



Paciente	JORGE BATISTA COUTO CARVALHO LEÃO		Atendimento	2.977.394
Data Nascto.	05/01/2016	7 Anos	Carteirinha:	7205537
Sexo	Masculino		Convênio	Instituto Adventista
Endereço	Rua Governador José Boabaid , 169 APTO 403		Cat. / Plano	Instituto Adventista - Único
Município	Palhoca		Prontuário	99806890
Telefone	999586282		Data	11/10/2023 13:03:23
			Tipo Acomod	Enfermaria

Termo de Responsabilidade

O abaixo assinado MARINA LUISA BATISTA COUTO CARVALHO LEAO, responsável pelo paciente JORGE BATISTA COUTO CARVALHO LEÃO, 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 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 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.

JORGE BATISTA COUTO CARVALHO LEÃO



MARINA LUISA BATISTA COUTO CARVALHO LEAO

PRONTO ATENDIMENTO UC

Florianópolis, 11 de outubro de 2023

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado MARINA LUISA BATISTA COUTO CARVALHO LEAO, responsável pela paciente JORGE BATISTA COUTO CARVALHO LEÃO, 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 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 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.

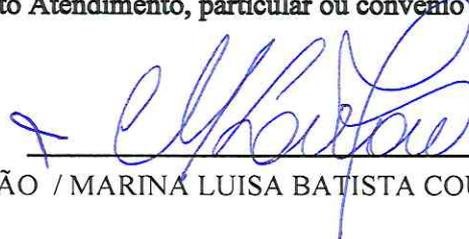
Tratando-se de menor paciente, conforme o artigo 12 da Lei nº 8.069/90 (Estatuto da Criança e do Adolescente), é obrigatória a permanência de um dos pais ou responsável legal durante toda a estadia da criança e/ou adolescente na instituição.

Declara MARINA LUISA BATISTA COUTO CARVALHO LEAO 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.



JORGE BATISTA COUTO CARVALHO LEÃO / MARINA LUISA BATISTA COUTO CARVALHO LEAO

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).

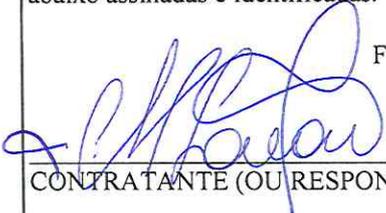
5.2. Os médicos da CONTRATADA atenderão ao disposto no artigo 34 do Código de Ética Médica e ao art. 6º, inciso III, art. 31 e art. 39, inciso VI, todos do Código de Defesa do Consumidor (Lei n.º 8.078/90), explicando claramente a proposta do procedimento médico ou cirúrgico, seus benefícios, riscos, 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 000000	3 - Nº Guia Principal	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuido pela Operadora 13995	10 - Nome JORGE BATISTA COUTO CARVALHO LEÃO	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
4 - Data da Autorização 11/10/2023	5 - Senha 13995	9 - Validade da Carteira 27/02/2023				
Dados do Beneficiário						
8 - Número da Carteira 7205537						

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

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados						
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 11/10/2023	23 - Indicação Clínica		26 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		
24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039	27 - Qtd. Solic. 1	28 - Qtd. Aut. 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 (paciente 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 - Qtd.	43 - Via
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

66 - Data de Realização de Procedimentos em Série						
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	3	4	5	6	7	8
1	/	/	/	/	/	/
2	/	/	/	/	/	/
68 - 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 11/10/2023		68 - Assinatura do Contratado 11/10/2023		

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Jorge Batista Couto Carvalho Leão

Nº da Carteira: 7.205.537

Instituição: Colégio Adventista Palhoça



Data de Nascimento: 05/01/2016

Nº da Guia: 13956

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
11/10/2023	10:49:00	Pátio	Saída

O que aconteceu

Partes do corpo

Choque com terceiros (**Ex.: entre dois alunos**)

Rosto

Descrição

Aluno estava na saída brincando de pega pega quando esbarrou com o nariz no rosto de uma colega. Sentiu muita dor, mas, em seguida o pai chegou para buscá-lo.

Testemunha da ocorrência

Telefone

Monitora Josi

(48) 9935-1000

Quem prestou primeiros socorros

Data

Monitora Josi

11/10/2023

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

O aluno foi pra casa e o nariz começou a inchar e incomodar quando tocava. Mãe voltou na escola.

Ass.: *Katia Regina dos Santos Machado*

Katia Regina dos Santos Machado

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