



Paciente ENZO PAGANI FIGUEIREDO  
Data Nascto. 01/05/2015 8 Anos  
Sexo Masculino  
Endereço RUA JOSE LUIZ DE FARIAS , 108 APTO 101  
Município Palhoca  
Telefone 9 9131-0018

Atendimento 2.976.734  
Carteirinha:  
Convênio Instituto Adventista  
Cat. / Plano Instituto Adventista - Único  
Prontuário 99596468  
Data 10/10/2023 20:18:41  
Tipo Acomod Enfermaria

## Termo de Responsabilidade

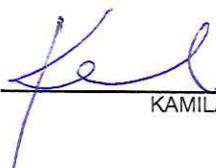
O abaixo assinado KAMILA PAGANI FIGUEIREDO, responsável pelo paciente ENZO PAGANI FIGUEIREDO, dará a plena autorização aos médicos da COOP PA - FILIAL CENTRO da Unimed Grande Florianópolis, conforme disposto no artigo 39, IV, da Lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor), para assistirem e tratarem de sua enfermidade realizando todos os procedimentos e investigações que julgarem necessárias, para preservação da saúde e da vida do paciente.

Os médicos da COOP PA - FILIAL CENTRO, atendendo ao disposto no artigo 34 do Código de Ética Médica e artigo 9º da Lei 8.078/90, explicarão claramente a proposta do procedimento médico ou cirúrgico, seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas ao procedimento, proporcionando livre questionamento e respondendo inteira e satisfatoriamente as perguntas. Outrossim, em caso iminente 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 prévios.

O prontuário médico deve permanecer sob a guarda dos médicos desta UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO. Solicitamos que seja devolvido. Em caso de perda ou extravio, será impressa 2ª via deste documento, e os gastos pertinentes ao atendimento serão cobrados conforme cobertura contratual.

**Informamos que consultas realizadas nas Unidades de Pronto Atendimento, particular ou convênio não tem direito a retorno.**

ENZO PAGANI FIGUEIREDO

  
KAMILA PAGANI FIGUEIREDO

## PRONTO ATENDIMENTO UC

Florianópolis, 10 de outubro de 2023

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

O abaixo assinado KAMILA PAGANI FIGUEIREDO, responsável pela paciente ENZO PAGANI FIGUEIREDO, dará plena autorização aos médicos da COOP PA - FILIAL CENTRO da Unimed Grande Florianópolis, conforme disposto no artigo 39, IV, da Lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor), para assistirem e tratem de sua enfermidade realizando todos os procedimentos e investigações que julgarem necessárias, para preservação da saúde e da vida do paciente.

Os médicos da COOP PA - FILIAL CENTRO, atendendo ao disposto no artigo 34 do Código de Ética Médica e artigo 9º da Lei 9.078/90, explicarão claramente a proposta do procedimento médico ou cirúrgico, seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas aos procedimentos, proporcionando livre questionamento e respondendo inteira e satisfatoriamente as perguntas.

Outrossim, em caso iminente 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 consentimentos prévios.

O prontuário médico deve permanecer sob a guarda dos médicos desta UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO. Solicitamos que seja devolvido. Em caso de perda ou extravio, será impressa 2ª via de documentos.

Tratando-se de menor paciente, conforme o artigo 12 da Lei nº 8.069/90 (Estatuto da Criança e do Adolescente), é obrigatória a permanência de um dos pais ou responsável legal durante toda a estadia da criança e/ou adolescente na instituição.

Declara KAMILA PAGANI FIGUEIREDO ser responsável solidário (art. 264 e ss do Código Civil) pelo pagamento das despesas que, desde já, declara estar ciente, e que as mesmas serão cobradas conforme cobertura contratual. Sendo os atendimentos **particulares, não cobertos, não autorizados e não quitados na totalidade pelo paciente e/ou responsável a cobrança será realizada conforme estabelecida no presente termo.**

Assim, caso não seja efetuado o pagamento no final do atendimento, a Unimed poderá exigir nota promissória ou, em caso negativo, autoriza o responsável, desde já, a emissão de boleto bancário de cobrança, o qual deverá ser pago em 30 (trinta) dias. **No caso de inadimplência, respeitado o prazo, o nome do responsável será inscrito nos serviços de proteção ao crédito.**

Ressalta que é de responsabilidade do paciente e/ou responsável legal a veracidade dos dados informados no atendimento, bem como a atualização, para envio/realização das cobranças.

**Informa que consultas realizadas nas Unidades de Pronto Atendimento, particular ou convênio não tem direito a retorno.**

  
\_\_\_\_\_  
ENZO PAGANI FIGUEIREDO / KAMILA PAGANI FIGUEIREDO

enfermidade realizando todos os procedimentos e investigações necessárias para preservação da saúde e da vida do paciente, conforme disposto no artigo 39- da Lei n.º 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor).

5.2. Os médicos da CONTRATADA atenderão ao disposto no artigo 34 do Código de Ética Médica e ao art. 6º, inciso III, art. 31 e art. 39, inciso VI, todos do Código de Defesa do Consumidor (Lei n.º 8.078/90), explicando claramente a proposta do procedimento médico ou cirúrgico, seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas ao procedimento, proporcionando livre questionamento e respondendo inteira e satisfatoriamente as perguntas. Igualmente, em caso iminente de risco de morte, de acordo com artigo 22 do Código de Ética Médica, serão efetuados todos e quaisquer procedimentos médicos sem esclarecimento e/ou consentimento prévio.

5.3. Após a alta hospitalar, o paciente deverá liberar o leito em até 30 (trinta) minutos. Caso o período de tolerância seja ultrapassado o(a) CONTRATANTE incidirá multa diária no valor de R\$ 200,00 ( duzentos reais).

**CLÁUSULA SEXTA: Do foro**

6.1. Fica eleito o foro da Comarca de Florianópolis/SC para dirimir quaisquer dúvidas do presente contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja. Assim, por estarem as partes perfeitamente ajustadas entre si, assinam o presente instrumento em duas vias de igual teor e forma para os efeitos do art. 221 do Código Civil, na presença de duas testemunhas abaixo assinadas e identificadas.

Florianópolis, SC, \_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.



\_\_\_\_\_  
CONTRATANTE (OU RESPONSÁVEL)

\_\_\_\_\_  
Unimed Grande Florianópolis Coop. Trab. Médico  
CONTRATADA

Testemunhas

1- \_\_\_\_\_

Nome:

CPF:

2- \_\_\_\_\_

Nome:

CPF:

1 - Registro ANS 000000	3 - N° Guia Principal	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuido para Operadora 13940
4 - Data da Autorização 10/10/2023	5 - Senha 13940	9 - Validade da Carteira 10/10/2023	10 - Nome ENZO PAGANI FIGUEIREDO
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira	11 - Cartão Nacional de Saúde
Dados do Solicitante		13 - Código na Operadora 3006398	14 - Nome do Contratado Unidade Centro

15 - Nome do Profissional Solicitante Requisitante Nao Cadastrado/Inao Cooperado	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 2526	18 - UF SC	19 - Código CBO 225125	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados		21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 10/10/2023	23 - Indicação Clínica CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039	26 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	27 - Qtd. Solic. 1	28 - Qtd. Aut. 0	29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado
Dados do atendimento		31 - Código CNES	32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente ou doença relacionada	34 - Tipo de Consulta
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		35 - Hora Inicial a 38 - Hora final 1	39 - Tabela 2	40 - Código do Procedimento 1	41 - Descrição 1
42 - Qtd. 2	43 - Via 3	44 - Tec. 4	45 - Fator Red./Acresc. 4	46 - Valor Unitário (R\$) 5	47 - Valor Total (R\$) 5

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)		48 - Sec. Rot. 49 - GI-Prat.	50 - Código na Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Observação / Justificativa	59 - Total Procedimentos (R\$)	60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total Materiais (R\$)	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total Medicamentos (R\$)
1 - / /	2 - / /	3 - / /	4 - / /	5 - / /	6 - / /	7 - / /	8 - / /	9 - / /
10 - / /	11 - / /	12 - / /	13 - / /	14 - / /	15 - / /	16 - / /	17 - / /	18 - / /
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado	69 - Total Gases Medicinais R\$	70 - Total Geral (R\$)			
10/10/2023	10/10/2023	10/10/2023	10/10/2023					

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



**Aluno:** Enzo Pagani Figueiredo  
**Nº da Carteira:** 7.205.441  
**Instituição:** Colégio Adventista Palhoça

**Data de Nascimento:** 01/05/2015

**Nº da Guia:** 13940

<b>Data da Ocorrência</b>	<b>Horário</b>	<b>Local</b>	<b>Atividade</b>
10/10/2023	17:13:00	Pátio	Brincadeira

## O que aconteceu

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

## Partes do corpo

Ombro Direito, Cabeça

## Descrição

Aluno estava voltando para sala do pátio correndo, quando esbarrou no pé do colega e caiu, batendo a lateral do rosto e o ombro direito no chão.

## Testemunha da ocorrência

Aline Zeladora

Aline Zeladora

## Telefone

(48) 99935-1000

(48) 99935-1000

## Quem prestou primeiros socorros

Orientadora Liliane

## Data

10/10/2023

## Local de atendimento

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

## Endereço

Rua Madalena Barbi

## Nº Bairro

204 Centro

## Telefone

(48) 3216-8222

## Observações

O Aluno foi prontamente atendido pela zeladora Aline que o trouxe, imediatamente até a orientação escolar. Entramos em contato com a mãe.

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](mailto: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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [portoalegre.clinicaadventista.org.br](http://portoalegre.clinicaadventista.org.br)