



Paciente	MIGUEL PETRI BRAZIL	Atendimento	3.011.276
Data Nascto.	09/02/2019 4 Anos	Carteirinha:	
Sexo	Masculino	Convênio	Instituto Adventista
Endereço	Rua Antônio Mattos Areas , 300 CASA	Cat. / Plano	Instituto Adventista - Sem plano
Município	Florianópolis	Prontuário	99827049
Telefone	999852480	Data	20/11/2023 15:45:22
		Tipo Acomod	Enfermaria

Termo de Responsabilidade

O abaixo assinado BRUNO PETRI DA SILVA BAZIL, responsável pelo paciente MIGUEL PETRI BRAZIL, 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.

MIGUEL PETRI BRAZIL

BRUNO PETRI DA SILVA BAZIL

PRONTO ATENDIMENTO UC

Florianópolis, 20 de novembro de 2023

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado BRUNO PETRI DA SILVA BAZIL, responsável pela paciente MIGUEL PETRI BRAZIL, 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.

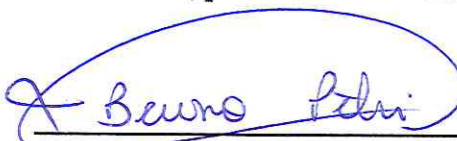
Tratando-se de menor paciente, conforme o artigo 12 da Lei nº 8.069/90 (Estatuto da Criança e do Adolescente), é obrigatória a permanência de um dos pais ou responsável legal durante toda a estadia da criança e/ou adolescente na instituição.

Declara BRUNO PETRI DA SILVA BAZIL 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.



MIGUEL PETRI BRAZIL / BRUNO PETRI DA SILVA BAZIL

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 - N° Guia Principal		
4 - Data da Autorização 20/11/2023	5 - Senha 14685	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 14685
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira
		10 - Nome MIGUEL PETRI BRAZIL	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 Requisitante Nao Cadastrado/nao Cooperado	16 - Conselho Profissional 6
17 - Número no Conselho 2526	18 - UF SC	19 - Código CBO 226125	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 20/11/2023	23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039	26 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	27 - Qtd.Solic. 1
28 - Qtd. Aut. 0			
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado		
Dados do Atendimento			
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			
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 1	37 - Hora inicial 38 - Hora final	39 - Tabela 1	40 - Código do Procedimento 41 - Descrição
42 - Qtd.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acresc.
46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)		
48 - Seqüel.	49 - Gr./Part.	50 - Código na Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
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: Miguel Petri Bazil

Nº da Carteira: 7.58.6526

Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Estreito



Data de Nascimento: 09/02/2019

Nº da Guia: 14685

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
20/11/2023	14:16:00	Refeitório	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Cabeça

Descrição

O Aluno foi se ajeitar na cadeira e acabou batendo a cabeça na mesa, foi colocado gelo no local.

Testemunha da ocorrência

Suzi

Telefone

(48) 3039-8100

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

Observações

O Aluno foi atendido pelo monitor da unidade e encaminhado para o hospital Unimed. Foi comunicado ao responsável via ligação.

Ass.:

Rodrigo Corvalão

α

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