



|              |                            |              |                                  |
|--------------|----------------------------|--------------|----------------------------------|
| Paciente     | KADU KRETZER               | Atendimento  | 2.960.518                        |
| Data Nascto. | 28/10/2013 9 Anos          | Carteirinha: |                                  |
| Sexo         | Masculino                  | Convênio     | Instituto Adventista             |
| Endereço     | Rua da Saracura , 126 casa | Cat. / Plano | Instituto Adventista - Sem plano |
| Município    | Palhoca                    | Prontuário   | 99532236                         |
| Telefone     | 988457417                  | Data         | 21/09/2023 14:44:18              |
|              |                            | Tipo Acomod  | Setor sem acomodação             |

## Termo de Responsabilidade

O abaixo assinado RENATA VARELA KRETZER, responsável pelo paciente KADU KRETZER, 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.**

KADU KRETZER

  
RENATA VARELA KRETZER

## PRONTO ATENDIMENTO UC

Florianópolis, 21 de setembro de 2023

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

O abaixo assinado RENATA VARELA KRETZER, responsável pela paciente KADU KRETZER, 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 RENATA VARELA KRETZER 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.**



KADU KRETZER / RENATA VARELA KRETZER



# CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS - PRONTO ATENDIMENTO

## Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: KADU KRETZER

CPF:

Endereço: Rua da Saracura, 126 casa

Atendimento Nº: 2960518

Telefone: (48) 988457417

RG:

## Responsável:

Nome: RENATA

Telefone: 4898845-7417

CPF: 00753334909

RG:

Endereço: Rua das Cerejas, 205 Casa

**CONTRATADA: UNIMED GRANDE FLORIANOPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO;** pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 77.858.611/0015-03, Rua Madalena Barbi, nº 204, Centro, Florianópolis, Estado de Santa Catarina, CEP 88015-190, neste ato representada por seu representante legal abaixo assinado.

### CLÁUSULA PRIMEIRA: Do Objeto

1.1. Constitui-se objeto do presente instrumento, a prestação de serviços médicos e ambulatoriais pela CONTRATADA ao CONTRATANTE/PACIENTE acima qualificado, nas dependências da CONTRATADA situada no endereço indicado no preâmbulo deste contrato, bem como, fora das dependências caso haja necessidade.

### CLÁUSULA SEGUNDA: Das Obrigações e Responsabilidades do CONTRATANTE

1-2.2. Pelo contrato ora firmado, o CONTRATANTE e/ou Responsável, na forma prevista no art. 264 e seguintes do Código Civil, obriga-se a:

a) Assumir todas as despesas particulares ou não cobertas pelo plano de saúde como: serviços médicos, complemento de honorários médicos, fisioterapia, órteses, próteses, materiais, medicamentos, tratamento hospitalar e/ ou ambulatorial, despesas extraordinárias com acompanhante e refeições; ligações telefônicas externas, bem como todo e qualquer ônus decorrente dos serviços de acompanhamento, remoção e outras se utilizadas.

b) Assumir as despesas decorrentes de extravio do enxoval e danos ao patrimônio da CONTRATADA, desde que devidamente comprovados; c) Quitar imediatamente as despesas decorrentes do atendimento na ocasião de alta médica, alta administrativa do paciente do Pronto Atendimento, ou da transferência para prestador de serviço médico-hospitalar.

2.2. 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 n.º 8.069, de 13 de julho de 1990.

2.3. 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.

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

2.5. É de responsabilidade do CONTRATANTE/PACIENTE e/ou RESPONSÁVEL trazer, para uso durante o atendimento médico-ambulatorial, produtos para higiene pessoal, tais como, por exemplo, dentre outros: creme dental, escova de dente, pente ou escova para cabelo, sabonete líquido, creme e lâmina para barbear, hidratante para pele, shampoo, condicionador, absorvente íntimo, fraldas descartáveis (quando seu uso for necessário).

### CLÁUSULA TERCEIRA: Das obrigações e Responsabilidades da CONTRATADA

3.1. Pelo contratado ora firmado, a CONTRATADA:

a) 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.

b) Na hipótese de inadimplência superior a 30 (trinta) dias, poderá registrar, nos Cadastros de Proteção ao Crédito (SPC, SERASA e afins), obedecendo às normas estabelecidas em lei, os débitos do CONTRATANTE.

c) Obedecer a normas previstas no contrato que disciplina os atendimentos aos usuários do respectivo convênio, caso o CONTRATANTE estiver vinculado a Plano de Saúde.

d) Qualquer objeto que tenha sido esquecido, extraviado ou perdido pelo CONTRATANTE, e localizado nas dependências da CONTRATADA, mediante prova, ficará à disposição daquele pelo prazo de 30 (trinta) dias, findos os quais, serão descartados ou doados por parte da CONTRATADA.

### CLÁUSULA QUARTA: Da apresentação de despesas

4.1. 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

5.1. 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 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<br>000000                                                         |  | 3 - N° Guia Principal                                        |  | 6 - Data Validade da Senha                                  |  | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>13495 |  | 11 - Cartão Nacional de Saúde              |  | 12 - Atendimento a RN<br>N      |  |
| 4 - Data da Autorização<br>21/09/2023                                              |  | 5 - Senha                                                    |  | 9 - Validade da Carteira                                    |  | 10 - Nome<br>KADU KRETZER                            |  |                                            |  |                                 |  |
| 8 - Número da Carteira                                                             |  | 14 - Nome do Contratado<br>Unidade Centro                    |  | 16 - Conselho Profissional<br>6                             |  | 17 - Número no Conselho<br>2526                      |  | 18 - UF<br>SC                              |  | 19 - Código CBO<br>225125       |  |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>Requisitante Não Cadastrado/não Cooperado |  | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante                  |  |                                                             |  |                                                      |  |                                            |  |                                 |  |
| Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados            |  | 21 - Caráter do Atendimento<br>2                             |  | 22 - Data da Solicitação<br>21/09/2023                      |  | 23 - Indicação Clínica                               |  |                                            |  |                                 |  |
| 24 - Tabela<br>1 22                                                                |  | 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial<br>10101039 |  | 26 - Descrição<br>CONSULTA EM PRONTO SOCORRO                |  | 27 - Qlde.Solic.<br>1                                |  | 28 - Qlde.Aut.<br>0                        |  |                                 |  |
| 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<br>1                                               |  | 37 - Hora Inicial a 38 - Hora final                         |  | 39 - Tabela                                          |  | 40 - Código do Procedimento                |  | 41 - Descrição                  |  |
| 42 - Qlde.                                                                         |  | 43 - Via                                                     |  | 44 - Tec.                                                   |  | 45 - Fator Red/Acresc.                               |  | 46 - Valor Unitário (R\$)                  |  | 47 - Valor Total (R\$)          |  |
| 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 - Assinatura do Responsável pela Autorização                                    |  | 66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável               |  | 67 - Assinatura do Contratado                               |  | 68 - Assinatura do Contratado                        |  | 69 - Total Geral (R\$)                     |  |                                 |  |

Impresso em: 21/09/2023 14:46:15

Página 1

fanciely.soare

WATE/0106



# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Kadu Kretzer  
**Nº da Carteirinha:** 7.205.1312  
**Instituição:** Colégio Adventista Palhoça



**Data de Nascimento:** 28/10/2013

**Nº da Guia:** 13495

| Data da Ocorrência | Horário  | Local        | Atividade                          |
|--------------------|----------|--------------|------------------------------------|
| 21/09/2023         | 13:31:00 | Sala de Aula | Brincadeiras em sala (contraturno) |

| O que aconteceu      | Partes do corpo     |
|----------------------|---------------------|
| Queda de mesmo nível | Olho Direito, Rosto |

## Descrição

O aluno estava na sala do contraturno, acompanhado da professora e outro colegas. Estava brincando, pulou, desequilibrou e bateu com o rosto no chão. O nariz sangrou, sentiu dormência no lado direito do rosto, o olho direito começou a inchar após a queda e o aluno relata estar sentindo dor no local.

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

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Glaucya Collaço                 | 21/09/2023 |

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

## Observações

O aluno foi atendido pela professora e em seguida pela coordenadora disciplinar, sendo encaminhado para o hospital de referência. Foi comunicado a família via ligação. Aplicamos gelo no local.

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

  
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) / [nortolegre.clinicaadventista.org.br](http://nortolegre.clinicaadventista.org.br)

