Unimed

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA

Atendimento: 3534997

Contratante:

Paciente/Usuário **Atendimento Nº:** 3534997

Nome: LIVIA PINHEIRO RAMOS **Telefone:** (48) 991266563

CPF: 13390218971 **RG:**

Endereço: Rua Joci José Martins , 275 ap 604

Responsável:

Nome: IVANA **Telefone:** 4899126-6563

CPF: 09126685710 **RG:**

Endereço: Rua Joci José Martins , 275 APTO 604

CONTRATADA: UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o n.° 77.858.611/0014-14, estabelecida na Rua Manoel Loureiro, n.° 1909, Barreiros, na cidade de São José, Estado de Santa Catarina CEP 88117-331.

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

Unimed

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA

Atendimento: 3534997

Cláusula Sétima: O **CONTRATANTE** acima identificado, na condição de paciente do Pronto Atendimento da Unimed Grande Florianópolis (ou de responsável legal), **se do sexo feminino**, declara para fins legais que após ter sido informada que existe a indicação para realizar consulta(s), exame(s) e procedimento(s) na unidade de saúde da **CONTRATADA**, foi-lhe esclarecido que:

(1) De acordo com a Lei nº 8.080/1990 tem o direito a ser assistida por um acompanhante de sua livre escolha ou, nos casos em que esteja impossibilitada de manifestar sua vontade, de seu representante legal, estando o acompanhante obrigado a preservar o sigilo das informações de saúde de que tiver conhecimento em razão do acompanhamento.

(2) No caso de atendimento que envolva qualquer tipo de sedação ou rebaixamento do seu nível de consciência, caso não indique acompanhante, a Unimed Grande Florianópolis indicara pessoa para lhe acompanhar, sendo preferencialmente profissional de saúde do sexo feminino, sem custo adicional, ciente que poderá recusar o nome indicado e solicitar a indicação de outro profissional, independentemente de justificativa, registrando-se o nome escolhido no documento gerado durante o atendimento.

(3) Em caso de atendimento eletivo com sedação/rebaixamento de consciência, caso não queira ser assistida, deverá no fim deste documento, assinalar a opção de renúncia, ciente que esse termo de consentimento livre e esclarecido será arquivado em seu prontuário.

(4) Ainda em caso de atendimento eletivo com sedação/rebaixamento de consciência, a dispensa do acompanhante poderá ser feita por escrito com 24h de antecedência, sendo o documento também arquivado no prontuário médico.

(5) No caso de atendimento realizado em centro cirúrgico ou unidade de terapia intensiva com restrições relacionadas a segurança ou a saúde da paciente, devidamente justificadas pelo corpo clínico, somente será admitido acompanhante que seja profissional de saúde indicado pelo Hospital Unimed, preferencialmente do sexo feminino.

(6) Em casos de urgência e emergência, os profissionais de saúde da Unimed Grande Florianópolis ficam autorizados a agir na proteção e defesa da saúde e da vida da paciente, ainda que na ausência do acompanhante requerido.

(7) **Afirma, ainda, que** recebeu cópia do presente Contrato e deste *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* e que não foi coagida (forçada) sob nenhuma forma para assinar o referido documento.

Após os esclarecimentos prestados através do presente *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido,* disposto nesta cláusula, vem declarar que:

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

Nome da Acompanhante _____

CPF nº _____

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

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

São José/SC, _____/_____/_____

_____ _____

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.: 3534997

2 - Nº Guia no Prestador 5946129

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**
19/05/2025	28488		28488

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
72051394	19/05/2025	LIVIA PINHEIRO RAMOS		N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado
77858611001414	UNIMED GRANDE FLORIANOPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

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	19/05/2025	

	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
__/__/__	19/05/2025	19/05/2025

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Lívia Pinheiro Ramos
Nº da Carteirinha: 7.205.1394
Instituição: Colégio Adventista Palhoça

Data de Nascimento: 09/06/2017 | **Nº da Guia:** 28488

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
19/05/2025	12:21:00	Pátio	Saída

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Esquerdo

Descrição
Estava correndo e torceu o pé. Referiu estar sentindo uma dor média.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Isis	(48) 3083-9450
Isis	(48) 3083-9450

Quem prestou primeiros socorros	Data
Glaucya Collaço	19/05/2025

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
HUGF - HOSPITAL UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS	Rua Manoel Loureiro	1910	Barreiros	(48) 3288-4100

Observações
Aplicado gelo no local e feito contato com a família para encaminhamento médico.

Ass.: _____
Glaucya Francini Collaco

176.726.884/0135-30
INST. ADV. SUL BRAS. DE EDUCAÇÃO
COLÉGIO ADVENTISTA
Av. Raulino Pagani , Nº 420
CEP:88132-199 - Pagani
Palhoça/SC

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	**LIVIA PINHEIRO RAMOS**	Atendimento	**3.534.997**
Data Nascto.	09/06/2017 7 Anos	Prontuário	99.799.292
Sexo	Feminino	Dt. Entrada	19/05/2025 13:33:53
Telefone	991266563	Convênio	Instituto Adventista Instituto
Leito	1 ORT		

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
19/05/2025 14:17	19/05 14:18	Médico	Evolução Médica PA		LUIZ FERNANDO PEREIRA	CRM 11405

Evolução Médica PA Adulto - ORTOPEDIA

Queixa Principal : ENTORSE DO TORNOZELO ESQUERDO HOJE NA ESCOLA
VEM EM CADEIRA DE RODAS
Exame físico : DOR EM LTFA A ESQ
Conduta : RX SP
ANALGESIA VO
TALA BOTA
ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL
Encaminhamento ao Ambulatório UGF? : não

Documento assinado digitalmente conforme a ICP-Brasil, MP 2.200-2/2001 no sistema certificado SBIS-SRES-068 por LUIZ FERNANDO PEREIRA, às 14:43-03:00 de 19/05/2025 - Válida

Paciente: **LIVIA PINHEIRO RAMOS**
Data de Nascimento: 09/06/2017 Idade: 7anos 11M Sexo: F
Data do Exame: 19/05/2025
Solicitante: Dr.(a) CLAYTON MIGUEL COSTA
Protocolo: UGF3534997 Senha: 567848

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

RADIOGRAFIA DIGITAL DO TORNOZELO ESQUERDO

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

Dr. Roberto Guimarães Tiezzi
CRM/SC 8280

ACREDITADO PLENO
HOSPITAL UNIMED
ONA

Paciente: **LIVIA PINHEIRO RAMOS**
Data de Nascimento: 09/06/2017 Idade: 7anos 11M Sexo: F
Data do Exame: 19/05/2025
Solicitante: Dr.(a) CLAYTON MIGUEL COSTA
Protocolo: UGF3534997 Senha: 567848

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

RADIOGRAFIA DIGITAL DO PÉ ESQUERDO

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

Dr. Roberto Guimarães Tiezzi
CRM/SC 8280

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

Manoel Loureiro, S/N - São José - SC
CNPJ:77858611001414 - Inscrição estadual: - Fone:
(CNES 9671145)

Conta paciente

(77858611001414)

Nota:

Emissao:

N° atend: **3.534.997**
Nº IC: **21.367.204**

Paciente:	Convênio:	Usuário/Matrícula:
LIVIA PINHEIRO RAMOS	**Instituto Adventista**	**72051394**

Categoria:
Instituto Adventista

Prontuário: 99799292 Data entrada: 19/05/2025 13:33:53 Data saída: 19/05/2025 16:16:42 Motivo Alta: Alta melhora
Médico: Dr. LUIZ FERNANDO PEREIRA (CRM 11405) Tipo atend: 3 - Pronto socorro
Proc Princ: 30728134 Lesões Ligamentares Agudas Ao Nível Do Tornozelo - Tratamento Espec/Clinica: 1 Clinica Adulto
Tipo acomodação Setor sem acomodação
Data 09/06/2017 Sexo: F
CID Princ: S93.4 Entorse e distensao do tornozelo
Guia: **28488** Senha: 28488

Dt Conta: 19/05/25 13:35 Dt inicial: 19/05/25 13:33 Dt final: 19/05/25 16:16 Refer: 31/05/25

Movimentação do Paciente

Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO	Setor sem acomodação	1/PA	19/05/2025 13:33:53	19/05/2025 16:16:42
2	Pronto socorro	ORTOPEDIA	Setor sem acomodação	1/ORT	19/05/2025 13:45:41	19/05/2025 16:16:42
3	Serviços Especiais	RAIO X	Setor sem acomodação	1/	19/05/2025 13:57:00	19/05/2025 13:57:00

Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crm	Médico	Função	Valor
1	19/05/25 13:33	PRONTO ATENDIMENTO	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	11405	LUIZ FERNANDO	Clínico	100,32
2	19/05/25 14:09	RAIO X	40804089	Articulação Tibiotársica (Tornozelo)	1,00	15871	LUIZ CARLOS	Clínico	44,25
3	19/05/25 14:09	RAIO X	40804097	Pé Ou Pododáctilo	1,00	15871	LUIZ CARLOS	Clínico	45,99
4	19/05/25 14:20	ORTOPEDIA	30711029	Membro Inferior	1,00	11405	LUIZ FERNANDO	Clínico	24,54
5	19/05/25 14:21	ORTOPEDIA	30728134	Lesões Ligamentares Agudas Ao Nível Do Tornozelo - Tratamento Incruento	1,00	11405	LUIZ FERNANDO	Clínico	107,52
				Total de Honorários Não Conveniados	**5,00**				**322,62**

Materiais

Seq	Código	Descrição	Unid.	Qtde	Vl Unit.	Vl Total
		ORTOPEDIA				
1	78988780	ATADURA CREPON 15 CM X 1,8 M	rl	3,0000	11,2400	33,72
2	70858837	ATADURA GESSADA 15CMX3,0MT 156.911	rl	3,0000	7,4700	22,41
3	70034702	ATADURA ORTOPEDICA 15 CM X 1,8 M	rl	3,0000	12,5500	37,65
4	78202477	MALHA TUBULAR ALGODA	cm	100,0000	0,0500	5,00
		Total - ORTOPEDIA -		**109,0000**		**98,78**
		Total de Materiais		**109,0000**		**98,78**

Total geral R$ **421,40**

Unimed

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA

Atendimento: 3531170

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: MARIA VALENTINA FERREIRA DA SILVA RAMOS

CPF: 14744811914

Endereço: RUA TRIESTE , 170 APTO 01

Atendimento Nº: 3531170

Telefone: (48) 999040059

RG:

Responsável:

Nome: LURDYA

CPF: 05354511992

Endereço: RUA TRIESTE , 170 APTO 01

Telefone: 5548999040059

RG:

CONTRATADA: UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o n.° 77.858.611/0014-14, estabelecida na Rua Manoel Loureiro, n.° 1909, Barreiros, na cidade de São José, Estado de Santa Catarina CEP 88117-331.

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**.

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.

Unimed

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA

Atendimento: 3531170

Cláusula Sétima: O **CONTRATANTE** acima identificado, na condição de paciente do Pronto Atendimento da Unimed Grande Florianópolis (ou de responsável legal), **se do sexo feminino**, declara para fins legais que após ter sido informada que existe a indicação para realizar consulta(s), exame(s) e procedimento(s) na unidade de saúde da **CONTRATADA**, foi-lhe esclarecido que:

(1) De acordo com a Lei nº 8.080/1990 tem o direito a ser assistida por um acompanhante de sua livre escolha ou, nos casos em que esteja impossibilitada de manifestar sua vontade, de seu representante legal, estando o acompanhante obrigado a preservar o sigilo das informações de saúde de que tiver conhecimento em razão do acompanhamento.

(2) No caso de atendimento que envolva qualquer tipo de sedação ou rebaixamento do seu nível de consciência, caso não indique acompanhante, a Unimed Grande Florianópolis indicara pessoa para lhe acompanhar, sendo preferencialmente profissional de saúde do sexo feminino, sem custo adicional, ciente que poderá recusar o nome indicado e solicitar a indicação de outro profissional, independentemente de justificativa, registrando-se o nome escolhido no documento gerado durante o atendimento.

(3) Em caso de atendimento eletivo com sedação/rebaixamento de consciência, caso não queira ser assistida, deverá no fim deste documento, assinalar a opção de renúncia, ciente que esse termo de consentimento livre e esclarecido será arquivado em seu prontuário.

(4) Ainda em caso de atendimento eletivo com sedação/rebaixamento de consciência, a dispensa do acompanhante poderá ser feita por escrito com 24h de antecedência, sendo o documento também arquivado no prontuário médico.

(5) No caso de atendimento realizado em centro cirúrgico ou unidade de terapia intensiva com restrições relacionadas a segurança ou a saúde da paciente, devidamente justificadas pelo corpo clínico, somente será admitido acompanhante que seja profissional de saúde indicado pelo Hospital Unimed, preferencialmente do sexo feminino.

(6) Em casos de urgência e emergência, os profissionais de saúde da Unimed Grande Florianópolis ficam autorizados a agir na proteção e defesa da saúde e da vida da paciente, ainda que na ausência do acompanhante requerido.

(7) **Afirma, ainda, que** recebeu cópia do presente Contrato e deste *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* e que não foi coagida (forçada) sob nenhuma forma para assinar o referido documento.

Após os esclarecimentos prestados através do presente *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido,* disposto nesta cláusula, vem declarar que:

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

Nome da Acompanhante _____

CPF nº _____

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

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

São José/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.: 3531170

2 - Nº Guia no Prestador 5939647

1 - Registro ANS	3 - Nº Guia Principal		
4 - Data da Autorização 15/05/2025	5 - Senha 28341	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuido pela Operadora 28341

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
72051497	15/05/2025	MARIA VALENTINA FERREIRA DA SILVA RAMOS ROSA		N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado
77858611001414	UNIMED GRANDE FLORIANOPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

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	15/05/2025	

	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
__/__/__	15/05/2025	15/05/2025

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Maria Valentina Ferreira da Silva Ramos Rosa
Nº da Carteirinha: 7.205.1497
Instituição: Colégio Adventista Palhoça

Data de Nascimento: 25/07/2013 **Nº da Guia:** 28341

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
15/05/2025	08:13:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Direito

Descrição

Durante a educação física, a aluna torceu o tornozelo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Thiago José Jair Martins	(48) 98830-9594

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
HUGF - HOSPITAL UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS	Rua Manoel Loureiro	1910	Barreiros	(48) 3288-4100

Observações

A aluna foi encaminhada ao Vice diretor que fez contato com a responsável.

Ass.: Thiago Martins
Vice-diretor
Thiago José Jair 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	**MARIA VALENTINA FERREIRA DA SILVA RAMOS ROSA**	Atendimento	**3.531.170**
Data Nascto.	25/07/2013 11 Anos	Prontuário	99.874.092
Sexo	Feminino	Dt. Entrada	15/05/2025 14:41:17
Telefone	999040059	Convênio	Instituto Adventista Instituto
Leito	1 ORT		

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
15/05/2025 15:32	15/05 15:33	Médico	Evolução Médica PA		EDUARDO HUBBE BUSS	CRM 34767

Evolução Médica PA Adulto - ORTOPEDIA

Queixa Principal : queixa de entorse de tornozelo, dor na região do maleolo lateral
nega alergias

Exame físico : ao exame fisico, sem dor em fibula alta, sem gap no tendão calcaneo, sem dor em base do 5° mtt
lesão LTFA
Conduta : P: bota ortopedica/imobilização, gelo local, analgesia, elevação do membro e repouso
Encaminhamento ao Ambulatório UGF? : não

Documento assinado digitalmente conforme a ICP-Brasil, MP 2.200-2/2001 no sistema certificado SBIS-SRES-068 por EDUARDO HUBBE BUSS, às 16:15-03:00 de 15/05/2025 - Válida

Paciente: **MARIA VALENTINA FERREIRA DA SILVA RAMOS ROSA**
Data de Nascimento: 25/07/2013 Idade: 11anos 9M Sexo: F
Data do Exame: 15/05/2025
Solicitante: Dr.(a) EDUARDO HUBBE BUSS
Protocolo: UGF3531170 Senha: 425818

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

RADIOGRAFIA DIGITAL DO PÉ DIREITO

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

Dr. Pedro Lemos de Luca
CRM/SC 6606

ACREDITADO PLENO
HOSPITAL UNIMED
ONA

Paciente: **MARIA VALENTINA FERREIRA DA SILVA RAMOS ROSA**
Data de Nascimento: 25/07/2013 Idade: 11anos 9M Sexo: F
Data do Exame: 15/05/2025
Solicitante: Dr.(a) EDUARDO HUBBE BUSS
Protocolo: UGF3531170 Senha: 425818

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

RADIOGRAFIA DIGITAL DO TORNOZELO DIREITO

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

Manoel Loureiro, S/N - São José - SC
CNPJ:77858611001414 - Inscrição estadual: - Fone:
(CNES 9671145)

Conta paciente

(77858611001414)

Nota:

Emissao:

N° atend: **3.531.170**
Nº IC: **21.363.155**

Paciente:	Convênio:	Usuário/Matrícula:
MARIA VALENTINA FERREIRA DA SILVA RAMOS ROSA	**Instituto Adventista**	**72051497**

Categoria:
Instituto Adventista

Prontuário: 99874092 Data entrada: 15/05/2025 14:41:17 Data saída: 15/05/2025 16:39:30 Motivo Alta: Alta melhora
Médico: Dr. EDUARDO HUBBE BUSS (CRM 34767) Tipo atend: 3 - Pronto socorro
Proc Princ: 30728134 Lesões Ligamentares Agudas Ao Nível Do Tornozelo - Tratamento Espec/Clinica: 1 Clinica Adulto
Tipo acomodação Enfermaria
Data 25/07/2013 Sexo: F
CID Princ: S93.4 Entorse e distensao do tornozelo
Guia: **3531170** Senha: 3531170

Dt Conta: 15/05/25 14:43 Dt inicial: 15/05/25 14:41 Dt final: 15/05/25 16:39 Refer: 31/05/25

Movimentação do Paciente

Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO	Setor sem acomodação	1/PA	15/05/2025 14:41:17	15/05/2025 16:39:30
2	Pronto socorro	ORTOPEDIA	Setor sem acomodação	1/ORT	15/05/2025 14:53:48	15/05/2025 16:39:30
3	Serviços Especiais	RAIO X	Setor sem acomodação	1/	15/05/2025 14:57:00	15/05/2025 14:57:00

Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crm	Médico	Função	Valor
1	15/05/25 14:41	PRONTO ATENDIMENTO	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	34767	EDUARDO HUBBE	Clínico	100,32
2	15/05/25 15:26	RAIO X	40804097	Pé Ou Pododáctilo	1,00	6606	PEDRO LEMOS DE	Clínico	45,99
3	15/05/25 15:27	RAIO X	40804089	Articulação Tibiotársica (Tornozelo)	1,00	6606	PEDRO LEMOS DE	Clínico	44,25
4	15/05/25 15:32	ORTOPEDIA	30711029	Membro Inferior	1,00	34767	EDUARDO HUBBE	Clínico	24,54
5	15/05/25 15:33	ORTOPEDIA	30728134	Lesões Ligamentares Agudas Ao Nível Do Tornozelo - Tratamento Incruento	1,00	34767	EDUARDO HUBBE	Clínico	107,52
	Total de Honorários Não Conveniados				**5,00**				**322,62**

Materiais

Seq	Código	Descrição	Unid.	Qtde	Vl Unit.	Vl Total
		ORTOPEDIA				
1	78988780	ATADURA CREPON 15 CM X 1,8 M	rl	3,0000	11,2400	33,72
2	70858837	ATADURA GESSADA 15CMX3,0MT 156.911	rl	2,0000	7,4700	14,94
3	70034702	ATADURA ORTOPEDICA 15 CM X 1,8 M	rl	3,0000	12,5500	37,65
4	78202477	MALHA TUBULAR 08 CM X 15 M	cm	200,0000	0,0400	8,00
		Total - ORTOPEDIA -		**208,0000**		**94,31**
		Total de Materiais		**208,0000**		**94,31**

Total geral R$ **416,93**

Unimed

Manoel Loureiro, S/N - São José - SC
CNPJ:77858611001414 - Inscrição estadual: - Fone:
(CNES 9671145)

Conta paciente

(77858611001414)

Nota:

Emissao:

N° atend: **3.519.493**
Nº IC: **21.350.520**

Paciente:	Convênio:	Usuário/Matrícula:
MARINA CHIOCA PAMPLONA	**Instituto Adventista**	**27984**

Categoria:
Instituto Adventista

Prontuário: 99527605 Data entrada: 05/05/2025 17:07:40 Data saída: 05/05/2025 19:11:07 Motivo Alta: Alta melhora
Médico: Dr. LUIZ FERNANDO PEREIRA (CRM 11405) Tipo atend: 3 - Pronto socorro
Proc Princ: 30718040 Fratura (Incluindo Descolamento Epifisário) - Redução Incruenta Espec/Clinica: 1 Clinica Adulto
Tipo acomodação Apartamento
Data 31/07/2013 Sexo: F
CID Princ: S82.6 Frat do maleolo lateral
Guia: **27984** Senha: 27984

Dt Conta: 05/05/25 17:09 Dt inicial: 05/05/25 17:07 Dt final: 05/05/25 19:11 Refer: 31/05/25

Movimentação do Paciente

Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO	Setor sem acomodação	1/PA	05/05/2025 17:07:40	05/05/2025 19:11:07
2	Pronto socorro	ORTOPEDIA	Setor sem acomodação	1/ORT	05/05/2025 17:15:54	05/05/2025 19:11:07
3	Serviços Especiais	RAIO X	Setor sem acomodação	1/	05/05/2025 17:52:00	05/05/2025 17:52:00

Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crm	Médico	Função	Valor
1	05/05/25 17:07	PRONTO ATENDIMENTO	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	11405	LUIZ FERNANDO	Clínico	100,32
2	05/05/25 18:02	RAIO X	40804089	Articulação Tibiotársica (Tornozelo)	1,00	8280	ROBERTO	Clínico	44,25
3	05/05/25 18:24	ORTOPEDIA	30711029	Membro Inferior	1,00	11405	LUIZ FERNANDO	Clínico	24,54
4	05/05/25 18:24	ORTOPEDIA	30718040	Fratura (Incluindo Descolamento Epifisário) - Redução Incruenta	1,00	11405	LUIZ FERNANDO	Clínico	136,74
	Total de Honorários Não Conveniados				**4,00**				**305,85**

Materiais

Seq	Código	Descrição	Unid.	Qtde	Vl Unit.	Vl Total
		ORTOPEDIA				
1	78988780	ATADURA CREPON 15 CM X 1,8 M	rl	3,0000	11,2400	33,72
2	70858837	ATADURA GESSADA 15CMX3,0MT 156.911	rl	2,0000	7,4700	14,94
3	70034702	ATADURA ORTOPEDICA 15 CM X 1,8 M	rl	3,0000	12,5500	37,65
4	78202477	MALHA TUBULAR ALGODA	cm	150,0000	0,0500	7,50
		Total - ORTOPEDIA -		**158,0000**		**93,81**
		Total de Materiais		**158,0000**		**93,81**

Total geral R$ **399,66**

Unimed

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA

Atendimento: 3519493

Contratante:

Paciente/Usuário **Atendimento Nº:** 3519493

Nome: MARINA CHIOCA PAMPLONA **Telefone:** (48) 9 84317153

CPF: 11541564944 **RG:**

Endereço: Rua Bocaiúva , 1821 APTO 804

Responsável:

Nome: SILVIA **Telefone:** 5548984317153

CPF: 02310851922 **RG:** 3048540

Endereço: Rua Bocaiúva , 1821 APTO 804

CONTRATADA: UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o n.º 77.858.611/0014-14, estabelecida na Rua Manoel Loureiro, n.° 1909, Barreiros, na cidade de São José, Estado de Santa Catarina CEP 88117-331.

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**.

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.

Unimed

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA

Atendimento: 3519493

Cláusula Sétima: O **CONTRATANTE** acima identificado, na condição de paciente do Pronto Atendimento da Unimed Grande Florianópolis (ou de responsável legal), **se do sexo feminino**, declara para fins legais que após ter sido informada que existe a indicação para realizar consulta(s), exame(s) e procedimento(s) na unidade de saúde da **CONTRATADA**, foi-lhe esclarecido que:

(1) De acordo com a Lei nº 8.080/1990 tem o direito a ser assistida por um acompanhante de sua livre escolha ou, nos casos em que esteja impossibilitada de manifestar sua vontade, de seu representante legal, estando o acompanhante obrigado a preservar o sigilo das informações de saúde de que tiver conhecimento em razão do acompanhamento.

(2) No caso de atendimento que envolva qualquer tipo de sedação ou rebaixamento do seu nível de consciência, caso não indique acompanhante, a Unimed Grande Florianópolis indicara pessoa para lhe acompanhar, sendo preferencialmente profissional de saúde do sexo feminino, sem custo adicional, ciente que poderá recusar o nome indicado e solicitar a indicação de outro profissional, independentemente de justificativa, registrando-se o nome escolhido no documento gerado durante o atendimento.

(3) Em caso de atendimento eletivo com sedação/rebaixamento de consciência, caso não queira ser assistida, deverá no fim deste documento, assinalar a opção de renúncia, ciente que esse termo de consentimento livre e esclarecido será arquivado em seu prontuário.

(4) Ainda em caso de atendimento eletivo com sedação/rebaixamento de consciência, a dispensa do acompanhante poderá ser feita por escrito com 24h de antecedência, sendo o documento também arquivado no prontuário médico.

(5) No caso de atendimento realizado em centro cirúrgico ou unidade de terapia intensiva com restrições relacionadas a segurança ou a saúde da paciente, devidamente justificadas pelo corpo clínico, somente será admitido acompanhante que seja profissional de saúde indicado pelo Hospital Unimed, preferencialmente do sexo feminino.

(6) Em casos de urgência e emergência, os profissionais de saúde da Unimed Grande Florianópolis ficam autorizados a agir na proteção e defesa da saúde e da vida da paciente, ainda que na ausência do acompanhante requerido.

(7) **Afirma, ainda, que** recebeu cópia do presente Contrato e deste *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* e que não foi coagida (forçada) sob nenhuma forma para assinar o referido documento.

Após os esclarecimentos prestados através do presente *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*, disposto nesta cláusula, vem declarar que:

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

Nome da Acompanhante _____

CPF nº _____

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

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

São José/SC, _____/_____/_____

Ria Alvaca Pedro

CONTRATANTE/RESPONSÁVEL | **CONTRATADA**

Testemunhas

1- _____
Nome:
CPF nº

2- _____
Nome:
CPF nº

V.3.0

Instituto Adventista

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

Atend.: 3519493

2 - Nº Guia no Prestador 5919359

1 - Registro ANS	3 - Nº Guia Principal		
4 - Data da Autorização 05/05/2025	5 - Senha 27984	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 27984

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
27984	31/05/2025	MARINA CHIOCA PAMPLONA		N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado
77858611001414	UNIMED GRANDE FLORIANOPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

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	05/05/2025	

	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
__/__/__	05/05/2025 Mina E. Pablo	05/05/2025

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Marina Chioca Pamplona
Nº da Carteirinha: 7.46.5612
Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Centro

Data de Nascimento: 31/07/2013 **Nº da Guia:** 27984

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
05/05/2025	16:11:00	Escada	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de altura (**Ex.: escada**)	Calcanhar Direito, Tornozelo Direito

Descrição

Aluna estava se encaminhando para a aula de Educação Física, quando pisou em falso no ultimo degrau e torceu o tornozelo e caiu.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Cleber Pires	(48) 3039-8200

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
HUGF - HOSPITAL UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS	Rua Manoel Loureiro	1910	Barreiros	(48) 3288-4100

Observações

Recebeu os primeiros atendimentos na escola.

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

Evolução Paciente

Paciente	**MARINA CHIOCA PAMPLONA**	Atendimento	**3.519.493**
Data Nascto.	31/07/2013 11 Anos	Prontuário	99.527.605
Sexo	Feminino	Dt. Entrada	05/05/2025 17:07:40
Telefone	9 84317153	Convênio	Instituto Adventista Instituto
Leito	1 ORT		

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
05/05/2025 17:49	05/05 18:21	Médico	Evolução Médica PA		LUIZ FERNANDO PEREIRA	CRM 11405

Evolução Médica PA Adulto - ORTOPEDIA

Queixa Principal : QUEDA DE ESCADA HOJE COM TRAUMA N TORNOZELO DIREITO
Exame físico : DOR EM MALÉOLO LATERAL
Conduta : RX FRATURA FISÁRIA
TALA BOTA
ANALGESIA VO
ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL
Encaminhamento ao Ambulatório UGF? : não

Paciente: **MARINA CHIOCA PAMPLONA**
Data de Nascimento: 31/07/2013 Idade: 11anos 9M Sexo: F
Data do Exame: 05/05/2025
Solicitante: Dr.(a) LUIZ FERNANDO PEREIRA
Protocolo: UGF3519493 Senha: 838245

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

RADIOGRAFIA DIGITAL DO TORNOZELO DIREITO

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

Dr. Roberto Guimarães Tiezzi
CRM/SC 8280

ACREDITADO PLENO
HOSPITAL UNIMED
ONA

Unimed

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA

Atendimento: 3535553

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: NATHALY RIBEIRO DE OLIVEIRA

CPF: 14370412994

Endereço: Rua Durval Melquíades de Souza , 779

Atendimento Nº: 3535553

Telefone: (48) 991704272

RG:

Responsável:

Nome: SIMONE

CPF: 16123945823

Endereço: Rua Durval Melquíades de Souza , 779 apto 301

Telefone: 5548998044677

RG:

CONTRATADA: UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o n.° 77.858.611/0014-14, estabelecida na Rua Manoel Loureiro, n.° 1909, Barreiros, na cidade de São José, Estado de Santa Catarina CEP 88117-331.

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**.
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.

Unimed

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA

Atendimento: 3535553

Cláusula Sétima: O **CONTRATANTE** acima identificado, na condição de paciente do Pronto Atendimento da Unimed Grande Florianópolis (ou de responsável legal), **se do sexo feminino**, declara para fins legais que após ter sido informada que existe a indicação para realizar consulta(s), exame(s) e procedimento(s) na unidade de saúde da **CONTRATADA**, foi-lhe esclarecido que:

(1) De acordo com a Lei nº 8.080/1990 tem o direito a ser assistida por um acompanhante de sua livre escolha ou, nos casos em que esteja impossibilitada de manifestar sua vontade, de seu representante legal, estando o acompanhante obrigado a preservar o sigilo das informações de saúde de que tiver conhecimento em razão do acompanhamento.

(2) No caso de atendimento que envolva qualquer tipo de sedação ou rebaixamento do seu nível de consciência, caso não indique acompanhante, a Unimed Grande Florianópolis indicara pessoa para lhe acompanhar, sendo preferencialmente profissional de saúde do sexo feminino, sem custo adicional, ciente que poderá recusar o nome indicado e solicitar a indicação de outro profissional, independentemente de justificativa, registrando-se o nome escolhido no documento gerado durante o atendimento.

(3) Em caso de atendimento eletivo com sedação/rebaixamento de consciência, caso não queira ser assistida, deverá no fim deste documento, assinalar a opção de renúncia, ciente que esse termo de consentimento livre e esclarecido será arquivado em seu prontuário.

(4) Ainda em caso de atendimento eletivo com sedação/rebaixamento de consciência, a dispensa do acompanhante poderá ser feita por escrito com 24h de antecedência, sendo o documento também arquivado no prontuário médico.

(5) No caso de atendimento realizado em centro cirúrgico ou unidade de terapia intensiva com restrições relacionadas a segurança ou a saúde da paciente, devidamente justificadas pelo corpo clínico, somente será admitido acompanhante que seja profissional de saúde indicado pelo Hospital Unimed, preferencialmente do sexo feminino.

(6) Em casos de urgência e emergência, os profissionais de saúde da Unimed Grande Florianópolis ficam autorizados a agir na proteção e defesa da saúde e da vida da paciente, ainda que na ausência do acompanhante requerido.

(7) **Afirma, ainda, que** recebeu cópia do presente Contrato e deste *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* e que não foi coagida (forçada) sob nenhuma forma para assinar o referido documento.

Após os esclarecimentos prestados através do presente *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido,* disposto nesta cláusula, vem declarar que:

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

Nome da Acompanhante _____

CPF nº _____

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

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

São José/SC, _____/_____/_____

_____ _____

CONTRATANTE/RESPONSÁVEL **CONTRATADA**

Testemunhas

1- _____ 2- _____

Nome: Nome:

CPF nº CPF nº

V.3.0

Atend.: 3535553

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

Instituto Adventista

2 - Nº Guia no Prestador 5947140

1 - Registro ANS 000000	3 - Nº Guia Principal		
4 - Data da Autorização 19/05/2025	5 - Senha 28526	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 28526

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 7464005	9 - Validade da Carteira 19/05/2025	10 - Nome NATHALY RIBEIRO DE OLIVEIRA	11 - Cartão Nacional de Saúde
12 - Atendimento a RN N			

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora 77858611001414	14 - Nome do Contratado UNIMED GRANDE FLORIANOPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO				
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

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 19/05/2025	23 - Indicação Clínica		

	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 - __/__/__ ____ 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 19/05/2025	68 - Assinatura do Contratado 19/05/2025

WATE70106

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Nathaly Ribeiro de Oliveira
Nº da Carteirinha: 7.46.4005
Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Centro

Data de Nascimento: 07/05/2010 **Nº da Guia:** 28526

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
19/05/2025	18:36:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (**Ex.: entre dois alunos**)	Costas

Descrição

Aluna estava na aula de educação fisica quando teve um choque com terceiro.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Cleber Pires	(48) 3039-8200

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
HUGF - HOSPITAL UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS	Rua Manoel Loureiro	1910	Barreiros	(48) 3288-4100

Observações

Primeiro atendimento no colégio.

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

Evolução Paciente

Paciente	**NATHALY RIBEIRO DE OLIVEIRA**	Atendimento	**3.535.553**
Data Nascto.	07/05/2010 15 Anos	Prontuário	99.788.589
Sexo	Feminino	Dt. Entrada	19/05/2025 19:36:26
Telefone	991704272	Convênio	Instituto Adventista Instituto
Leito	1 ORT		

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
19/05/2025 19:56	19/05 20:58	Médico	Evolução Médica PA		LUIZ FERNANDO PEREIRA	CRM 11405

Evolução Médica PA Adulto - ORTOPEDIA

Queixa Principal : Sinais Vitais Triagem:
FC: 58 PAS: 99 PAD: 54 Temp: 36 FR: 16 SatO2: 99

S: DOR LOMBAR A DIREITA A 1 SEMANA. NEGA TRAUMA. JOGA VOLEI D E HANDBOL. NEGA DISÚRIA

O:

A:

P:
Exame físico : DORLOMBAR A DIREITA. GIORDANO NEG
Conduta : RX SEM LAUDO
ANALGESIA EV COM MELHORA PARCIAL
ANALGESIA VO
RNM
AO ESP DE COLUNA
Encaminhamento ao Ambulatório UGF? : não

Documento assinado digitalmente conforme a ICP-Brasil, MP 2.200-2/2001 no sistema certificado SBIS-SRES-068 por LUIZ FERNANDO PEREIRA, às 00:14-03:00 de 20/05/2025 - Válida

Paciente: **NATHALY RIBEIRO DE OLIVEIRA**
Data de Nascimento: 07/05/2010 Idade: 15anos Sexo: F
Data do Exame: 19/05/2025
Solicitante: Dr.(a) LUIZ FERNANDO PEREIRA
Protocolo: UGF3535553 Senha: 382569

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

RADIOGRAFIA DIGITAL DA COLUNA LOMBAR

Alinhamento normal da coluna lombar.
Corpos vertebrais de forma, densidade, estrutura e contornos normais.
Discos intervertebrais com altura preservada.
Pedículos íntegros.

Dr. Roberto Guimarães Tiezzi
CRM/SC 8280

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 ONA
HOSPITAL UNIMED

Manoel Loureiro, S/N - São José - SC
CNPJ:77858611001414 - Inscrição estadual: - Fone:
(CNES 9671145)

Conta paciente

(77858611001414)

Nota:

Emissao:

N° atend: **3.535.553**
Nº IC: **21.367.799**

Paciente:	Convênio:	Usuário/Matrícula:
NATHALY RIBEIRO DE OLIVEIRA	**Instituto Adventista**	**7464005**

Categoria:
Instituto Adventista

Prontuário: 99788589 Data entrada: 19/05/2025 19:36:26 Data saída: 19/05/2025 21:05:11 Motivo Alta: Alta melhora
Médico: Dr. LUIZ FERNANDO PEREIRA (CRM 11405) Tipo atend: 3 - Pronto socorro
Proc Princ: 00000000 0 Espec/Clinica: 1 Clinica Adulto
Tipo acomodação Enfermaria
Data 07/05/2010 Sexo: F
CID Princ: M54.5 Dor lombar baixa
Guia: **28526** Senha: 28526

Dt Conta: 19/05/25 19:37 Dt inicial: 19/05/25 19:36 Dt final: 19/05/25 21:05 Refer: 31/05/25

Movimentação do Paciente

Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO	Setor sem acomodação	1/PA	19/05/2025 19:36:26	19/05/2025 21:05:11
2	Pronto socorro	ORTOPEDIA	Setor sem acomodação	1/ORT	19/05/2025 19:53:49	19/05/2025 21:05:11
3	Serviços Especiais	RAIO X	Setor sem acomodação	1/	19/05/2025 20:00:00	19/05/2025 20:00:00

Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crm	Médico	Função	Valor
1	19/05/25 19:36	PRONTO ATENDIMENTO	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	11405	LUIZ FERNANDO	Clínico	130,42
2	19/05/25 20:47	RAIO X	40802051	Coluna Lombo-Sacra -3 Incidências	1,00	8280	ROBERTO	Clínico	53,57
	Total de Honorários Não Conveniados				**2,00**				**183,99**

Materiais

Seq	Código	Descrição	Unid.	Qtde	Vl Unit.	Vl Total
		ORTOPEDIA				
1	70014370	AGULHA HIPODERMICA 4	un	1,0000	1,9100	1,91
2	70139148	CATETER IV C/ DISPOSITIVO DE SEGURANCA Nº 20	un	1,0000	12,0000	12,00
3	78312230	EQUIPO INTRAFIX SAFE	un	1,0000	202,4900	202,49
4	70705330	SERINGA 10ml	und	1,0000	3,9300	3,93
		Total - ORTOPEDIA -		**4,0000**		**220,33**
		Total de Materiais		**4,0000**		**220,33**

Medicamentos

Seq	Código	Descrição	Unid.	Qtde	Vl Unit.	Vl Total
		ORTOPEDIA				
1	0000049254	AGUA PARA INJECAO 1 ML/ML SOL INJ CX 200 AMP PLAS TRANS X 10 ML	amp	1,0000	0,39	0,39
2	0000036845	CLORIDRATO DE TRAMADOL 100 MG (50MG/ML) SOL. INJ. CX. 60 AMP X 2 ML	amp	1,0000	6,80	6,80
3	0000036855	DIPIRONA SODICA500 MG/ML SOL INJ CT 120 AMP VD AMB X 2 ML(EMB HOSP)	amp	1,0000	0,49	0,49
4	0000039774	METROFARMA (metoclopramida) 5 MG/ML 2ML AMP.	amp	1,0000	1,05	1,05
5	0000042207	SORO FISIOLOGICO 0,9% 250ML (BBRAUN)	fr	1,0000	7,31	7,31
6	0000060628	TEFLAN 40 MG PÓ LIÓF. INJ. CX. 5 FA + 5 AMP. DIL. X 2 ML	fa	1,0000	28,10	28,10
		Total - ORTOPEDIA -		**6,0000**		**44,14**
		Total de Medicamentos		**6,0000**		**44,14**

Total geral R$ **448,46**

Unimed

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA

Atendimento: 3523231

Contratante:

Paciente/Usuário **Atendimento Nº:** 3523231

Nome: PEDRO HENRIQUE MEDEIROS **Telefone:** (48) 984076046

CPF: 12371003999 **RG:**

Endereço: Rua João Bernadino da Rosa , 353

Responsável:

Nome: DENISE **Telefone:** 5548999999999

CPF: 03472987960 **RG:**

Endereço: Rua João Bernadino da Rosa , 353

CONTRATADA: UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o n.° 77.858.611/0014-14, estabelecida na Rua Manoel Loureiro, n.° 1909, Barreiros, na cidade de São José, Estado de Santa Catarina CEP 88117-331.

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**.

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.

Unimed

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA

Atendimento: 3523231

Cláusula Sétima: O **CONTRATANTE** acima identificado, na condição de paciente do Pronto Atendimento da Unimed Grande Florianópolis (ou de responsável legal), **se do sexo feminino**, declara para fins legais que após ter sido informada que existe a indicação para realizar consulta(s), exame(s) e procedimento(s) na unidade de saúde da **CONTRATADA**, foi-lhe esclarecido que:

(1) De acordo com a Lei nº 8.080/1990 tem o direito a ser assistida por um acompanhante de sua livre escolha ou, nos casos em que esteja impossibilitada de manifestar sua vontade, de seu representante legal, estando o acompanhante obrigado a preservar o sigilo das informações de saúde de que tiver conhecimento em razão do acompanhamento.

(2) No caso de atendimento que envolva qualquer tipo de sedação ou rebaixamento do seu nível de consciência, caso não indique acompanhante, a Unimed Grande Florianópolis indicara pessoa para lhe acompanhar, sendo preferencialmente profissional de saúde do sexo feminino, sem custo adicional, ciente que poderá recusar o nome indicado e solicitar a indicação de outro profissional, independentemente de justificativa, registrando-se o nome escolhido no documento gerado durante o atendimento.

(3) Em caso de atendimento eletivo com sedação/rebaixamento de consciência, caso não queira ser assistida, deverá no fim deste documento, assinalar a opção de renúncia, ciente que esse termo de consentimento livre e esclarecido será arquivado em seu prontuário.

(4) Ainda em caso de atendimento eletivo com sedação/rebaixamento de consciência, a dispensa do acompanhante poderá ser feita por escrito com 24h de antecedência, sendo o documento também arquivado no prontuário médico.

(5) No caso de atendimento realizado em centro cirúrgico ou unidade de terapia intensiva com restrições relacionadas a segurança ou a saúde da paciente, devidamente justificadas pelo corpo clínico, somente será admitido acompanhante que seja profissional de saúde indicado pelo Hospital Unimed, preferencialmente do sexo feminino.

(6) Em casos de urgência e emergência, os profissionais de saúde da Unimed Grande Florianópolis ficam autorizados a agir na proteção e defesa da saúde e da vida da paciente, ainda que na ausência do acompanhante requerido.

(7) **Afirma, ainda, que** recebeu cópia do presente Contrato e deste *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* e que não foi coagida (forçada) sob nenhuma forma para assinar o referido documento.

Após os esclarecimentos prestados através do presente *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido,* disposto nesta cláusula, vem declarar que:

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

Nome da Acompanhante _____

CPF nº _____

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

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

São José/SC, _____/_____/_____

_____ _____

CONTRATANTE/RESPONSÁVEL **CONTRATADA**

Testemunhas

1- _____ 2- _____

Nome: Nome:

CPF nº CPF nº

V.3.0

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

Atend.: 3523231

Instituto Adventista

2 - N° Guia no Prestador 5925930

1 - Registro ANS	3 - N° Guia Principal		
4 - Data da Autorização 08/05/2025	5 - Senha 7205436	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuido pela Operadora 28119

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
7205436	08/05/2025	PEDRO HENRIQUE MEDEIROS		N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado
77858611001414	UNIMED GRANDE FLORIANOPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

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	08/05/2025	

	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
__/__/__	08/05/2025	08/05/2025

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Pedro Henrique Medeiros
Nº da Carteirinha: 7.205.436
Instituição: Colégio Adventista Palhoça

Data de Nascimento: 27/02/2008 | **Nº da Guia:** 28119

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
08/05/2025	10:48:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (**Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro**)	4º Dedo Mão Direita

Descrição

Estava jogando vôlei, um colega foi chutar a bola e acertou o dedo do Pedro. Referiu dor no local, sem conseguir dobrar o dedo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Glaucya	(48) 3083-9450
Glaucya	(48) 3083-9450

Quem prestou primeiros socorros	Data
Glaucya Collaço	08/05/2025

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
HUGF - HOSPITAL UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS	Rua Manoel Loureiro	1910	Barreiros	(48) 3288-4100

Observações

Aplicado gelo no local e feito contato com a família para encaminhamento médico.

76.726.884/0135-30
INST. ADV. SUL BRAS. DE EDUCAÇÃO
COLÉGIO ADVENTISTA
Av. Raulino Pagani, Nº 420
CEP:88132-199 - Pagani
Palhoça/SC

Ass.: _____
Glaucya Francini Collaco

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	**PEDRO HENRIQUE MEDEIROS**	Atendimento	**3.523.231**
Data Nascto.	27/02/2008 17 Anos	Prontuário	99.873.535
Sexo	Masculino	Dt. Entrada	08/05/2025 13:52:28
Telefone	984076046	Convênio	Instituto Adventista Instituto
Leito	1 ORT		

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
08/05/2025 14:37	08/05 14:37	Médico	Evolução Médica PA		JULIANO TEIXEIRA DE SA	CRM 17278

Evolução Médica PA Adulto - ORTOPEDIA

Queixa Principal : Sinais Vitais Triagem:
FC: 106 PAS: 127 PAD: 66 Temp: 35,5 FR: 18 SatO2: 99

trauma 4 qdd
dor aip
adm completa
rx sp
repouso
analgesia
seguimento amb
Encaminhamento ao Ambulatório UGF? : não

Documento assinado digitalmente conforme a ICP-Brasil, MP 2.200-2/2001 no sistema certificado SBIS-SRES-068 por JULIANO TEIXEIRA DE SA, às 06:06-03:00 de 12/05/2025 - Válida

Paciente: **PEDRO HENRIQUE MEDEIROS**
Data de Nascimento: 27/02/2008 Idade: 17anos 2M Sexo: M
Data do Exame: 08/05/2025
Solicitante: Dr.(a) JULIANO TEIXEIRA DE SA
Protocolo: UGF3523231 Senha: 80008

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

RADIOGRAFIA DIGITAL DA MÃO DIREITA

Estrutura óssea normal.
Relações articulares anatômicas.
Partes moles sem alterações radiográficas.
Fixação metálica do rádio distal.

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

Unimed

Manoel Loureiro, S/N - São José - SC
CNPJ:77858611001414 - Inscrição estadual: - Fone:
(CNES 9671145)

Conta paciente

(77858611001414)

Nota:

Emissao:

N° atend: **3.523.231**
Nº IC: **21.354.382**

Paciente:	Convênio:	Usuário/Matrícula:
PEDRO HENRIQUE MEDEIROS	**Instituto Adventista**	**7205436**

Categoria:
Instituto Adventista

Prontuário: 99873535 Data entrada: 08/05/2025 13:52:28 Data saída: 08/05/2025 15:34:41 Motivo Alta: Alta melhora
Médico: Dr. JULIANO TEIXEIRA DE SA (CRM 17278) Tipo atend: 3 - Pronto socorro
Proc Princ: 00000000 0 Espec/Clinica: 1 Clinica Adulto
Tipo acomodação Setor sem acomodação
Data 27/02/2008 Sexo: M
CID Princ: S60.0 Contusao de dedos s/lesao da unha
Guia: **28119** Senha: 28119

Dt Conta: 08/05/25 13:54 Dt inicial: 08/05/25 13:52 Dt final: 08/05/25 15:34 Refer: 31/05/25

Movimentação do Paciente

Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO	Setor sem acomodação	1/PA	08/05/2025 13:52:28	08/05/2025 15:34:41
2	Pronto socorro	ORTOPEDIA	Setor sem acomodação	1/ORT	08/05/2025 13:59:25	08/05/2025 15:34:41
3	Serviços Especiais	RAIO X	Setor sem acomodação	1/	08/05/2025 14:11:00	08/05/2025 14:11:00

Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crm	Médico	Função	Valor
1	08/05/25 13:52	PRONTO ATENDIMENTO	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	17278	JULIANO TEIXEIRA	Clínico	100,32
2	08/05/25 14:13	ORTOPEDIA	30711010	Imobilizações Não-Gessadas (Qualquer Segmento)	1,00	17278	JULIANO TEIXEIRA	Clínico	12,27
3	08/05/25 14:32	RAIO X	40803120	Mão Ou Quirodáctilo	1,00	6606	PEDRO LEMOS DE	Clínico	44,25
	Total de Honorários Não Conveniados				**3,00**				**156,84**

Materiais

Seq	Código	Descrição	Unid.	Qtde	Vl Unit.	Vl Total
		PRONTO ATENDIMENTO				
1	78365678	ATADURA CREPON 06 CM X 1,8 M	rl	1,0000	1,2300	1,23
2	78202850	TALA METALICA IMOBILIZACAO 16X250MM	und	1,0000	4,5200	4,52
		Total - PRONTO ATENDIMENTO -		**2,0000**		**5,75**
		Total de Materiais		**2,0000**		**5,75**

Total geral R$ **162,59**