



Paciente	JOAQUIM PEREIRA DO CARMO		Atendimento	3.017.819
Data Nascto.	02/08/2015	8 Anos	Carteirinha:	7205171
Sexo	Masculino		Convênio	Instituto Adventista
Endereço	Rua Cecílio Antônio Leal , 298 casa		Cat. / Plano	Instituto Adventista - Único
Município	Palhoca		Prontuário	99646023
Telefone	999175975		Data	27/11/2023 20:50:42
			Tipo Acomod	Setor sem acomodação

## Termo de Responsabilidade

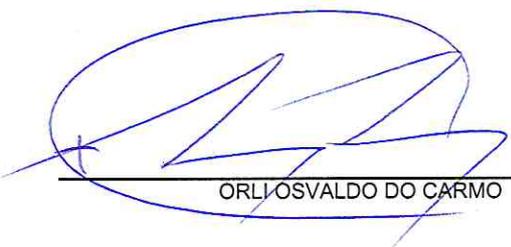
O abaixo assinado ORLI OSVALDO DO CARMO, responsável pelo paciente JOAQUIM PEREIRA DO CARMO, dará a plena autorização aos médicos da COOP PA - FILIAL CENTRO da Unimed Grande Florianópolis, conforme disposto no artigo 39, IV, da Lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor), para assistirem e tratarem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

Os médicos da COOP PA - FILIAL CENTRO, atendendo ao disposto no artigo 34 do Código de Ética Médica e artigo 9º da Lei 8.078/90, explicarão claramente a proposta do procedimento médico ou cirúrgico, seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas ao procedimento, proporcionando livre questionamento e respondendo inteira e satisfatoriamente as perguntas. Outrossim, em caso iminente de perigo de vida, de acordo com o artigo 22 do Código de Ética Médica, serão efetuados todos e quaisquer procedimentos médicos sem esclarecimento e consentimento prévios.

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

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

JOAQUIM PEREIRA DO CARMO

  
ORLI OSVALDO DO CARMO

## PRONTO ATENDIMENTO UC

Florianópolis, 27 de novembro de 2023



Atendimento: 301781

Data de Entrada: 27/11/2023 20:50:42

### TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

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

Outrossim, em caso iminente de perigo de vida, de acordo com o artigo 22 do Código de Ética Médica, serão efetuados todos e quaisquer procedimentos médicos sem esclarecimento e consentimentos prévios.

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

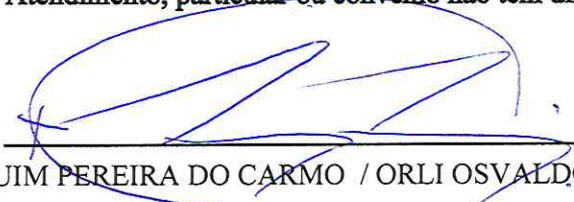
Tratando-se de menor paciente, conforme o artigo 12 da Lei nº 8.069/90 (Estatuto da Criança e do Adolescente), é obrigatória a permanência de um dos pais ou responsável legal durante toda a estadia da criança e/ou adolescente na instituição.

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

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

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

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

  
JOAQUIM PEREIRA DO CARMO / ORLI OSVALDO DO CARMO

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

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

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

**CLÁUSULA SEXTA: Do foro**

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

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

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

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

Testemunhas

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

Nome:

CPF:

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

Nome:

CPF:

1 - Registro ANS 00.0000  
 3 - Nº Guia Principal  
 4 - Data da Autorização 27/11/2023  
 5 - Senha 14854  
 6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuido pela Operadora 14854  
 8 - Número da Carteira 72.05171  
 9 - Validade da Carteira  
 10 - Nome do Beneficiário JOAQUIM PEREIRA DO CARMO

11 - Cartão Nacional de Saúde  
 12 - Atendimento a RN N

Dados do Solicitante  
 13 - Código na Operadora 300638  
 14 - Nome do Contratado Unidade Centro  
 15 - Nome do Profissional Solicitante Requirante Não Cadastrado no Cooperado  
 16 - Conselho Profissional 6  
 17 - Número no Conselho 2526  
 18 - UF SC  
 19 - Código GBO 225125  
 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados  
 21 - Grátis do Atendimento 2  
 22 - Data da Solicitação 27/11/2023  
 23 - Indicação Clínica CONSULTA EM PRONTO SOCORRO  
 24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039  
 26 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO  
 27 - Qtd. Solic. 1  
 28 - Qtd. Aut. 0

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 1  
 37 - Hora Inicial a 38 - Hora Final  
 39 - Tabela  
 40 - Código do Procedimento  
 41 - Descrição  
 42 - Qtd.  
 43 - Via  
 44 - Tec.  
 45 - Fator Red./Acred.  
 46 - Valor Unitário (R\$)  
 47 - Valor Total (R\$)

Qualificação (de(s) Profissional(is) Executante(s))  
 48 - Seq. Prof.  
 49 - Gr. Prof.  
 50 - Código na Operadora/CPF  
 51 - Nome do Profissional  
 52 - Conselho Profissional  
 53 - Número no Conselho  
 54 - UF  
 55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série  
 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  
 58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)  
 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)  
 61 - Total Materiais (R\$)  
 62 - Total de OPME (R\$)  
 63 - Total Medicamentos (R\$)  
 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

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Joaquim Pereira do Carmo  
**Nº da Carteira:** 7.205.171  
**Instituição:** Colégio Adventista Palhoça



**Data de Nascimento:** 02/08/2015

**Nº da Guia:** 14854

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
27/11/2023	19:50:00	Sala de Aula	Aula de outras matérias

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Rosto, Cabeça

**Descrição**  
O aluno estava em aula extra, caiu e bateu com o rosto no chão. Cortou a testa e sangrou o nariz.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Bianca Bendik Rodrigues	48998557433
Bianca Bendik Rodrigues	48998557433

Quem prestou primeiros socorros	Data
Gisele (professora)	27/11/2023

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

**Observações**  
Foi aplicado gelo no local e encaminhado para atendimento médico.

Ass.: \_\_\_\_\_

  
p/ Bianca Bendik Rodrigues

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

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0003-31  
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157  
[assistenciamedica@clinicaadventista.org.br](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [portoalegre.clinicaadventista.org.br](http://portoalegre.clinicaadventista.org.br)