



Atendimento: 3469933

Contratante: \*3469933\*

Paciente/Usuário

Nome: ALANA BOTELHO ROCHA MENDES DE FREITAS

CPF: 13827453976

Endereço: AV PAULO ROBERTO VIDAL, 2494

Atendimento Nº: 3469933

Telefone: (48) 984946200

RG:

Responsável:

Nome:

Telefone:

CPF:

RG:

Endereço:

**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 (órgãos, próteses e materiais especiais), realização de tratamentos, procedimentos/exames, terapias (exemplos: fisioterapia, quimioterapia e outras), cobranças de honorários médicos e taxas, etc., realizados em caráter particular ou que não forem autorizadas pelo plano ou seguro saúde do paciente, por motivo de carência, Cobertura Parcial Temporária (CPT), Diretrizes de Utilização (DUT), Diretrizes Clínicas (DC), inexistência de cobertura no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde ou no Contrato de Plano de Saúde, entre outros motivos.

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

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

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

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

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

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

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



Atendimento: 3469933

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

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

Após os esclarecimentos prestados através do presente *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*, disposto nesta cláusula, vem declarar que:

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

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

CPF nº \_\_\_\_\_

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

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

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

\_\_\_\_\_

CONTRATANTE/RESPONSÁVEL

\_\_\_\_\_

CONTRATADA

**Testemunhas**

1- \_\_\_\_\_

Nome:

CPF nº

2- \_\_\_\_\_

Nome:

CPF nº

1 - Registro ANS

3 - Nº Guia Principal

4 - Data da Autorização  
19/03/2025

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Arbitrado pela Operadora

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira  
19/03/2025

10 - Nome  
ALANA BOTELHO ROCHA MENDES DE FREITAS

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN  
N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora  
300638

14 - Nome do Contratado  
Unidade Centro

15 - Nome do Profissional Solicitante  
Requisitante Não Cadastrado/nao Cooperado

16 - Conselho Profissional  
6

17 - Número no Conselho  
2526

18 - UF  
SC

19 - Código CBO  
225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Cartão do Atendimento  
2  
19/03/2025

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela  
1 22  
2 10101039

25 - Descrição  
CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

26 - Cidade Solic.  
1

27 - Cidade Solic.  
1

28 - Cidade Solic.  
0

29 - Cidade Solic.  
0

30 - Cidade Solic.  
0

31 - Código CNIES

Dados do Contratado Executante

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Motivo de Encerramento do Atendimento

37 - Nome do Contratado

38 - Nome do Contratado

39 - Nome do Contratado

40 - Nome do Contratado

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

39 - Hora Inicial a 39 - Hora final  
1 37 - Tabela  
2 37 - Tabela  
3 37 - Tabela  
4 37 - Tabela  
5 37 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Cidade

43 - Via

44 - Tec.

45 - Fator Red/Accresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Sdq/Ret.  
49 - Gr/Par.

50 - Código na Operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Conselho Profissional

54 - Número no Conselho

55 - UF

56 - Código CBO

57 - Nome do Contratado

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

1 - / /  
2 - / /

3 - / /  
4 - / /

5 - / /  
6 - / /

7 - / /  
8 - / /

9 - / /  
10 - / /

11 - / /  
12 - / /

13 - / /  
14 - / /

15 - / /  
16 - / /

17 - / /  
18 - / /

19 - / /  
20 - / /

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

69 - Assinatura do Contratado

70 - Assinatura do Contratado

71 - Assinatura do Contratado

72 - Assinatura do Contratado

73 - Assinatura do Contratado

74 - Assinatura do Contratado

## AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Alana Botelho Rocha Mendes de Freitas  
**Nº da Carteirinha:** 7.205.2008  
**Instituição:** Colégio Adventista Palhoça



**Data de Nascimento:** 31/12/2017

**Nº da Guia:** 25368

<b>Data da Ocorrência</b>	<b>Horário</b>	<b>Local</b>	<b>Atividade</b>
19/03/2025	15:23:00	Pátio	Intervalo ( <b>Ex.: recreio</b> )

<b>O que aconteceu</b>	<b>Partes do corpo</b>
Queda de mesmo nível	Antebraço Esquerdo, Mão Esquerda, Joelho Esquerdo

### Descrição

Durante o recreio a aluna estava correndo e acabou caindo. Bateu o joelho e o pulso no chão.

### Testemunha da ocorrência

Geovana Martins

### Telefone

(48) 99935-1000

Monitor

(48) 99935-1000

### Quem prestou primeiros socorros

Geovana Martins

### Data

19/03/2025

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

### Observações

Foi feita uma limpeza no local do joelho e colocamos uma gaze por cima. Entramos em contatos com a mãe para levar a aluna até uma unidade.

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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) (não credenciados) com os seguintes dados:**

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0003-31  
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157  
[assistenciamedica@clinicaadventista.org.br](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [portoalegre.clinicaadventista.org.br](http://portoalegre.clinicaadventista.org.br)

Paciente	<b>ALANA BOTELHO ROCHA MENDES DE FREITAS</b>		Atendimento	<b>3.469.933</b>
Data Nascto.	31/12/2017	7 Anos	Prontuário	99.869.380
Sexo	Feminino		Dt. Entrada	19/03/2025 16:21:32
Telefone	984946200		Convênio	Instituto Adventista Instituto
Leito	1			

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
19/03/2025 16:42	19/03 17:07	Médico	Anamnese PA		EDUARDO PIOVEZANI	CRM 22261

ALANA BOTELHO ROCHA MENDES DE FREITAS, 7 anos

QUEIXA PRINCIPAL: trauma.

S. Há pouco sofreu queda de própria altura no colégio, sobre o MSE.  
dor em antebraço E.

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

EXAME FÍSICO:

BEG, corado e hidratado, eupnéico, anictérico e acianótico, ativo e alerta.  
dor em extremidade distal do rádio E  
pouca dor à pronossupinação do antebraço

CONDUTA:

Rx --> fratura torus no terço distal do rádio

Encaminhamento à ortopedia no hospital da Unimed.

Mãe compreende.

Sintomáticos.

Orientações.

Retorno se sinais de alerta.

Dr. EDUARDO PIOVEZANI (CRM 22261)



Paciente: **ALANA BOTELHO ROCHA MENDES DE FREITAS**

Data de Nascimento: 31/12/2017 Idade: 7anos 2M Sexo: F

Data do Exame: 19/03/2025

Solicitante: Dr.(a) EDUARDO PIOVEZANI

Protocolo: UGF3469933 Senha: 287508

[unimedflorianopolis.com.br](http://unimedflorianopolis.com.br)

Central de Atendimento:  
(48) 3288 4100

Informações:  
0800 048 3500

## RADIOGRAFIA DIGITAL DO ANTEBRAÇO ESQUERDO

Fratura do rádio distal.

Relações articulares anatômicas.

Partes moles sem alterações radiográficas.

Exame completo e laudo médico disponíveis em [www.unimedflorianopolis.com.br](http://www.unimedflorianopolis.com.br)

(Protocolo/senha informados após o exame).

Responsável Técnico Dr. Fabio Vargas Magalhães CRM/SC 9267 RQE 10139

Diretor Técnico Dr. Gustavo Lemos Pelandré CRM/SC 12478 RQE 7811

1 / 1

  
Dr. Gustavo Lemos Pelandré  
CRM/SC 12478





Paciente: <b>ALANA BOTELHO ROCHA MENDES DE FREITAS</b>	Convênio: <b>Instituto Adventista</b>	Usuário/Matrícula:
Categoria: <b>Instituto Adventista</b>		

Prontuário: 99869380	Data entrada: 19/03/2025 16:21:32	Data saída: 19/03/2025 17:29:05	Motivo Alta: Alta melhora
Médico: Dr. EDUARDO PIOVEZANI (CRM 22261)			Tipo atend: 3 - Pronto socorro
Proc Princ: 00000000 0			Espec/Clinica: 4 Clínica Pediátrica
Tipo acomodação Setor sem acomodação			
Data 31/12/2017	Sexo: F		
CID Princ: S52.9 Frat do antebraço parte NE			
Guia: 25368	Senha: 25368		

Dt Conta: 19/03/25 16:31	Dt inicial: 19/03/25 16:21	Dt final: 19/03/25 17:29	Refer: 31/03/25
--------------------------	----------------------------	--------------------------	-----------------

Movimentação do Paciente						
Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO UC	Setor sem acomodação	1/	19/03/2025 16:21:32	19/03/2025 17:29:05
2	Serviços Especiais	RAIO X UC	Setor sem acomodação	1/	19/03/2025 16:47:00	19/03/2025 16:47:00

Honorários Não Conveniados										
Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor	
1	19/03/25 16:21	PRONTO ATENDIMENTO UC	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	22261	EDUARDO	Clínico	70,27	
2	19/03/25 16:50	RAIO X UC	40803104	Antebraço	1,00	12478	GUSTAVO LEMOS	Clínico	41,90	
<b>Total de Honorários Não Conveniados</b>					<b>2,00</b>				<b>112,17</b>	

<b>Total geral R\$</b>	<b>112,17</b>
------------------------	---------------

Adventista



Atendimento: 3454778

**Contratante:**

Paciente/Usuário

Nome: DANIEL DE MESQUITA DOS SANTOS

CPF: 16198612910

Endereço: Rua Ari Barroso, 146

Atendimento Nº: 3454778

Telefone: (48) 984282103

RG:

**Responsável:**

Nome: DANERS

CPF: 06368976993

Endereço: Rua Ari Barroso, 146 kitnet fundos

Telefone: 5548984282103

RG: 7653805

**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 (órgãos, próteses e materiais especiais), realização de tratamentos, procedimentos/exames, terapias (exemplos: fisioterapia, quimioterapia e outras), cobranças de honorários médicos e taxas, etc., realizados em caráter particular ou que não forem autorizadas pelo plano ou seguro saúde do paciente, por motivo de carência, Cobertura Parcial Temporária (CPT), Diretrizes de Utilização (DUT), Diretrizes Clínicas (DC), inexistência de cobertura no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde ou no Contrato de Plano de Saúde, entre outros motivos.

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

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

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

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

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

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



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

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

Após os esclarecimentos prestados através do presente *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*, disposto nesta cláusula, vem declarar que:

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

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

CPF nº \_\_\_\_\_

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

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

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

  
\_\_\_\_\_  
CONTRATANTE/RESPONSÁVEL

\_\_\_\_\_  
CONTRATADA

**Testemunhas**

1- \_\_\_\_\_  
Nome:  
CPF nº

2- \_\_\_\_\_  
Nome:  
CPF nº

1 - Registro ANS 3 - Nº Guia Principal

4 - Data da Autorização 05/03/2025 5 - Senha 24829 6 - Data Validade da Senha 7 - Número da Guia Atribuido pela Operadora 24829

8 - Número da Carteira 9 - Validade da Carteira 10 - Nome do Beneficiário DANIEL DE MESQUITA DOS SANTOS 11 - Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento a RN N

13 - Código na Operadora 300538 14 - Nome do Contratado Unidade Centro

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

21 - Gerador do Atendimento 2 22 - Data da Solicitação 05/03/2025 23 - Indicação Clínica

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

29 - Código na Operadora 30 - Nome do Contratado 31 - código CNES

32 - Tipo de Atendimento 33 - Indicação de Acidente (paciente 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

1  
2  
3  
4  
5

Daniel de Mesquita dos Santos  
Mae: ANGELINA  
Atend: 3454778 Senha: N67  
Instituto Adventista



\*3454778\*



Total (R\$)

42 - Identificação do(a) Profissional(s) Execuant(es) 43 - 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

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Daniel Mesquita dos Santos  
**Nº da Carteira:** 7.46.6338  
**Instituição:** Colégio Adventista de Florianópolis - Centro



**Data de Nascimento:** 19/01/2022      **Nº da Guia:** 24829

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
05/03/2025	12:11:00	Sala de Aula	Aula de outras matérias

## O que aconteceu

## Partes do corpo

Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)

Mão Direita

## Descrição

Aluno teve o dedo polegar da mão direita esmagado pela porta.

## Testemunha da ocorrência

## Telefone

Jardson de Souza Rocha

48988760315

## 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

Aluno foi atendido pela monitoria e informado aos pais.

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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) (não credenciados) com os seguintes dados:**

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0003-31  
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157  
[assistenciamedica@clinicaadventista.org.br](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [nortopaleare.clinicaadventista.org.br](http://nortopaleare.clinicaadventista.org.br)

Paciente **DANIEL DE MESQUITA DOS SANTOS**Atendimento **3.454.778**

Data Nascto. 19/01/2022 3 Anos

Prontuário 99.868.252

Sexo Masculino

Dt. Entrada 05/03/2025 13:16:40

Telefone 984282103

Convênio Instituto Adventista Instituto

Leito 1

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
05/03/2025 14:16	05/03 14:20	Médico	Anamnese PA		VITORIA YAEGASHI ZAPPONE	CRM 30354

DANIEL DE MESQUITA DOS SANTOS, 3 anos

## QUEIXA PRINCIPAL:

prensao do poegar direito hoje a tarde  
chorou bastante na ocasio, porem

\* 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 21 SAT 100 TEMP 36,2 PESO 15,8

1 qdl com edema e hiperemia D

Pele sem lesões.

rx dedo sem fratura

HIPOTESE DIAGNÓSTICA: lesao em partes moles

## CONDUTA:

Sintomáticos. imobilização com tala metalica por 1 semana

Orientações.

Retorno se sinais de alerta.

Dra. VITORIA YAEGASHI ZAPPONE (CRM 30354)

Paciente **DANIEL DE MESQUITA DOS SANTOS**Atendimento **3.454.778**

Data Nascto. 19/01/2022 3 Anos

Prontuário 99.868.252

Sexo Masculino

Dt. Entrada 05/03/2025 13:16:40

Telefone 984282103

Convênio Instituto Adventista Instituto

Leito 1

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
05/03/2025 13:36	05/03 13:55	Médico	Anamnese PA		AMANDA WONG RODRIGO	CRM 32340

MAYA ROSA ABREU RAMOS DE SOUZA, 1 ano

## QUEIXA PRINCIPAL:

Diarreia iniciada em 21/02, com febre por 48h. Evoluiu persistindo com a diarreia. Há 48h vomitos, piora da diarreia. Última diurese há cerca de 6h. Hoje não apresentou vomitos nem diarreia. Aceitando pouco líquido. Nega no momento tosse, coriza. Nega febre. Nega produtos patológicos.

\* Medicamentos em uso: neutrofer, zinco

\* Alergias a medicamentos: nega

\* Comorbidades associadas: nega

\* Vacinação: em dia (sic)

## EXAME FÍSICO:

REG, hipocorada +/4+ e desidratada (boca seca, olho fundo, tec 3s), eupnéico, anictérico e acianótico, dormindo mas reativa

FC 120 FR 28 SAT 98 TEMP 37 PESO 10

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 ok, tec 3s

Pele sem lesões.

## HIPOTESE DIAGNÓSTICA:

GEA - desidratação

## CONDUTA:

FR 20ml/kg

Reavaliar

AMANDA WONG RODRIGO (CRM 32340)

Paciente	<b>DANIEL DE MESQUITA DOS SANTOS</b>		Atendimento	<b>3.457.799</b>
Data Nascto.	19/01/2022	3 Anos	Prontuário	99.868.252
Sexo	Masculino		Dt. Entrada	07/03/2025 17:49:17
Telefone	984282103		Convênio	Instituto Adventista Instituto
Leito	1			

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
07/03/2025 18:31	07/03 18:33	Médico	Anamnese PA		ALESSANDRA GERALDO	CRM 27585

DANIEL DE MESQUITA DOS SANTOS, 3 anos

QUEIXA PRINCIPAL: esta tarde, enquanto brincava com colega, escorregou e bateu região de queixo contra deck de madeira. Fez ferimento cortocontuso, facilmente estancável.

Nega síncope, vômitos ou outras alterações neurológicas.

\* 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 97 TEMP 36,6 PESO 15

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: ferimento cortocontuso de cerca de 1 cm em região de queixo, sem perda de substância.

#### HIPOTESE DIAGNÓSTICA:

Ferimento cortocontuso em queixo

#### CONDUTA:

Fechamento da lesão com dermabond.

Sintomáticos.

Orientações.

Retorno se sinais de alerta.

Dra. ALESSANDRA GERALDO (CRM 27585)



Paciente: **DANIEL DE MESQUITA DOS SANTOS**  
Data de Nascimento: 19/01/2022 Idade: 3anos 1M Sexo: M  
Data do Exame: 05/03/2025  
Solicitante: Dr.(a) AMANDA WONG RODRIGO  
Protocolo: UGF3454778 Senha: 769149

[unimedflorianopolis.com.br](http://unimedflorianopolis.com.br)

Central de Atendimento:  
(48) 3288 4100

Informações:  
0800 048 3500

## RADIOGRAFIA DIGITAL DA MÃO DIREITA

Estrutura óssea normal.  
Relações articulares anatômicas.  
Partes moles sem alterações radiográficas.  
Ausência de sinais de fraturas.

Exame completo e laudo médico disponíveis em [www.unimedflorianopolis.com.br](http://www.unimedflorianopolis.com.br)

(Protocolo/senha informados após o exame).

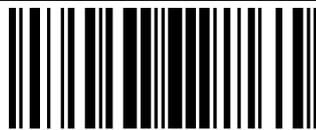
Responsável Técnico Dr. Fabio Vargas Magalhães CRM/SC 9267 RQE 10139

Diretor Técnico Dr. Gustavo Lemos Pelandré CRM/SC 12478 RQE 7811

1 / 1

  
Dr. Gustavo Lemos Pelandré  
CRM/SC 12478





Paciente: <b>DANIEL DE MESQUITA DOS SANTOS</b>	Convênio: <b>Instituto Adventista</b>	Usuário/Matrícula:
Categoria: <b>Instituto Adventista</b>		

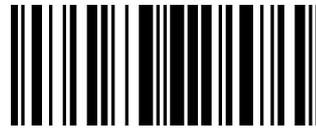
Prontuário: 99868252	Data entrada: 05/03/2025 13:16:40	Data saída: 05/03/2025 15:25:53	Motivo Alta: Alta melhora
Médico: Dra. VITORIA YAEGASHI ZAPPONE (CRM 30354)			Tipo atend: 3 - Pronto socorro
Proc Princ: 00000000	0	Tipo acomodação Enfermaria	Espec/Clinica: 4 Clínica Pediátrica
Data 19/01/2022			Sexo: M
CID Princ:			
Guia: <b>24829</b>	Senha: 24829		

Dt Conta: 05/03/25 13:22	Dt inicial: 05/03/25 13:16	Dt final: 05/03/25 15:25	Refer: 31/03/25
--------------------------	----------------------------	--------------------------	-----------------

Movimentação do Paciente						
Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO UC	Setor sem acomodação	1/	05/03/2025 13:16:40	05/03/2025 15:25:53
2	Serviços Especiais	RAIO X UC	Setor sem acomodação	1/	05/03/2025 13:40:00	05/03/2025 13:40:00

Honorários Não Conveniados										
Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor	
1	05/03/25 13:16	PRONTO ATENDIMENTO UC	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	30354	VITORIA YAEGASHI	Clínico	70,27	
2	05/03/25 13:50	RAIO X UC	40803120	Mão Ou Quirodáctilo	1,00	12478	GUSTAVO LEMOS	Clínico	40,32	
<b>Total de Honorários Não Conveniados</b>					<b>2,00</b>				<b>110,59</b>	

**Total geral R\$ 110,59**



Paciente: <b>DANIEL DE MESQUITA DOS SANTOS</b>	Convênio: <b>Instituto Adventista</b>	Usuário/Matrícula:
Categoria: <b>Instituto Adventista</b>		

**Emissão:**

Nº atend: **3.457.799**  
 Nº IC: **21.285.872**

Prontuário: 99868252	Data entrada: 07/03/2025 17:49:17	Data saída: 07/03/2025 19:40:47	Motivo Alta: Alta melhora
Proc Princ: 00000000	Médico: Dra. ALESSANDRA GERALDO (CRM 27585)		Tipo atend: 3 - Pronto socorro
			Espec/Clinica: 4 Clínica Pediátrica
Data: 19/01/2022	Tipo acomodação: Enfermaria		
CID Princ:	Sexo: M		
Guia: <b>24939</b>	Senha: 24939		

Dt Conta: 07/03/25 17:55	Dt inicial: 07/03/25 17:49	Dt final: 07/03/25 19:40	Refer: 31/03/25
--------------------------	----------------------------	--------------------------	-----------------

Movimentação do Paciente						
Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO UC	Setor sem acomodação	1/	07/03/2025 17:49:17	07/03/2025 19:40:47

Honorários Não Conveniados										
Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor	
1	07/03/25 17:49	PRONTO ATENDIMENTO UC	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	27585	ALESSANDRA	Clínico	70,27	
2	07/03/25 18:24	PRONTO ATENDIMENTO UC	30101794	Sutura De Pequenos Ferimentos Com Ou Sem Desbridamento	1,00	27585	ALESSANDRA	Clínico	60,16	
<b>Total de Honorários Não Conveniados</b>					<b>2,00</b>				<b>130,43</b>	

Materiais						
Seq	Código	Descrição	Unid.	Qtde	VI Unit.	VI Total
<b>PRONTO ATENDIMENTO UC</b>						
1	70902607	DERMABOND-MINI	und	1,0000	86,5900	86,59
<b>Total - PRONTO ATENDIMENTO UC -</b>				<b>1,0000</b>		<b>86,59</b>
<b>Total de Materiais</b>				<b>1,0000</b>		<b>86,59</b>

<b>Total geral R\$</b>	<b>217,02</b>
------------------------	---------------

DANIEL DE MESQUITA DOS SANTOS

Dt Nasc: 19/01/22

Mae: ANGELINA

Atend: 3457799 Senha: N94

Instituto Adventista



\*3457799\*



## Serviços Hospitalares - NAS



Atendimento: 3457799

### Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: DANIEL DE MESQUITA DOS SANTOS

CPF: 16198612910

Endereço: Rua Ari Barroso, 146

Atendimento Nº: 3457799

Telefone: (48) 984282103

RG:

### Responsável:

Nome: DANERS

CPF: 06368976993

Endereço: Rua Ari Barroso, 146 kitnet fundos

Telefone: 5548984282103

RG: 7653805

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

Após os esclarecimentos prestados através do presente *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*, disposto nesta cláusula, vem declarar que:

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

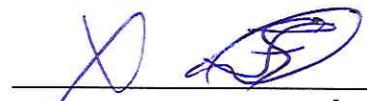
Nome da Acompanhante \_\_\_\_\_

CPF nº \_\_\_\_\_

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

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

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

  
 \_\_\_\_\_  
**CONTRATANTE/RESPONSÁVEL**

\_\_\_\_\_  
**CONTRATADA**

**Testemunhas**

1- \_\_\_\_\_  
 Nome:  
 CPF nº

2- \_\_\_\_\_  
 Nome:  
 CPF nº

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Daniel Mesquita dos Santos  
**Nº da Carteira:** 7.46.6338  
**Instituição:** Colégio Adventista de Florianópolis - Centro



**Data de Nascimento:** 19/01/2022      **Nº da Guia:** 24939

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
07/03/2025	17:00:00	Pátio	Saída

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

## Descrição

Aluno estava no patio quando ouve um choque entre ele e outro aluno e o mesmo veio a cair no chão.

## Testemunha da ocorrência

Frankelis

## Telefone

(48) 3039-8200

## Quem prestou primeiros socorros

Danerson

## Data

07/03/2025

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 realizado um curativo para conter a hemorragia.

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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) (não credenciados) com os seguintes dados:**

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0003-31

Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157

[assistenciamedica@clinicaadventista.org.br](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [portaladre.clinicaadventista.org.br](http://portaladre.clinicaadventista.org.br)

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



Atendimento: 3462863

**Contratante:**

Paciente/Usuário

Nome: DANIELE SILVA DE ALMEIDA

CPF: 14685702930

Endereço: RUA MAJOR LARARIBAS, 77

Atendimento Nº: 3462863

Telefone: (47) 999815991

RG:

**Responsável:**

Nome: FRANCIE

CPF: 06290144936

Endereço: RUA MAJOR LARARIBAS, 77

Telefone: 55

RG:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

(1) De acordo com a Lei nº 8.080/1990 tem o direito a ser assistida por um acompanhante de sua livre escolha ou, nos casos em que esteja impossibilitada de manifestar sua vontade, de seu representante legal, estando o acompanhante obrigado a preservar o sigilo das informações de saúde de que tiver conhecimento em razão do acompanhamento.

(2) No caso de atendimento que envolva qualquer tipo de sedação ou rebaixamento do seu nível de consciência, caso não indique acompanhante, a Unimed Grande Florianópolis indicara pessoa para lhe acompanhar, sendo preferencialmente profissional de saúde do sexo feminino, sem custo adicional, ciente que poderá recusar o nome indicado e solicitar a indicação de outro profissional, independentemente de justificativa, registrando-se o nome escolhido no documento gerado durante o atendimento.

(3) Em caso de atendimento eletivo com sedação/rebaixamento de consciência, caso não queira ser assistida, deverá no fim deste documento, assinalar a opção de renúncia, ciente que esse termo de consentimento livre e esclarecido será arquivado em seu prontuário.

(4) Ainda em caso de atendimento eletivo com sedação/rebaixamento de consciência, a dispensa do acompanhante poderá ser feita por escrito com 24h de antecedência, sendo o documento também arquivado no prontuário médico.

(5) No caso de atendimento realizado em centro cirúrgico ou unidade de terapia intensiva com restrições relacionadas a segurança ou a saúde da paciente, devidamente justificadas pelo corpo clínico, somente será admitido acompanhante que seja profissional de saúde indicado pelo Hospital Unimed, preferencialmente do sexo feminino.

(6) Em casos de urgência e emergência, os profissionais de saúde da Unimed Grande Florianópolis ficam autorizados a agir na proteção e defesa da saúde e da vida da paciente, ainda que na ausência do acompanhante requerido.

(7) **Afirma, ainda, que** recebeu cópia do presente Contrato e deste *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* e que não foi coagida (forçada) sob nenhuma forma para assinar o referido documento.

Após os esclarecimentos prestados através do presente *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*, disposto nesta cláusula, vem declarar que:

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

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

CPF nº \_\_\_\_\_

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

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

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

\_\_\_\_\_  
**CONTRATANTE/RESPONSÁVEL**

\_\_\_\_\_  
**CONTRATADA**

**Testemunhas**

1- \_\_\_\_\_  
Nome:  
CPF nº

2- \_\_\_\_\_  
Nome:  
CPF nº

**GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/ISADT**  
2 - N° Guia no Prestador 5824237

**Instituto Adventista**

**DANIELE SILVA DE ALMEIDA**  
Dt Nasc: 26/09/18  
Mãe:  
Atend: 3462863 Senha: N103  
Instituto Adventista



1 - Registro ANS	3 - N° Guia Principal	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
4 - Data da Autorização 12/03/2025	5 - Senha 25079	10 - Nome DANIELE SILVA DE ALMEIDA
Dados do Beneficiário	9 - Validade da Carteira	14 - Nome do Contratado Unidade Centro
3 - N° Guia Principal	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 2526
13 - Código na Operadora 300638	18 - UF SC	19 - Código CBO 225125
15 - Nome do Profissional Solicitante Requisitante Não Cadastrado/nao Cooperado	20 - Assinatura do Profissional Solicitante	

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 12/03/2025	23 - Indicação Clínica CONSULTA EM PRONTO SOCORRO
24 - Tabela 1 22	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039	26 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO
27 - Qtdde.Solic.	28 - Qtdde.Aut.	
1	1	0

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 (ocidente 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 - Qtdde.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red/Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)

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	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  
12/03/2025

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  
12/03/2025

68 - Assinatura do Contratado  
12/03/2025

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Daniele Silva de Almeida  
**Nº da Carteira:** 7.205.1853  
**Instituição:** Colégio Adventista Palhoça



**Data de Nascimento:** 26/09/2018

**Nº da Guia:** 25079

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
12/03/2025	15:31:00	Pátio	Intervalo ( <b>Ex.: recreio</b> )

## O que aconteceu

Choque com dispositivo fixo (**Ex.: bateu na parede, carteira**)

## Partes do corpo

Cabeça

## Descrição

A aluna estava lanchando quando bateu o sinal para voltar para sala, ela foi levantar para ir pra sala, quando caiu e bateu com a testa no chão.

## Testemunha da ocorrência

Professora Auxiliar Isadora

## Telefone

(48) 99935-1000

Professora Auxiliar Isadora

(48) 99935-1000

## Quem prestou primeiros socorros

Professora Isadora

## Data

12/03/2025

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

A professora trouxe a aluna até a orientação escolar. Colocamos gelo no local e ligamos para mãe.

Ass.: *Katia Regina dos Santos Machado*

Katia Regina dos Santos Machado

**Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: <https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: [assistenciamedica@clinicaadventista.org.br](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) (não credenciados) com os seguintes dados:**

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0003-31

Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157

[assistenciamedica@clinicaadventista.org.br](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [portoalegre.clinicaadventista.org.br](http://portoalegre.clinicaadventista.org.br)

Paciente	DANIELE SILVA DE ALMEIDA		Atendimento	3.462.863
Data Nascto.	26/09/2018	6 Anos	Prontuário	99.868.867
Sexo	Feminino		Dt. Entrada	12/03/2025 17:01:39
Telefone	999815991		Convênio	Instituto Adventista Instituto
Leito	1			

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
12/03/2025 17:01	12/03 17:04	Enfermeiro	Triagem do Pronto		RAFAELA GARCIA MORAES	COREN 780999

## Acolhimento Enfermagem - PA Infantil

**Data e Hora - Início dos Primeiros Sintomas:** : 12/03/2025 17:02:00

**Queixa Principal:** : REFERE TRAUMA EM REGIÃO FRONTAL DA CABEÇA, EDEMA E HEMATOMA NA REGIÃO POR VOLTA DE 15:30H  
NEGA OUTRAS QUEIXAS

### Comorbidades:

**Nega :** não

**Asma :** sim

**Bronquite :** não

**Cardiopatia :** não

**Diabetes Mellitus :** não

**Doença Endocrinológica :** não

**Doenças Gastrointestinal :** não

**Doença Renal :** não

**Doença Oncológica :** não

**Neuropatia :** não

**Rinite :** não

**TEA :** não

**Outros :** não

**Se Outras Comorbidades. descrever:** :

**Alergias:** : Nega Alergias;

**Medicamentos em Uso :** Nega uso de medicamentos;

### Sinais Vitais

**Peso (kg) :** 22,5 kg

**FR :** 24 mrm

**FC :** 110 bpm

**SpO<sup>2</sup> :** 98 %

Paciente **DANIELE SILVA DE ALMEIDA**  
Data Nascto. 26/09/2018 6 Anos  
Sexo Feminino  
Telefone 999815991  
Leito 1

Atendimento **3.462.863**  
Prontuário 99.868.867  
Dt. Entrada 12/03/2025 17:01:39  
Convênio Instituto Adventista Instituto

**Tax : 36,2 °C**

**PAS : mmHg**

**FR - VIPE : 0**

**FC - VIPE : 2**

**SpO<sup>2</sup> - VIPE : 0**

**TAX- VIPE : 0**

**FR - Pews : 0**

**FC - Pews : 0**

**SpO<sup>2</sup> - Pews : 0**

**PAS - Pews : 0**

**Escalas**

**Score VIPE Adaptado : 2**

**Score PEWS Adaptado : 0**

: BAIXO RISCO - Reavaliar em 6 h - Qualquer sinal alerta verificar novo PEWS

**Houve Medicamentos Administrados na Triagem? : não**

**Qual? :**

**Dose :**

**Data e Hora da Administração : 12/03/2025 17:01:56**

**EMERGÊNCIA - VERMELHO**

**(Atendimento Médico Imediato)**

**Apnéia / Gasping :**

**Ausência de pulso :**

**Cianose de lábios :**

**Convulsão :**

**Diabetes com hipoglicemia grave (glicemia capilar <20) :**

**Hemorragia com sangramento sem controle :**

**Inconsciente :**

**Politrauma :**

**Queimadura de face , inalação ou grande queimado :**

**Reação alérgica com estridor e dificuldade respiratória :**

**Sinais de Choque :**

Paciente **DANIELE SILVA DE ALMEIDA**  
Data Nascto. 26/09/2018 6 Anos  
Sexo Feminino  
Telefone 999815991  
Leito 1

Atendimento **3.462.863**  
Prontuário 99.868.867  
Dt. Entrada 12/03/2025 17:01:39  
Convênio Instituto Adventista Instituto

**Hipertermia > 38,5 graus :**  
**Hipotermia < 36 graus :**  
**Taquicardia :**  
**Taquipneia :**  
**Leucocitose > 12.000 ou Leucopenia < 4.000 :**  
**Alteração do nível de consciência (agitado ou letárgico) :**  
**Anúria ou oligúria :**  
**Cianose e/ou marmoreada :**  
**Hipotensão (PAS < 90mmHg ou PAm < 65mmHg) :**  
**Hipoxemia (necessidade recente ou aumentada de suporte de Oxigênio) :**  
**Lactato acima do valor de referência :**  
**TEC > 2 segundos :**  
**Data e Horário da Primeira Disfunção Orgânica: :**  
**MUITO URGENTE - LARANJA**  
**(Atendimento Médico em 10 minutos)**  
**Dispnéia com tiragem :**  
**Dor Forte = 7, 8, 9 ou 10 :**  
**Ferimento moderado com sangramento abundante :**  
**Intoxicação Exógena :**  
**Prostração importante :**  
**Pulsos finos :**  
**Queimadura Moderada > 20% :**  
**Reação alérgica com edema de face :**  
**Sonolência ou torpor :**  
**Suspeita de maus tratos/abuso :**  
**TCE com relato de perda da consciência e/ou vômitos :**  
**URGENTE - AMARELO**  
**(Atendimento Médico em 30 minutos)**  
**Alteração aguda da marcha :**  
**Dor Moderada = 4, 5 ou 6 :**  
**Ferimento pequeno, sangramento controlado :**

Paciente	DANIELE SILVA DE ALMEIDA	Atendimento	3.462.863
Data Nascto.	26/09/2018 6 Anos	Prontuário	99.868.867
Sexo	Feminino	Dt. Entrada	12/03/2025 17:01:39
Telefone	999815991	Convênio	Instituto Adventista Instituto
Leito	1		

**Prostração leve a moderada :**

**Queimadura Leve <10% :**

**Recém nascido (<28 dias) :**

**Relato de convulsão nas últimas 12h :**

**Taquipneia :**

**TCE com <12h e sem perda da consciência ou de vômitos : sim**

**Urticária intensa :**

**Vômitos incoercíveis :**

**POUCO URGENTE - VERDE**

**(Atendimento Médico em 120 minutos)**

**Coriza :**

**Dor leve = 1, 2 ou 3 :**

**Espirros :**

**Exantema sem petéquias :**

**História de vômitos e/ou diarreia nas últimas 72h :**

**Pequeno ferimento, sem sangramento :**

**Sem prostração :**

**TCE há >12h sem perda de consciência e sem vômitos :**

**Tosse :**

**Urticária localizada :**

**NÃO URGENTE - AZUL**

**(Atendimento Médico em 180 minutos)**

**Curativos :**

**Dor = 0 (sem dor) :**

**Queixas crônicas :**

**Retirada de Pontos :**

**Sinais vitais normais :**

**NENHUM DOS CRITÉRIOS ACIMA :**

**Descrever outros sintomas do paciente, caso não encontre nas classificações acima. :**

**RESUMO - Critérios Selecionados**

**Muito Urgente : 0**

Paciente **DANIELE SILVA DE ALMEIDA**  
Data Nascto. 26/09/2018 6 Anos  
Sexo Feminino  
Telefone 999815991  
Leito 1

Atendimento **3.462.863**  
Prontuário 99.868.867  
Dt. Entrada 12/03/2025 17:01:39  
Convênio Instituto Adventista Instituto

**Urgente : 1**  
**Pouco Urgente : 1**  
**Não Urgente : 0**



Paciente: <b>DANIELE SILVA DE ALMEIDA</b>	Convênio: <b>Instituto Adventista</b>	Usuário/Matrícula:
Categoria: <b>Instituto Adventista</b>		

**Emissão:**

Nº atend: **3.462.863**  
 Nº IC: **21.290.948**

Prontuário: 99868867	Data entrada: 12/03/2025 17:01:39	Data saída: 12/03/2025 17:36:56	Motivo Alta: Alta melhora
Médico: Dra. VITORIA YAEGASHI ZAPPONE (CRM 30354)	Tipo atend: 3 - Pronto socorro		Espec/Clinica: 4 Clínica Pediátrica
Proc Princ: 00000000 0	Tipo acomodação Setor sem acomodação		
Data 26/09/2018	Sexo: F		
CID Princ:			
Guia: <b>25079</b>	Senha: 3462863		

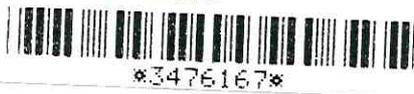
Dt Conta: 12/03/25 17:11	Dt inicial: 12/03/25 17:01	Dt final: 12/03/25 17:36	Refer: 31/03/25
--------------------------	----------------------------	--------------------------	-----------------

Movimentação do Paciente						
Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO UC	Setor sem acomodação	1/	12/03/2025 17:01:39	12/03/2025 17:36:56

Honorários Não Conveniados									
Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor
1	12/03/25 17:01	PRONTO ATENDIMENTO UC	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	30354	VITORIA YAEGASHI	Clínico	70,27
<b>Total de Honorários Não Conveniados</b>					<b>1,00</b>				<b>70,27</b>

<b>Total geral R\$</b>	<b>70,27</b>
------------------------	--------------

DAVI RODRIGES VEBER  
 Dt Nasc: 26/08/17  
 Mae: DANIELI RODRIGUES  
 Atend: 3476167 Senha: N171  
 Instituto Adventista



\*3476167\*



Atendimento: 3476167

**Contratante:**

Paciente/Usuário

Nome: DAVI RODRIGES VEBER

CPF: 13541370947

Endereço: Servidão Arranha-Céu, 16

Atendimento Nº: 3476167

Telefone: (48) 996183859

RG:

**Responsável:**

Nome: DANIELI

CPF: 08527935961

Endereço: Servidão Arranha-Céu, 16

Telefone: 55

RG:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Atendimento: 3476167

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

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

Após os esclarecimentos prestados através do presente *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*, disposto nesta cláusula, vem declarar que:

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

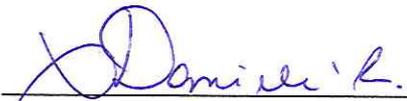
Nome da Acompanhante \_\_\_\_\_

CPF nº \_\_\_\_\_

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

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

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

  
\_\_\_\_\_  
CONTRATANTE/RESPONSÁVEL

\_\_\_\_\_  
CONTRATADA

**Testemunhas**

1- \_\_\_\_\_  
Nome:  
CPF nº

2- \_\_\_\_\_  
Nome:  
CPF nº

1 - Registro ANS	3 - Nº Guia Principal	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
4 - Data da Autorização 25/03/2025	5 - Senha	9 - Validade da Carteira 25/03/2025	10 - Nome DAVI RODRIGES WEBER		

Dados do Solicitante

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

15 - Nome do Profissional Solicitante  
Requisitante Não Cadastrado/Não Cooperado

16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 2526	18 - UF SC	19 - Código CBO 225125	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
---------------------------------	---------------------------------	---------------	---------------------------	---

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Item Assistencial Solicitados

21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 25/03/2025	23 - Indicação Clínica
----------------------------------	--	------------------------

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

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 - Qtd.	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 - Seqüel.	49 - Gr.Part.	50 - Código na Operadora/CPE	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
--------------	---------------	------------------------------	---------------------------	----------------------------	-------------------------	---------	-----------------

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3	4								

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  
25/03/2025

68 - Assinatura do Contratado  
25/03/2025

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Davi Rodrigues Veber  
**Nº da Carteira:** 7.58.7410  
**Instituição:** Colégio Adventista de Florianópolis - Estreito



**Data de Nascimento:** 26/08/2017

**Nº da Guia:** 25633

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
25/03/2025	18:07:00	Quadra	Saída

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

**Descrição**  
Aluno estava brincando e acabou caindo e batendo a parte da frente da cabeça.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitor	(48) 3039-8100

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

**Observações**  
Encaminhado ao hospital de referencia Unimed

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

Jerry Abdoral 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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) (não credenciados) com os seguintes dados:**  
Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0003-31  
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157  
[assistenciamedica@clinicaadventista.org.br](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [portoalegre.clinicaadventista.org.br](http://portoalegre.clinicaadventista.org.br)

Paciente	<b>DAVI RODRIGES VEBER</b>		Atendimento	<b>3.476.167</b>
Data Nascto.	26/08/2017	7 Anos	Prontuário	99.869.878
Sexo	Masculino		Dt. Entrada	25/03/2025 19:24:18
Telefone	996183859		Convênio	Instituto Adventista Instituto
Leito	1			

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
25/03/2025 23:47	25/03 23:49	Médico	Reavaliação PA		AMANDA WONG RODRIGO	CRM 32340

DAVI RODRIGES VEBER, 7 anos  
REAVALIAÇÃO às 23:48

Diagnóstico de entrada: TCE  
Alergias: neg  
Comorbidades: neg

Medicações recebidas: dip/onda

Exames solicitados / realizados:  
-x-

Evolução:  
Sem novos vômitos, sem queixas no momento, melhora da cefaleia.

EXAME FÍSICO:  
BEG, corado e hidratado, eupnéico, anictérico e acianótico, ativo e alerta.  
PIFR, sem deficits focais, força muscular grau V em mmss/mmii, sem nistagmo

CONDUTA:  
Oriento sinais de alerta para retorno, observar em casa até completar 24h do trauma  
Sintomáticos sn

AMANDA WONG RODRIGO (CRM 32340)

Paciente	<b>DAVI RODRIGES VEBER</b>		Atendimento	<b>3.476.167</b>
Data Nascto.	26/08/2017	7 Anos	Prontuário	99.869.878
Sexo	Masculino		Dt. Entrada	25/03/2025 19:24:18
Telefone	996183859		Convênio	Instituto Adventista Instituto
Leito	1			

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
25/03/2025 20:13	25/03 20:21	Médico	Anamnese PA		AMANDA WONG RODRIGO	CRM 32340

DAVI RODRIGES VEBER, 7 anos

**QUEIXA PRINCIPAL:**

Foi derrubado por um amigo na escola, contundiu região frontal. Vomitou e está com cefalei, há 2h (18:07). Vomitou 1x. Nega otorreia / rinorreia. Nega perda da consciência. Estava sonolento, mas agora está desperto. Disse que doía a cabeça. Agora está com cefaleia. Nega uso de medicações. Está nauseado quando questionado.

- \* 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 115 FR 22 SAT 100 TEMP 36,7 PESO 21,5

MV+ bilateral sem RA.

RCR 2T BNF sem sopros.

Abdome flácido depressível RHA+ não se palpa massas ou visceromegalias.

Oroscopia normal.

Otoscopia normal.

Rinoscopia normal.

Ausência de sinais meníngeos. PIFR. Presença de nistagmo horizontal intermitente. Força muscular grau V em mmss/mmii.

Pulsos e perfusão normais.

Pele sem lesões.

**HIPOTESE DIAGNÓSTICA:**

TCE (1 vomito, nistagmo?)

**CONDUTA:**

Dipirona/ondansetrona

Mantenho em observação

AMANDA WONG RODRIGO (CRM 32340)



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



### Conta paciente

(77858611001503)

Nota:

### Emissão:

Nº atend: 3.476.167

Nº IC: 21.304.060

Paciente: <b>DAVI RODRIGES VEBER</b>	Convênio: <b>Instituto Adventista</b>	Usuário/Matrícula: <b>25633</b>
Categoria: <b>Instituto Adventista</b>		

Prontuário: 99869878	Data entrada: 25/03/2025 19:24:18	Data saída: 25/03/2025 23:53:23	Motivo Alta: Alta melhora
Médico: Dra. AMANDA WONG RODRIGO (CRM 32340)			Tipo atend: 3 - Pronto socorro
Proc Princ: 00000000 0			Espec/Clinica: 4 Clínica Pediátrica
Tipo acomodação Setor sem acomodação			
Data 26/08/2017	Sexo: M		
CID Princ: S00.9 Traum superf da cabeça parte NE			
Guia: 25633	Senha: 25633		

Dt Conta: 25/03/25 19:30 Dt inicial: 25/03/25 19:24 Dt final: 25/03/25 23:53 Refer: 31/03/25

#### Movimentação do Paciente

Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO UC	Setor sem acomodação	1/	25/03/2025 19:24:18	25/03/2025 23:53:23

#### Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor
1	25/03/25 19:24	PRONTO ATENDIMENTO UC	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	32340	AMANDA WONG	Clínico	91,35
<b>Total de Honorários Não Conveniados</b>					<b>1,00</b>				<b>91,35</b>

#### Materiais

Seq	Código	Descrição	Unid.	Qtde	VI Unit.	VI Total
<b>PRONTO ATENDIMENTO UC</b>						
1	70014370	AGULHA HIPODERMICA 4	un	1,0000	1,9100	1,91
2	78284260	AGULHA 25X0,6MM C/DI	un	1,0000	0,5900	0,59
3	70705291	SERINGA S/ AGULHA 3ML	un	1,0000	2,4100	2,41
<b>Total - PRONTO ATENDIMENTO UC -</b>				<b>3,0000</b>		<b>4,91</b>
<b>Total de Materiais</b>				<b>3,0000</b>		<b>4,91</b>

#### Medicamentos

Seq	Código	Descrição	Unid.	Qtde	VI Unit.	VI Total
<b>PRONTO ATENDIMENTO UC</b>						
1	90094786	CLORIDRATO DE ONDANSETRONA 2 MG/ML SOL INJ CX 100 AMP VD AMB X 2 ML	amp	1,0000	40,81	40,81
2	90137485	dipiRONA 500 MG/ML 2ML AMP	amp	1,0000	0,49	0,49
<b>Total - PRONTO ATENDIMENTO UC -</b>				<b>2,0000</b>		<b>41,30</b>
<b>Total de Medicamentos</b>				<b>2,0000</b>		<b>41,30</b>

**Total geral R\$ 137,56**



Atendimento: 3479861

**Contratante:**

Paciente/Usuário

Nome: MARYAH DE CASTRO FELISBINO

CPF: 11860044956

Endereço: Avenida Elza Lucchi, 625 apto 304

Atendimento Nº: 3479861

Telefone: (48) 999289329

RG:

**Responsável:**

Nome: JUCIANA

CPF: 02957931982

Endereço: Avenida Elza Lucchi, 625 apto 304

Telefone: 5548999289329

RG:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Atendimento: 3479861

(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.º 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 9º da Lei nº 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.



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

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

Após os esclarecimentos prestados através do presente *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*, disposto nesta cláusula, vem declarar que:

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

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

CPF nº \_\_\_\_\_

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

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

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

\_\_\_\_\_  
CONTRATANTE/RESPONSÁVEL

\_\_\_\_\_  
CONTRATADA

#### Testemunhas

1- \_\_\_\_\_  
Nome:  
CPF nº

2- \_\_\_\_\_  
Nome:  
CPF nº

1 - Registro ANS	3 - Nº Guia Principal
4 - Data da Autorização 28/03/2025	5 - Senha 25781
6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuido pela Operadora 25781

8 - Número da Carteira 720951	9 - Validade da Carteira 28/03/2025	10 - Nome MARYAH DE CASTRO FELISBINO	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
----------------------------------	--	---	-------------------------------	----------------------------

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

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

Dados de Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados	21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 28/03/2025	23 - Indicação Clínica
---	----------------------------------	--	------------------------

24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039	26 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCCORRO	27 - Qtd. Solic. 1	28 - Qtd. Aut. 0
------------------	--	---	-----------------------	---------------------

Dados do Contratado Executante	29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado
--------------------------------	--------------------------	-------------------------

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 1	37 - Hora Inicial a 38 - Hora final 1	39 - Tabela 1	40 - Código do Procedimento 1	41 - Descrição	42 - Qtd.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red/Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
---	----------------	--	------------------	----------------------------------	----------------	-----------	----------	-----------	------------------------	---------------------------	------------------------

48 - Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s) 48 - Seg.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
---	----------------------------	-------------------------	---------	-----------------

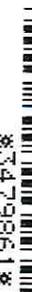
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
1 - / /	3 - / /
2 - / /	4 - / /
3 - / /	5 - / /
4 - / /	6 - / /
5 - / /	7 - / /
6 - / /	8 - / /
7 - / /	9 - / /
8 - / /	10 - / /

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 Casos Medicinais R\$	65 - Total Geral (R\$)
--------------------------------	-----------------------------------	----------------------------	--------------------------	-------------------------------	---------------------------------	------------------------

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
28/03/2025	28/03/2025

MARYAH DE CASTRO FELISBINO  
 Dt Nasc: 03/02/11  
 Mãe: JUCIANA DE CASTRO  
 Atend: 3479861 Senha: N183  
 Instituto Adventista



\*3479861\*



D CNES



# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



**Aluno:** Maryah de Castro Felisbino  
**Nº da Carteira:** 7.205.951  
**Instituição:** Colégio Adventista Palhoça

**Data de Nascimento:** 03/02/2011

**Nº da Guia:** 25781

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
28/03/2025	08:23:00	Quadra	Aula de educação física

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

## Descrição

Durante a aula na quadra a aluna acabou sendo atingida por uma bola, onde pegou direto no rosto (nariz).

## Testemunha da ocorrência

Geovana Martins  
Cleyciane

## Telefone

(48) 99935-1000  
(48) 99935-1000

## Quem prestou primeiros socorros

Geovana Martins

## Data

28/03/2025

## Local de atendimento

HUGF - HOSPITAL UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS

## Endereço

Rua Manoel Loureiro

## Nº

191  
0

## Bairro

Barreiros

## Telefone

(48) 3288-4100

## Observações

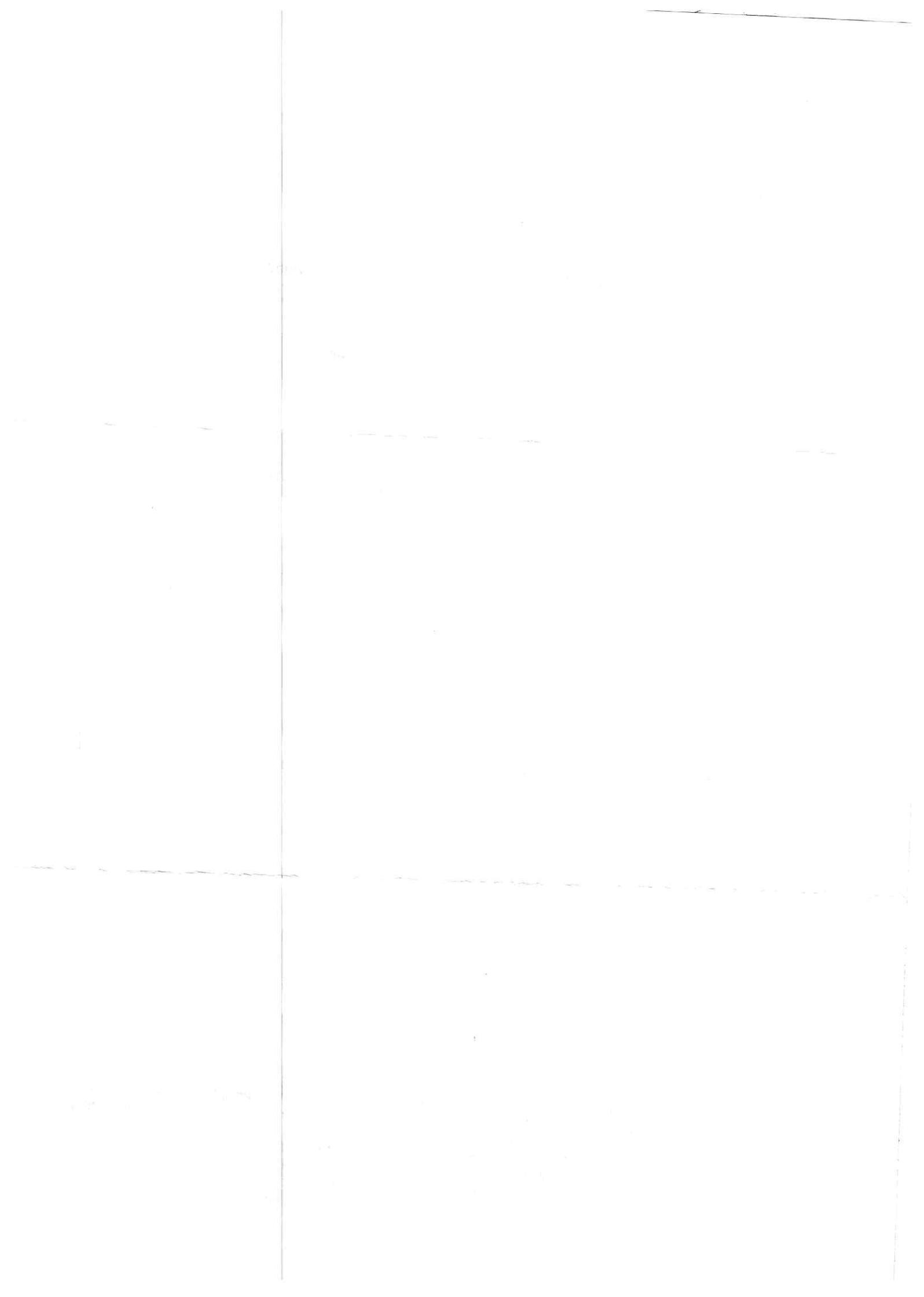
Comunicamos aos responsáveis o ocorrido.

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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) (não credenciados) com os seguintes dados:

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0003-31  
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157  
[assistenciamedica@clinicaadventista.org.br](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [portoalegre.clinicaadventista.org.br](http://portoalegre.clinicaadventista.org.br)



Paciente	<b>MARYAH DE CASTRO FELISBINO</b>		Atendimento	<b>3.479.861</b>
Data Nascto.	03/02/2011	14 Anos	Prontuário	99.815.090
Sexo	Feminino		Dt. Entrada	28/03/2025 21:48:27
Telefone	999289329		Convênio	Instituto Adventista Instituto
Leito	1			

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
28/03/2025 22:22	28/03 22:26	Médico	Anamnese PA		CHRISTIAN E MARRERO CATALAO	CRM 18017

MARYAH DE CASTRO FELISBINO, 14 anos

QUEIXA PRINCIPAL: trauma em face hoje, levou bolada  
refere dificuldade em respirar por narina E

**EXAME FÍSICO:**

BEG, corado e hidratado, eupnéico, anictérico e acianótico, ativo e alerta.  
FC FR 22 SAT 99 TEMP 36,4 PESO 54,2  
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.  
edema em nariz, hematoma discreto

**HIPOTESE DIAGNÓSTICA:**

**CONDUTA:**

pred VO  
RX nariz

Dra. CHRISTIANE MARRERO CATALAO (CRM 18017)



Paciente: <b>MARYAH DE CASTRO FELISBINO</b>	Convênio: <b>Instituto Adventista</b>	Usuário/Matrícula: <b>7205951</b>
Categoria: <b>Instituto Adventista</b>		

**Emissão:**

Nº atend: **3.479.861**  
 Nº IC: **21.307.987**

Prontuário: 99815090	Data entrada: 28/03/2025 21:48:27	Data saída: 29/03/2025 01:06:12	Motivo Alta: Alta melhora
Médico: Dra. CHRISTIANE MARRERO CATALAO (CRM 18017)			Tipo atend: 3 - Pronto socorro
Proc Princ: 00000000 0	Tipo acomodação Setor sem acomodação		Espec/Clinica: 4 Clínica Pediátrica
Data 03/02/2011	Sexo: F		
CID Princ: S00.3 Traum superf do nariz			
Guia: <b>3479861</b>	Senha: 3479861		

Dt Conta: 28/03/25 21:54	Dt inicial: 28/03/25 21:48	Dt final: 29/03/25 01:06	Refer: 31/03/25
--------------------------	----------------------------	--------------------------	-----------------

Movimentação do Paciente						
Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO UC	Setor sem acomodação	1/	28/03/2025 21:48:27	29/03/2025 01:06:12
2	Serviços Especiais	RAIO X UC	Setor sem acomodação	1/	28/03/2025 22:26:00	28/03/2025 22:26:00

Honorários Não Conveniados										
Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor	
1	28/03/25 21:48	PRONTO ATENDIMENTO UC	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	18017	CHRISTIANE	Clínico	91,35	
2	28/03/25 22:56	RAIO X UC	40801098	Ossos Da Face	1,00	17375	RAFAEL	Clínico	47,29	
<b>Total de Honorários Não Conveniados</b>					<b>2,00</b>				<b>138,64</b>	

Medicamentos						
Seq	Código	Descrição	Unid.	Qtde	VI Unit.	VI Total
<b>PRONTO ATENDIMENTO UC</b>						
1	90058879	predniSONA 20 MG COMP.	com	1,0000	1,37	1,37
<b>Total - PRONTO ATENDIMENTO UC -</b>				<b>1,0000</b>		<b>1,37</b>
<b>Total de Medicamentos</b>				<b>1,0000</b>		<b>1,37</b>

<b>Total geral R\$</b>	<b>140,01</b>
------------------------	---------------

Data de nascimento: 03/02/2011

28/03/2025 22:46

MARYAH DE CASTRO FELISBINO,  
12136166

Sexo: F

P.A. Infantil UNIMED

Acc: 8373384

Modalidade: DX

C:8350 L:5783

Exame Desc.: RX OSSOS DA FACE 4  
INCIDENCIAS

Parte do corpo: PARANASAL SINUS

Zoom: 54%

1 - 1 (TUDO)

Sujeito a perdas (1:16)



Paciente	<b>MIGUEL DE BORBA FURLAN</b>		Atendimento	<b>3.477.339</b>
Data Nascto.	29/07/2018	6 Anos	Prontuário	99.869.991
Sexo	Masculino		Dt. Entrada	26/03/2025 18:32:28
Telefone	996431657		Convênio	Instituto Adventista Instituto
Leito	1			

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
26/03/2025 18:51	26/03 18:58	Médico	Anamnese PA		EDUARDO PIOVEZANI	CRM 22261

MIGUEL DE BORBA FURLAN, 6 anos

QUEIXA PRINCIPAL: trauma ontem

s. Há 1 dia queda de própria com trauma em região occipital.  
nega perda de consciencia ou vômitos  
nega sangramneto  
nega dor  
está ótimo.

HMP - nega comorbidades ou alergia medicamentosa.

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

#### EXAME FÍSICO:

BEG, corado e hidratado, eupnéico, anictérico e acianótico, ativo e alerta.  
FC FR 22 SAT 99 TEMP 36,9 PESO 21,1  
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.  
exame neurológico normal  
glasgow 15, pupilas isofoto  
crânio sem deformidade

#### HIPOTESE DIAGNÓSTICA:

traumatismo craniano leve há mais de 24h.  
sem sinais de alarme.

#### CONDUTA:

Orientações.  
Retorno se sinais de alerta.  
Dr. EDUARDO PIOVEZANI (CRM 22261)



Paciente: <b>MIGUEL DE BORBA FURLAN</b>	Convênio: <b>Instituto Adventista</b>	Usuário/Matrícula: <b>7587629</b>
Categoria: <b>Instituto Adventista</b>		

**Emissão:**

Nº atend: **3.477.339**  
 Nº IC: **21.305.392**

Prontuário: 99869991	Data entrada: 26/03/2025 18:32:28	Data saída: 26/03/2025 19:00:01	Motivo Alta: Alta melhora
Médico: Dr. EDUARDO PIOVEZANI (CRM 22261)			Tipo atend: 3 - Pronto socorro
Proc Princ: 00000000	0	Tipo acomodação Setor sem acomodação	Espec/Clinica: 4 Clínica Pediátrica
Data 29/07/2018			Sexo: M
CID Princ: T14.9 Traum NE			
Guia: <b>25642</b>	Senha: 3477339		

Dt Conta: 26/03/25 18:38	Dt inicial: 26/03/25 18:32	Dt final: 26/03/25 19:00	Refer: 31/03/25
--------------------------	----------------------------	--------------------------	-----------------

Movimentação do Paciente						
Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO UC	Setor sem acomodação	1/	26/03/2025 18:32:28	26/03/2025 19:00:01

Honorários Não Conveniados										
Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor	
1	26/03/25 18:32	PRONTO ATENDIMENTO UC	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	22261	EDUARDO	Clínico	70,27	
<b>Total de Honorários Não Conveniados</b>					<b>1,00</b>					<b>70,27</b>

<b>Total geral R\$</b>	<b>70,27</b>
------------------------	--------------

**Contratante:**

Paciente/Usuário

Nome: MIGUEL DE BORBA FURLAN

CPF: 00084687967

Endereço: Rua Professora Maria Madalena Moura

Atendimento Nº: 3477339

Telefone: (48) 996431657

RG:

**Responsável:**

Nome: JANIE DE

CPF: 05175400967

Endereço: Rua Professora Maria Madalena Moura Ferro, 121

Telefone: 55

RG:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Atendimento: 3477339

(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.º 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 9º da Lei nº 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.



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

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

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

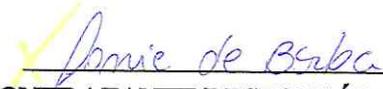
Nome da Acompanhante \_\_\_\_\_

CPF nº \_\_\_\_\_

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

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

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

  
 \_\_\_\_\_  
**CONTRATANTE/RESPONSÁVEL**

\_\_\_\_\_  
**CONTRATADA**

**Testemunhas**

1- \_\_\_\_\_  
 Nome:  
 CPF nº

2- \_\_\_\_\_  
 Nome:  
 CPF nº



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

Atend.: 3477339

2 - N° Guia no Prestador 5849123

1 - Registro ANS	3 - N° Guia Principal
4 - Data de Autorização 26/03/2025	5 - Senha 25462
6 - Data Validade da Senha 25642	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
8 - Número da Carteira 7587629	9 - Validade da Carteira 26/03/2025
10 - Nome MIGUEL DE BORBA FURLAN	11 - Cartão Nacional de Saúde
12 - Atendimento a RN	

13 - Código na Operadora 300638	14 - Nome do Contratado Unidade Centro	15 - Nome do Profissional Solicitante Requisitante Não Cadastrado/nao Cooperado	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 2526	18 - UF SC	19 - Código CBO 225125	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
------------------------------------	---	--	---------------------------------	---------------------------------	---------------	---------------------------	---

21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 26/03/2025	23 - Indicação Clínica
24 - Tabela 1 22	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039	26 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO
27 - Qtd. Solic. 1	28 - Qtd. Aut. 0	

**MIGUEL DE BORBA FURLAN**  
 Dt Nasc: 29/07/18  
 Mae: JANIE DE BORRA  
 Atend: 3477339 Senha: N120  
 Instituto Adventista

30 - Nome do Contratado

31 - Nome do Contratado

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data	37 - Hora inicial a 38 - Hora final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição
42 - Qtd.	43 - V/a	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)
47 - Valor Total (R\$)				

48 - Seq.Ref.	49 - Gr.Part.	50 - Código na Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
---------------	---------------	------------------------------	---------------------------	----------------------------	-------------------------	---------	-----------------

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
1 - / /	3 - / /
2 - / /	4 - / /
	5 - / /
	6 - / /
	7 - / /
	8 - / /
	9 - / /
	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
/ /	26/03/2025
	68 - Assinatura do Contratado
	26/03/2025



# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Miguel de Borba Furlan  
Nº da Carteira: 7.58.7629  
Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Estreito

Data de Nascimento: 29/07/2018

Nº da Guia: 25642

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
26/03/2025	08:27:00	Ginásio	Aula de educação física

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

## Descrição

Aluno estava na aula de educação física, quando um colega empurrou, caiu e bateu a cabeça, foi colocado gelo no local.

## Testemunha da ocorrência

Professor Thiago

## Telefone

(48) 3039-8100

## Local de atendimento

PA INFANTIL UNIMED  
UNID.CENTRO - MENORES DE 15  
ANOS EXCLUSIVO

## Endereço

Rua Madalena Barbi

## Nº Bairro

204 Centro

## Telefone

(48) 3216-8222

## Observações

O aluno foi atendido pelo professor da Unidade e encaminhado para o Hospital de referência

Ass.:

Thais Honório de Souza

Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: <https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: [assistenciamedica@clinicaadventista.org.br](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) (não credenciados) com os seguintes dados:

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0003-31 -  
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157  
[assistenciamedica@clinicaadventista.org.br](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [portoalegre.clinicaadventista.org.br](http://portoalegre.clinicaadventista.org.br)

Handwritten text at the top of the page, possibly a title or header.

Handwritten text in the upper right quadrant.

Handwritten text in the middle right quadrant.

Handwritten text in the lower middle right quadrant.

Handwritten text in the lower left quadrant.

Handwritten text in the lower middle left quadrant.

Handwritten text in the lower middle right quadrant.

Handwritten text on the right side of the page.

Handwritten text in the lower left quadrant.

Handwritten text in the lower middle right quadrant.

Handwritten text in the lower left quadrant.

Handwritten text in the lower middle right quadrant.

Handwritten text in the lower middle left quadrant.

Handwritten text at the bottom of the page, possibly a signature or footer.

Handwritten text at the bottom of the page, possibly a signature or footer.

Handwritten text at the bottom left corner.

Handwritten text at the bottom center.

Handwritten text at the bottom right.

Paciente	<b>RAUL GABRIEL CHIOQUETTA VIEIRA</b>		Atendimento	<b>3.457.934</b>
Data Nascto.	30/07/2015	9 Anos	Prontuário	99.868.493
Sexo	Masculino		Dt. Entrada	07/03/2025 20:23:37
Telefone	988093091		Convênio	Instituto Adventista Instituto
Leito	1			

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
07/03/2025 21:10	07/03 21:19	Médico	Anamnese PA		ALESSANDRA GERALDO	CRM 27585

RAUL GABRIEL CHIOQUETTA VIEIRA, 9 anos

QUEIXA PRINCIPAL: estava na escola brincando de pega pega, quando um colega colocou unha em olho esquerdo da criança.

\* Medicamentos em uso: ----

\* Alergias a medicamentos: nega

\* Comorbidades associadas: nega

\* Vacinação: em dia (sic)

#### EXAME FÍSICO:

BEG, corado e hidratado, eupnéico, anictérico e acianótico, ativo e alerta.

FC FR 22 SAT 100 TEMP 36,2 PESO 29

MV+ bilateral sem RA.

RCR 2T BNF sem sopros.

Olhos: presença de hiperemia em região medial de conjuntiva vermelha, sem dor, sem perda de acuidade visual, não visualizo corpo estranho.

#### HIPOTESE DIAGNÓSTICA:

Trauma ocular.

#### CONDUTA:

Sintomáticos.

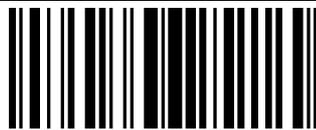
Orientações. Se piora dos sintomas, ao oftalmo.

Retorno se sinais de alerta.

Dra. ALESSANDRA GERALDO (CRM 27585)



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



**Conta paciente**

(77858611001503)

**Nota:**

Paciente: <b>RAUL GABRIEL CHIOQUETTA VIEIRA</b>	Convênio: <b>Instituto Adventista</b>	Usuário/Matrícula: <b>72052108</b>
Categoria: <b>Instituto Adventista</b>		

**Emissão:**

Nº atend: **3.457.934**  
 Nº IC: **21.286.121**

Prontuário: 99868493    Data entrada: 07/03/2025 20:23:37    Data saída: 07/03/2025 22:03:51    Motivo Alta: Alta melhora  
 Médico: Dra. ALESSANDRA GERALDO (CRM 27585)    Tipo atend: 3 - Pronto socorro  
 Proc Princ: 00000000    0    Tipo acomodação Enfermaria    Espec/Clinica: 4    Clinica Pediátrica  
 Data 30/07/2015    Sexo: M  
 CID Princ: S05 Traum do olho e da orbita ocular  
 Guia: **24940**    Senha: 24940

Dt Conta: 07/03/25 20:29    Dt inicial: 07/03/25 20:23    Dt final: 07/03/25 22:03    Refer: 31/03/25

Movimentação do Paciente						
Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO UC	Setor sem acomodação	1/	07/03/2025 20:23:37	07/03/2025 22:03:51

Honorários Não Conveniados									
Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor
1	07/03/25 20:23	PRONTO ATENDIMENTO UC	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	27585	ALESSANDRA	Clínico	91,35
<b>Total de Honorários Não Conveniados</b>					<b>1,00</b>				<b>91,35</b>

**Total geral R\$ 91,35**



Atendimento: 3457934

**Contratante:**

Paciente/Usuário

Nome: RAUL GABRIEL CHIOQUETTA VIEIRA

CPF: 14994936900

Endereço: Rua Nova Veneza , 448 casa

Atendimento Nº: 3457934

Telefone: (48) 988093091

RG: \_\_\_\_\_

**Responsável:**

Nome: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

**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 (órgãos, próteses e materiais especiais), realização de tratamentos, procedimentos/exames, terapias (exemplos: fisioterapia, quimioterapia e outras), cobranças de honorários médicos e taxas, etc., realizados em caráter particular ou que não forem autorizadas pelo plano ou seguro saúde do paciente, por motivo de carência, Cobertura Parcial Temporária (CPT), Diretrizes de Utilização (DUT), Diretrizes Clínicas (DC), inexistência de cobertura no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde ou no Contrato de Plano de Saúde, entre outros motivos.

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

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

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

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

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

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



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

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

Após os esclarecimentos prestados através do presente *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*, disposto nesta cláusula, vem declarar que:

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

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

CPF nº \_\_\_\_\_

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

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

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

*Ana Paula Daka*

CONTRATANTE/RESPONSÁVEL

CONTRATADA

**Testemunhas**

1- \_\_\_\_\_

Nome:

CPF nº

2- \_\_\_\_\_

Nome:

CPF nº

1 - Registro ANS

3 - Nº Guia Principal

4 - Data da Autorização

07/03/2025

5 - Senha

24940

6 - Data Validade da Senha

24940

8 - Número da Carteira

72052108

9 - Validade da Carteira

07/03/2025

10 - Nome

RAUL GABRIEL CHICOQUETTA VIEIRA

11 - Cartão Nacional de Saúde

13 - Código na Operadora

300638

14 - Nome do Contratado

Unidade Centro

15 - Nome do Profissional Solicitante

Requisitante Não Cadastrado/nao Cooperado

16 - Conselho Profissional

6

17 - Número no Conselho

2526

18 - UF

SC

19 - Código CBO

225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Cartão do Atendimento

07/03/2025

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Qtd. Solic.

1

28 - Qtd. Aut.

1

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data

37 - Hora Inicial a

38 - Hora final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtd.

43 - Via

44 - Toc.

45 - Fator Real/Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - Seq. Ker.

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

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

69 - Data da Solicitação

70 - Nome do Contratado

71 - Endereço do Contratado

72 - Telefone do Contratado

73 - E-mail do Contratado

74 - Assinatura do Profissional Solicitante

75 - Assinatura do Profissional Solicitante

76 - Assinatura do Profissional Solicitante

77 - Assinatura do Profissional Solicitante

78 - Assinatura do Profissional Solicitante

79 - Assinatura do Profissional Solicitante

80 - Assinatura do Profissional Solicitante

## AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Raul Gabriel Chioquetta Vieira  
**Nº da Carteira:** 7.205.2108  
**Instituição:** Colégio Adventista Palhoça



**Data de Nascimento:** 30/07/2015

**Nº da Guia:** 24940

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
07/03/2025	17:02:00	Pátio	Saída

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

### Descrição

O aluno estava brincando de correr, esbarrou com outro colega. O colega bateu com o dedo no olho esquerdo do Raul. Ficou vermelho e ardendo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Patrick - Monitor	(48) 3083-9450

Quem prestou primeiros socorros	Data
Glaucya Collaço	07/03/2025

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 encaminhado para avaliação médica.

Ass.:

Glaucya Francini Collaco

**176.726.884/0135-30**  
**INST. ADV. SUL BRAS. DE EDUCAÇÃO**  
**COLÉGIO ADVENTISTA**  
Av. Raulino Pagani, Nº 420  
CEP: 88132-199 - Pagani  
**Palhoça/SC**

**Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link:**

**<https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: [assistenciamedica@clinicaadventista.org.br](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) (não credenciados) com os seguintes dados:**

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0003-31

Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157

[assistenciamedica@clinicaadventista.org.br](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [portoalegre.clinicaadventista.org.br](http://portoalegre.clinicaadventista.org.br)

REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL

ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO CATARINENSE DE PERÍCIA  
II - INSTITUTO CATARINENSE DE PERÍCIA

NOBRE  
**RAUL GABRIEL CHIOQUETTA VIEIRA**

RAUL

FLUXÃO  
ROMILDO CHIOQUETTA MEDEIROS  
ANA PAULA DAKA VIEIRA MEDEIROS

DATA NASCIMENTO  
30/07/2015

NATURALIDADE  
CASCAVEL PR

OBSERVAÇÃO

TIPO/FATOR RH

RAUL

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL

LEI Nº 7.416, DE 29 DE AGOSTO DE 1983

RG e CPF  
REGISTRO CIVIL  
CERT. MSC. 61668 LV A-184 FL 168  
CART. 2º OFÍCIO CASCAVEL PR

DNI  
**149.949.369-00**

DATA DE EXPEDIÇÃO  
**13/07/2022**

T. ELEITOR

NIS / PIS / PASEP

CERT. MILITAR

CNS

CPS

SERIE

UF

IDENTIDADE PROFISSIONAL

FERMANANDO LUIZ DE SOUZA

11.107

RAUL

Polgar direito

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

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

Adventista



Atendimento: 3469995

**Contratante:**

Paciente/Usuário

Nome: SAMUEL MARCON DE SOUZA

CPF: 15161369930

Endereço: Rua Pedro Paulo Lohn , 54

Atendimento Nº: 3469995

Telefone: (48) 984492242

RG:

**Responsável:**

Nome: JOAO

CPF: 04499876982

Endereço: Rua Pedro Paulo Lohn , 54

Telefone: 5548984492242

RG:

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

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

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

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

**Parágrafo Primeiro.** O(s) **CONTRATANTE(S)** assumem honorários médicos e hospitalares, caso opte(m) por pagar a internação, quando não houver previsão no Contrato de saúde; (ii) as despesas extraordinárias de telefone, acompanhamento de valor(es) da(s) diária(s) do(s) acompanhante(s) que permitam a permanência particular, quando o paciente estiver internado em UTI; e/ou outras despesas não cobertas pela operadora ou seguradora.

SAMUEL MARCON DE SOUZA  
Dt Nasc: 10/08/19  
Mae: ANA KALITA MARCON DE SOUZA  
Atend: 3469995 Senha: N120  
Instituto Adventista



\*3469995\*



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

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

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

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

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



Atendimento: 3469995

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

(1) De acordo com a Lei nº 8.080/1990 tem o direito a ser assistida por um acompanhante de sua livre escolha ou, nos casos em que esteja impossibilitada de manifestar sua vontade, de seu representante legal, estando o acompanhante obrigado a preservar o sigilo das informações de saúde de que tiver conhecimento em razão do acompanhamento.

(2) No caso de atendimento que envolva qualquer tipo de sedação ou rebaixamento do seu nível de consciência, caso não indique acompanhante, a Unimed Grande Florianópolis indicara pessoa para lhe acompanhar, sendo preferencialmente profissional de saúde do sexo feminino, sem custo adicional, ciente que poderá recusar o nome indicado e solicitar a indicação de outro profissional, independentemente de justificativa, registrando-se o nome escolhido no documento gerado durante o atendimento.

(3) Em caso de atendimento eletivo com sedação/rebaixamento de consciência, caso não queira ser assistida, deverá no fim deste documento, assinalar a opção de renúncia, ciente que esse termo de consentimento livre e esclarecido será arquivado em seu prontuário.

(4) Ainda em caso de atendimento eletivo com sedação/rebaixamento de consciência, a dispensa do acompanhante poderá ser feita por escrito com 24h de antecedência, sendo o documento também arquivado no prontuário médico.

(5) No caso de atendimento realizado em centro cirúrgico ou unidade de terapia intensiva com restrições relacionadas a segurança ou a saúde da paciente, devidamente justificadas pelo corpo clínico, somente será admitido acompanhante que seja profissional de saúde indicado pelo Hospital Unimed, preferencialmente do sexo feminino.

(6) Em casos de urgência e emergência, os profissionais de saúde da Unimed Grande Florianópolis ficam autorizados a agir na proteção e defesa da saúde e da vida da paciente, ainda que na ausência do acompanhante requerido.

(7) **Afirma, ainda, que** recebeu cópia do presente Contrato e deste *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* e que não foi coagida (forçada) sob nenhuma forma para assinar o referido documento.

Após os esclarecimentos prestados através do presente *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*, disposto nesta cláusula, vem declarar que:

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

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

CPF nº \_\_\_\_\_

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

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

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

  
\_\_\_\_\_  
CONTRATANTE/RESPONSÁVEL

\_\_\_\_\_  
CONTRATADA

**Testemunhas**

1- \_\_\_\_\_  
Nome:  
CPF nº

2- \_\_\_\_\_  
Nome:  
CPF nº

1 - Registro ANS 3 - Nº Guia Principal

4 - Data da Autorização 19/03/2025 5 - Senha 25383 6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuido pela Operadora 25383

8 - Número da Carteira 25383 9 - Validade da Carteira 10 - Nome SAMUEL MARCON DE SOUZA

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN N

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

15 - Nome do Profissional Solicitante Requirante Não Cadastrado/ Não Cooperado 16 - Conselho Profissional 6 17 - Número no Conselho 2626 18 - UF SC 19 - Código CBO 225125 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caráter do Atendimento 2 22 - Data da Solicitação 19/03/2025 23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039 26 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCCORRO

27 - Data Solic. 1 28 - Qtda. Aut. 0

29 - Código na Operadora 30 - Nome do Contratado 31 - Código CINES

32 - Tipo de Atendimento 33 - Indicação de Acidente Incidente ou doença relacionada 34 - Tipo de Consulta 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data 37 - Hora inicial a 38 - Hora final 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição

42 - Qtda. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator Red/Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - Seq. Nat. 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

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$) 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total Materiais (R\$)

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Total Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Medicinais R\$

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



**Aluno:** Samuel Marcon de Souza  
**Nº da Carteira:** 7.205.1421  
**Instituição:** Colégio Adventista Palhoça

**Data de Nascimento:** 10/08/2019

**Nº da Guia:** 25383

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
19/03/2025	17:45:00	Pátio	Saída

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

## Descrição

O aluno estava na saída e quando viu a mãe saiu correndo, escorregou e caiu batendo com o queixo no chão.

## Testemunha da ocorrência

Professora Fernanda

## Telefone

(48) 99935-1000

Professora Fernanda

(48) 99935-1000

## Quem prestou primeiros socorros

Professora Fernanda

## Data

19/03/2025

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

O aluno foi atendido pela professora que trouxe ele e a mãe ate a orientação escolar para preenchimento do AMA.

Ass.: *Katia Regina dos Santos Machado*

Katia Regina dos Santos Machado

**Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: <https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: [assistenciamedica@clinicaadventista.org.br](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) (não credenciados) com os seguintes dados:**

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0003-31

Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157

[assistenciamedica@clinicaadventista.org.br](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [portoalegre.clinicaadventista.org.br](http://portoalegre.clinicaadventista.org.br)

Paciente	<b>SAMUEL MARCON DE SOUZA</b>		Atendimento	<b>3.469.995</b>
Data Nascto.	10/08/2019	5 Anos	Prontuário	99.869.386
Sexo	Masculino		Dt. Entrada	19/03/2025 18:30:26
Telefone	984492242		Convênio	Instituto Adventista Instituto
Leito	1			

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
19/03/2025 19:20	19/03 20:01	Médico	Anamnese PA		EDUARDO PIOVEZANI	CRM 22261

SAMUEL MARCON DE SOUZA, 5 anos

QUEIXA PRINCIPAL: FCC

S.

\* 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 23 SAT 98 TEMP 37 PESO 20

Sem alterações neurológicas.

Dor em ATM esquerda à abertura máxima da boca e movimentação lateral da mandíbula

Pulsos e perfusão normais.

Pele FCC sangrante em mento.

Rx ATM não vejo alterações

não apresenta limitação da amplitude de movimento da articulação.

Paciente inicialmente tranquilo durante avaliação. Realizada tentativa de infiltração de anestésico local na derme, nas margens da lesão, conforme técnica padrão. Ao visualizar a agulha, criança passou a gritar e oferecer resistência física, exigindo contenção por duas enfermeiras para segurança durante o procedimento. Técnica de infiltração executada corretamente, com formação de pápula visível em uma das bordas, a outra era fina demais, portanto apliquei na epiderme.

Criança referiu dor à primeira tentativa do primeiro ponto. Administrei anestésico novamente. Ao toque com a pinça criança ficava tranquila, mas ao aplicar pressão começava a gritar. Expliquei que o anestésico não bloqueia sensibilidade barestésica, e então durante o segundo ponto, o próprio Samuel concordou que estava sentindo pressão, e não dor (a mãe também o questionou).

Sutura concluída com sucesso, sem intercorrências técnicas. Pais/responsáveis orientados sobre cuidados pós-procedimento.

Dr. EDUARDO PIOVEZANI (CRM 22261)



Paciente: **SAMUEL MARCON DE SOUZA**  
Data de Nascimento: 10/08/2019 Idade: 5anos 7M Sexo: M  
Data do Exame: 19/03/2025  
Solicitante: Dr.(a) EDUARDO PIOVEZANI  
Protocolo: UGF3469995 Senha: 171937

[unimedflorianopolis.com.br](http://unimedflorianopolis.com.br)

Central de Atendimento:  
(48) 3288 4100

Informações:  
0800 048 3500

## RADIOGRAFIA DIGITAL DA ARTICULAÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR ESQUERDA

Estrutura óssea preservada.  
Movimento de excursão dos côndilos é normal.  
Contorno e interlinhas articulares de aspecto anatômico.

Exame completo e laudo médico disponíveis em [www.unimedflorianopolis.com.br](http://www.unimedflorianopolis.com.br)

(Protocolo/senha informados após o exame).

Responsável Técnico Dr. Fabio Vargas Magalhães CRM/SC 9267 RQE 10139

Diretor Técnico Dr. Gustavo Lemos Pelandré CRM/SC 12478 RQE 7811

1 / 1

  
Dr. Gustavo Lemos Pelandré  
CRM/SC 12478





Paciente: <b>SAMUEL MARCON DE SOUZA</b>	Convênio: <b>Instituto Adventista</b>	Usuário/Matrícula: <b>72051421</b>	<b>Emissão:</b> Nº atend: <b>3.469.995</b> Nº IC: <b>21.297.692</b>
Categoria: <b>Instituto Adventista</b>			

Prontuário: 99869386	Data entrada: 19/03/2025 18:30:26	Data saída: 19/03/2025 22:16:47	Motivo Alta: Alta melhora
Médico: Dr. EDUARDO PIOVEZANI (CRM 22261)			Tipo atend: 3 - Pronto socorro
Proc Princ: 00000000	0		Espec/Clinica: 4 Clínica Pediátrica
		Tipo acomodação: Setor sem acomodação	
Data: 10/08/2019		Sexo: M	
CID Princ:			
Guia: 25383		Senha: 25383	

Dt Conta: 19/03/25 18:38	Dt inicial: 19/03/25 18:30	Dt final: 19/03/25 22:16	Refer: 31/03/25
--------------------------	----------------------------	--------------------------	-----------------

Movimentação do Paciente						
Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO UC	Setor sem acomodação	1/	19/03/2025 18:30:26	19/03/2025 22:16:47
2	Serviços Especiais	RAIO X UC	Setor sem acomodação	1/	19/03/2025 19:18:00	19/03/2025 19:18:00

Honorários Não Conveniados										
Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor	
1	19/03/25 18:30	PRONTO ATENDIMENTO UC	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	22261	EDUARDO	Clínico	70,27	
2	19/03/25 18:52	PRONTO ATENDIMENTO UC	30101794	Sutura De Pequenos Ferimentos Com Ou Sem Desbridamento	1,00	22261	EDUARDO	Clínico	60,16	
3	19/03/25 20:10	RAIO X UC	40801110	Articulação Temporomandibular - Bilateral	1,00	12478	GUSTAVO LEMOS	Clínico	47,29	
<b>Total de Honorários Não Conveniados</b>					<b>3,00</b>				<b>177,72</b>	

Materiais										
Seq	Código	Descrição			Unid.	Qtde	VI Unit.	VI Total		
<b>PRONTO ATENDIMENTO UC</b>										
1	78313589	AGULHA 13 X 0,45 MM (26G) C/ DISPOSITIVO DE SEGURANÇA (4658301BR)			und	1,0000	8,9900	8,99		
2		COMPRESSA GAZE ESTERIL 13 FIOS 7,5X7,5CM C/ 05UN			pc	3,0000	1,2500	3,75		
<b>Total - PRONTO ATENDIMENTO UC -</b>						<b>4,0000</b>		<b>12,74</b>		
<b>Total de Materiais</b>						<b>4,0000</b>		<b>12,74</b>		

<b>Total geral R\$</b>	<b>190,46</b>
------------------------	---------------

## AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



**Aluno:** Sofia Rodrigues da Silva  
**Nº da Carteirinha:** 7.205.567  
**Instituição:** Colégio Adventista Palhoça

**Data de Nascimento:** 22/08/2015

**Nº da Guia:** 24973

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
10/03/2025	15:29:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Coxa Direita

### Descrição

Estava correndo, escorregou e bateu com a perna no chão. Referiu dor no local.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Jeferson - Monitor	(48) 3083-9450

Quem prestou primeiros socorros	Data
Glaucya Collaço	10/03/2025

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

### Observações

Foi aplicado gelo no local e feito contato com a família para encaminhamento médico.

Ass.:

Glaucya Francini Collaco

**176.726.884/0135-30**  
**INST. ADV. SUL BRAS. DE EDUCAÇÃO**  
**COLÉGIO ADVENTISTA**  
Av. Raulino Pagani, Nº 420  
CEP: 88132-199 - Pagani  
**Palhoça/SC**

Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link:

<https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: [assistenciamedica@clinicaadventista.org.br](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) (não credenciados) com os seguintes dados:

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0003-31

Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157

[assistenciamedica@clinicaadventista.org.br](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [portoalegre.clinicaadventista.org.br](http://portoalegre.clinicaadventista.org.br)

17.01.2018  
INSTITUTO SUPERIOR DE EDUCAÇÃO  
COLÉGIO ADVENTISTA  
R. ...  
CEP 8612-100 - Paraná  
Painópolis



Atendimento: 3460233

**Contratante:**

Paciente/Usuário

Nome: SOFIA RODRIGUES DA SILVA

CPF: 12236429924

Endereço: Rua Juacir dos Passos, 80 CASA

Atendimento Nº: 3460233

Telefone: (48) 999168417

RG: 7985010

**Responsável:**

Nome: ROBERT

CPF: 04616623961

Endereço: Rua Juacir dos Passos, 80 CASA

Telefone: 5548999096513

RG:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Atendimento: 3460233

(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.º 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 9º da Lei nº 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.

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



Atendimento: 3460233

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

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

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

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

CPF nº \_\_\_\_\_

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

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

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

X. Roberta R. da Silva  
CONTRATANTE/RESPONSÁVEL

\_\_\_\_\_  
CONTRATADA

**Testemunhas**

1- \_\_\_\_\_  
Nome:  
CPF nº

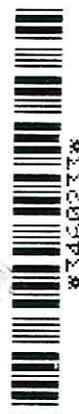
2- \_\_\_\_\_  
Nome:  
CPF nº

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

2 - N° Guia no Prestador 5819476

1 - Registro ANS		3 - N° Guia Principal	
4 - Data da Autorização 10/03/2025		5 - Senha 24973	
6 - Data Validade da Senha 24973		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 24973	
8 - Número da Carteira 7205567		9 - Validade da Carteira 10/03/2025	
10 - Nome SOFIA RODRIGUES DA SILVA		11 - Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a R N			
13 - Código na Operadora 300638		14 - Nome do Contratado Unidade Centro	
15 - Nome do Profissional Solicitante Requisitante Não Cadastrado/nao Cooperado		16 - Conselho Profissional 6	
17 - Número no Conselho 2526		18 - UF SC	
19 - Código CBO 225125		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 10/03/2025	
23 - Indicação Clínica		24 - Tabela 10101039	
25 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		26 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039	
27 - Qtdde.Solic. 1		28 - Qtdde.Aut. 0	
29 - Nome do Contratado		30 - Nome do Contratado	
31 - Tipo de Atendimento		32 - Tipo de Atendimento	
33 - Indicação do Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta	
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento			
36 - Data		37 - Hora Inicial a 38 - Hora final	
39 - Tabela		40 - Código do Procedimento	
41 - Descrição		42 - Qtdde.	
43 - Via		44 - Tec.	
45 - Fator Red./Acresc.		46 - Valor Unitário (R\$)	
47 - Valor Total (R\$)			
48 - Seq. Ref.		49 - Gr.Part.	
50 - Código na Operadora/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	
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		69 - Assinatura do Contratado	

**SOFIA RODRIGUES DA SILVA**  
 Dt Nasc: 22/08/15  
 Mae: ROBERTA RODRIGUES DA SILVA  
 Atend: 3460233 Senha: N158  
 Instituto Adventista



\*3460233\*

*Roberta R. de Silva*

Paciente	<b>SOFIA RODRIGUES DA SILVA</b>		Atendimento	<b>3.460.233</b>
Data Nascto.	22/08/2015	9 Anos	Prontuário	99.656.331
Sexo	Feminino		Dt. Entrada	10/03/2025 17:28:48
Telefone	999168417		Convênio	Instituto Adventista Instituto
Leito	1			

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
10/03/2025 17:48	10/03 17:52	Médico	Anamnese PA		ANA CAMILA FLORES FARAH	CRM 7148

SOFIA RODRIGUES DA SILVA, 9 anos

QUEIXA PRINCIPAL: queda

Refere ter caído na escola com as pernas abertas e refere dor em coxa direita.

Foi colocado gelo no local

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

EXAME FÍSICO:

Sem edemas ou limitações de movimentação

HIPOTESE DIAGNÓSTICA: queda

CONDUTA:

Sintomáticos.

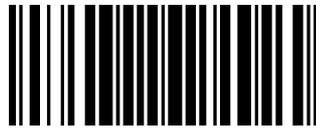
Orientações.

Retorno se sinais de alerta.

Dra. ANA CAMILA FLORES FARAH (CRM 7148)



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



**Conta paciente**

(77858611001503)

**Nota:**

Paciente: <b>SOFIA RODRIGUES DA SILVA</b>	Convênio: <b>Instituto Adventista</b>	Usuário/Matrícula: <b>7205567</b>
Categoria: <b>Instituto Adventista</b>		

**Emissão:**

Nº atend: **3.460.233**  
 Nº IC: **21.288.299**

Prontuário: 99656331	Data entrada: 10/03/2025 17:28:48	Data saída: 10/03/2025 18:46:26	Motivo Alta: Alta melhora
Proc Princ: 00000000	Médico: Dra. ANA CAMILA FLORES FARAH (CRM 7148)		Tipo atend: 3 - Pronto socorro
			Espec/Clinica: 4 Clínica Pediátrica
		Tipo acomodação: Setor sem acomodação	
Data: 22/08/2015		Sexo: F	
CID Princ:			
Guia: <b>24973</b>		Senha: 24973	

Dt Conta: 10/03/25 17:34	Dt inicial: 10/03/25 17:28	Dt final: 10/03/25 18:46	Refer: 31/03/25
--------------------------	----------------------------	--------------------------	-----------------

Movimentação do Paciente						
Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO UC	Setor sem acomodação	1/	10/03/2025 17:28:48	10/03/2025 18:46:26

Honorários Não Conveniados									
Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor
1	10/03/25 17:28	PRONTO ATENDIMENTO UC	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	7148	ANA CAMILA	Clínico	70,27
<b>Total de Honorários Não Conveniados</b>					<b>1,00</b>				<b>70,27</b>

<b>Total geral R\$</b>	<b>70,27</b>
------------------------	--------------