

## UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - NAS



Atendimento: 3578638

**Contratante:**

Paciente/Usuário

Nome: ELIZABETH MULLER

CPF: 12612069917

Endereço: Rua das Biguás , 32 Apto 401

Atendimento Nº: 3578638

Telefone: (48) 991674958

RG:

**Responsável:**

Nome: PATRICIA

CPF: 07167634948

Endereço: Rua das Biguás , 32 ap401

Telefone: 5548991674958

RG:

**CONTRATADA: UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o n.º 77.858.611/0015-03, estabelecida na Rua Madalena Barbi, n.º 204, Centro, na cidade de Florianópolis, Estado de Santa Catarina CEP 88015-190.

**Cláusula Primeira:** O presente Contrato tem como objeto a prestação de serviços ambulatoriais em situações de urgência/emergência, passível de evolução para internação hospitalar, a ser executada por profissionais de saúde disponibilizados pela **CONTRATADA**, aptos e habilitados para dispensar atendimento de saúde ao paciente.

**Parágrafo Único.** Os serviços prestados pela **CONTRATADA** englobam consulta médica, realização de procedimentos/exames, administração de medicamentos e gases, assistência farmacêutica, enfermagem e outras ações necessárias ao adequado suporte e restabelecimento da saúde do paciente.

**Cláusula Segunda:** Os **CONTRATANTES** assumem, neste ato, o pagamento à **CONTRATADA** de todas e quaisquer despesas decorrentes do atendimento de urgência/emergência prestado ao paciente, inclusive aquelas decorrentes de evolução para internação, em que for necessária a utilização de diárias (apartamento, enfermaria e/ou UTI), materiais, medicamentos, OPME (órteses, próteses e materiais especiais), realização de tratamentos, procedimentos/exames, terapias (exemplos: fisioterapia, quimioterapia e outras), cobranças de honorários médicos e taxas, etc., realizados em caráter particular ou que não forem autorizadas pelo plano ou seguro saúde do paciente, por motivo de carência, Cobertura Parcial Temporária (CPT), Diretrizes de Utilização (DUT), Diretrizes Clínicas (DC), inexistência de cobertura no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde ou no Contrato de Plano de Saúde, entre outros motivos.

**Parágrafo Primeiro.** O(s) **CONTRATANTE(S)** assume(m), ainda, arcar com (i) a complementação de valores de honorários médicos e hospitalares, caso opte(m) por padrão de acomodação superior na evolução do atendimento para internação, quando não houver previsão no Contrato de Plano de Saúde mantido com a operadora ou seguradora de saúde; (ii) as despesas extraordinárias de telefone, acompanhantes, refeições, remoções terrestres e/ou aéreas; (iii) o(s) valor(es) da(s) diária(s) do(s) acompanhante(s) que permanecer(em) na enfermaria ou apartamento pela tabela de preços particular, quando o paciente estiver internado em UTI; (iv) os valores concernentes a serviços e coberturas adicionais e/ou outras despesas não cobertas pela operadora ou seguradora de saúde, a qual porventura o paciente estiver vinculado.

**Parágrafo Segundo.** A obtenção do valor exato dos serviços executados em detrimento do atendimento de urgência/emergência só será possível após a finalização do respectivo atendimento.

**Cláusula Terceira:** Caso o paciente for beneficiário de plano ou seguro saúde, os **CONTRATANTES** comprometem-se, desde já, a acompanhar a autorização prévia de **todos** os serviços solicitados pelos profissionais disponibilizados pela **CONTRATADA**, inclusive na hipótese de evolução do atendimento para internação, sendo obrigados a custear, integralmente, todas as despesas que não forem autorizadas e lhe forem cobradas após o efetivo atendimento pela **CONTRATADA**.

**Cláusula Quarta:** Todas as despesas do paciente, decorrentes dos serviços executados por força deste Contrato, serão apresentadas pela **CONTRATADA** e deverão ser quitadas imediatamente pelo(s) **CONTRATANTE(S)** através de (i) dinheiro; (ii) cartão de débito, ou; (iii) cartão de crédito, mediante parcelamento em até 4 (quatro) vezes sem juros, a critério do(s) **CONTRATANTE(S)**. Nessa oportunidade, a **CONTRATADA** apresentará fatura/nota fiscal dos serviços prestados.

**Parágrafo Primeiro.** A **CONTRATADA** reserva-se o direito de emitir boleto bancário, cujo valor será correspondente ao(s) serviço(s) efetivamente prestado(s), no caso de não ser efetuado o pagamento das despesas estabelecidas no *caput* desta cláusula.

**Parágrafo Segundo.** No caso de evolução do atendimento de urgência/emergência para internação e não havendo quitação das respectivas despesas, a **CONTRATADA** enviará, a cada 5 (cinco) dias úteis, a descrição dos serviços prestados e boleto bancário contemplando o valor total do pagamento, através do e-mail caixahospital@unimedflorianopolis.com.br (**CONTRATADA**) para o e-mail indicado na admissão do paciente

## UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - NAS



Atendimento: 3578638

**Cláusula Sétima:** O CONTRATANTE acima identificado, na condição de paciente do Pronto Atendimento da Unimed Grande Florianópolis (ou de responsável legal), se do sexo feminino, declara para fins legais que após ter sido informada que existe a indicação para realizar consulta(s), exame(s) e procedimento(s) na unidade de saúde da CONTRATADA, foi-lhe esclarecido que:

- (1) De acordo com a Lei nº 8.080/1990 tem o direito a ser assistida por um acompanhante de sua livre escolha ou, nos casos em que esteja impossibilitada de manifestar sua vontade, de seu representante legal, estando o acompanhante obrigado a preservar o sigilo das informações de saúde de que tiver conhecimento em razão do acompanhamento.
- (2) No caso de atendimento que envolva qualquer tipo de sedação ou rebaixamento do seu nível de consciência, caso não indique acompanhante, a Unimed Grande Florianópolis indicara pessoa para lhe acompanhar, sendo preferencialmente profissional de saúde do sexo feminino, sem custo adicional, ciente que poderá recusar o nome indicado e solicitar a indicação de outro profissional, independentemente de justificativa, registrando-se o nome escolhido no documento gerado durante o atendimento.
- (3) Em caso de atendimento eletivo com sedação/rebaixamento de consciência, caso não queira ser assistida, deverá no fim deste documento, assinalar a opção de renúncia, ciente que esse termo de consentimento livre e esclarecido será arquivado em seu prontuário.
- (4) Ainda em caso de atendimento eletivo com sedação/rebaixamento de consciência, a dispensa do acompanhante poderá ser feita por escrito com 24h de antecedência, sendo o documento também arquivado no prontuário médico.
- (5) No caso de atendimento realizado em centro cirúrgico ou unidade de terapia intensiva com restrições relacionadas a segurança ou a saúde da paciente, devidamente justificadas pelo corpo clínico, somente será admitido acompanhante que seja profissional de saúde indicado pelo Hospital Unimed, preferencialmente do sexo feminino.
- (6) Em casos de urgência e emergência, os profissionais de saúde da Unimed Grande Florianópolis ficam autorizados a agir na proteção e defesa da saúde e da vida da paciente, ainda que na ausência do acompanhante requerido.
- (7) **Afirma, ainda, que** recebeu cópia do presente Contrato e deste *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* e que não foi coagida (forçada) sob nenhuma forma para assinar o referido documento. Após os esclarecimentos prestados através do presente *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*, disposto nesta cláusula, vem declarar que:

( ) **DESEJA** ser acompanhada nos termos da Lei nº 8.080/1990.

Nome da Acompanhante \_\_\_\_\_

CPF nº \_\_\_\_\_

( ) **RENUNCIA** ser acompanhada nos termos da Lei nº 8.080/1990.

**Cláusula Oitava:** As Partes elegem o foro de domicílio do CONTRATANTE, para que nele sejam dirimidas quaisquer dúvidas, conflitos ou questões oriundas do presente Contrato, renunciando a qualquer outro por mais privilegiado que seja ou venha a se tornar.

Florianópolis/SC, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Patricia Regina Souza  
CONTRATANTE/RESPONSÁVEL

\_\_\_\_\_  
CONTRATADA

**Testemunhas**

1- \_\_\_\_\_  
Nome:  
CPF nº

2- \_\_\_\_\_  
Nome:  
CPF nº

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Elizabeth Muller

Nº da Carteira: 7.205.219

Instituição: Colégio Adventista Palhoça



Data de Nascimento: 14/04/2016

Nº da Guia: 30022

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
01/07/2025	17:24:00	Quadra	Aula de educação física

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

## Descrição

Durante a atividade um colega esbarrou na aluna sem querer e ela acabou batendo com a testa (lado esquerdo) na trave do gol.

## Testemunha da ocorrência

Geovana Martins

## Telefone

(48) 3083-9450

Geovana Martins

(48) 3083-9450

## Quem prestou primeiros socorros

Geovana Martins

## Data

01/07/2025

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

## Observações

Foi comunicado á familia.

Ass.:

Geovana Santos Martins

ELIZABETH MULLER  
Resp: PATRICIA REGINA DE SOUZA  
Dt Nasc: 14/04/16  
Atend: 3678638 Senha: N121  
Instituto Adventista



3578638

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)

1 - Registro ANS 000000

3 - Nº Guia Principal

4 - Data da Autorização 01/07/2025

5 - Senha 30022

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuido pela Operadora 30022

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 7205219

9 - Validade da Carteira 01/07/2025

10 - Nome ELIZABETH MULLER

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 ISADORA BONINI

16 - Conselho Profissional 6

17 - Número no Conselho 32541

18 - UF SC

19 - Código CBO 225124

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Iens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento 2

22 - Data da Solicitação 01/07/2025

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039

26 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCCORRO

27 - Qtd Solic. 1

28 - Qtd Aut. 0

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

37 - Hora Inicial a 38 - Hora final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtd.

43 - Via

44 - Tec.

45 - Fator Red./Acess.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - Seq Ref. 49 - Gr.Part. 50 - Código na Operadora/CPF 51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Conselho Profissional

54 - Número no conselho

55 - UF

56 - Código CBO

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

Paciente	<b>ELIZABETH MULLER</b>	Atendimento	<b>3.578.638</b>
Data Nascto.	14/04/2016 9 Anos	Prontuário	99.877.534
Sexo	Feminino	Dt. Entrada	01/07/2025 19:38:10
Telefone	991674958	Convênio	Instituto Adventista Instituto
Leito	1		

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
01/07/2025 19:48	01/07 20:06	Médico	Anamnese PA		ISADORA BONINI	CRM 32541

ELIZABETH MULLER, 9 anos

QUEIXA PRINCIPAL: Paciente bateu a cabeça na trave esquerda.

- \* Medicamentos em uso:
- \* Alergias a medicamentos: nega
- \* Comorbidades associadas: nega
- \* Vacinação: em dia (sic)

**EXAME FÍSICO:**

BEG, corado e hidratado, eupnéico, anictérico e acianótico, ativo e alerta.  
FC FR 22 SAT 100 TEMP 36,3 PESO 32,9  
MV+ bilateral sem RA.  
RCR 2T BNF sem sopros.  
Abdome flácido depressível RHA+ não se palpa massas ou visceromegalias.  
Oroscopia normal.  
Otoscopia normal.  
Sem alterações neurológicas. Ausência de sinais meníngeos.  
Pulsos e perfusão normais.  
Pele sem lesões.  
pupilas isofoto, força preservada, glasgow 15

HIPOTESE DIAGNÓSTICA: tce sem sinais de alarme

**CONDUTA:**

Sintomáticos.  
Orientações.  
Retorno se sinais de alerta.  
Dra. ISADORA BONINI (CRM 32541)



Madalena Barbi, 204 - Florianópolis - SC  
 CNPJ:77858611001503 - Inscrição estadual: - Fone:3216-  
 (CNES 9830774)



**Conta paciente**

(77858611001503)

**Nota:**

Paciente: <b>ELIZABETH MULLER</b>	Convênio: <b>Instituto Adventista</b>	Usuário/Matrícula: <b>7205219</b>
Categoria: <b>Instituto Adventista</b>		

**Emissão:**

Nº atend: **3.578.638**

Nº IC: **21.417.257**

Prontuário: 99877534	Data entrada: 01/07/2025 19:38:10	Data saída: 01/07/2025 20:19:15	Motivo Alta: Alta melhora
Médico: Dra. ISADORA BONINI (CRM 32541)			Tipo atend: 3 - Pronto socorro
Proc Princ: 00000000 0			Espec/Clinica: 4 Clínica Pediátrica
Tipo acomodação Enfermaria			
Data 14/04/2016	Sexo: F		
CID Princ: S00.9 Traum superf da cabeça parte NE			
Guia: 30022	Senha:		

Dt Conta: 01/07/25 19:46	Dt inicial: 01/07/25 19:38	Dt final: 01/07/25 20:19	Refer: 30/06/25
--------------------------	----------------------------	--------------------------	-----------------

Movimentação do Paciente						
Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO UC	Setor sem acomodação	1/	01/07/2025 19:38:10	01/07/2025 20:19:15

Honorários Não Conveniados									
Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor
1	01/07/25 19:38	PRONTO ATENDIMENTO UC	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	32541	ISADORA BONINI	Clínico	130,42
<b>Total de Honorários Não Conveniados</b>					<b>1,00</b>				<b>130,42</b>

<b>Total geral R\$</b>	<b>130,42</b>
------------------------	---------------