



Paciente: ALICE KAHL VIEIRA	Convênio: Instituto Adventista	Usuário/Matrícula: 72051710
Categoria: Instituto Adventista		

Prontuário: 99847210 Data entrada: 02/07/2024 19:16:10 Data saída: 02/07/2024 19:55:08 Motivo Alta: Alta melhor
 Médico: Dra. MILENA DA SILVA MEYER (CRM 27849) Tipo atend: 3 - Pronto socorro
 Proc Princ: 00000000 0 Espec/Clinica: 4 Clinica Pediátrica
 Tipo acomodação Enfermaria
 Data 30/03/2015 Sexo: F
 CID Princ: T14.9 Traum NE
 Guia: **19173** Senha:

Dt Conta: 02/07/24 19:26 Dt inicial: 02/07/24 19:16 Dt final: 02/07/24 19:55 Refer: 31/07/24

Movimentação do Paciente

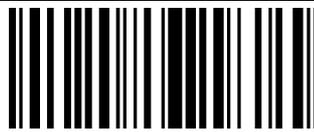
Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO UC	Setor sem acomodação	1/	02/07/2024 19:16:10	02/07/2024 19:55:08

Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor
1	02/07/24 19:16	PRONTO ATENDIMENTO UC	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	27849	MILENA DA SILVA	Clinico	91,35
Total de Honorários Não Conveniados					1,00				91,35

Total geral R\$

91,35



Paciente:	Convênio:	Usuário/Matrícula:	Emissão: Nº atend: 3.218.036 Nº IC: 20.984.167
ARTHUR MARTINS ZIMMERMANN	Instituto Adventista	7205646	
Categoria:	Instituto Adventista		

Prontuário: 99706315 Data entrada: 01/07/2024 19:08:13 Data saída: 01/07/2024 20:48:09 Motivo Alta: Alta melhora
Médico: Dr. VINICIUS RENE GIOMBELLI (CRM 18440) Tipo atend: 3 - Pronto socorro
Proc Princ: 00000000 0 Tipo acomodação Setor sem acomodação Espec/Clinica: 4 Clínica Pediátrica
Data 19/09/2018 Sexo: M
CID Princ: S01.1 Ferim da palpebra e da regio periorcular
Guia: Não informada,19161 Senha: 19161

Dt Conta: 01/07/24 19:13 Dt inicial: 01/07/24 19:08 Dt final: 01/07/24 20:48 Refer: 30/06/24

Movimentação do Paciente

Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO UC	Setor sem acomodação	1/	01/07/2024 19:08:13	01/07/2024 20:48:09

Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor
1	01/07/24 19:08	PRONTO ATENDIMENTO UC	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	18440	VINICIUS RENE	Clínico	91,35
2	01/07/24 19:54	PRONTO ATENDIMENTO UC	30101794	Sutura De Pequenos Ferimentos Com Ou Sem Desbridamento	1,00	18440	VINICIUS RENE	Clínico	78,21
Total de Honorários Não Conveniados					2,00				169,56

Materiais

Seq	Código	Descrição	Unid.	Qtde	VI Unit.	VI Total
PRONTO ATENDIMENTO UC						
1	78313589	AGULHA 13 X 0,45 MM (26G) C/ DISPOSITIVO DE SEGURANÇA (4658301BR)	und	1,0000	8,9900	8,99
2	70014370	AGULHA 40 X 1,20 MM	un	1,0000	1,9100	1,91
3		COMPRESSA GAZE ESTERIL 13 FIOS 7,5X7,5CM C/ 05UN	pc	2,0000	1,2500	2,50
4	70260168	FIO MONONYLON PLASTICA PRETO 5-0 45CM AGULHA 1,9CM 1166T	und	1,0000	5,6100	5,61
5	70857431	LUVA CIRURGICA ESTERIL 8.5	par	1,0000	1,4500	1,45
6	70705305	SERINGA S/ AGULHA 5ML	un	1,0000	2,9200	2,92
Total - PRONTO ATENDIMENTO UC -				7,0000		23,38
Total de Materiais				7,0000		23,38

Medicamentos

Seq	Código	Descrição	Unid.	Qtde	VI Unit.	VI Total
PRONTO ATENDIMENTO UC						
1	90096487	CLORIDRATO DE LIDOCAINA20 MG/ML SOL INJ CX 100 AMP VD INC X 5 ML	amp	1,0000	5,67	5,67
2	90253132	SOLUCAO DE CLORETO DE SODIO BBRAUN 9 MG/ML SOL INJ IV CX 20 FA PLAS	fr	1,0000	8,48	8,48
Total - PRONTO ATENDIMENTO UC -				2,0000		14,15
Total de Medicamentos				2,0000		14,15

Total geral R\$**207,09**

Paciente **ARTHUR MARTINS ZIMMERMANN**

Data Nascto. 19/09/2018 5 Anos

Sexo Masculino

Telefone 98448 5555

Leito 1

Atendimento **3.218.036**

Prontuário 99.706.315

Dt. Entrada 01/07/2024 19:08:13

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
01/07/2024 19:47	01/07 19:48	Médico	Anamnese PA		VINICIUS RENE GIOMBELLI	CRM 18440

ARTHUR MARTINS ZIMMERMANN, 5 anos

QUEIXA PRINCIPAL:

trauma no parquinho da escola.

ferimento 3cm na região periocular.

* 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 21,3

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 FCC 3cm

HIPOTESE DIAGNÓSTICA: FCC periocular a direita

CONDUTA:

limpeza assepsia sutura com fio 5-0 4 pontos

Sintomáticos.

Orientações.

Retorno se sinais de alerta.

Dr. VINICIUS RENE GIOMBELLI (CRM 18440)

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Arthur Martins Zimmermann
Nº da Carteira: 7.205.646
Instituição: Colégio Adventista Palhoça



Data de Nascimento: 19/09/2018

Nº da Guia: 19161

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
01/07/2024	18:07:00	Playground (Ex.: parquinho)	Saída

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

Descrição

O aluno estava brincando no patio do infantil, no horário da saída, quando foi entrar no playground e bateu com o rosto na entrada do brinquedo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora Auxiliar Isadora	(48) 99935-1000
Professora Auxiliar Isadora	(48) 99935-1000

Quem prestou primeiros socorros	Data
Professora Auxiliar Isadora	01/07/2024

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 auxiliar que prontamente trouxe até a orientação escolar. Ligamos para 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



Atendimento: 3218036

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: ARTHUR MARTINS ZIMMERMANN

CPF: 14487300908

Endereço: Rua Bologna, 122 ap 102

Atendimento Nº: 3218036

Telefone: (48) 98448 5555

RG:

Responsável:

Nome: AGAIDE

CPF: 01477850902

Endereço: Rua Bolonha, 122 APTO 102

Telefone: 48984485555

RG: 2950404

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 (órgãos, 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: 3218036

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, 01/7/24

X _____
CONTRATANTE/RESPONSÁVEL

CONTRATADA

Testemunhas

1- _____

Nome:

CPF nº

2- _____

Nome:

CPF nº

ARTHUR MARTINS ZIMMERMANN
Dt. Nas: 19/09/18
Mãe: MARINA MARTINS
Atend: 3218036 Senha: N161
Instituto Adventista



1 - Registro ANS 000000	3 - N° Guia Principal	5 - Senha 19161	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 19161	10 - Nome ARTHUR MARTINS ZIMMERMANN	12 - Atendimento a RN N
4 - Data da Autorização 01/07/2024		9 - Validade da Carteira		11 - Cartão Nacional da Saúde		
8 - Número da Carteira 7205846		13 - Nome do Contratado				

13 - Código na Operadora 300638	14 - Nome do Contratado Unidade Carlio	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 2926	18 - UF SC	19 - Código CBO 225125	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
15 - Nome do Profissional Solicitante Requisitante Não Cadastrado/nao Cooperado		21 - Nome do Profissional Solicitante				

22 - Data da Solicitação 01/07/2024		23 - Indicação Clínica				
--	--	------------------------	--	--	--	--

24 - Tabela 22	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039	26 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	27 - Qtdde.Solic. 1	28 - Qtdde.Aut. 1
32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	

36 - Data 1		37 - Hora Inicial a 38 - Hora final 39 - Tabela	40 - Código do Procedimento 41 - Descrição	42 - Qtdde. 43 - Via	44 - Tec. 45 - Fator Red./Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)
----------------	--	--	---	-------------------------	--------------------------------------	---

48 - Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s) 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 - Assinatura do Contratado									
1 - / /	2 - / /	3 - / /	4 - / /	5 - / /	6 - / /	7 - / /	8 - / /	9 - / /	10 - / /				
59 - Total Procedimentos (R\$)		60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total Materiais (R\$)		62 - Total de OPME (R\$)		63 - Total Medicamentos (R\$)		64 - Total Gases Medicinaiis R\$		65 - Total Geral (R\$)	
65 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 01/07/2024		68 - Assinatura do Contratado 01/07/2024									

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - NAS



Atendimento: 3217492

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: LIVIA DUARTE DE MOURA

CPF: 12635196958

Endereço: beija flor , 145 ap 203

Atendimento Nº: 3217492

Telefone: (48) 985011022

RG:

Responsável:

Nome: FRANCIE

CPF: 04873497922

Endereço: beija blor , 145 ap 203

Telefone: 5548985011022

RG: 4822009

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: 3217492

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, ____/____/____

X Imaura

CONTRATANTE/RESPONSÁVEL

CONTRATADA

Testemunhas

1- _____

Nome:

CPF nº

2- _____

Nome:

CPF nº

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Livia Duarte de Moura
Nº da Carteira: 7.205.1283
Instituição: Colégio Adventista Palhoça



Data de Nascimento: 22/04/2016

Nº da Guia: 19147

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
01/07/2024	10:43:00	Quadra	Aula de educação física

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

Descrição
Aluna estava fazendo aula de educação física, caiu e bateu o cotovelo no chão. Aluna foi atendida pelo professor Thallys e a professora auxiliar.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Thallys - Professor de Educação Física	(48) 99935-1000
Marta - Professora Auxiliar	(48) 99935-1000

Quem prestou primeiros socorros	Data
Professor Thallys	01/07/2024

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

Observações
A aluna foi atendida pelo professor na quadra e encaminhada ao SOE pela professora auxiliar. Colocamos gelo no local e os pais foram avisados via telefone.

Ass.: _____

Liliani Carneiro Martins

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: LIVIA DUARTE DE MOURA	Convênio: Instituto Adventista	Usuário/Matrícula: 72051283	Emissão: Nº atend: 3.217.492 Nº IC: 20.983.587
Categoria: Instituto Adventista			

Prontuário: 99809388 Data entrada: 01/07/2024 13:23:18 Data saída: 01/07/2024 14:07:33 Motivo Alta: Alta melhora
 Médico: Dra. ISADORA BONINI (CRM 32541) Tipo atend: 3 - Pronto socorro
 Proc Princ: 00000000 0 Espec/Clinica: 4 Clinica Pediátrica
 Tipo acomodação Apartamento
 Data 22/04/2016 Sexo: F
 CID Princ: W19.9 Queda sem especificação - local não especificado
 Guia: 19147 Senha:

Dt Conta: 01/07/24 13:34 Dt inicial: 01/07/24 13:23 Dt final: 01/07/24 14:07 Refer: 30/06/24

Movimentação do Paciente

Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO UC	Setor sem acomodação	1/	01/07/2024 13:23:18	01/07/2024 14:07:33

Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor
1	01/07/24 13:23	PRONTO ATENDIMENTO UC	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	32541	ISADORA BONINI	Clínico	70,27
Total de Honorários Não Conveniados					1,00				70,27

Total geral R\$

70,27

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - NAS



Atendimento: 3219198

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: ALICE KAHL VIEIRA

CPF: 13437466984

Endereço: Rua das Flores , 79 casa

Atendimento Nº: 3219198

Telefone: (48) 996179405

RG:

Responsável:

Nome: KELY

CPF: 00559136951

Endereço: Rua das Flores , 79

Telefone: 4832168222

RG: 41451570

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - NAS



Atendimento: 3219198

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 ✓ Kely Kahl Teixeira

CPF nº ✓ 005591369051

() **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.

Florianopolis/SC, 02/07/2021

✓ [Assinatura]
CONTRATANTE/RESPONSÁVEL

CONTRATADA

Testemunhas

1- _____

Nome:

CPF nº

2- _____

Nome:

CPF nº

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Alice Kahl Vieira
Nº da Carteira: 7.205.1710
Instituição: Colégio Adventista Palhoça



Data de Nascimento: 30/03/2015

Nº da Guia: 19173

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
02/07/2024	14:15:00	Pátio	Saída

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	4º Dedo Mão Esquerda

Descrição

Aluna estava correndo no pátio na hora da saída, quando esbarrou em algo e torceu o dedo para trás.

Testemunha da ocorrência

Telefone

Orientadora Daiane

(48) 3083-9450

Orientadora Daiane

(48) 3083-9450

Quem prestou primeiros socorros

Data

Orientadora Daiane

02/07/2024

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

Aluna foi atendida pela orientadora, que avisou a mãe, e encaminhou para o hospital citado acima.



Ass.:

Daiane Cristine Leal dos Reis

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
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:

ALICE KAHL VIEIRA

MATRÍCULA:

108134 01 55 2015 1 00168 227 0079877 27

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO

Trinta de março de dois mil e quinze

DIA

30

MÊS

03

ANO

2015

HORA

16:50

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

Florianópolis/SC

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

São José/SC

LOCAL DE NASCIMENTO

Clínica Santa Helena

SEXO

feminino

FILIAÇÃO

JULIO CESAR RIBEIRO VIEIRA e KELY KAHL VIEIRA

AVÓS

ANTONIO VIEIRA FILHO e CELESIA RIBEIRO VIEIRA

JOSÉ AGUENELØ KAHL e ZELIA LUCIANO KAHL

GÊMEO

NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

Não

DATA DO REGISTRO POR EXTENSO

Seis de abril de dois mil e quinze

NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO

30-67881667-2

OBSERVAÇÕES

Não há.

Emolumentos Isentos.

NOME DO OFÍCIO: REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS,
JURÍDICAS, TÍTULOS, DOCUMENTOS E OUTROS PAPÉIS

OFICIAL REGISTRADOR: Ana Maria Linhares Locks

MUNICÍPIO/COMARCA/UF: São José/SC

ENDEREÇO: Rua: Koesa, 283 - Kobrasol - 88102-310 - São José
Santa Catarina - Fone/Fax: (48) 3259-6631 - 3259-1384 -
<http://www.cartoriosaojose.com.br>

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou Fé.
São José, 06 de abril de 2015

ANA MARIA LINHARES LOCKS
Registradora Civil

1º Ofício de Registros Cíveis das Pessoas
Naturais, Interdições, Tutelas, Pessoas
Jurídicas e de Títulos e Documentos
Distrito de Santa Catarina - São José - SC

Poder Judiciário
Estado de Santa Catarina
Selo Digital de Fiscalização
Selo Isento
DRA72418-ND96
Confira os dados do ato em:
selo.tjsc.jus.br



1 - Registro ANS 000000	3 - N° Guia Principal	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 19173	12 - Atendimento a RN N
4 - Data da Autorização 02/07/2024	5 - Senha 19173	10 - Nome ALICE KAHL VIEIRA	
Dados do Beneficiário		11 - Cartão Nacional de Saúde	
8 - Número da Carteira 72051710	9 - Validade da Carteira 02/07/2024	18 - UF SC	19 - Código CBO 225125
Dados do Solicitante		16 - Conselho Profissional 6	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
13 - Código na Operadora 300638	14 - Nome do Contratado Unidade Centro	17 - Número no Conselho 2526	

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

21 - Caráter do Atendimento
 22 - Data da Solicitação
 02/07/2024

23 - Indicação Clínica
 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

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

26 - Descrição
 CONULTA EM PRONTO SOCORRO

27 - Qtdde.Solic.
 1

28 - Qtdde.Aut.
 0

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNE/S

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 - Qtdde.
 43 - Via
 44 - Tec.
 45 - Fator Recd/Acresc.
 46 - Valor Unitário (R\$)
 47 - Valor Total (R\$)

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

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho
 54 - UF
 55 - Código CBO

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

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
 02/07/2024

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
 02/07/2024

68 - Assinatura do Contratado
 02/07/2024