Unimed

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - NAS

Atendimento: 3522228

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: DANIEL FUCK RODRIGUES
CPF: 12740545916
Endereço: Rua Nova Veneza , 361 CASA

Atendimento Nº: 3522228
Telefone: (48) 984087055
RG:

Responsável:

Nome: CAROLIN
CPF: 04907240945
Endereço: Servidão José Lino Schuraus , 211 CASA

Telefone: 4832452017 / 984087055
RG: 47689170

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 uteis, 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 adimissão do paciente

(**CONTRATANTE**), a fim de que seja quitado no prazo máximo de 72h (setenta e duas horas).

Parágrafo Terceiro. Em caso de inadimplemento, os valores devidos serão acrescidos de multa de 2% (dois por cento) e juros de mora correspondentes a 1% (um por cento) ao mês, calculados *pro rata die*, da data imediatamente após o vencimento até o efetivo pagamento.

Parágrafo Quarto: No caso de atraso ou inadimplemento da dívida por mais de 30 (trinta) dias consecutivos, o(s) **CONTRATANTE(S)** estão cientes de que o débito poderá ser levado a protesto, entregue à firma de cobrança ou ainda ser informado ao Serviço de Proteção ao Crédito (SPC), SERASA Experian e outros, além de estar sujeito à cobrança judicial ou extrajudicial pela **CONTRATADA**, com a incidência de honorários advocatícios, observada a legislação vigente.

Parágrafo Quinto. O(s) **CONTRATANTE(S)** deve(m) notificar a **CONTRATADA,** imediatamente, sobre eventual mudança do e-mail indicado no *caput* desta cláusula.

Cláusula Quinta: O(s) **CONTRATANTE(S)** declara(m) que **(i)** cumprirão as normas, regulamentos, fluxos e orientações estabelecidos pela **CONTRATADA**; **(ii)** obedecerão aos direitos dos demais pacientes, funcionários e prestadores de serviços da **CONTRATADA**, tratando-os com civilidade e cortesia; **(iii)** custodiarão e se responsabilizarão por seus objetos e/ou valores, inclusive do(s) respectivo(s) acompanhante(s) e/ou visitante(s) do paciente; **(iv)** efetuarão o pagamento particular dos medicamentos de uso ambulatorial, devidamente utilizados durante o atendimento pela **CONTRATADA**, inclusive quando não houver cobertura contratual pelo plano privado de assistência à saúde; **(v)** acatarão a decisão da **CONTRATADA** para realizar a troca do leito, quando houver necessidade de higienização, desinfecção e/ou manutenção estrutural da acomodação utilizada; **(vi)** têm ciência de que a **CONTRATADA** possui câmara de vigilância instaladas nas suas dependências, inclusive, que as imagens gravadas são confidenciais e protegidas, nos termos da legislação vigente; **(vii)** em conformidade com a Lei n.° 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais) concordam que a **CONTRATADA** compartilhe os dados pessoais sensíveis de saúde do paciente com os profissionais integrantes das suas equipes, com médicos indicados pelo próprio paciente e/ou responsável, com a finalidade de possibilitar a adequada prestação de serviços de assistência à saúde ao paciente, bem como à operadora ou seguradora de saúde a qual o paciente estiver vinculado, para fins de auditoria ou autorização prévia dos serviços prescritos; **(viii)** zelarão e se responsabilizarão por eventuais danos causados de forma dolosa ou culposa aos bens colocados à disposição para o conforto e tratamento do paciente; **(ix)** assumirão a responsabilidade pela recusa à realização de procedimentos ou tratamentos recomendados pelos profissionais de saúde e pela não atenção às orientações fornecidas pela equipe de saúde da **CONTRATADA**; **(x) estão cientes de que as consultas de urgência/emergência, realizadas no Pronto Atendimento da CONTRATADA, particular ou convênio, não têm direito a retorno; (xi)** devem dar informações completas e precisas sobre o histórico de saúde, doenças prévias, uso de medicamentos, procedimentos médicos anteriores e outros problemas relacionados à saúde do paciente; **(xii)** têm conhecimento de que o prontuário médico deverá permanecer sob a guarda dos médicos da **CONTRATADA**; **(xiii)** o **CONTRATANTE/RESPONSÁVEL** será o responsável pelo paciente acima identificado e, por consequência: **(xiii.1)** dará plena autorização aos médicos da **CONTRATADA** para assistirem e tratarem da sua enfermidade, realizando todos os procedimentos e investigações que julgarem necessários para a preservação da vida, órgãos e funções do paciente; **(xiii.2)** está ciente de que os médicos assistentes, em conformidade com o artigo 34 do Código de Ética Médica e artigo 9° da Lei n° 8.078/90, explicarão claramente a proposta do procedimento médico ou cirúrgico ao qual o paciente será submetido, inclusive seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas aos procedimentos sugeridos, proporcionando-lhe livre questionamento e respondendo inteira e satisfatoriamente às perguntas porventura existentes;

(xiii.3) está ciente de que em caso 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 prévio; **(xiv)** havendo evolução do atendimento de urgência/emergência para internação hospitalar: **(xiv.1)** providenciarão acompanhante para o paciente em tempo integral, quando for criança ou adolescente menor de 18 (dezoito) anos, pessoa idosa (a partir de 60 anos), pessoa com deficiência e/ou outras necessidades especiais; **(xiv.2)** providenciarão os produtos necessários para realização de higiene pessoal do paciente, tais como: escova de dente, creme dental, sabonete, xampu, condicionador, escova de cabelo, aparelho de barbear, absorvente íntimo, fralda descartável, entre outros; **(xiv.3)** participarão do plano de tratamento e alta hospitalar do paciente ou indicarão quem poderá fazê-lo; **(xiv.4)** liberarão o leito em até 1h (uma hora) após a alta hospitalar, **sob pena de pagamento proporcional sobre o valor da diária**, nos termos a seguir: **(xiv.4.1)** Se o paciente desocupar o leito até às 11h59min **haverá cobrança de 50% (cinquenta por cento) do valor da diária**; **(xiv.4.2)** Se o paciente desocupar o leito a partir de 12h (doze horas) **haverá cobrança de 100% (cem por cento) do valor da diária**.

Cláusula Sexta: O(s) **CONTRATANTE(S)** responde(m), solidariamente, pela totalidade dos valores deste Contrato, de acordo com o artigo 264 e seguintes do Código Civil.

Unimed

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - NAS

Atendimento: 3522228

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.

Florianopolis/SC, ____/____/_____

_____ CONTRATANTE/RESPONSÁVEL

_____ CONTRATADA

Testemunhas

1- _____
Nome:
CPF nº

2- _____
Nome:
CPF nº

Instituto Adventista

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

V.3.0

Atend.: 3522228

2 - N° Guia no Prestador 5924236

1 - Registro ANS	3 - N° Guia Principal		
4 - Data da Autorização 07/05/2025	5 - Senha 28076	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 28076

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
72051946	07/05/2025	DANIEL FUCK RODRIGUES		N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado
300638	Unidade Centro

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Requisitante Nao Cadastrado/nao Cooperado	6	2526	SC	225125	

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	07/05/2025	

	24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qtde.Solic.	28 - Qtde.Aut.
1	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	1	0
2					
3					
4					
5					

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contrata	31 - Código CNES

Dados do atendimento

32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença rel

DANIEL FUCK RODRIGUES
Mae: CAROLINA DA ROCHA FUCK
Dt Nasc: 21/06/16
Atend: 3522228 Senha: P16
Instituto Adventista

1067

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

	36 - Data	37 - Hora inicial a 38 - Hora final	39 - Tabela	4	42 - Qtde.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acresc.	46 - Valor Unitário (R$)	47 - Valor Total (R$)
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	55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série **57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável**

1 - __/__/__ 3 - __/__/__ 5 - __/__/__ 7 - __/__/__ 9 - __/__/__
2 - __/__/__ 4 - __/__/__ 6 - __/__/__ 8 - __/__/__ 10 - __/__/__

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
__/__/__	07/05/2025	07/05/2025

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Daniel Fuck Rodrigues
Nº da Carteirinha: 7.205.1946
Instituição: Colégio Adventista Palhoça

Data de Nascimento: 21/06/2016 **Nº da Guia:** 28076

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
07/05/2025	14:53:00	Sala de Aula	Aula de outras matérias

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

Descrição

Durante a aula, o aluno foi pegar o lápis no chão e ao se abaixar bateu na com a testa na mesa da professora causando um pequeno corte.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Geovana Martins	(48) 99935-1000
Geovana Martins	(48) 99935-1000

Quem prestou primeiros socorros	Data
Geovana Martins	07/05/2025

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

Foi feita a limpeza no local e tentativa via ligação para comunicar a mãe, mas sem sucesso. Foi enviada mensagem via Classapp.

Ass.:

Geovana Santos Martins

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

Evolução Paciente

Paciente	**DANIEL FUCK RODRIGUES**	Atendimento	**3.522.228**
Data Nascto.	21/06/2016 8 Anos	Prontuário	99.664.049
Sexo	Masculino	Dt. Entrada	07/05/2025 16:26:12
Telefone	984087055	Convênio	Instituto Adventista Instituto
Leito	1		

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
07/05/2025 16:55	07/05 17:14	Médico	Anamnese PA		ANA PAULA ARAGAO	CRM 16078

S#
Paciente bateu cabeça na ponta da mesa há 2 horas. Foi atendido na escola, sendo feito curativo no local.
Nega convulsao, sincope ou vomitos.

* 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 25 SAT 98 TEMP 37,1 PESO 48
MV+ bilateral sem RA.
RCR 2T BNF sem sopros.
Oroscopia normal.
Otoscopia normal.
Sem alterações neurológicas. Ausência de sinais meníngeos.
Pulsos e perfusão normais.
Presença de ferimento cortocontuso pontual em face - regiao frontal com necessidade de sutura com dermabond

HIPOTESE DIAGNÓSTICA:
ferim cortocontud
CONDUTA:
Sintomáticos e orientações sobre curativo
Orientações.
Retorno se sinais de alerta.
Dra. ANA PAULA ARAGAO (CRM 16078)

Documento assinado digitalmente conforme a ICP-Brasil, MP 2.200-2/2001 no sistema certificado SBIS-SRES-068 por ANA PAULA ARAGAO, às 17:26-03:00 de 07/05/2025 - Válida

Unimed

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

Conta paciente

(77858611001503)

Nota:

Emissao:

N° atend: **3.522.228**
Nº IC: **21.353.470**

Paciente:	Convênio:	Usuário/Matrícula:
DANIEL FUCK RODRIGUES	**Instituto Adventista**	**72051946**

Categoria:
Instituto Adventista

Prontuário: 99664049 Data entrada: 07/05/2025 16:26:12 Data saída: 08/05/2025 02:14:21 Motivo Alta: Alta melhora
Médico: Dra. ANA PAULA ARAGAO (CRM 16078) Tipo atend: 3 - Pronto socorro
Proc Princ: 00000000 0 Espec/Clinica: 4 Clinica Pediátrica
Tipo acomodação Enfermaria
Data 21/06/2016 Sexo: M
CID Princ: S01.8 Ferim na cabeca de outr localiz
Guia: **28076** Senha:

Dt Conta: 07/05/25 16:41 Dt inicial: 07/05/25 16:26 Dt final: 08/05/25 02:14 Refer: 31/05/25

Movimentação do Paciente

Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO UC	Setor sem acomodação	1/	07/05/2025 16:26:12	08/05/2025 02:14:21

Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crm	Médico	Função	Valor
1	07/05/25 16:26	PRONTO ATENDIMENTO UC	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	16078	ANA PAULA	Clínico	100,32
2	07/05/25 17:24	PRONTO ATENDIMENTO UC	30101794	Sutura De Pequenos Ferimentos Com Ou Sem Desbridamento	1,00	16078	ANA PAULA	Clínico	63,11
	Total de Honorários Não Conveniados				**2,00**				**163,43**

Materiais

Seq	Código	Descrição	Unid.	Qtde	Vl Unit.	Vl Total
		PRONTO ATENDIMENTO UC				
1	70902607	DERMABOND-MINI	und	1,0000	86,5900	86,59
		Total - PRONTO ATENDIMENTO UC -		**1,0000**		**86,59**
		Total de Materiais		**1,0000**		**86,59**

Total geral R$ **250,02**

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

Conta paciente

(77858611001503)

Nota:

Emissao:

N° atend: **3.531.440**
Nº IC: **21.363.463**

Paciente:	Convênio:	Usuário/Matrícula:
DAVI ANTONIO COELHO MACHADO	**Instituto Adventista**	**72052222**

Categoria:
Instituto Adventista

Prontuário: 99766856 Data entrada: 15/05/2025 17:09:28 Data saída: 15/05/2025 19:20:20 Motivo Alta: Alta melhora
Médico: Dra. FABIANE MITIE OSAKU (CRM 16970) Tipo atend: 3 - Pronto socorro
Proc Princ: 00000000 0 Espec/Clinica: 4 Clinica Pediátrica
Tipo acomodação Setor sem acomodação
Data 03/03/2021 Sexo: M
CID Princ: S60.2 Contusao de outr partes do punho e da mao
Guia: **28389** Senha: 28389

Dt Conta: 15/05/25 17:16 Dt inicial: 15/05/25 17:09 Dt final: 15/05/25 19:20 Refer: 31/05/25

Movimentação do Paciente

Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO UC	Setor sem acomodação	1/	15/05/2025 17:09:28	15/05/2025 19:20:20
2	Serviços Especiais	RAIO X UC	Setor sem acomodação	1/	15/05/2025 18:24:00	15/05/2025 18:24:00

Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crm	Médico	Função	Valor
1	15/05/25 17:09	PRONTO ATENDIMENTO UC	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	16970	FABIANE MITIE	Clínico	100,32
2	15/05/25 18:58	RAIO X UC	40803112	Punho	1,00	6606	PEDRO LEMOS DE	Clínico	44,79
3	15/05/25 18:59	RAIO X UC	40803120	Mão Ou Quirodáctilo	1,00	6606	PEDRO LEMOS DE	Clínico	42,30
	Total de Honorários Não Conveniados				**3,00**				**187,41**

Total geral R$ **187,41**

Unimed

UGF - talares - NAS

DAVI ANTONIO COELHO MACHADO 1067
Mae: LUANA FIQUEIREDO COELHO M
Dt Nasc: 03/03/21
Atend: 3531440 Senha: N146
Instituto Adventista

Atendimento: 3531440

3531440

Contratante:

Paciente/Usuário — Atendimento Nº: 3531440

Nome: DAVI ANTONIO COELHO MACHADO — Telefone: (48) 98463-0764

CPF: 15863363983 — RG:

Endereço: Rua Treze de Junho , 837 CASA

Responsável:

Nome: RAFAEL — Telefone: 489 84111802

CPF: 03758927960 — RG: 3899835

Endereço: Rua Treze de Junho , 837 CASA

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.° 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 uteis, 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 adimissão do paciente

(**CONTRATANTE**), a fim de que seja quitado no prazo máximo de 72h (setenta e duas horas).

Parágrafo Terceiro. Em caso de inadimplemento, os valores devidos serão acrescidos de multa de 2% (dois por cento) e juros de mora correspondentes a 1% (um por cento) ao mês, calculados *pro rata die*, da data imediatamente após o vencimento até o efetivo pagamento.

Parágrafo Quarto: No caso de atraso ou inadimplemento da dívida por mais de 30 (trinta) dias consecutivos, o(s) **CONTRATANTE(S)** estão cientes de que o débito poderá ser levado a protesto, entregue à firma de cobrança ou ainda ser informado ao Serviço de Proteção ao Crédito (SPC), SERASA Experian e outros, além de estar sujeito à cobrança judicial ou extrajudicial pela **CONTRATADA**, com a incidência de honorários advocatícios, observada a legislação vigente.

Parágrafo Quinto. O(s) **CONTRATANTE(S)** deve(m) notificar a **CONTRATADA,** imediatamente, sobre eventual mudança do e-mail indicado no *caput* desta cláusula.

Cláusula Quinta: O(s) **CONTRATANTE(S)** declara(m) que **(i)** cumprirão as normas, regulamentos, fluxos e orientações estabelecidos pela **CONTRATADA**; **(ii)** obedecerão aos direitos dos demais pacientes, funcionários e prestadores de serviços da **CONTRATADA**, tratando-os com civilidade e cortesia; **(iii)** custodiarão e se responsabilizarão por seus objetos e/ou valores, inclusive do(s) respectivo(s) acompanhante(s) e/ou visitante(s) do paciente; **(iv)** efetuarão o pagamento particular dos medicamentos de uso ambulatorial, devidamente utilizados durante o atendimento pela **CONTRATADA**, inclusive quando não houver cobertura contratual pelo plano privado de assistência à saúde; **(v)** acatarão a decisão da **CONTRATADA** para realizar a troca do leito, quando houver necessidade de higienização, desinfecção e/ou manutenção estrutural da acomodação utilizada; **(vi)** têm ciência de que a **CONTRATADA** possui câmara de vigilância instaladas nas suas dependências, inclusive, que as imagens gravadas são confidenciais e protegidas, nos termos da legislação vigente; **(vii)** em conformidade com a Lei n.° 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais) concordam que a **CONTRATADA** compartilhe os dados pessoais sensíveis de saúde do paciente com os profissionais integrantes das suas equipes, com médicos indicados pelo próprio paciente e/ou responsável, com a finalidade de possibilitar a adequada prestação de serviços de assistência à saúde ao paciente, bem como à operadora ou seguradora de saúde a qual o paciente estiver vinculado, para fins de auditoria ou autorização prévia dos serviços prescritos; **(viii)** zelarão e se responsabilizarão por eventuais danos causados de forma dolosa ou culposa aos bens colocados à disposição para o conforto e tratamento do paciente; **(ix)** assumirão a responsabilidade pela recusa à realização de procedimentos ou tratamentos recomendados pelos profissionais de saúde e pela não atenção às orientações fornecidas pela equipe de saúde da **CONTRATADA**; **(x) estão cientes de que as consultas de urgência/emergência, realizadas no Pronto Atendimento da CONTRATADA, particular ou convênio, não têm direito a retorno; (xi)** devem dar informações completas e precisas sobre o histórico de saúde, doenças prévias, uso de medicamentos, procedimentos médicos anteriores e outros problemas relacionados à saúde do paciente; **(xii)** têm conhecimento de que o prontuário médico deverá permanecer sob a guarda dos médicos da **CONTRATADA**; **(xiii)** o **CONTRATANTE/RESPONSÁVEL** será o responsável pelo paciente acima identificado e, por consequência: **(xiii.1)** dará plena autorização aos médicos da **CONTRATADA** para assistirem e tratarem da sua enfermidade, realizando todos os procedimentos e investigações que julgarem necessários para a preservação da vida, órgãos e funções do paciente; **(xiii.2)** está ciente de que os médicos assistentes, em conformidade com o artigo 34 do Código de Ética Médica e artigo 9° da Lei n° 8.078/90, explicarão claramente a proposta do procedimento médico ou cirúrgico ao qual o paciente será submetido, inclusive seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas aos procedimentos sugeridos, proporcionando-lhe livre questionamento e respondendo inteira e satisfatoriamente às perguntas porventura existentes;

(xiii.3) está ciente de que em caso 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 prévio; **(xiv)** havendo evolução do atendimento de urgência/emergência para internação hospitalar: **(xiv.1)** providenciarão acompanhante para o paciente em tempo integral, quando for criança ou adolescente menor de 18 (dezoito) anos, pessoa idosa (a partir de 60 anos), pessoa com deficiência e/ou outras necessidades especiais; **(xiv.2)** providenciarão os produtos necessários para realização de higiene pessoal do paciente, tais como: escova de dente, creme dental, sabonete, xampu, condicionador, escova de cabelo, aparelho de barbear, absorvente íntimo, fralda descartável, entre outros; **(xiv.3)** participarão do plano de tratamento e alta hospitalar do paciente ou indicarão quem poderá fazê-lo; **(xiv.4)** liberarão o leito em até 1h (uma hora) após a alta hospitalar, **sob pena de pagamento proporcional sobre o valor da diária**, nos termos a seguir: **(xiv.4.1)** Se o paciente desocupar o leito até às 11h59min **haverá cobrança de 50% (cinquenta por cento) do valor da diária**; **(xiv.4.2)** Se o paciente desocupar o leito a partir de 12h (doze horas) **haverá cobrança de 100% (cem por cento) do valor da diária**.

Cláusula Sexta: O(s) **CONTRATANTE(S)** responde(m), solidariamente, pela totalidade dos valores deste Contrato, de acordo com o artigo 264 e seguintes do Código Civil.

Unimed

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - NAS

Atendimento: 3531440

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.

Florianopolis/SC, _____/_____/_____

Rafael

_____ _____

CONTRATANTE/RESPONSÁVEL **CONTRATADA**

Testemunhas

1- _____ 2- _____

Nome: Nome:

CPF nº CPF nº

Instituto Adventista

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

V.3.0

Atend.: 3531440

2 - Nº Guia no Prestador 5940082

1 - Registro ANS	3 - Nº Guia Principal		
4 - Data da Autorização 15/05/2025	5 - Senha 28389	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 28389

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
72052222	15/05/2025	DAVI ANTONIO COELHO MACHADO		N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado
300638	Unidade Centro

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Requisitante Nao Cadastrado/nao Cooperado	6	2526	SC	225125	

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	15/05/2025	

	24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qtde.Solic.	28 - Qtde.Aut.
1	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	1	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 (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 - Qtde.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acresc.	46 - Valor Unitário (R$)	47 - Valor Total (R$)
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	55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série **57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável**

1 - __/__/__ _____ 3 - __/__/__ _____ 5 - __/__/__ _____ 7 - __/__/__ _____ 9 - __/__/__ _____

2 - __/__/__ _____ 4 - __/__/__ _____ 6 - __/__/__ _____ 8 - __/__/__ _____ 10 - __/__/__ _____

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
__/__/__	15/05/2025	15/05/2025

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Davi Antônio Coelho Machado
Nº da Carteirinha: 7.205.2222
Instituição: Colégio Adventista Palhoça

Data de Nascimento: 03/03/2021 **Nº da Guia:** 28389

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
15/05/2025	16:02:00	Playground (**Ex.: parquinho**)	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Antebraço Direito, Mão Direita

Descrição

Durante a atividade, ao se abaixar e apoiar com as mãos no chão, uma outra aluna se esbarrou no aluno onde o mesmo *acabou machucando a região do pulso.*

Testemunha da ocorrência	Telefone
Geovana Martins	(48) 9935-1000
Geovana Martins	(48) 9935-1000

Quem prestou primeiros socorros	Data
Geovana Martins	15/05/2025

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

Observações

Foi comunicado á família sobre o incidente.

Ass.:

Geovana Santos Martins

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

Evolução Paciente

Paciente	**DAVI ANTONIO COELHO MACHADO**	Atendimento	**3.531.440**
Data Nascto.	03/03/2021 4 Anos	Prontuário	99.766.856
Sexo	Masculino	Dt. Entrada	15/05/2025 17:09:28
Telefone	98463-0764	Convênio	Instituto Adventista Instituto
Leito	1		

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
15/05/2025 18:13	15/05 19:08	Médico	Anamnese PA		FABIANE MITIE OSAKU	CRM 16970

Luana
DAVI ANTONIO COELHO MACHADO, 4 anos

QUEIXA PRINCIPAL:

REfere queda de amigo em membro superior direito do Davi às 16:00. Desde então com dor em punho direito. Nega edema.
REfere urgencia miccional há alguns meses, sem alteração em quantidade de ingesta de liquidos.
Coriza ha 4 dias. Dor em ouvido direito ha 1 dia, sem saida de secreção.
NEga febre.
Nega outros sintomas.
Aceitando bem a dieta. urina efezes sem alterações
nega comorbidades

EXAME FÍSICO:
BEG, corado e hidratado, eupnéico, anictérico e acianótico, ativo e alerta.
FC FR 30 SAT 99 TEMP 36,6 PESO 15,4
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.
punho direito e mão sem aumento de volume, hematomas ou lesões de pele; sem dor a mobilização passiva;

HIPOTESE DIAGNÓSTICA:
contusão de punho

CONDUTA:
HGT - 108 --> investigar com pediatra
rx de punho e mão D - normais

Sintomáticos.
Orientações.
se persistir com dor, deverá ser avaliado por ortopedita
Retorno se sinais de alerta.
Dra. FABIANE MITIE OSAKU (CRM 16970)

Documento assinado digitalmente conforme a ICP-Brasil, MP 2.200-2/2001 no sistema certificado SBIS-SRES-068 por FABIANE MITIE OSAKU, às 19:12-03:00 de 15/05/2025 - Válida

Paciente: **DAVI ANTONIO COELHO MACHADO**
Data de Nascimento: 03/03/2021 Idade: 4anos 2M Sexo: M
Data do Exame: 15/05/2025
Solicitante: Dr.(a) FABIANE MITIE OSAKU
Protocolo: UGF3531440 Senha: 206889

unimedflorianopolis.com.br
Central de Atendimento: (48) 3288 4100
Informações: 0800 048 3500

RADIOGRAFIA DIGITAL DA MÃO DIREITA

Alinhamento articular mantido.
Estrutura óssea normal.
Interlinhas articulares preservadas.
Partes moles sem alterações radiográficas.

Dr. Pedro Lemos de Luca
CRM/SC 6606

ACREDITADO PLENO
HOSPITAL UNIMED
ONA

Paciente: **DAVI ANTONIO COELHO MACHADO**
Data de Nascimento: 03/03/2021 Idade: 4anos 2M Sexo: M
Data do Exame: 15/05/2025
Solicitante: Dr.(a) FABIANE MITIE OSAKU
Protocolo: UGF3531440 Senha: 206889

unimedflorianopolis.com.br
Central de Atendimento: (48) 3288 4100
Informações: 0800 048 3500

RADIOGRAFIA DIGITAL DO PUNHO DIREITO

Alinhamento articular mantido.
Estrutura óssea normal.
Interlinhas articulares preservadas.
Partes moles sem alterações radiográficas.

Dr. Pedro Lemos de Luca
CRM/SC 6606

ACREDITADO PLENO
HOSPITAL UNIMED
ONA

Unimed

UGF - Contrato De Prestacão De Serviços Hospitalares - NAS

HEITOR MIGUEL SANTOS LAURENTINO
Resp: IANA MARIA GONZAGA DOS SA
Dt Nasc: 19/06/16
Atend: 3545718 Senha: N158
Instituto Adventista

Atendimento: 3545718

Contratante:

Paciente/Usuário

3545718

Nome: HEITOR MIGUEL SANTOS LAU
Atendimento Nº: 3545718
Telefone: (48) 996300916
CPF: 15560552933
RG:
Endereço: Rua Joaquim Nabuco , 1100 AP 01

Responsável:

Nome: DIEGO
Telefone: 5548984379444
CPF: 07475129900
RG: 5909589
Endereço: Servidão Natalino , 119 APTO 02

CONTRATADA: UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o n.° 77.858.611/0015-03, estabelecida na Rua Madalena Barbi, n.° 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 uteis, 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 adimissão do paciente

Unimed

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - NAS

Atendimento: 3545718

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.

Florianopolis/SC, _____/_____/_____

Diego Laurentino

CONTRATANTE/RESPONSÁVEL | **CONTRATADA**

Testemunhas

1- _____
Nome:
CPF nº

2- _____
Nome:
CPF nº

Instituto Adventista

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

V.3.0

Atend.: 3545718

2 - N° Guia no Prestador 5964751

1 - Registro ANS	3 - N° Guia Principal
000000	

4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
28/05/2025	28891		28891

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
7586777	28/05/2025	HEITOR MIGUEL SANTOS LAURENTINO		N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado
300638	Unidade Centro

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Requisitante Nao Cadastrado/nao Cooperado	6	2526	SC	225125	

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	28/05/2025	

	24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qtde.Solic.	28 - Qtde.Aut.
1	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	1	1
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 (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 - Qtde.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acresc.	46 - Valor Unitário (R$)	47 - Valor Total (R$)
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	55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série **57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável**

1 - __/__/__ _____ 3 - __/__/__ _____ 5 - __/__/__ _____ 7 - __/__/__ _____ 9 - __/__/__ _____

2 - __/__/__ _____ 4 - __/__/__ _____ 6 - __/__/__ _____ 8 - __/__/__ _____ 10 - __/__/__ _____

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
__/__/__	28/05/2025 Diego Laurentino	28/05/2025

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Heitor Miguel Santos Laurentino
Nº da Carteirinha: 7.58.6777
Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Estreito

Data de Nascimento: 19/05/2015 **Nº da Guia:** 28891

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
28/05/2025	17:51:00	Pátio	Saída

O que aconteceu	Partes do corpo
Corte com instrumento ou objeto (**Ex.: estilete, tesoura ou agulha**)	Joelho Direito

Descrição

aluno estava correndo pra ir no banheiro caiu e bateu o joelho direito no parede do banheiro

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitora Rafaela	(48) 3039-8054

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

Observações

atendido e encaminhado para hospital de referência - Hospital da Unimed

Ass.: Luciana Rafaela do nascimento

Jerry Abdorai Borges

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

Evolução Paciente

Paciente	**HEITOR MIGUEL SANTOS LAURENTINO**	Atendimento	**3.545.718**
Data Nascto.	19/05/2015 10 Anos	Prontuário	99.875.153
Sexo	Masculino	Dt. Entrada	28/05/2025 20:12:04
Telefone	996300916	Convênio	Instituto Adventista Instituto
Leito	1		

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
28/05/2025 21:16	28/05 21:17	Médico	Anamnese PA		AMANDA WONG RODRIGO	CRM 32340

HEITOR MIGUEL SANTOS LAURENTINO, 10 anos

QUEIXA PRINCIPAL:

Bateu o joelho direito em quina de parede, chega com ferimento cortocontuso de +- 5cm de diametro, com sangramento ativo.Realizo sutura com 3 pontos simples, sem intercorrencias. Nega alergias ou doenças. Curativo local, oriento retirar pontos em 1 semana em ubs.

Amanda - CRM SC 32340

Documento assinado digitalmente conforme a ICP-Brasil, MP 2.200-2/2001 no sistema certificado SBIS-SRES-068 por AMANDA WONG RODRIGO, às 04:13-03:00 de 29/05/2025 - Válida

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

Conta paciente

(77858611001503)

Nota:

Emissao:

N° atend: **3.545.718**
Nº IC: **21.379.496**

Paciente:	Convênio:	Usuário/Matrícula:
HEITOR MIGUEL SANTOS LAURENTINO	**Instituto Adventista**	**7586777**

Categoria:
Instituto Adventista

Prontuário: 99875153 Data entrada: 28/05/2025 20:12:04 Data saída: 28/05/2025 21:32:45 Motivo Alta: Alta melhora
Médico: Dra. AMANDA WONG RODRIGO (CRM 32340) Tipo atend: 3 - Pronto socorro
Proc Princ: 00000000 0 Espec/Clinica: 4 Clinica Pediátrica
Tipo acomodação Setor sem acomodação
Data 19/05/2015 Sexo: M
CID Princ: S81.0 Ferim do joelho
Guia: **28891** Senha: 28891

Dt Conta: 28/05/25 20:21 Dt inicial: 28/05/25 20:12 Dt final: 28/05/25 21:32 Refer: 31/05/25

Movimentação do Paciente

Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO UC	Setor sem acomodação	1/	28/05/2025 20:12:04	28/05/2025 21:32:45

Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crm	Médico	Função	Valor
1	28/05/25 20:12	PRONTO ATENDIMENTO UC	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	32340	AMANDA WONG	Clínico	130,42
	Total de Honorários Não Conveniados				**1,00**				**130,42**

Materiais

Seq	Código	Descrição	Unid.	Qtde	Vl Unit.	Vl Total
		PRONTO ATENDIMENTO UC				
1	70014370	AGULHA HIPODERMICA 4	un	1,0000	1,9100	1,91
2	78313589	AGULHA 13 X 0,45 MM (26G) C/ DISPOSITIVO DE SEGURANÇA (4658301BR)	und	1,0000	8,9900	8,99
3	78988624	ATADURA CREPE 10CMX1,8MT (EM REPOUSO) 13FIO ESTERIL	rl	1,0000	7,6000	7,60
4		COMPRESSA GAZE ESTERIL 13 FIOS 7,5X7,5CM C/ 05UN	pc	1,0000	1,2500	1,25
5	70261962	FIO NYLON CUTICULAR	und	1,0000	23,3000	23,30
6	70371512	LUVA CIRURGICA ESTERIL 6,5 (PAR) 0084101	par	1,0000	0,8500	0,85
7	70705305	SERINGA S/ AGULHA 5ML	un	1,0000	2,9200	2,92
		Total - PRONTO ATENDIMENTO UC -		**7,0000**		**46,82**
		Total de Materiais		**7,0000**		**46,82**

Medicamentos

Seq	Código	Descrição	Unid.	Qtde	Vl Unit.	Vl Total
		PRONTO ATENDIMENTO UC				
1	90096487	CLORIDRATO DE LIDOCAINA20 MG/ML SOL INJ CX 100 AMP VD INC X 5 ML	amp	1,0000	5,82	5,82
		Total - PRONTO ATENDIMENTO UC -		**1,0000**		**5,82**
		Total de Medicamentos		**1,0000**		**5,82**

Total geral R$ **183,06**

Unimed

HENRIQUE BATISTA DA CRUZ
Resp: ÂUANA BATISTA
Dt Nasc: 21/03/16
Atend: 3540109 Senha: N74
Instituto Adventista
3540109

UGF - Contrat rviços Hospitalares - NAS

Atendimento: 3540109

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: HENRIQUE BATISTA DA CRUZ
CPF: 12721658921
Endereço: Avenida Epitácio Bittencourt , 466

Atendimento Nº: 3540109
Telefone: (48) 984482273
RG:

Responsável:

Nome: DAVI
CPF: 08443301910
Endereço: Avenida Epitácio Bittencourt , 462 CASA

Telefone: 4899696159
RG:

CONTRATADA: UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o n.° 77.858.611/0015-03, estabelecida na Rua Madalena Barbi, n.° 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 uteis, 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 adimissão do paciente

(**CONTRATANTE**), a fim de que seja quitado no prazo máximo de 72h (setenta e duas horas).

Parágrafo Terceiro. Em caso de inadimplemento, os valores devidos serão acrescidos de multa de 2% (dois por cento) e juros de mora correspondentes a 1% (um por cento) ao mês, calculados *pro rata die*, da data imediatamente após o vencimento até o efetivo pagamento.

Parágrafo Quarto: No caso de atraso ou inadimplemento da dívida por mais de 30 (trinta) dias consecutivos, o(s) **CONTRATANTE(S)** estão cientes de que o débito poderá ser levado a protesto, entregue à firma de cobrança ou ainda ser informado ao Serviço de Proteção ao Crédito (SPC), SERASA Experian e outros, além de estar sujeito à cobrança judicial ou extrajudicial pela **CONTRATADA**, com a incidência de honorários advocatícios, observada a legislação vigente.

Parágrafo Quinto. O(s) **CONTRATANTE(S)** deve(m) notificar a **CONTRATADA,** imediatamente, sobre eventual mudança do e-mail indicado no *caput* desta cláusula.

Cláusula Quinta: O(s) **CONTRATANTE(S)** declara(m) que **(i)** cumprirão as normas, regulamentos, fluxos e orientações estabelecidos pela **CONTRATADA**; **(ii)** obedecerão aos direitos dos demais pacientes, funcionários e prestadores de serviços da **CONTRATADA**, tratando-os com civilidade e cortesia; **(iii)** custodiarão e se responsabilizarão por seus objetos e/ou valores, inclusive do(s) respectivo(s) acompanhante(s) e/ou visitante(s) do paciente; **(iv)** efetuarão o pagamento particular dos medicamentos de uso ambulatorial, devidamente utilizados durante o atendimento pela **CONTRATADA**, inclusive quando não houver cobertura contratual pelo plano privado de assistência à saúde; **(v)** acatarão a decisão da **CONTRATADA** para realizar a troca do leito, quando houver necessidade de higienização, desinfecção e/ou manutenção estrutural da acomodação utilizada; **(vi)** têm ciência de que a **CONTRATADA** possui câmara de vigilância instaladas nas suas dependências, inclusive, que as imagens gravadas são confidenciais e protegidas, nos termos da legislação vigente; **(vii)** em conformidade com a Lei n.° 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais) concordam que a **CONTRATADA** compartilhe os dados pessoais sensíveis de saúde do paciente com os profissionais integrantes das suas equipes, com médicos indicados pelo próprio paciente e/ou responsável, com a finalidade de possibilitar a adequada prestação de serviços de assistência à saúde ao paciente, bem como à operadora ou seguradora de saúde a qual o paciente estiver vinculado, para fins de auditoria ou autorização prévia dos serviços prescritos; **(viii)** zelarão e se responsabilizarão por eventuais danos causados de forma dolosa ou culposa aos bens colocados à disposição para o conforto e tratamento do paciente; **(ix)** assumirão a responsabilidade pela recusa à realização de procedimentos ou tratamentos recomendados pelos profissionais de saúde e pela não atenção às orientações fornecidas pela equipe de saúde da **CONTRATADA**; **(x) estão cientes de que as consultas de urgência/emergência, realizadas no Pronto Atendimento da CONTRATADA, particular ou convênio, não têm direito a retorno; (xi)** devem dar informações completas e precisas sobre o histórico de saúde, doenças prévias, uso de medicamentos, procedimentos médicos anteriores e outros problemas relacionados à saúde do paciente; **(xii)** têm conhecimento de que o prontuário médico deverá permanecer sob a guarda dos médicos da **CONTRATADA**; **(xiii)** o **CONTRATANTE/RESPONSÁVEL** será o responsável pelo paciente acima identificado e, por consequência: **(xiii.1)** dará plena autorização aos médicos da **CONTRATADA** para assistirem e tratarem da sua enfermidade, realizando todos os procedimentos e investigações que julgarem necessários para a preservação da vida, órgãos e funções do paciente; **(xiii.2)** está ciente de que os médicos assistentes, em conformidade com o artigo 34 do Código de Ética Médica e artigo 9° da Lei n° 8.078/90, explicarão claramente a proposta do procedimento médico ou cirúrgico ao qual o paciente será submetido, inclusive seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas aos procedimentos sugeridos, proporcionando-lhe livre questionamento e respondendo inteira e satisfatoriamente às perguntas porventura existentes;

(xiii.3) está ciente de que em caso 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 prévio; **(xiv)** havendo evolução do atendimento de urgência/emergência para internação hospitalar: **(xiv.1)** providenciarão acompanhante para o paciente em tempo integral, quando for criança ou adolescente menor de 18 (dezoito) anos, pessoa idosa (a partir de 60 anos), pessoa com deficiência e/ou outras necessidades especiais; **(xiv.2)** providenciarão os produtos necessários para realização de higiene pessoal do paciente, tais como: escova de dente, creme dental, sabonete, xampu, condicionador, escova de cabelo, aparelho de barbear, absorvente íntimo, fralda descartável, entre outros; **(xiv.3)** participarão do plano de tratamento e alta hospitalar do paciente ou indicarão quem poderá fazê-lo; **(xiv.4)** liberarão o leito em até 1h (uma hora) após a alta hospitalar, **sob pena de pagamento proporcional sobre o valor da diária**, nos termos a seguir: **(xiv.4.1)** Se o paciente desocupar o leito até às 11h59min **haverá cobrança de 50% (cinquenta por cento) do valor da diária**; **(xiv.4.2)** Se o paciente desocupar o leito a partir de 12h (doze horas) **haverá cobrança de 100% (cem por cento) do valor da diária**.

Cláusula Sexta: O(s) **CONTRATANTE(S)** responde(m), solidariamente, pela totalidade dos valores deste Contrato, de acordo com o artigo 264 e seguintes do Código Civil.

Unimed

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - NAS

Atendimento: 3540109

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.

Florianopolis/SC, _____/_____/_____

CONTRATANTE/RESPONSÁVEL

_____

CONTRATADA

Testemunhas

1- _____
Nome:
CPF nº

2- _____
Nome:
CPF nº

Instituto Adventista

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

V.3.0

Atend.: 3540109

2 - N° Guia no Prestador 5954945

1 - Registro ANS	3 - N° Guia Principal		
000000			
4 - Data da Autorização	**5 - Senha**	**6 - Data Validade da Senha**	**7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora**
23/05/2025	28698		28698

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
7465501	23/05/2025	HENRIQUE BATISTA DA CRUZ		N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado
300638	Unidade Centro

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Requisitante Nao Cadastrado/nao Cooperado	6	2526	SC	225125	

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	23/05/2025	

	24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qtde.Solic.	28 - Qtde.Aut.
1	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	1	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 (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 - Qtde.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acresc.	46 - Valor Unitário (R$)	47 - Valor Total (R$)
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	55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série **57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável**

1 - __/__/__ _____ 3 - __/__/__ _____ 5 - __/__/__ _____ 7 - __/__/__ _____ 9 - __/__/__ _____

2 - __/__/__ _____ 4 - __/__/__ _____ 6 - __/__/__ _____ 8 - __/__/__ _____ 10 - __/__/__ _____

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
__/__/__	23/05/2025	23/05/2025

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Henrique Batista da Cruz
Nº da Carteirinha: 7.46.5501
Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Centro

Data de Nascimento: 21/03/2015 **Nº da Guia:** 28698

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
23/05/2025	12:28:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (**Ex.: entre dois alunos**)	Olho Direito

Descrição

Aluno bateu no rosto do colega

Testemunha da ocorrência	Telefone
Jardson	(30) 39-8200

Quem prestou primeiros socorros	Data
Jardson	23/05/2025

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

feito curativo

Ass.:

Jardson Rocha

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

Evolução Paciente

Paciente	**HENRIQUE BATISTA DA CRUZ**	Atendimento	**3.540.109**
Data Nascto.	21/03/2015 10 Anos	Prontuário	99.843.178
Sexo	Masculino	Dt. Entrada	23/05/2025 12:43:01
Telefone	984482273	Convênio	Instituto Adventista Instituto
Leito	1		

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
23/05/2025 13:00	23/05 13:01	Médico	Anamnese PA		CHRISTIAN E MARRERO CATALAO	CRM 18017

HENRIQUE BATISTA DA CRUZ, 10 anos

QUEIXA PRINCIPAL: levou dentada em cabeça, apresenta corte
vem avaliar necessidade de sutura
nega desmaio/vomitos/alt comportamento

EXAME FÍSICO:
FCC em testa, pequeno

CONDUTA:
Dermabond, com sucesso
Sintomáticos.
Orientações.
Retorno se sinais de alerta

Dra. CHRISTIANE MARRERO CATALAO (CRM 18017)

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

Conta paciente

(77858611001503)

Nota:

Emissao:

N° atend: **3.540.109**
Nº IC: **21.373.024**

Paciente:	Convênio:	Usuário/Matrícula:
HENRIQUE BATISTA DA CRUZ	**Instituto Adventista**	**7465501**

Categoria:
Instituto Adventista

Prontuário: 99843178 Data entrada: 23/05/2025 12:43:01 Data saída: 23/05/2025 14:09:19 Motivo Alta: Alta melhora
Médico: Dra. CHRISTIANE MARRERO CATALAO (CRM 18017) Tipo atend: 3 - Pronto socorro
Proc Princ: 00000000 0 Espec/Clinica: 4 Clinica Pediátrica
Tipo acomodação Enfermaria
Data 21/03/2015 Sexo: M
CID Princ: S00.9 Traum superf da cabeca parte NE
Guia: **28698** Senha: 28698

Dt Conta: 23/05/25 12:50 Dt inicial: 23/05/25 12:43 Dt final: 23/05/25 14:09 Refer: 31/05/25

Movimentação do Paciente

Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO UC	Setor sem acomodação	1/	23/05/2025 12:43:01	23/05/2025 14:09:19

Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crm	Médico	Função	Valor
1	23/05/25 12:43	PRONTO ATENDIMENTO UC	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	18017	CHRISTIANE	Clínico	100,32
2	23/05/25 13:00	PRONTO ATENDIMENTO UC	30101794	Sutura De Pequenos Ferimentos Com Ou Sem Desbridamento	1,00	18017	CHRISTIANE	Clínico	63,11
	Total de Honorários Não Conveniados				**2,00**				**163,43**

Materiais

Seq	Código	Descrição	Unid.	Qtde	Vl Unit.	Vl Total
		PRONTO ATENDIMENTO UC				
1	70902607	DERMABOND-MINI	und	1,0000	86,5900	86,59
		Total - PRONTO ATENDIMENTO UC -		**1,0000**		**86,59**
		Total de Materiais		**1,0000**		**86,59**

Total geral R$ **250,02**

Unimed

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - NAS

Atendimento: 3538081

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: LORENZO DALLANORA ABREU

CPF: 12982204916

Endereço: Rua Carlos Weingartner , 93

Atendimento Nº: 3538081

Telefone: (48) 988212222

RG:

Responsável:

Nome: BARBAR

CPF: 08057779977

Endereço: Rua Carlos Weingartner , 93

Telefone: 5548988212222

RG:

CONTRATADA: UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o n.° 77.858.611/0015-03, estabelecida na Rua Madalena Barbi, n.° 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 uteis, 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 adimissão do paciente

Unimed

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - NAS

Atendimento: 3538081

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.

Florianopolis/SC, 21 / 05 / 25

_____ _____

CONTRATANTE/RESPONSÁVEL **CONTRATADA**

Testemunhas

1- _____ 2- _____

Nome: Nome:

CPF nº CPF nº

Instituto Adventista

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

V.3.0

Atend.: 3538081

2 - N° Guia no Prestador 5951498

1 - Registro ANS	3 - N° Guia Principal
000000	

4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
21/05/2025	28606		28606

LORENZO DALLANORA ABREU
Resp: BARBARA BRUNA DALLANORA
Dt Nasc: 14/11/16
Atend: 3538081 Senha: N163
Instituto Adventista
3538081

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Cartão Nacional de Saúde
72051263	21/05/2025	LORENZO DALLANORA ABREU	

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado
300638	Unidade Centro

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicit.
Requisitante Nao Cadastrado/nao Cooperado	6	2526	SC	225125	

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	21/05/2025	

	24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qtde.Solic.	28 - Qtde.Aut.
1	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	1	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 (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 - Qtde.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acresc.	46 - Valor Unitário (R$)	47 - Valor Total (R$)
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	55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série **57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável**

1 - __/__/__ 3 - __/__/__ 5 - __/__/__ 7 - __/__/__ 9 - __/__/__

2 - __/__/__ 4 - __/__/__ 6 - __/__/__ 8 - __/__/__ 10 - __/__/__

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
__/__/__	21/05/2025	21/05/2025

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Lorenzo Dallanora Abreu
Nº da Carteirinha: 7.205.1263
Instituição: Colégio Adventista Palhoça

Data de Nascimento: 14/11/2016 **Nº da Guia:** 28606

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
21/05/2025	15:47:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu

Queda de mesmo nível

Partes do corpo

Rosto, Língua

Descrição

Durante a atividade aplicada, o aluno acabou escorregando em uma área que estava molhada e acabou batendo o queixo *(onde houve o corte)* e *machucou também a língua.*

Testemunha da ocorrência

Geovana Martins

Geovana Martins

Telefone

(48) 99935-1000

(48) 99935-1000

Quem prestou primeiros socorros

Geovana Martins

Data

21/05/2025

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

Observações

Foi feita uma limpeza no local e comunicado a família para leva até uma unidade médica.

Ass.:

Geovana Santos Martins

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

Evolução Paciente

Paciente	**LORENZO DALLANORA ABREU**	Atendimento	**3.538.081**
Data Nascto.	14/11/2016 8 Anos	Prontuário	99.874.614
Sexo	Masculino	Dt. Entrada	21/05/2025 16:48:27
Telefone	988212222	Convênio	Instituto Adventista Instituto
Leito	1		

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
21/05/2025 17:51	21/05 17:53	Médico	Anamnese PA		VITORIA YAEGASHI ZAPPONE	CRM 30354

LORENZO DALLANORA ABREU, 8 anos

QUEIXA PRINCIPAL: QUEDA DE MESMO NIVEL COM LESAO EM MENTO HOJE AO BRINCAR NA ESCOLA
SANGRAMENTO LOCAL, NEGA PERDA DA CONSCIENCIA, VOMITOU OU DESMAIO OU SONOENCIA

* Medicamentos em uso: NEGA
* 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 20 SAT 97 TEMP 36,7 PESO 33,1
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.
ecg 15, PUPILAR ISO FOTO RREAGENTES MOV OCULARES PRESERVADOS ASSIM COMO DE TODOS OS MEMBROS
LESAO EM MENTRO DE ~3 CM

HIPOTESE DIAGNÓSTICA:

CONDUTA: REALIZO SUTURA COM 4 PONTOS COM FIO 4.0 COM HEMOSTASIA DA LESAO
Sintomáticos.
Orientações.
Retorno se sinais de alerta.
Dra. VITORIA YAEGASHI ZAPPONE (CRM 30354)

Documento assinado digitalmente conforme a ICP-Brasil, MP 2.200-2/2001 no sistema certificado SBIS-SRES-068 por VITORIA YAEGASHI ZAPPONE, às 20:16-03:00 de 21/05/2025 - Válida

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

Conta paciente

(77858611001503)

Nota:

Emissao:

N° atend: **3.538.081**
Nº IC: **21.370.680**

Paciente:	Convênio:	Usuário/Matrícula:
LORENZO DALLANORA ABREU	**Instituto Adventista**	**72051263**

Categoria:
Instituto Adventista

Prontuário: 99874614 Data entrada: 21/05/2025 16:48:27 Data saída: 21/05/2025 18:39:42 Motivo Alta: Alta melhora
Médico: Dra. VITORIA YAEGASHI ZAPPONE (CRM 30354) Tipo atend: 3 - Pronto socorro
Proc Princ: 00000000 0 Espec/Clinica: 4 Clinica Pediátrica
Tipo acomodação Setor sem acomodação
Data 14/11/2016 Sexo: M
CID Princ: W19.9 Queda sem especificação - local não especificado
Guia: **28606** Senha: 28606

Dt Conta: 21/05/25 16:55 Dt inicial: 21/05/25 16:48 Dt final: 21/05/25 18:39 Refer: 31/05/25

Movimentação do Paciente

Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO UC	Setor sem acomodação	1/	21/05/2025 16:48:27	21/05/2025 18:39:42

Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crm	Médico	Função	Valor
1	21/05/25 16:48	PRONTO ATENDIMENTO UC	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	30354	VITORIA YAEGASHI	Clínico	100,32
2	21/05/25 17:52	PRONTO ATENDIMENTO UC	30101794	Sutura De Pequenos Ferimentos Com Ou Sem Desbridamento	1,00	30354	VITORIA YAEGASHI	Clínico	63,11
	Total de Honorários Não Conveniados				**2,00**				**163,43**

Total geral R$ **163,43**