

HOSPITAL



Controle de Entrada de Pacientes - Philips PACS



3178009

Paciente	HENRIQUE BATISTA DA CRUZ	Atendimento	3.178.009	Cônvênio	Instituto Adventista
Data Nascto.	21/03/2015	Prescrição	4737232	Categoria	Instituto Adventista
Idade	9 Anos	Prontuário	99.843.178	Plano	Único
Sexo	Masculino	Data	20/05/2024 12:29:21	Município	Florianópolis
Setor	TOMOGRAFIA	Anteriores	() SIM () NÃO		

Exames Anteriores

Exames a Realizar

Protocolo: UGF3178009 Senha: 401753
41001010 - TOMOGRAFIA DE CRANIO
Acesso: 7690898 ID: 12183398

Jorge Roberto Broetto
Matricula: 5943
Assistente de Atendimento
Unimed Grande Florianópolis

Solicitante: Dr.(a) JARDSON ROCHA

AGENDAMENTOS

Data/Hora	Exame(s)	Executor	Agenda
20/05/2024 13:15	TOMOGRAFIA DE CRANIO	Fabio Vargas Magalhaes	TOMOGRAFIA

UGF - Contrato de Prestação de Serviços Hospitalares CDI

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: HENRIQUE BATISTA DA CRUZ

CPF: 12721658921

Endereço: Avenida Epitácio Bittencourt, 466

Atendimento Nº: 3178009

Telefone: (48) 984482273

RG:

Responsável:

Nome: RUANA

CPF: 93256957900

Endereço: Avenida Epitácio Bittencourt, 466 CASA

Telefone: 5548984482273

RG:

CONTRATADA: UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO; pessoa jurídica de direito privado, inscrita pelo CNPJ sob nº 77.858.611/0001-08; estabelecida na Rua Dom Jaime Câmara, nº 94, Centro, Florianópolis, Estado de Santa Catarina, CEP 88015-120; neste ato representada pelo seu representante legal abaixo assinado.

CLÁUSULA PRIMEIRA: Do Objeto

Constitui-se do presente instrumento, a prestação de serviços hospitalares pela CONTRATADA ao CONTRATANTE/PACIENTE acima qualificado, nas dependências do Hospital Unimed, sito á Rua Manoel Loureiro, 1909, Barreiros - São José/SC, inscrito no CNPJ sob nº 17.034.086/0001-76, bem como, fora das dependências caso haja necessidade.

CLÁUSULA SEGUNDA: Das Obrigações e Responsabilidades do(a) CONTRATANTE

Pelo contrato ora firmado, o CONTRATANTE (e/ou Responsável Art. 264 e seguintes do Código Civil) obriga-se a:

- Assumir todas as despesas particulares ou não cobertas pelo plano de saúde;
- Assumir despesas decorrentes de extravio do enxoval e danos ao patrimônio do hospital, desde que devidamente comprovados;

Parágrafo primeiro:

É obrigatório a permanência de um responsável durante toda a estadia da criança e/ou adolescente na instituição, de acordo com Estatuto da Criança e do Adolescente - Lei Nº 8.069, de 13 de julho de 1990.

Parágrafo Segundo:

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

Parágrafo Terceiro:

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

CLÁUSULA TERCEIRA: Das obrigações e Responsabilidades da CONTRATADA.

Pelo contrato ora firmado, a CONTRATADA:

- Reserva-se o direito de emitir boleto bancário de cobrança cujo valor será correspondente ao serviço prestado, no caso de não efetuado o pagamento das despesas estabelecidas na Cláusula Segunda.
- Em caso de mora por mais de 30 (trinta) dias, poderá registrar, nos Cadastros de Proteção ao Crédito (SPC, SERASA e afins), obedecendo a às normas estabelecidas em lei, os débitos do CONTRATANTE.
- Obedecer a normas previstas no contrato que disciplina os atendimentos aos usuários do respectivo convênio, caso o CONTRATANTE estiver vinculado a Plano de Saúde.
- Qualquer objeto que tenha sido esquecido, extraviado ou perdido pelo CONTRATADO, e localizado nas dependências da CONTRATANTE, mediante prova, ficará a disposição daquele pelo prazo de 30 (Trinta) dias, findos os quais, serão descartados ou doados por parte da CONTRATANTE.

CLÁUSULA QUARTA: Da Apresentação de Despesas

Todas as despesas referidas na Cláusula Segunda serão apresentadas pela CONTRATADA e deverão ser quitadas, imediatamente pelo (a) CONTRATANTE/PACIENTE e/ou RESPONSÁVEL/CONTRATANTE.

Nessa oportunidade a CONTRATADA apresentará a fatura/nota fiscal dos serviços prestados.

CLÁUSULA QUINTA: Disposições gerais

Neste presente ato, o responsável dá plena autorização dos médicos da CONTRATADA para assistirem e tratarem a enfermidade realizando todos os procedimentos e investigações necessárias para preservação da saúde e da vida do paciente, conforme disposto no artigo 39, da Lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor).

Parágrafo Primeiro:

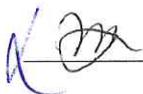
Os médicos da CONTRATADA atenderão ao disposto no artigo 34 do Código de Ética Médica e artigo 90 da Lei 8.078/90, explicando claramente a proposta do procedimento médico ou cirúrgico, seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas ao procedimento, proporcionando livre questionamento e respondendo inteira e satisfatoriamente as perguntas. Igualmente, em caso iminente de risco de morte, de acordo com artigo 22 do Código de Ética Médica, serão efetuados todos e quaisquer procedimentos médicos sem esclarecimentos e consentimentos prévios.

CLÁUSULA SEXTA: Do foro

Fica eleito o foro da Comarca de São José/SC para julgamento dos conflitos de interesses oriundos deste contrato

Assim por estarem às partes perfeitamente ajustadas entre si, assinam o presente instrumento em duas vias de igual teor e forma para os efeitos do art. 221 do Código Civil, na presença de duas testemunhas abaixo assinadas e identificadas.

São José, SC, __ de _____ de ____.



Contratante ou Responsável

Unimed Grande Florianópolis Coop. Trab. Medico
CONTRATADA

TESTEMUNHAS:

1. Nome: _____

2. Nome: _____

CPF: _____ RG: _____

CPF: _____ RG: _____

HENRIQUE BATISTA DA CRUZ ✓
Dt Nasc: 21/03/15 ✓
Mae: RUANA BATISTA
Atend: 3178009 1
Instituto Adventista

TERMO-ASS-22
Revisão 09
Emissão: 16/01/2024

QUESTIONÁRIO DE TOMOGRAFIA
COMPUTADORIZADA



Esteve internado nos últimos três meses em UTI de outro Hospital? () Sim () Não Qual Instituição?.....

Está institucionalizado (casa de repouso)? () Sim () Não Qual Instituição?.....

Paciente está em jejum: Sim () Não Horário da última refeição: 05:30 h;

Altura: 130 cm; Peso: 25 Kg.

Está portando Arma Branca e/ou Arma de Fogo? () Sim Não

1. Motivo do exame (principal queixa):

Há 3 dias caiu no escudo, onde se coliga
caiu em cima do edile. Na hora dor
no edile + vômito.

2. Foi submetido a alguma cirurgia?

Qual?.....; Tempo..... anos; Motivo:.....

Qual? Não.....; Tempo..... anos; Motivo:.....

Qual?.....; Tempo..... anos; Motivo:.....

Qual?.....; Tempo..... anos; Motivo:.....

Qual?.....; Tempo..... anos; Motivo:.....

3. Foi submetido a exame radiológico com uso de meio de contraste? () Sim Não

Qual? () Raio-X () Urografia Excretora () Arteriografia () Cateterismo () Flebografia () TC () RM.

Já apresentou reação alérgica após o uso de contraste endovenoso? () Sim () Não

Qual? () Náusea/Vômito () Falta de ar () Tontura () Desmaio () Vermelhidão/Coceira

() Outra? Descreva:.....

4. Medicamentos em uso: Não

5. História Pregressa:

Alergia? () Sim Não Quais?.....

Asma? () Sim Não

Bronquite? () Sim Não

Rinite? () Sim Não

Diabete? () Sim Não

Cardíaca? () Sim Não

Hipertensão? () Sim Não

Doença Crônica? () Sim Não Qual?.....

Claustrofobia? () Sim () Não

Tabagismo? () Sim () Não Cigarros/Maços Dia?.....

Radioterapia? () Sim Não Duração?.....

Quimioterapia? () Sim Não Duração?.....

Suspeita de Gravidez () Sim () Não Talvez?.....

Doença Renal () Valor Creatinina?.....

6. Questionário para Articulação: Atividade física regular? () Sim () Não Qual?.....

Frequência?..... Sente dor no local a ser examinado? () Sim () Não

(Difusa) (Localizada) Onde?.....

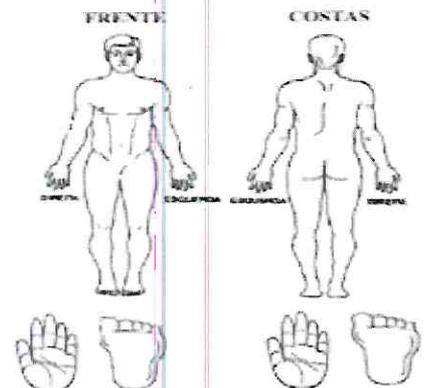
Trauma/Entorse? () Sim () Não Descreva:.....

Instabilidade/Falseto na articulação? () Sim () Não Descreva.....

Procedimento invasivo (bloqueio/infiltração)? () Sim () Não Período.....

Assinatura Paciente / Responsável

Assinatura Colaborador



COLAR ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE AQUI

TERMO-ASS-22
Revisão 09
Emissão: 16/01/2024

QUESTIONÁRIO DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA EXAMES CONTRASTADOS

A Tomografia Computadorizada (TC) é um método de exame por imagem que envolve o uso de radiação ionizante (raios x) e computadores para produzir imagens de interesse médico, da parte do corpo que se quer estudar. Como parte de seu exame, pode ser necessária a injeção de contraste iodado em uma veia. É um líquido transparente, sem cor, que será eliminado de seu corpo pelos rins e não vai alterar o aspecto da urina. O contraste serve para realçar tecidos de interesse e fornecer importantes informações diagnósticas.

Estou ciente que existe certo risco, como em qualquer procedimento médico. Durante a injeção o paciente pode experimentar uma sensação de calor, náusea ou vômito. Alguns poucos pacientes têm uma reação do tipo alérgica que pode incluir coceira e/ou urticária, inchaço dos olhos ou lábios, espirros, ou, raramente, dificuldade para respirar. Nesses casos, se necessário, poderá ser administrada medicação para o tratamento dessas reações. Excepcionalmente, podem ocorrer complicações mais sérias como choque, insuficiência renal e problemas cardiorrespiratórios. Ocasões em que serão tomadas condutas imediatas, como atendimento médico e administração dos medicamentos necessários. Complicações fatais são extremamente raras. Estou ciente de que no(a) paciente, com diabetes, mieloma múltiplo, alergia severa, ou teve reação prévia no uso de contraste iodado, o risco pode ser um pouco maior. Informo que recebi todas as explicações necessárias quanto à importância, riscos e benefícios do exame solicitado, o meio de contraste iodado utilizado durante o exame será injetado em uma veia do corpo. A maioria dos pacientes não apresenta efeitos colaterais ou complicações para essa injeção de contraste. Informo ainda que li e compreendi todas as informações deste documento e, antes de sua assinatura, tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s). Fui o propósito, os riscos, os benefícios e as alternativas para o tratamento(s)/procedimento(s) acima descritos.

AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE

Assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do mesmo, expressando que as informações foram prestadas de viva voz pelo(a) médico(a), tendo sido perfeitamente entendidas e aceitas. Fica também estabelecido que diante do procedimento, o paciente e/ou representante legal pode revogar este consentimento a qualquer momento de maneira formal. Autorizo a realização de todo o procedimento necessário para tratamento imediato caso ocorra algum tipo de reação adversa durante o exame.

Data: ____/____/____

Assinatura do paciente ou responsável

REJEIÇÃO DO PACIENTE

Reservo-me no direito de não utilizar o contraste durante a realização do exame, ainda que tenha sido prescrito pelo médico, e que a falta da utilização do medicamento possa interferir no resultado do meu exame.

Data: 20/05/24

Assinatura do paciente ou responsável

VALIDAÇÃO MÉDICA

Atesto que expliquei detalhadamente para o(a) paciente e/ou seu(s) familiar(es), ou responsável(eis), o propósito, os benefícios e os riscos e do procedimento, bem como, que poderá revogar o consentimento que agora é concedido e confirmado, até o momento de sua realização.

Data: ____/____/____

Assinatura do médico

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Henrique Batista da Cruz
Nº da Carteira: 7.46.5501
Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Centro



Data de Nascimento: 21/03/2015 **Nº da Guia:** 17736

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
15/05/2024	09:34:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Cabeça

Descrição
Aluno estava correndo na Ed.física aonde se chocou com um colega e o aluno veio a bater a cabeça no piso da quadra.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Jardson Rocha	(48) 98876-0315

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

Observações
Aluno foi atendido e ligado para mãe do aluno.

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



Paciente: HENRIQUE BATISTA DA CRUZ	Convênio: Instituto Adventista	Usuário/Matrícula: 7465501	Emissão: Nº atend: 3.178.009 Nº IC: 20.942.767
Categoria: Instituto Adventista			

Prontuário: 99843178 Data entrada: 20/05/2024 12:29:21 Data saída: 20/05/2024 13:14:50 Motivo Alta: Alta melhora
Médico: Dr. FABIO VARGAS MAGALHAES (CRM 9267) Tipo atend: 7 - Externo
Proc Princ: 00000000 0 Tipo acomodação Setor sem acomodação Espec/Clinica: 1 Clinica Adulto
Data 21/03/2015 Sexo: M
CID Princ:
Guia: 17736 Senha: 7465501

Dt Conta: 20/05/24 13:12 Dt inicial: 20/05/24 12:29 Dt final: 20/05/24 13:14 Refer: 01/08/24

Movimentação do Paciente

Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Serviços Especiais	TOMOGRAFIA	Setor sem acomodação	1/	20/05/2024 12:29:21	20/05/2024 13:14:50

Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor
1	20/05/24 13:12	TOMOGRAFIA	41001010	Crânio Ou Sela Túrcica Ou Órbitas	1,00	14825	RAFAEL MARTINS	Clínico	414,37
Total de Honorários Não Conveniados					1,00				414,37

Total geral R\$**414,37**

Paciente **HENRIQUE BATISTA DA CRUZ**

Data Nascto. 21/03/2015 9 Anos

Sexo Masculino

Telefone 984482273

Leito 1

Atendimento **3.178.009**

Prontuário 99.843.178

Dt. Entrada 20/05/2024 12:29:21

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
20/05/2024 13:12	20/05 13:14	Técnico de	Evolução Imagem		ANDRIELE DA SILVA VICTORIA	COREN 1746649

Avaliação: SBAR - Transferência setor IMAGEM**Setor de origem :** ELETIVO**Setor destino :** IMAGEM**Situação atual :** TC**Análise :** Paciente eletivo de meios próprios, veio ao setor em cia da enfermagem e familiar, realizou Tc de crânio, sem o uso de contraste, vó não autorizou, conforme Dr Gustavo**Plano :** Exame sem intercorrencia**Avaliação de criticidade do paciente :** Cuidados mínimos**Paciente repuncionado? :** Não**Exame realizado: :** Tomografia**Data e hora do contato :** 20/05/2024



Paciente: **HENRIQUE BATISTA DA CRUZ**
Data de Nascimento: 21/03/2015 Idade: 9anos 1M Sexo: M
Data do Exame: 20/05/2024
Solicitante: Dr.(a) JARDSON ROCHA
Protocolo: UGF3178009 Senha: 401753

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

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

TÉCNICA

Aquisição volumétrica em aparelho multislice de 128 canais sem administração do meio de contraste intravenoso.

ANÁLISE

Parênquima cerebral com coeficientes de atenuação preservados.
Tronco cerebral e cerebelo com densidade homogênea.
Cavidades ventriculares com dimensões preservadas.
Não há evidências de processos expansivos, calcificações patológicas ou coleções extra-axiais.
Estruturas da linha média centradas.
Estruturas ósseas íntegras.
Discreta secreção no seio esfenoidal esquerdo.

IMPRESSÃO

Discreta secreção no seio esfenoidal esquerdo.

Dr. Rafael Martins Ferreira
CRM/SC 14825

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

