



Paciente **EVELLEN SOPHIA ROCHA GUSMAO**  
Data Nascto. 29/02/2016 7 Anos  
Sexo Feminino  
Endereço Rua das Goiabeiras , 50 CASA 1  
Município  
Telefone 984803793

Atendimento **2.988.636**  
Carteirinha: 7205154  
Convênio Instituto Adventista  
Cat. / Plano Instituto Adventista - Único  
Prontuário 99825173  
Data 24/10/2023 18:42:31  
Tipo Acomod Setor sem acomodação

## Termo de Responsabilidade

O abaixo assinado MARIA DOS NAVEGANTES GOMES DA ROCHA, responsável pelo paciente EVELLEN SOPHIA ROCHA GUSMAO, 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.**

EVELLEN SOPHIA ROCHA GUSMAO

*Maria*  
MARIA DOS NAVEGANTES GOMES DA ROCHA

## PRONTO ATENDIMENTO UC

Florianópolis, 24 de outubro de 2023

# CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS - PRONTO ATENDIMENTO

## Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: EVELLEN SOPHIA ROCHA GUSMAO

CPF: 12518895906

Endereço: Rua das Goiabeiras, 50 CASA 1

Atendimento Nº: 2988636

Telefone: (48) 984803793

RG:

## Responsável:

Nome: MARIA

CPF: 01236764366

Endereço: Rua das Goiabeiras, 50 CASA 1

Telefone: 5548984803793

RG:

**CONTRATADA: UNIMED GRANDE FLORIANOPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO;** pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 77.858.611/0015-03, Rua Madalena Barbi, nº 204, Centro, Florianópolis, Estado de Santa Catarina, CEP 88015-190, neste ato representada por seu representante legal abaixo assinado.

### CLÁUSULA PRIMEIRA: Do Objeto

1.1. Constitui-se objeto do presente instrumento, a prestação de serviços médicos e ambulatoriais pela CONTRATADA ao CONTRATANTE/PACIENTE acima qualificado, nas dependências da CONTRATADA situada no endereço indicado no preâmbulo deste contrato, bem como, fora das dependências caso haja necessidade.

### CLÁUSULA SEGUNDA: Das Obrigações e Responsabilidades do CONTRATANTE

1.2.2. Pelo contrato ora firmado, o CONTRATANTE e/ou Responsável, na forma prevista no art. 264 e seguintes do Código Civil, obriga-se a:

a) Assumir todas as despesas particulares ou não cobertas pelo plano de saúde como: serviços médicos, complemento de honorários médicos, fisioterapia, órteses, próteses, materiais, medicamentos, tratamento hospitalar e/ ou ambulatorial, despesas extraordinárias com acompanhante e refeições; ligações telefônicas externas, bem como todo e qualquer ônus decorrente dos serviços de acompanhamento, remoção e outras se utilizadas.

b) Assumir as despesas decorrentes de extravio do enxoval e danos ao patrimônio da CONTRATADA, desde que devidamente comprovados; c) Quitar imediatamente as despesas decorrentes do atendimento na ocasião de alta médica, alta administrativa do paciente do Pronto Atendimento, ou da transferência para prestador de serviço médico-hospitalar.

2.2. É obrigatório a permanência de um responsável durante toda a estadia da criança e/ou adolescente na instituição, de acordo com Estatuto da Criança e do Adolescente - Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990.

2.3. A contratação é vinculada ao Plano de Saúde contratado pelo paciente. A CONTRATADA obedecerá às normas previstas no contrato que disciplina os atendimentos aos usuários, ressaltando a indicação do procedimento médico-hospitalar e seu respectivo tratamento.

2.4. A contratação em caráter particular, não é vinculada a nenhum plano, mas sim, aos serviços efetivamente adquiridos, bem como a indicação do procedimento médico ambulatorial e seu respectivo tratamento.

2.5. É de responsabilidade do CONTRATANTE/PACIENTE e/ou RESPONSÁVEL trazer, para uso durante o atendimento médico-ambulatorial, produtos para higiene pessoal, tais como, por exemplo, dentre outros: creme dental, escova de dente, pente ou escova para cabelo, sabonete líquido, creme e lâmina para barbear, hidratante para pele, shampoo, condicionador, absorvente íntimo, fraldas descartáveis (quando seu uso for necessário).

### CLÁUSULA TERCEIRA: Das obrigações e Responsabilidades da CONTRATADA

3.1. Pelo contratado ora firmado, a CONTRATADA:

a) Reserva-se o direito de emitir boleto bancário de cobrança cujo valor será correspondente ao serviço prestado, no caso de não efetuado o pagamento das despesas estabelecidas na Cláusula Segunda.

b) Na hipótese de inadimplência superior a 30 (trinta) dias, poderá registrar, nos Cadastros de Proteção ao Crédito (SPC, SERASA e afins), obedecendo às normas estabelecidas em lei, os débitos do CONTRATANTE.

c) Obedecer a normas previstas no contrato que disciplina os atendimentos aos usuários do respectivo convênio, caso o CONTRATANTE estiver vinculado a Plano de Saúde.

d) Qualquer objeto que tenha sido esquecido, extraviado ou perdido pelo CONTRATANTE, e localizado nas dependências da CONTRATADA, mediante prova, ficará à disposição daquele pelo prazo de 30 (trinta) dias, findos os quais, serão descartados ou doados por parte da CONTRATADA.

### CLÁUSULA QUARTA: Da apresentação de despesas

4.1. Todas as despesas referidas na Cláusula Segunda serão apresentadas pela CONTRATADA e deverão ser quitadas, imediatamente pelo(a) CONTRATANTE/PACIENTE e/ou RESPONSÁVEL/CONTRATANTE. Nessa oportunidade a CONTRATADA apresentará a fatura/nota fiscal dos serviços prestados.

### CLÁUSULA QUINTA: Disposições gerais

5.1. Neste presente ato, o responsável dá plena autorização dos médicos da CONTRATADA para assistirem e tratarem a

Atend.: 2988636

V.3.0

2 - N° Guia no Prestador 4927109

Atend.: 2988636

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

2 - N° Guia no Prestador 4927109

INSTITUTO ADVENTISTA

3 - N° Guia Principal

1 - Registro ANS

000000

4 - Data da Autorização

24/10/2023

5 - Senha

14160

6 - Data Validade da Senha

14160

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

14160

8 - Número da Carteira

7205154

9 - Validade da Carteira

24/10/2023

10 - Nome

EVELLEN SOPHIA ROCHA GUSMAO

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

N

13 - Código na Operadora

300638

14 - Nome do Contratado

Unidade Centro

15 - Nome do Profissional Solicitante

Requisitante Nao Cadastrado/nao Cooperado

16 - Conselho Profissional

6

17 - Número no Conselho

2526

18 - UF

SC

19 - Código CBO

225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caráter do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

24/10/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

1

22

10101039

CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

27 - Qtdde.Solic.

1

28 - Qtdde.Aut.

1

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNE S

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data

37 - Hora Inicial a 38 - Hora final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

1

2

3

4

5

42 - Qtdde.

43 - Via

44 - Tec.

45 - Fator Red/Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - Seq.Rel.

49 - Gr.Part.

50 - Código na Operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

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

24/10/2023

24/10/2023

68 - Assinatura do Contratado

24/10/2023

Impresso em: 24/10/2023 18:44:25

Página 1

mariany.misvua

WATE70106

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



**Aluno:** Evellen Sophia Rocha Gusmão  
**Nº da Carteirinha:** 7.205.154  
**Instituição:** Colégio Adventista Palhoça

**Data de Nascimento:** 29/02/2016

**Nº da Guia:** 14160

| Data da Ocorrência | Horário  | Local | Atividade               |
|--------------------|----------|-------|-------------------------|
| 24/10/2023         | 17:38:00 | Pátio | Aula de outras matérias |

| O que aconteceu                                                       | Partes do corpo |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Choque com dispositivo fixo ( <b>Ex.: bateu na parede, carteira</b> ) | Cabeça          |

## Descrição

Aluna estava sentada em roda com a turma no pátio, quando um objeto caiu sobre a cabeça dela.

## Testemunha da ocorrência

Professora Tallita

## Telefone

(48) 99935-1000

Professora Tallita

(48) 99935-1000

## Quem prestou primeiros socorros

Professora Tallita

## Data

24/10/2023

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

## Observações

A professora prontamente atendeu a aluna e trouxe até a orientação escolar. Ligamos para Família

Ass.: *Katia Regina dos Santos Machado*  
Katia Regina dos Santos Machado

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