Unimed

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - NAS

Atendimento: 3246476

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: DAVID KURVER SERAPIAO

CPF: 14379046966

Endereço: Rua Primeiro de Maio , 197

Atendimento Nº: 3246476

Telefone: (48) 985002274

RG:

Responsável:

Nome: LARISSA

CPF: 10402223900

Endereço: Rua Primeiro de Maio , 0

Telefone: 5548985002274

RG:

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

Unimed

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - NAS

Atendimento: 3246476

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 Larissa Sergio Kurtz

CPF nº 104 022 239 00

( ) **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, ____/____/_____

_____ _____

CONTRATANTE/RESPONSÁVEL **CONTRATADA**

Testemunhas

1- _____ 2- _____

Nome: Nome:

CPF nº CPF nº

Instituto Adventista

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

V.3.0

Atend.: 3246476

2 - Nº Guia no Prestador 5439216

1 - Registro ANS	3 - Nº Guia Principal		
000000			
4 - Data da Autorização	**5 - Senha**	**6 - Data Validade da Senha**	**7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora**
01/08/2024	19506		19506

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
7205870	26/09/2022	DAVID KURVER SERAPIAO		N

Dados do Solicitante

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

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

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	01/08/2024	

	24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qtde.Solic.	28 - Qtde.Aut.
1	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	1	1
2					
3					
4					
5					

Dados do Contratado Executante

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

Dados do atendimento

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

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

	36 - Data	37 - Hora inicial	38 - Hora final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acresc.	46 - Valor Unitário (R$)	47 - Valor Total (R$)
1												
2												
3												
4												
5												

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**

1 - __/__/__ ____ 3 - __/__/__ ____ 5 - __/__/__ ____ 7 - __/__/__ ____ 9 - __/__/__ ____

2 - __/__/__ ____ 4 - __/__/__ ____ 6 - __/__/__ ____ 8 - __/__/__ ____ 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	68 - Assinatura do Contratado
__/__/__	01/08/2024	01/08/2024

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: David Kurver Serapião
Nº da Carteirinha: 7.205.870
Instituição: Colégio Adventista Palhoça

Data de Nascimento: 02/08/2018 **Nº da Guia:** 19506

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
01/08/2024	09:59:00	Brinquedoteca	Hora de brincar

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

Descrição

O aluno estava brincando de bola com um colega quando jogou a bola para cima para cabecear e bateu com o rosto na árvore de MDF, machucando o nariz e os lábios superiores.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora Jéssica	(48) 99935-1000
Professora Jéssica	(48) 99935-1000

Quem prestou primeiros socorros	Data
Professora Jéssica	01/08/2024

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 o trouxe imediatamente para Orientação Escolar. Entramos em contato com a família.

Ass.: Katia Regina dos Santos Machado.

Katia Regina dos Santos Machado

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: **DAVID KURVER SERAPIAO**
Data de Nascimento: 02/08/2018 Idade: 5anos 11M Sexo: M
Data do Exame: 01/08/2024
Solicitante: Dr.(a) GUSTAVO SOLDATELI
Protocolo: UGF3246476 Senha: 90823

unimedflorianopolis.com.br
Central de Atendimento: (48) 3288 4100
Informações: 0800 048 3500

RADIOGRAFIA DIGITAL DO CRÂNIO

Calota craniana de espessura e estrutura normais.
Ausência de traço de fratura na calota craniana.
Ausência de calcificações patológicas ou de sinais de hipertensão intra craniana.
Sela turca de configuração e dimensões anatômicas, com paredes íntegras.

Dr. Pedro Lemos de Luca
CRM/SC 6606

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: **DAVID KURVER SERAPIAO**
Data de Nascimento: 02/08/2018 Idade: 5anos 11M Sexo: M
Data do Exame: 01/08/2024
Solicitante: Dr.(a) GUSTAVO SOLDATELI
Protocolo: UGF3246476 Senha: 90823

unimedflorianopolis.com.br
Central de Atendimento: (48) 3288 4100
Informações: 0800 048 3500

RADIOGRAFIA DIGITAL DOS SEIOS DA FACE

Estrutura óssea íntegra.
Seios frontais não desenvolvidos.
Células etmoidais transparentes, com septos intercelulares conservados.
Seios maxilares com transparência preservada.

Dr. Pedro Lemos de Luca
CRM/SC 6606

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

Evolução Paciente

Paciente	**DAVID KURVER SERAPIAO**	Atendimento	**3.246.476**
Data Nascto.	02/08/2018 6 Anos	Prontuário	99.794.487
Sexo	Masculino	Dt. Entrada	01/08/2024 12:21:15
Telefone	985002274	Convênio	Instituto Adventista Instituto
Leito	1		

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
01/08/2024 12:45	01/08 13:11	Médico	Anamnese PA		GUSTAVO SOLDATELI	CRM 18733

DAVID KURVER SERAPIAO, 5 anos

QUEIXA PRINCIPAL:
mãe relata batendo rosto em mesa de MDF , cortando boca , sangrando nariz e batendo cabeça
nega sinais de alerta após acidente - há 2 horas

* Alergias a medicamentos: nega
* Comorbidades associadas: Tumor renal - nefrectomia.
* Vacinação: em dia (sic)

EXAME FÍSICO:
BEG, corado e hidratado, eupnéico, anictérico e acianótico, ativo e alerta.
FC 106 FR 24 SAT 97 TEMP 36,6 PESO 24
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 edema asal nasal
rinoscopia: coágulo seco em vestibulo nasal direito

rx nariz/cranio sp

HIPOTESE DIAGNÓSTICA: trauma nariz

CONDUTA:
Sintomáticos.
Orientações.
Retorno se sinais de alerta.
Dr. GUSTAVO SOLDATELI (CRM 18733)

Documento assinado digitalmente conforme a ICP-Brasil, MP 2.200-2/2001 no sistema certificado SBIS-SRES-068 por GUSTAVO SOLDATELI, às 13:55-03:00 de 01/08/2024 - Indeterminada

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

Conta paciente

(77858611001503)

Nota:

Emissao:

N° atend: **3.246.476**
Nº IC: **21.014.253**

Paciente:	Convênio:	Usuário/Matrícula:
DAVID KURVER SERAPIAO	**Instituto Adventista**	**7205870**

Categoria:
Instituto Adventista

Prontuário: 99794487 Data entrada: 01/08/2024 12:21:15 Data saída: 01/08/2024 13:52:19 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 Setor sem acomodação
Data 02/08/2018 Sexo: M
CID Princ: R52.9 Dor NE
Guia: **19506** Senha: 19506

Dt Conta: 01/08/24 12:31 Dt inicial: 01/08/24 12:21 Dt final: 01/08/24 13:52 Refer: 01/09/24

Movimentação do Paciente

Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO UC	Setor sem acomodação	1/	01/08/2024 12:21:15	01/08/2024 13:52:19
2	Serviços Especiais	RAIO X UC	Setor sem acomodação	1/	01/08/2024 12:52:00	01/08/2024 12:52:00

Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crm	Médico	Função	Valor
1	01/08/24 12:21	PRONTO ATENDIMENTO UC	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	18733	GUSTAVO	Clínico	70,27
2	01/08/24 13:02	RAIO X UC	40801012	Crânio - 2 Incidências	1,00	6606	PEDRO LEMOS DE	Clínico	43,05
3	01/08/24 13:03	RAIO X UC	40801063	Seios Da Face	1,00	6606	PEDRO LEMOS DE	Clínico	44,70
	Total de Honorários Não Conveniados				**3,00**				**158,02**

Total geral R$ **158,02**

Evolução Paciente

Paciente	**EDUARDO TURATTI SCHNEIDER**	Atendimento	**3.259.263**
Data Nascto.	24/05/2015 9 Anos	Prontuário	99.628.740
Sexo	Masculino	Dt. Entrada	14/08/2024 19:48:54
Telefone	999757621	Convênio	Instituto Adventista Instituto
Leito	1		

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
14/08/2024 20:16	14/08 20:28	Médico	Anamnese PA		JULIA DE OLIVEIRA RODRIGUES	CRM 29899

EDUARDO TURATTI SCHNEIDER, 9 anos
Pai: Bruno

QUEIXA PRINCIPAL:
TCE às 18h.
Bateu cabeça na porta. Sem sinais de alarme: sem perda de consciencia ou vomito.
Fez escoriação superficial > sem sangramento importante. Sem sangramento no momento
Ontem ganhou corovelada do amigo em olho direito > avalaido por oftalmo.

* Medicamentos em uso: nega
* 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 37
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.
ECG 15/ pupilas isofotorreagente / força preservada / lucido e orientado/ sem alterações de movimento ou comportamento Hematoma minimo em fronte à E com escoriação pequena sem sangramento
Pulsos e perfusão normais.
Pele sem lesões.

HIPOTESE DIAGNÓSTICA:
TCE leve com escoriação suoerficial > sem sinais de alarme

CONDUTA:
Libero
Sintomáticos.
Orientações.
Retorno se sinais de alerta > ´pai compreende

Dra. JULIA DE OLIVEIRA RODRIGUES (CRM 29899)

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

Conta paciente

(77858611001503)

Nota:

Emissao:

N° atend: **3.259.263**
Nº IC: **21.029.608**

Paciente:	Convênio:	Usuário/Matrícula:
EDUARDO TURATTI SCHNEIDER	**Instituto Adventista**	**7587461**

Categoria:
Instituto Adventista

Prontuário: 99628740 Data entrada: 14/08/2024 19:48:54 Data saída: 14/08/2024 20:49:49 Motivo Alta: Alta melhora
Médico: Dra. JULIA DE OLIVEIRA RODRIGUES (CRM 29899) Tipo atend: 3 - Pronto socorro
Proc Princ: 00000000 0 Espec/Clinica: 4 Clinica Pediátrica
Tipo acomodação Enfermaria
Data 24/05/2015 Sexo: M
CID Princ: S09 Outr traum da cabeca e os NE
Guia: **19935** Senha:

Dt Conta: 14/08/24 20:01 Dt inicial: 14/08/24 19:48 Dt final: 14/08/24 20:49 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/	14/08/2024 19:48:54	14/08/2024 20:49:49

Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crm	Médico	Função	Valor
1	14/08/24 19:48	PRONTO ATENDIMENTO UC	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	29899	JULIA DE OLIVEIRA	Clínico	91,35
	Total de Honorários Não Conveniados				**1,00**				**91,35**

Total geral R$ **91,35**

Unimed

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - NAS

Atendimento: 3246431

Contratante:

Paciente/Usuário **Atendimento Nº:** 3246431

Nome: ICARO GUSTAVO SILVA MOREIRA **Telefone:** (48) 988747090

CPF: 05127093278 **RG:**

Endereço: Adam Schutz , 375 apto

Responsável:

Nome: ALEXSAN **Telefone:** 55

CPF: 01808219201 **RG:**

Endereço: Adam Schutz , 375 apto

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

Unimed

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - NAS

Atendimento: 3246431

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 X JULYMESON LUCAS DA SILVA CORREIA

CPF nº X018082192 01

( ) **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, _____/_____/_____

X JULYMESON

CONTRATANTE/RESPONSÁVEL

CONTRATADA

Testemunhas

1- _____
Nome:
CPF nº

2- _____
Nome:
CPF nº

Instituto Adventista

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

V.3.0

Atend.: 3246431

2 - Nº Guia no Prestador 5439124

1 - Registro ANS	3 - Nº Guia Principal		
000000			
4 - Data da Autorização	**5 - Senha**	**6 - Data Validade da Senha**	**7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora**
01/08/2024	19502		19502

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
19502		ICARO GUSTAVO SILVA MOREIRA		N

Dados do Solicitante

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

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

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	01/08/2024	

	24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qtde.Solic.	28 - Qtde.Aut.
1	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	1	1
2					
3					
4					
5					

Dados do Contratado Executante

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

Dados do atendimento

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

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

	36 - Data	37 - Hora inicial a 38 - Hora final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acresc.	46 - Valor Unitário (R$)	47 - Valor Total (R$)
1											
2											
3											
4											
5											

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**

1 - __/__/__ ____ 3 - __/__/__ ____ 5 - __/__/__ ____ 7 - __/__/__ ____ 9 - __/__/__ ____

2 - __/__/__ ____ 4 - __/__/__ ____ 6 - __/__/__ ____ 8 - __/__/__ ____ 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	68 - Assinatura do Contratado
__/__/__	01/08/2024	01/08/2024

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Ícaro Gustavo Silva Moreira
Nº da Carteirinha: 7.205.1493
Instituição: Colégio Adventista Palhoça

Data de Nascimento: 19/09/2013 **Nº da Guia:** 19502

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
01/08/2024	09:27:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	2º Dedo Mão Esquerda

Descrição
Aluno estava correndo na hora do recreio e bateu o dedo no banco.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Hana - Monitora	(48) 99935-1000
Hana - Monitora	(48) 99935-1000

Quem prestou primeiros socorros	Data
Hana - Monitora	01/08/2024

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 encaminhado ao SOE pela monitora Hana, colocamos gelo no local e a família foi comunicada 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: **ICARO GUSTAVO SILVA MOREIRA**
Data de Nascimento: 19/09/2013 Idade: 10anos 10M Sexo: M
Data do Exame: 01/08/2024
Solicitante: Dr.(a) FLAVIA MARIA DA FONTE GOETZE
Protocolo: UGF3246431 Senha: 658955

unimedflorianopolis.com.br
Central de Atendimento: (48) 3288 4100
Informações: 0800 048 3500

RADIOGRAFIA DIGITAL DA MÃO ESQUERDA

Estrutura óssea normal.
Relações articulares anatômicas.
Partes moles sem alterações radiográficas.
Ausência de sinais de fraturas.

Dr. Pedro Lemos de Luca
CRM/SC 6606

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

ACREDITADO PLENO
HOSPITAL UNIMED
ONA

Evolução Paciente

Paciente	**ICARO GUSTAVO SILVA MOREIRA**	Atendimento	**3.246.431**
Data Nascto.	19/09/2013 10 Anos	Prontuário	99.849.629
Sexo	Masculino	Dt. Entrada	01/08/2024 11:26:34
Telefone	988747090	Convênio	Instituto Adventista Instituto
Leito	1		

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
01/08/2024 12:06	01/08 12:32	Médico	Anamnese PA		FLAVIA MARIA DA FONTE GOETZE	CRM 4255

ICARO GUSTAVO SILVA MOREIRA, 10 anos

QUEIXA PRINCIPAL: Bateu com a mão contar um ferro , por volta das 09 hs
Dor no indicador

* 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 53
Dor e edema e impotencia funcional em indicador E

HIPOTESE DIAGNÓSTICA: Trauma mão E

CONDUTA:
RX mão E
Ao ortopedista

Dra. FLAVIA MARIA DA FONTE GOETZE (CRM 4255)

Documento assinado digitalmente conforme a ICP-Brasil, MP 2.200-2/2001 no sistema certificado SBIS-SRES-068 por FLAVIA MARIA DA FONTE GOETZE, às 07:55-03:00 de 15/08/2024 - Válida

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

Conta paciente

(77858611001503)

Nota:

Emissao:

N° atend: **3.246.431**
Nº IC: **21.014.164**

Paciente:	Convênio:	Usuário/Matrícula:
ICARO GUSTAVO SILVA MOREIRA	**Instituto Adventista**	**72051493**

Categoria:
Instituto Adventista

Prontuário: 99849629 Data entrada: 01/08/2024 11:26:34 Data saída: 01/08/2024 12:53:19 Motivo Alta: Alta melhora
Médico: Dra. FLAVIA MARIA DA FONTE GOETZE (CRM 4255) Tipo atend: 3 - Pronto socorro
Proc Princ: 00000000 0 Espec/Clinica: 4 Clinica Pediátrica
Tipo acomodação Enfermaria
Data 19/09/2013 Sexo: M
CID Princ: T14.9 Traum NE
Guia: **19502** Senha: 19502

Dt Conta: 01/08/24 11:34 Dt inicial: 01/08/24 11:26 Dt final: 01/08/24 12:53 Refer: 01/09/24

Movimentação do Paciente

Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO UC	Setor sem acomodação	1/	01/08/2024 11:26:34	01/08/2024 12:53:19
2	Serviços Especiais	RAIO X UC	Setor sem acomodação	1/	01/08/2024 12:10:00	01/08/2024 12:10:00

Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crm	Médico	Função	Valor
1	01/08/24 11:26	PRONTO ATENDIMENTO UC	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	4255	FLAVIA MARIA DA	Clínico	70,27
2	01/08/24 12:24	RAIO X UC	40803120	Mão Ou Quirodáctilo	1,00	6606	PEDRO LEMOS DE	Clínico	40,32
	Total de Honorários Não Conveniados				**2,00**				**110,59**

Total geral R$ **110,59**

Unimed

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - NAS

Atendimento: 3246815

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: LEONARDO AUGUSTO ROSA DO HERVAL

CPF: 14498265980

Endereço: Rua Elza Costa Vieira , 19 CASA

Atendimento Nº: 3246815

Telefone: (48) 999241034

RG:

Responsável:

Nome: JACKSO

CPF: 01960246925

Endereço: Rua Antônio Elias , 229 CASA

Telefone: 48988134323

RG: 30966604

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

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 adimissão 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.° 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 9° da Lei n° 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**.

Unimed

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - NAS

Atendimento: 3246815

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 Jackson Robisto Silva do Nascimento

CPF nº 019.602.469-25

( ) **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, ____/____/____

CONTRATANTE/RESPONSÁVEL **CONTRATADA**

Testemunhas

1- _____ 2- _____

Nome: Nome:

CPF nº CPF nº

Instituto Adventista

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

V.3.0

Atend.: 3246815

2 - N° Guia no Prestador 5439840

1 - Registro ANS	3 - N° Guia Principal		
000000			
4 - Data da Autorização	**5 - Senha**	**6 - Data Validade da Senha**	**7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora**
01/08/2024	19532		19532

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
7466315	01/08/2024	LEONARDO AUGUSTO ROSA DO HERVAL		N

Dados do Solicitante

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

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

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	01/08/2024	

	24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qtde.Solic.	28 - Qtde.Aut.
1	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	1	1
2					
3					
4					
5					

Dados do Contratado Executante

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

Dados do atendimento

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

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

	36 - Data	37 - Hora inicial a 38 - Hora final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acresc.	46 - Valor Unitário (R$)	47 - Valor Total (R$)
1											
2											
3											
4											
5											

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**

1 - __/__/__ 3 - __/__/__ 5 - __/__/__ 7 - __/__/__ 9 - __/__/__

2 - __/__/__ 4 - __/__/__ 6 - __/__/__ 8 - __/__/__ 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	68 - Assinatura do Contratado
__/__/__	01/08/2024	01/08/2024

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Leonardo Augusto Rosa do Herval
Nº da Carteirinha: 7.46.6315
Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Centro

Data de Nascimento: 24/09/2018 **Nº da Guia:** 19532

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
01/08/2024	15:37:00	Pátio	Intervalo (**Ex.: recreio**)

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

Descrição
O aluno estava correndo e bateu com a boca na cadeira.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Danerson Ferreira dos Santos	(48) 3039-8200

Quem prestou primeiros socorros	Data
Danerson Ferreira dos Santos	01/08/2024

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 estava correndo no pátio e bateu a boca na cadeira e na hora foi atendido

Ass.: _____

Jardson Rocha

Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: https://sistemas.usb.org.br/ama **(para prestadores) ou E-mail:** assistenciamedica@clinicaadventista.org.br **(não credenciados) com os seguintes dados:**
Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0003-31
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / portoalegre.clinicaadventista.org.br

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

Conta paciente

(77858611001503)

Nota:

Emissao:

N° atend: **3.246.815**
Nº IC: **21.014.493**

Paciente:	Convênio:	Usuário/Matrícula:
LEONARDO AUGUSTO ROSA DO HERVAL	**Instituto Adventista**	**7466315**

Categoria:
Instituto Adventista

Prontuário: 99709259 Data entrada: 01/08/2024 16:46:28 Data saída: 01/08/2024 17:14:27 Motivo Alta: Alta a pedido
Médico: Dr. TITO LIVIO BAIAO FILHO (CRM 4031) Tipo atend: 3 - Pronto socorro
Proc Princ: 00000000 0 Espec/Clinica: 4 Clinica Pediátrica
Tipo acomodação Setor sem acomodação
Data 24/09/2018 Sexo: M
CID Princ: W19.9 Queda sem especificação - local não especificado
Guia: **19532** Senha: 19532

Dt Conta: 01/08/24 16:54 Dt inicial: 01/08/24 16:46 Dt final: 01/08/24 17:14 Refer: 01/09/24

Movimentação do Paciente

Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO UC	Setor sem acomodação	1/	01/08/2024 16:46:28	01/08/2024 17:14:27

Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crm	Médico	Função	Valor
1	01/08/24 16:46	PRONTO ATENDIMENTO UC	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	4031	TITO LIVIO BAIAO	Clínico	70,27
	Total de Honorários Não Conveniados				**1,00**				**70,27**

Total geral R$ **70,27**

Evolução Paciente

Paciente	**LEONARDO AUGUSTO ROSA DO HERVAL**	Atendimento	**3.246.815**
Data Nascto.	24/09/2018 5 Anos	Prontuário	99.709.259
Sexo	Masculino	Dt. Entrada	01/08/2024 16:46:28
Telefone	988134323	Convênio	Instituto Adventista Instituto
Leito	1		

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
01/08/2024 17:05	01/08 17:06	Médico	Anamnese PA		TITO LIVIO BAIAO FILHO	CRM 4031

LEONARDO AUGUSTO ROSA DO HERVAL, 5 anos

QUEIXA PRINCIPAL: ferimento no lábio inferior sem sangramento ativo

EXAME FÍSICO:
BEG, corado e hidratado, eupnéico, anictérico e acianótico, ativo e alerta.
FC 96 FR SAT 99 TEMP 36,3 PESO 23,1

Pele : ferimento no lábio inferior , superficial e sem sangramento

HIPOTESE DIAGNÓSTICA:

CONDUTA:
Sintomáticos.
Orientações.
Retorno se sinais de alerta.
Dr. TITO LIVIO BAIAO FILHO (CRM 4031)

Documento assinado digitalmente conforme a ICP-Brasil, MP 2.200-2/2001 no sistema certificado SBIS-SRES-068 por TITO LIVIO BAIAO FILHO, às 00:03-03:00 de 17/08/2024 - Válida

Unimed

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - NAS

Atendimento: 3267352

Contratante:

Paciente/Usuário **Atendimento Nº:** 3267352

Nome: LUIZA FERREIRA ARAUJO **Telefone:** (48) 9 99085985

CPF: 12936320909 **RG:**

Endereço: RUA DOS BEM ME QUERES , 223

Responsável:

Nome: CASSIA **Telefone:** 4899911457

CPF: 04664510918 **RG:** 5970745

Endereço: Servidão Idalino Damázio Fernandes , 279 APTO

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

Unimed

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - NAS

Atendimento: 3267352

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 X _____

CPF nº X _____

( ) **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, _____/_____/_____

_____ _____

CONTRATANTE/RESPONSÁVEL **CONTRATADA**

Testemunhas

1- _____ 2- _____

Nome: Cássia C. F. Araujo Nome:

CPF nº 046.645.109-18 CPF nº

Instituto Adventista

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

V.3.0

Atend.: 3267352

2 - N° Guia no Prestador 5476997

LUIZA FERREIRA ARAUJO
Dt Nasc: 29/08/16
Mae:
Atend: 3267352 Senha: N133
Instituto Adventista

3267352

1 - Registro ANS	3 - N° Guia Principal
000000	

4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
22/08/2024	20230		20230

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Cartão Nacional de S	mento a RN
72051779	22/08/2024	LUIZA FERREIRA ARAUJO		N

Dados do Solicitante

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

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

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	22/08/2024	

	24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qtde.Solic.	28 - Qtde.Aut.
1	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	1	0
2					
3					
4					
5					

Dados do Contratado Executante

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

Dados do atendimento

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

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

	36 - Data	37 - Hora inicial a 38 - Hora final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acresc.	46 - Valor Unitário (R$)	47 - Valor Total (R$)
1											
2											
3											
4											
5											

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**

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	68 - Assinatura do Contratado
__/__/__	22/08/2024	22/08/2024

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Luiza Ferreira Araujo
Nº da Carteirinha: 7.205.1779
Instituição: Colégio Adventista Palhoça

Data de Nascimento: 29/08/2016 **Nº da Guia:** 20230

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
22/08/2024	16:35:00	Parque	Recreação

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

Descrição
A Aluna estava descendo do escorregador quando tocou o chão e torceu o tornozelo direito.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora Camila	(48) 99935-1000
Professora Camila	(48) 99935-1000

Quem prestou primeiros socorros	Data
Pmonitora Hemili	22/08/2024

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 pela professora e monitora que prontamente trouxeram-na na orientação escolar. Entramos em contato com a familia.

Ass.: Katia Regina dos Santos Machado

Katia Regina dos Santos Machado

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

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0003-31
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / portoalegre.clinicaadventista.org.br

Paciente: **LUIZA FERREIRA ARAUJO**
Data de Nascimento: 29/08/2016 Idade: 7anos 11M Sexo: F
Data do Exame: 22/08/2024
Solicitante: Dr.(a) RODRIGO VASCONCELOS MARZOLA
Protocolo: UGF3267352 Senha: 123586

unimedflorianopolis.com.br
Central de Atendimento: (48) 3288 4100
Informações: 0800 048 3500

RADIOGRAFIA DIGITAL DO PÉ DIREITO

Alinhamento articular mantido.
Estrutura óssea normal.
Interlinhas articulares preservadas.
Partes moles sem alterações radiográficas.

Dr. Pedro Lemos de Luca
CRM/SC 6606

ACREDITADO PLENO
HOSPITAL UNIMED
ONA

Evolução Paciente

Paciente	**LUIZA FERREIRA ARAUJO**	Atendimento	**3.267.352**
Data Nascto.	29/08/2016 7 Anos	Prontuário	99.753.090
Sexo	Feminino	Dt. Entrada	22/08/2024 18:01:02
Telefone	9 99085985	Convênio	Instituto Adventista Instituto
Leito	1		

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
22/08/2024 18:23	22/08 18:30	Médico	Anamnese PA		RODRIGO VASCONCELOS MARZOLA	CRM 15742

LUIZA FERREIRA ARAUJO, 7 anos

QUEIXA PRINCIPAL: torção o tornozelo direito
s; mãe relata que ao descer o tobogã da escola fez entorse do tornozelo direito. Afirma dor local e um pouco de edema. Colocaram gelo.
1 internamento por ictericia ao nascer por 7 dias e cx previa

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

EXAME FÍSICO:
BEG, corado e hidratado, eupnéico, anictérico e acianótico, ativo e alerta.
FC 116 FR 30 SAT TEMP PESO 30
MV+ bilateralcom tempo expiratório aumentado
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.
mmii: edema de tornoelo direito
HIPOTESE DIAGNÓSTICA:
torção de tornozelo e exacerbação de asma
CONDUTA:
salbutamol, prednisolona
rx de tornozelo d
Dr. RODRIGO VASCONCELOS MARZOLA (CRM 15742)

Documento assinado digitalmente conforme a ICP-Brasil, MP 2.200-2/2001 no sistema certificado SBIS-SRES-068 por RODRIGO VASCONCELOS MARZOLA, às 08:33-03:00 de 26/08/2024 - Válida

COOP PA - FILIAL CENTRO

Prescrição Eletrônica Paciente

3267352

Paciente:	**LUIZA FERREIRA ARAUJO**	Atendimento	**3267352**
Dt. Nascto.:	29/08/2016 **7a 11m 28d**	Convênio:	Instituto Adventista / Instituto Adventista
Dt. Entrada:	22/08/2024 18:01:02	Sexo:	Feminino
Prontuário:	99753090	Data	**22/08/2024**
Médico:	**Dr. RODRIGO VASCONCELOS MARZOLA (CRM**	Leito:	
Alergias :		Nome da Mãe:	

MEDICAMENTOS	Dose	Via	Intervalo	Horários
1 prednisoLONA 3 MG/ML 60ML SOL.	13,5 Mililitros	**Oral**	1 x/dia (dose única agora)	18:33
Orientação de preparo e administração: Administrar 13,5 ml (Agora via Oral).				
2 SALBUTAMOL 100 MCG/DOSE 200 DOSES AEROSSOL	10 Jato	**Inalatória**	3 vezes de 20 em 20 min	18:33 18:53 19:13
Justificativa: exacerbação de asma				

PRONTO ATENDIMENTO UC 1

Impresso em 26/08/2024 16:59:15

ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: **LUIZA FERREIRA ARAUJO**
Data de Nascimento: 29/08/2016 Idade: 7anos 11M Sexo: F
Data do Exame: 22/08/2024
Solicitante: Dr.(a) RODRIGO VASCONCELOS MARZOLA
Protocolo: UGF3267352 Senha: 123586

unimedflorianopolis.com.br
Central de Atendimento: (48) 3288 4100
Informações: 0800 048 3500

RADIOGRAFIA DIGITAL DO TORNOZELO DIREITO

Alinhamento articular mantido.
Estrutura óssea normal.
Interlinhas articulares preservadas.
Partes moles sem alterações radiográficas.

Dr. Pedro Lemos de Luca
CRM/SC 6606

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

ACREDITADO PLENO
HOSPITAL UNIMED
ONA

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

Conta paciente

(77858611001503)

Nota:

Emissao:

N° atend: **3.267.352**
Nº IC: **21.038.729**

Paciente:	Convênio:	Usuário/Matrícula:
LUIZA FERREIRA ARAUJO	**Instituto Adventista**	**72051779**

Categoria:
Instituto Adventista

Prontuário: 99753090 Data entrada: 22/08/2024 18:01:02 Data saída: 22/08/2024 20:03:59 Motivo Alta: Alta melhora
Médico: Dr. RODRIGO VASCONCELOS MARZOLA (CRM 15742) Tipo atend: 3 - Pronto socorro
Proc Princ: 00000000 0 Espec/Clinica: 4 Clinica Pediátrica
Tipo acomodação Apartamento
Data 29/08/2016 Sexo: F
CID Princ: S93.6 Entorse distensao outr partes e partes NE pe
Guia: **Não informada,20230** Senha:

Dt Conta: 22/08/24 18:06 Dt inicial: 22/08/24 18:01 Dt final: 22/08/24 20:03 Refer: 31/08/24

Movimentação do Paciente

Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO UC	Setor sem acomodação	1/	22/08/2024 18:01:02	22/08/2024 20:03:59
2	Serviços Especiais	RAIO X UC	Setor sem acomodação	1/	22/08/2024 18:33:00	22/08/2024 18:33:00

Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crm	Médico	Função	Valor
1	22/08/24 18:01	PRONTO ATENDIMENTO UC	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	15742	RODRIGO	Clínico	70,27
2	22/08/24 18:36	RAIO X UC	40804089	Articulação Tibiotársica (Tornozelo)	1,00	6606	PEDRO LEMOS DE	Clínico	40,32
3	22/08/24 18:45	RAIO X UC	40804097	Pé Ou Pododáctilo	1,00	6606	PEDRO LEMOS DE	Clínico	41,90
	Total de Honorários Não Conveniados				**3,00**				**152,49**

Medicamentos

Seq	Código	Descrição	Unid.	Qtde	Vl Unit.	Vl Total
		PRONTO ATENDIMENTO UC				
1	90180631	prednisoLONA 3 MG/ML 60ML SOL.	ml	13,5000	0,35	4,73
2	90087925	SALBUTAMOL 100 MCG/DOSE 200 DOSES AEROSSOL	dose	30,0000	0,13	3,90
		Total - PRONTO ATENDIMENTO UC -		**43,5000**		**8,63**
		Total de Medicamentos		**43,5000**		**8,63**

Total geral R$ **161,12**

Unimed

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - NAS

Atendimento: 3271984

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: MURILO OLIVEIRA DE FREITAS **Atendimento Nº:** 3271984

CPF: 05423314038 **Telefone:** (48) 999544442

Endereço: Rua Tomáz Domingos da Silveira , 3818 **RG:**

Responsável:

Nome: JOSIE

CPF: 83889310087 **Telefone:** 55

Endereço: Rua Tomáz Domingos da Silveira , 3818 apto 02 **RG:**

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

Unimed

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - NAS

Atendimento: 3271984

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 x José Soares de Oliveira

CPF nº x838893100 87

( ) **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, _____/_____/_____

x José

CONTRATANTE/RESPONSÁVEL **CONTRATADA**

Testemunhas

1- _____
Nome:
CPF nº

2- _____
Nome:
CPF nº

Instituto Adventista

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

V.3.0

Atend.: 3271984

2 - N° Guia no Prestador 5485621

1 - Registro ANS	3 - N° Guia Principal
000000	

4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
27/08/2024	20385		20385

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
72052027	27/08/2024	MURILO OLIVEIRA DE FREITAS		N

Dados do Solicitante

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

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

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	27/08/2024	

	24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qtde.Solic.	28 - Qtde.Aut.
1	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	1	0
2					
3					
4					
5					

MURILO OLIVEIRA DE FREITAS
Dt Nasc: 27/04/17
Mae: JOSIE SOARES DE OLIVEIRA
Atend: 3271984 Senha: N161
Instituto Adventista
3271984

Dados do Contratado Executante

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

Dados do atendimento

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

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

	36 - Data	37 - Hora inicial a 38 - Hora final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acresc.	46 - Valor Unitário (R$)	47 - Valor Total (R$)
1											
2											
3											
4											
5											

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**

1 - __/__/__ 3 - __/__/__ 5 - __/__/__ 7 - __/__/__ 9 - __/__/__

2 - __/__/__ 4 - __/__/__ 6 - __/__/__ 8 - __/__/__ 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	68 - Assinatura do Contratado
__/__/__	27/08/2024	27/08/2024

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Murilo Oliveira de Freitas
Nº da Carteirinha: 7.205.2027
Instituição: Colégio Adventista Palhoça

Data de Nascimento: 27/04/2017 **Nº da Guia:** 20385

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
27/08/2024	16:57:00	Quadra	Aula de educação física

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

Descrição

Aluno estava na aula de educação física, foi pegar a bola, escorregou, bateu o rosto na rede de vôlei e com o impacto, foi para o chão, batendo a parte de trás da cabeça no piso da quadra.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Thallys	(48) 99935-1000
Professor Thallys	(48) 99935-1000

Quem prestou primeiros socorros	Data
Professor Thallys	27/08/2024

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 encaminhado ao SOE pelo monitor, colocamos gelo no local e a mãe foi comunicada 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

Evolução Paciente

Paciente	**MURILO OLIVEIRA DE FREITAS**	Atendimento	**3.271.984**
Data Nascto.	27/04/2017 7 Anos	Prontuário	99.851.753
Sexo	Masculino	Dt. Entrada	27/08/2024 19:00:07
Telefone	999544442	Convênio	Instituto Adventista Instituto
Leito	1		

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
27/08/2024 20:56	27/08 20:58	Médico	Anamnese PA		TITO LIVIO BAIAO FILHO	CRM 4031

MURILO OLIVEIRA DE FREITAS, 7 anos

QUEIXA PRINCIPAL: trauma da cabeça sem perda de consciência ou vômitos há 4 horas.

EXAME FÍSICO:
BEG, corado e hidratado, eupnéico, anictérico e acianótico, ativo e alerta.
FC 80 FR SAT 100 TEMP 35,8 PESO 26
Sem alterações neurológicas. Ausência de sinais meníngeos.
LOCA ECG: 15

HIPOTESE DIAGNÓSTICA:

CONDUTA:
RX crânio
Dr. TITO LIVIO BAIAO FILHO (CRM 4031)

Documento assinado digitalmente conforme a ICP-Brasil, MP 2.200-2/2001 no sistema certificado SBIS-SRES-068 por TITO LIVIO BAIAO FILHO, às 07:55-03:00 de 28/08/2024 - Válida

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

Conta paciente

(77858611001503)

Nota:

Emissao:

N° atend: **3.271.984**
Nº IC: **21.043.644**

Paciente:	Convênio:	Usuário/Matrícula:
MURILO OLIVEIRA DE FREITAS	**Instituto Adventista**	**72052027**

Categoria:
Instituto Adventista

Prontuário: 99851753 Data entrada: 27/08/2024 19:00:07 Data saída: 27/08/2024 23:45:59 Motivo Alta: Alta melhora
Médico: Dr. TITO LIVIO BAIAO FILHO (CRM 4031) Tipo atend: 3 - Pronto socorro
Proc Princ: 00000000 0 Espec/Clinica: 4 Clinica Pediátrica
Tipo acomodação Enfermaria
Data 27/04/2017 Sexo: M
CID Princ: S00.9 Traum superf da cabeca parte NE
Guia: **20385** Senha:

Dt Conta: 27/08/24 19:10 Dt inicial: 27/08/24 19:00 Dt final: 27/08/24 23:45 Refer: 31/08/24

Movimentação do Paciente

Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO UC	Setor sem acomodação	1/	27/08/2024 19:00:07	27/08/2024 23:45:59
2	Serviços Especiais	RAIO X UC	Setor sem acomodação	1/	27/08/2024 20:56:00	27/08/2024 20:56:00

Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crm	Médico	Função	Valor
1	27/08/24 19:00	PRONTO ATENDIMENTO UC	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	4031	TITO LIVIO BAIAO	Clínico	91,35
2	27/08/24 21:23	RAIO X UC	40801012	Crânio - 2 Incidências	1,00	9267	FABIO VARGAS	Clínico	43,05
	Total de Honorários Não Conveniados				**2,00**				**134,40**

Total geral R$ **134,40**