

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - NAS



Atendimento: 3259263

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: EDUARDO TURATTI SCHNEIDER

CPF:

Endereço: Rua Jaime Arruda Ramos , 26

Atendimento Nº: 3259263

Telefone: (48) 988204105

RG: CPF1392

Responsável:

Nome: BRUNO

CPF: 05708550988

Endereço: Rua Jaime Arruda Ramos , 26 APTO 1005

Telefone: 5548988204105

RG: 50477029

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - NAS



Atendimento: 3259263

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 Bruno Leonardo Schneider

CPF nº 057.085.509-88

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

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

Florianópolis/SC, 14/08/24

X Bruno Leonardo Schneider
CONTRATANTE/RESPONSÁVEL

CONTRATADA

Testemunhas

1- _____
Nome:
CPF nº

2- _____
Nome:
CPF nº

1 - Registro ANS 000000
3 - Nº Guia Principal

4 - Data da Autorização 14/08/2024
5 - Senha 19935
6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 19935
8 - Nome da Carteira 7587461
9 - Validade da Carteira

10 - Nome do Beneficiário EDUARDO TURATTI SCHNEIDER
11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN N

13 - Código na Operadora 300938
14 - Nome do Contratado Unidade Centro

15 - Nome do Profissional Solicitante Requirilante Não Cadastrado/nao Cooperado
16 - Conselho Profissional 6

17 - Número no Conselho 2526
18 - UF SC
19 - Código CBO 225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caráter do Atendimento 2
22 - Data da Solicitação 14/08/2024
23 - Indicação Clínica

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

27 - Qtd. Solic. 1
28 - Qtd. Aut. 1

29 - Código na Operadora
30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

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

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

36 - Dia
37 - Hora Inicial a 39 - Hora final
38 - Descrição

39 - Tabela
40 - Código do Procedimento
41 - Descrição

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

48 - Seq. Ref.
49 - Gr.Part.
50 - Código na Operadora/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

EDUARDO TURATTI SCHNEIDER
DI Nasc: 24/05/15
Mae:
Atend.: 3259263 Senha: N154
Instituto Adventista



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
14/08/2024

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
14/08/2024

68 - Assinatura do Contratado
14/08/2024

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Eduardo Turatti Schneider

Nº da Carteira: 7.58.7461

Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Estreito

Data de Nascimento: 24/05/2015

Nº da Guia: 19935

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
14/08/2024	17:55:00	Banheiro	Saída

O que aconteceu

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

Partes do corpo

Rosto, Cabeça

Descrição

Colega fechou a porta no rosto do Eduardo.

Testemunha da ocorrência

Monitor Natan

Telefone

(48) 3039-8054

Local de atendimento

HUGF - HOSPITAL UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS

Endereço

Rua Manoel Loureiro

Nº

191
0

Bairro

Barreiros

Telefone

(48) 3288-4100

Observações

Encaminhado ao hospital de referência Unimed.

Ass.:

Jerry Abdoral Borges

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

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

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

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

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