / /		3 - / /		5 - / /	
2 - / /		4 - / /		6 - / /	
3 - / /		5 - / /		7 - / /	
4 - / /		6 - / /		8 - / /	
5 - / /		7 - / /		9 - / /	
6 - / /		8 - / /		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		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado									
/ /		28/10/2024		28/10/2024									

THEO MACHADO VIEIRA PEREIRA
Dt Nasc: 08/05/20
Mãe: GABRIELA MACHADO VIEIRA
Atend: 3336732 Senha: N105
Instituto Adventista



3336732



AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Théo Machado Vieira Pereira
Nº da Carteira: 7.205.1902
Instituição: Colégio Adventista Palhoça



Data de Nascimento: 08/05/2020

Nº da Guia: 22539

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
28/10/2024	13:50:00	Playground (Ex.: parquinho)	recreação

O que aconteceu

Partes do corpo

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

Cabeça

Descrição

O aluno estava brincando de correr com os amigos quando caiu e bateu a cabeça no banco de madeira.

Testemunha da ocorrência

Telefone

Professora Fernanda

(48) 99935-1000

Professora Fernanda

(48) 99935-1000

Quem prestou primeiros socorros

Data

Professora Fernanda

28/10/2024

Local de atendimento

Endereço

Nº

Bairro

Telefone

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

Rua Madalena Barbi

204 Centro

(48) 3216-8222

Observações

O aluno foi atendido pela professora que prontamente colocou gelo e trouxe até a orientação escolar. Ligamos para a família.

Ass.: *Katia Regina dos Santos Machado*

Katia Regina dos Santos Machado

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

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0003-31

Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157

assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / portoalegre.clinicaadventista.org.br

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - NAS

Adventista



Atendimento: 3316310

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: VALENTINA GOES FIDELIS

CPF: 10326062904

Endereço: Rua Antônio Gomes, 51 ap 301

Atendimento Nº: 3316310

Telefone: (48) 996956772

RG: 7541035

Responsável:

Nome: MARIANA

CPF: 04719162932

Endereço: Rua Antônio Gomes, 51 ap 301

Telefone:

RG: 3500081

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: 3316310

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
2 - N° Guia no Prestador 5564539

Instituto Adventista

1 - Registro ANS 000000	3 - N° Guia Principal	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 21910	12 - Atendimento a RN N
4 - Data da Autorização 08/10/2024	5 - Senha 21910	11 - Cartão Nacional de Saúde	
6 - Data Validade da Senha 21910	10 - Nome VALENTINA GOES FIDELIS		
8 - Número da Carteira 21910	9 - Validade da Carteira 01/01/2026		
Dados do Solicitante			
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 - UF SC	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 08/10/2024	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			
Dados do Contratado			
29 - Nome do Contratado	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES	

VALENTINA GOES FIDELIS
Dt Nasc: 06/03/12
Mae: MARIANA DA CRUZ GOES
Atend: 3316310 Senha: N152
Instituto Adventista



3316310*



Total (R\$)

52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
1 -	2 -	3 -	4 -
5 -	6 -	7 -	8 -
9 -	10 -		
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total Procedimentos (R\$)			
60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)			
61 - Total Materiais (R\$)			
62 - Total de OPME (R\$)			
63 - Total Medicamentos (R\$)			
64 - Total Gases Medicinais (R\$)			
65 - Total Geral (R\$)			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
08/10/2024			

simone.desouza

WATE70106

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Valentina Góes Fidelis
Nº da Carteirinha: 7.58.5275
Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Estreito



Data de Nascimento: 06/03/2012

Nº da Guia: 21910

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
08/10/2024	16:11:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu

Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)

Partes do corpo

Rosto

Descrição

a aluna estava no recreio e ouve choque com a outra aluna.

Testemunha da ocorrência

Monitora Yusdania.

Monitoria Yusdania.

Telefone

(48) 3039-8100

(48) 3039-8100

Quem prestou primeiros socorros

Monitor Marquinhos

Data

08/10/2024

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 avisamos os pais da aluna e encaminhamos a UNIMED.

Ass.:

Jerry Abdoral Borges

Jerry Abdoral Borges

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

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0003-31

Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157

assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / portoalegre.clinicaadventista.org.br

Paciente **VALENTINA GOES FIDELIS**

Data Nascto. 06/03/2012 12 Anos

Sexo Feminino

Telefone 999518877

Leito 1

Atendimento **3.316.310**

Prontuário 156.958

Dt. Entrada 08/10/2024 17:41:39

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
08/10/2024 18:21	08/10 18:24	Médico	Anamnese PA		MARTHA NUNES SIMON	CRM 7845

VALENTINA GOES FIDELIS, 12 anos

QUEIXA PRINCIPAL: Bateu o nariz na cabeça de outra colega , evoluiu com leve sangramento. Sem outra intercorrência

* Medicamentos em uso:

* Alergias a medicamentos: nega

* Comorbidades associadas: nega

* Vacinação: em dia (sic)

EXAME FÍSICO:

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

FC 73 FR SAT 100 TEMP 36,6 PESO 43

glasgow 15

ao exame sem sinal de fratura nasal

HIPOTESE DIAGNÓSTICA: trauma

CONDUTA:

Sintomáticos.

Orientações.

Retorno se sinais de alerta.

Dra. MARTHA NUNES SIMON (CRM 7845)

Unimed

Madalena Barbi, 204 - Florianópolis - SC

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

(CNES 9830774)

Conta paciente

(77858611001503)

Nota:

Paciente:

Convênio:

Usuário/Matrícula:

VALENTINA GOES FIDELIS

Instituto Adventista

21910

Categoria:

Instituto Adventista

Prontuário: 156958

Data entrada: 08/10/2024 17:41:39

Data saída: 08/10/2024 18:45:17

Motivo Alta: Alta melhora

Médico: Dra. MARTHA NUNES SIMON (CRM 7845)

Tipo atend: 3 - Pronto socorro

Proc Princ: 00000000 0

Espec/Clinica: 4 Clínica Pediátrica

Tipo acomodação Enfermaria

Data 06/03/2012

Sexo: F

CID Princ: T14.9 Traum NE

Guia: 21910

Senha: 21910

Dt Conta: 08/10/24 17:50

Dt inicial: 08/10/24 17:41

Dt final: 08/10/24 18:45

Refer: 01/11/24

Movimentação do Paciente

Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO UC	Setor sem acomodação	1/	08/10/2024 17:41:39	08/10/2024 18:45:17

Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor
1	08/10/24 17:41	PRONTO ATENDIMENTO UC	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	7845	MARTHA NUNES	Clínico	70,27
Total de Honorários Não Conveniados					1,00				70,27

Total geral R\$

70,27

Impresso em 01/11/2024 09:01:27

Pág 1

priscilacarla.s

FatAct_R7