



Paciente	MARIA LUIZA GOES	Atendimento	3.006.448
Data Nascto.	13/12/2010 12 Anos	Carteirinha:	14587
Sexo	Feminino	Convênio	Instituto Adventista
Endereço	Rua Atilio Pagani , 231 APTO 1310	Cat. / Plano	Instituto Adventista - Sem plano
Município	Palhoca	Prontuário	99821101
Telefone	976616186	Data	14/11/2023 11:39:27
		Tipo Acomod	Enfermaria

Termo de Responsabilidade

O abaixo assinado FERNANDO ALEXANDRE GOES, responsável pelo paciente MARIA LUIZA GOES, 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.

MARIA LUIZA GOES


FERNANDO ALEXANDRE GOES

PRONTO ATENDIMENTO UC

Florianópolis, 14 de novembro de 2023

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado FERNANDO ALEXANDRE GOES, responsável pela paciente MARIA LUIZA GOES, 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.

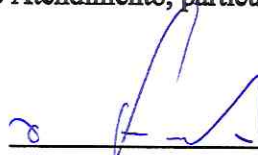
Tratando-se de menor paciente, conforme o artigo 12 da Lei nº 8.069/90 (Estatuto da Criança e do Adolescente), é obrigatória a permanência de um dos pais ou responsável legal durante toda a estadia da criança e/ou adolescente na instituição.

Declara FERNANDO ALEXANDRE GOES 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.



MARIA LUIZA GOES / FERNANDO ALEXANDRE GOES

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:

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

V.3.0
 Atend.: 3006448

2 - N° Guia no Prestador 4961779

1 - Registro ANS 000000		3 - N° Guia Principal		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 14587		12 - Atendimento a RN N	
4 - Data da Autorização 14/11/2023		5 - Senha 14587		6 - Data Validade da Senha 14587			
8 - Número da Carteira 14587		9 - Validade da Carteira		10 - Nome MARIA LUIZA GOES		11 - Cartão Nacional de Saúde	
13 - Código na Operadora 300638		14 - Nome do Contratado Unidade Centro		16 - Conselho Profissional 6		19 - Código CBO 225125	
15 - Nome do Profissional Solicitante Requisitante Nao Cadastrado/no Cooperado		17 - Número no Conselho 2526		18 - UF SC		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 14/11/2023		23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 1		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039		26 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		27 - Qtdde.Solic. 1	
28 - Qtdde.Aut. 1							
29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado		31 - Código CNES			
32 - Tipo de Atendimento		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
36 - Data 37 - Hora Inicial a 38 - Hora final		39 - Tabela		40 - Código do Procedimento		41 - Descrição	
42 - Qtdde.		43 - Via		44 - Tec.		45 - Fator Red./Acresc.	
46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)					
48 - Seq.Ref.		49 - Gr.Part.		50 - Código na Operadora/GPF		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			
14/11/2023		14/11/2023		14/11/2023			

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Maria Luiza Goes
Nº da Carteirinha: 7.205.1196
Instituição: Colégio Adventista Palhoça



Data de Nascimento: 13/12/2010

Nº da Guia: 14587

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
14/11/2023	09:02:00	Quadra	Aula de educação física

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

Descrição

Durante a aula de educação física, estava correndo e sentiu dor muito forte nos dois pés. Ficou inchado.

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Glaucya Collaço	14/11/2023

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

Observações

Foi aplicado 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 (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

Impresso por: Bianca Bendik Rodrigues

1 de 1

14/11/2023 10:14

