

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3346783

Contratante:

Paciente/Usuário

Atendimento Nº: 3346783

Nome: SAMUEL BUZZI RAMOS

Telefone: (48) 988187468

CPF: 10385069995

RG:

Endereço: RUA VALMOR SCHUTZ, 50 CASA 02

Responsável:

Nome: GABRIEL

Telefone: 483033-2237

CPF: 04968458967

RG: 4698001

Endereço: RUA VALMOR SCHUTZ, 50 CASA 02

CONTRATADA: UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o n.º 77.858.611/0014-14, estabelecida na Rua Manoel Loureiro, n.º 1909, Barreiros, na cidade de São José, Estado de Santa Catarina CEP 88117-331.

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

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3346783

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 (**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**.



Atendimento: 3346783

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.

São José/SC, ____ / ____ / ____

Gabriel Goulart Buzza
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 - Nº Guia no Prestador 5617075

Atend.: 3346783
V.3.0

Instituto Adventista

1 - Registro ANS 000000	3 - Nº Guia Principal	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 22611002
4 - Data de Autorização 06/11/2024	5 - Senha 22611002	9 - Validade da Carteira 06/11/2024	10 - Nome SAMUEL BUZZI RAMOS
8 - Número da Carteira 7.205.319		11 - Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RN N			

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora 77856811001414	14 - Nome do Contratado UNIMED GRANDE FLORIANOPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO
--	---

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

15 - Nome do Profissional Solicitante Requisitante Não Cadastrado/no Cooperado	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 2526	18 - UF SC
21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 06/11/2024	23 - Indicação Clínica CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	19 - Código CBO 225125

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qtd. Solic.	28 - Qtd. Aut.	
1	22	10101039	1	1	
2					
3					
4					
5					

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	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\$)		

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

1 - / /	2 - / /	3 - / /	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

68 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Samuel Buzzi Ramos
Nº da Carteira: 7.205.319
Instituição: Colégio Adventista Palhoça



Data de Nascimento: 19/04/2007

Nº da Guia: 22611.002

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
06/11/2024	11:37:46	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	5º Dedo Mão Esquerda

Descrição

Estava jogando futsal e ao defender uma bola, torceu o dedo. Referiu dor no local.

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Miquéias	29/10/2024

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

Motivo do Retorno

Encaminhado para reavaliação médica.

76.726.884/0135-30

INST. ADV. SUL BRAS. DE EDUCAÇÃO

COLÉGIO ADVENTISTA

Av. Raulino Pagani . Nº 420

CEP: 88132-199 - Pagani

Palhoça/SC

Glaucya Francini Collaco

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

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

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

assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / nortolegre.clinicaadventista.org.br



Paciente: **SAMUEL BUZZI RAMOS**
Data de Nascimento: 19/04/2007 Idade: 17anos 6M Sexo: M
Data do Exame: 06/11/2024
Solicitante: Dr.(a) LEANDRO DAVID DOS SANTOS
Protocolo: UGF3346783 Senha: 484647

unimedflorianopolis.com.br

Central de Atendimento:
(48) 3288 4100

Informações:
0800 048 3500

RADIOGRAFIA DIGITAL DO 5o QUIRODÁCTILO ESQUERDO

Fratura na falange proximal.
Interlinhas articulares preservadas.
Partes moles sem alterações radiográficas.

Exame completo e laudo médico disponíveis em 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

Aline Falqueto
Dra. Aline Falqueto Pelandré
CRM/SC 24788



Paciente	SAMUEL BUZZI RAMOS		Atendimento	3.346.783
Data Nascto.	19/04/2007	17 Anos	Prontuário	99.496.526
Sexo	Masculino		Dt. Entrada	06/11/2024 20:21:30
Telefone	991127049		Convênio	Instituto Adventista Instituto
Leito	1			

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
06/11/2024 21:13	06/11 21:16	Médico	Evolução Médica PA		LEANDRO DAVID DOS SANTOS	CRM 22137

Avaliação Médica PA Adulto - ORTOPEDIA

Queixa Principal : FRATURA DA BASE DO 5º DEDO MAÕ ESQUERDA.
RETIROU A TALA ONTEM, POR CONTA PRÓPRIA.

RX : FRATURA AVULSÃO /

CD: TTO LESAO LIGAMENTAR
IMOBILIZAÇÃO COM TALA METÁLICA

Exame físico :

Conduta :

Encaminhamento ao Ambulatório UGF? : não

Se sim, qual área? :

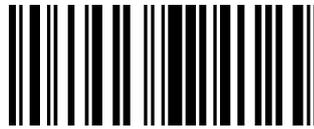
Se encaminhado para o Ambulatório - NECESSITA DE BREVIDADE NO AGENDAMENTO? :

Motivo :

Acionado sobreaviso da Ortopedia? :

Solicitado exames de imagem? :

Se sim, quais? :



Paciente: SAMUEL BUZZI RAMOS	Convênio: Instituto Adventista	Usuário/Matrícula: 7.205.319	Emissão: Nº atend: 3.346.783 Nº IC: 21.122.319
Categoria: Instituto Adventista			

Prontuário: 99496526 Data entrada: 06/11/2024 20:21:30 Data saída: 06/11/2024 21:33:15 Motivo Alta: Alta melhor
Médico: Dr. LEANDRO DAVID DOS SANTOS (CRM 22137) Tipo atend: 3 - Pronto socorro
Proc Princ: 30719119 Lesões Ligamentares - Redução Incruenta Espec/Clinica: 1 Clinica Adulto
Tipo acomodação Setor sem acomodação
Data 19/04/2007 Sexo: M
CID Princ: S62.7 Frat mult de dedos
Guia: 22611002 Senha: 22611002

Dt Conta: 06/11/24 20:23 Dt inicial: 06/11/24 20:21 Dt final: 06/11/24 21:33 Refer: 01/01/25

Movimentação do Paciente

Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO	Setor sem acomodação	1/	06/11/2024 20:21:30	06/11/2024 21:33:15
2	Pronto socorro	ORTOPEDIA	Setor sem acomodação	1/	06/11/2024 20:32:11	06/11/2024 21:33:15
3	Serviços Especiais	RAIO X	Setor sem acomodação	1/	06/11/2024 20:44:00	06/11/2024 20:44:00

Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor
1	06/11/24 20:21	PRONTO ATENDIMENTO	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	22137	LEANDRO DAVID	Clínico	95,58
2	06/11/24 20:50	RAIO X	40803120	Mão Ou Quirodáctilo	1,00	24788	ALINE FALQUETO	Clínico	42,18
3	06/11/24 21:10	ORTOPEDIA	30711010	Imobilizações Não-Gessadas (Qualquer Segmento)	1,00	22137	LEANDRO DAVID	Clínico	15,21
4	06/11/24 21:10	ORTOPEDIA	30719119	Lesões Ligamentares - Redução Incruenta	1,00	22137	LEANDRO DAVID	Clínico	133,22
Total de Honorários Não Conveniados					4,00				286,19

Materiais

Seq	Código	Descrição	Unid.	Qtde	VI Unit.	VI Total
ORTOPEDIA						
1	78308488	TALA METALICA IMOBIL	und	1,0000	3,2100	3,21
Total - ORTOPEdia -				1,0000		3,21
Total de Materiais				1,0000		3,21

Total geral R\$ 289,40



Atendimento: 3350613

Contratante:

Paciente/Usuário

Atendimento Nº: 3350613

Nome: GABRIELLY GORGEM DE OLIVEIRA

Telefone: (48) 988777575

CPF: 09787603951

RG:

Endereço: Rua Elesbão Pinto da Luz, 1388 apto 02

Responsável:

Nome: MICHELL

Telefone: 48996443210

CPF: 06839742970

RG:

Endereço: Rua Elesbão Pinto da Luz, 1388 apto 02

CONTRATADA: UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o n.º 77.858.611/0014-14, estabelecida na Rua Manoel Loureiro, n.º 1909, Barreiros, na cidade de São José, Estado de Santa Catarina CEP 88117-331.

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

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

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

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

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

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

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

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

Parágrafo Segundo. No caso de evolução do atendimento de urgência/emergência para internação e não havendo quitação das respectivas despesas, a **CONTRATADA** enviará, a cada 5 (cinco) dias uteis, a descrição dos serviços



Atendimento: 3350613

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 indicará 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.

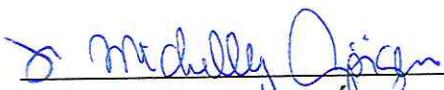
Nome da Acompanhante _____

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.

São José/SC, ____/____/____


CONTRATANTE/RESPONSÁVEL

CONTRATADA

Testemunhas

1- _____

Nome:

CPF nº

2- _____

Nome:

CPF nº

1 - Registro ANS 000000	3 - Nº Guia Principal	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuido pela Operadora 22540001	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
4 - Data da Autorização 11/11/2024	5 - Senha 22540001	9 - Validade da Carteira 29/05/2024	10 - Nome GABRIELLY GORGEM DE OLIVEIRA		

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora 77898611001414	14 - Nome do Contratado UNIMED GRANDE FLORIANOPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO
--	---

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 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 11/11/2024	23 - Indicação Clínica	27 - Qtd.Solic. 1	28 - Qtd.Aut. 1
----------------------------------	--	------------------------	----------------------	--------------------

24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039	26 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO
------------------	--	--

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

Dados do atendimento

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

48 - Seq.Kit	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

1 - / /	2 - / /	3 - / /	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

11/11/2024

Gabrielly Gorgem de Oliveira

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

11/11/2024

Gabrielly Gorgem de Oliveira

68 - Assinatura do Contratado

11/11/2024

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO



Aluno: Gabrielly Görgen de Oliveira
Nº da Carteira: 7.58.6057
Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Estreito

Data de Nascimento: 20/04/2010

Nº da Guia: 22540.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
11/11/2024	09:40:36	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
torceou o dedo com a bola	Mão Direita, 1º Dedo Mão Direita

Descrição
Aluna se encontrava na aula de educação física e acabou torcendo o dedão da mão direita o dedo esta inflamado e doendo

Testemunha da ocorrência	Telefone
Yusdania Rodriguez Montero	(95) 99153-1202

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

Motivo do Retorno
Guia de retorno com o médico.

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 (não credenciados) com os seguintes dados:

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

Paciente	GABRIELLY GORGEM DE OLIVEIRA		Atendimento	3.350.613
Data Nascto.	20/04/2010	14 Anos	Prontuário	99.844.398
Sexo	Feminino		Dt. Entrada	11/11/2024 10:32:27
Telefone	988777575		Convênio	Instituto Adventista Instituto
Leito	1			

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
11/11/2024 11:16	11/11 11:18	Médico	Evolução Médica PA		CLAYTON MIGUEL COSTA	CRM 6547

Avaliação Médica PA Adulto - ORTOPEDIA

Queixa Principal : Dor no MSD no polegar

Exame físico : Rx normla

Sem edem

Dor na mf

Conduta : Ibuprofeno 400

GElo

FST

atestado 15 dias

Encaminhamento ao Ambulatório UGF? : não

Se sim, qual área? :

Se encaminhado para o Ambulatório - NECESSITA DE BREVIDADE NO AGENDAMENTO? :

Motivo :

Acionado sobreaviso da Ortopedia? : não

Solicitado exames de imagem? : não

Se sim, quais? :

Paciente **GABRIELLY GORGEM DE OLIVEIRA**
Data Nascto. 20/04/2010 14 Anos
Sexo Feminino
Telefone 988777575
Leito 1

Atendimento **3.350.613**
Prontuário 99.844.398
Dt. Entrada 11/11/2024 10:32:27
Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
11/11/2024 10:54	11/11 10:56	Médico	Evolução Médica PA		CLAYTON MIGUEL COSTA	CRM 6547

Avaliação Médica PA Adulto - ORTOPEDIA

Queixa Principal : REtorna
Orientada para retornar aqui (sic)
Em uso de tala

Exame físico : Dor no polegar D

Conduta :

Encaminhamento ao Ambulatório UGF? : não

Se sim, qual área? :

Se encaminhado para o Ambulatório - NECESSITA DE BREVIDADE NO AGENDAMENTO? :

Motivo :

Acionado sobreaviso da Ortopedia? : sim

Solicitado exames de imagem? : sim

Se sim, quais? : Radiologia



Paciente: **GABRIELLY GORGEM DE OLIVEIRA**
Data de Nascimento: 20/04/2010 Idade: 14anos 6M Sexo: F
Data do Exame: 11/11/2024
Solicitante: Dr.(a) CLAYTON MIGUEL COSTA
Protocolo: UGF3350613 Senha: 699830

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.

Dr. Márcio Custódio Oselame
CRM/SC 20087

Exame completo e laudo médico disponíveis em 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





Paciente: GABRIELLY GORGEM DE OLIVEIRA	Convênio: Instituto Adventista	Usuário/Matrícula: 7586057	Emissão: Nº atend: 3.350.613 Nº IC: 21.126.280
Categoria: Instituto Adventista			

Prontuário: 99844398 Data entrada: 11/11/2024 10:32:27 Data saída: 11/11/2024 11:21:44 Motivo Alta: Alta melhor
Médico: Dr. CLAYTON MIGUEL COSTA (CRM 6547) Tipo atend: 3 - Pronto socorro
Proc Princ: 00000000 0 Tipo acomodação Setor sem acomodação Espec/Clinica: 1 Clinica Adulto
Data 20/04/2010 Sexo: F
CID Princ: S60.2 Contusao de outr partes do punho e da mao
Guia: 22540001 Senha: 22540001

Dt Conta: 11/11/24 10:33 Dt inicial: 11/11/24 10:32 Dt final: 11/11/24 11:21 Refer: 01/01/25

Movimentação do Paciente

Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO	Setor sem acomodação	1/	11/11/2024 10:32:27	11/11/2024 11:21:44
2	Pronto socorro	ORTOPEDIA	Setor sem acomodação	1/	11/11/2024 10:50:43	11/11/2024 11:21:44
3	Serviços Especiais	RAIO X	Setor sem acomodação	1/	11/11/2024 10:58:00	11/11/2024 10:58:00

Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor
1	11/11/24 10:32	PRONTO ATENDIMENTO	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	6547	CLAYTON MIGUEL	Clínico	73,52
2	11/11/24 11:21	RAIO X	40803120	Mão Ou Quirodáctilo	1,00	20087	MARCIO	Clínico	42,18
Total de Honorários Não Conveniados					2,00				115,70

Total geral R\$

115,70

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3352941

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: VINICIUS MIELLI LOPES DE OLIVEIRA

CPF: 10397967969

Endereço: Rua Professor Clementino de Brito, 1205

Atendimento Nº: 3352941

Telefone: (48) 984029434

RG: 7648000

Responsável:

Nome: FERNAN

CPF: 21944345850

Endereço: Rua Professor Clementino de Brito, 405 APTO 1205

Telefone: 5548984029434

RG:

CONTRATADA: UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o n.º 77.858.611/0014-14, estabelecida na Rua Manoel Loureiro, n.º 1909, Barreiros, na cidade de São José, Estado de Santa Catarina CEP 88117-331.

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 (**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**.

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3352941

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 indicará 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.

São José/SC, ____/____/____

CONTRATANTE/RESPONSÁVEL

CONTRATADA

Testemunhas

1- _____

Nome:

CPF nº

2- _____

Nome:

CPF nº

V.3.0
Atend.: 3352941

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT
2 - N° Guia no Prestador 5627397

Instituto Adventista

1 - Registro ANS 000000	3 - N° Guia Principal	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 23081	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
4 - Data da Autorização 12/11/2024	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha 23081	10 - Nome VINICIUS MIELLI LOPES DE OLIVEIRA	
8 - Número da Carteira 7585126	9 - Validade da Carteira 01/01/2024	10 - Nome VINICIUS MIELLI LOPES DE OLIVEIRA	11 - Conselho Profissional 6	19 - Código CBO 225125
13 - Nome do Contratado UNIMED GRANDE FLORIANOPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO		14 - Nome do Contratado UNIMED GRANDE FLORIANOPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO	15 - Nome do Profissional Solicitante Requisitante Nao Cadastrado/nao Cooperado	16 - Conselho Profissional 2526
15 - Nome do Profissional Solicitante Requisitante Nao Cadastrado/nao Cooperado		16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 12/11/2024	23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 1 22		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039	26 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	27 - Qtdde.Solic. 1
28 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		29 - Hora Inicial a 38 - Hora final	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
32 - Tipo de Atendimento		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
36 - Data		37 - Hora Inicial a 38 - Hora final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento
41 - Descrição		42 - Qtdde.	43 - Via	44 - Tec.
45 - Fator Red./Acresc.		46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)	
48 - Seq.Nel.		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	
1 - / /	2 - / /	3 - / /	4 - / /	5 - / /
6 - / /	7 - / /	8 - / /	9 - / /	10 - / /
59 - Total Procedimentos (R\$)		60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total Materiais (R\$)	62 - Total de OPME (R\$)
63 - Total Gases Medicinais R\$		64 - Total Gases Medicinais R\$	65 - Total Geral (R\$)	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 12/11/2024	68 - Assinatura do Contratado 12/11/2024	

Impresso em: 12/11/2024 22:48:02

Página 1
mariani.santos
WATE70106

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Vinicius Mielli Lopes de Oliveira
Nº da Carteira: 7.58.5126
Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Estreito

Data de Nascimento: 16/06/2012 **Nº da Guia:** 23081

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
12/11/2024	09:12:00	Ginásio	Aula de educação física

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

Descrição

Aluno acabou caindo na educação física e acabou tendo um trauma na região da virilha.

Testemunha da ocorrência

Coord. Jerry

Telefone

(48) 3039-8054

Local de atendimento

HUGF - HOSPITAL UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS

Endereço

Rua Manoel Loureiro

Nº

191
0

Bairro

Barreiros

Telefone

(48) 3288-4100

Observações

Encaminhado ao hospital de referência 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 (não credenciados) com os seguintes dados:

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

Paciente	VINICIUS MIELLI LOPES DE OLIVEIRA		Atendimento	3.352.941
Data Nascto.	16/06/2012	12 Anos	Prontuário	113.077
Sexo	Masculino		Dt. Entrada	12/11/2024 22:47:02
Telefone	991546416		Convênio	Instituto Adventista Instituto
Leito	1			

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
12/11/2024 23:02	12/11 23:08	Médico	Evolução Médica PA		TICIANO DOZZA POSSER	CRM 23068

Avaliação Médica PA Adulto - ORTOPEDIA

Queixa Principal : DOR QUADRIL DIREITO

HA DUAS SEMANAS/ DOR DESENCADEADA EM ATIV FÍSICA /

EF: ADM PASSIVA OK / DOR ADUÇÃO RESISTIDA /

RX: SEM ALT

CD: SOLICITO ULTRTASSOM / AO ESPECIALISTA / PARACET /

Exame físico :

Conduta :

Encaminhamento ao Ambulatório UGF? : não

Se sim, qual área? :

Se encaminhado para o Ambulatório - NECESSITA DE BREVIDADE NO AGENDAMENTO? :

Motivo :

Acionado sobreaviso da Ortopedia? :

Solicitado exames de imagem? :

Se sim, quais? :



Paciente: **VINICIUS MIELLI LOPES DE OLIVEIRA**
Data de Nascimento: 16/06/2012 Idade: 12anos 4M Sexo: M
Data do Exame: 12/11/2024
Solicitante: Dr.(a) TICIANO DOZZA POSSER
Protocolo: UGF3352941 Senha: 899407

unimedflorianopolis.com.br

Central de Atendimento:
(48) 3288 4100

Informações:
0800 048 3500

RADIOGRAFIA DIGITAL DA BACIA/QUADRIL DIREITO

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

(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. Nelson Cabral Junior
CRM/SC 6561





Paciente: **VINICIUS MIELLI LOPES DE OLIVEIRA**
Data de Nascimento: 16/06/2012 Idade: 12anos 4M Sexo: M
Data do Exame: 12/11/2024
Solicitante: Dr.(a) TICIANO DOZZA POSSER
Protocolo: UGF3352941 Senha: 899407

unimedflorianopolis.com.br

Central de Atendimento:
(48) 3288 4100

Informações:
0800 048 3500

RADIOGRAFIA DIGITAL DA BACIA/QUADRIL DIREITO

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

(Protocolo/senha informados após o exame).

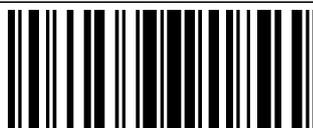
Responsável Técnico Dr. Fabio Vargas Magalhães CRM/SC 9267 RQE 10139

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

1 / 1


Dr. Nelson Cabral Junior
CRM/SC 6561





Paciente: VINICIUS MIELLI LOPES DE OLIVEIRA	Convênio: Instituto Adventista	Usuário/Matrícula: 7585126	Emissão: Nº atend: 3.352.941 Nº IC: 21.128.591
Categoria: Instituto Adventista			

Prontuário: 113077 Data entrada: 12/11/2024 22:47:02 Data saída: 12/11/2024 23:54:49 Motivo Alta: Alta melhor
Médico: Dr. TICIANO DOZZA POSSER (CRM 23068) Tipo atend: 3 - Pronto socorro
Proc Princ: 00000000 0 Tipo acomodação Enfermaria Espec/Clinica: 1 Clinica Adulto
Data 16/06/2012 Sexo: M
CID Princ: M25.5 Dor articular
Guia: 23081 Senha: 23081

Dt Conta: 12/11/24 22:47 Dt inicial: 12/11/24 22:47 Dt final: 12/11/24 23:54 Refer: 01/01/25

Movimentação do Paciente

Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO	Setor sem acomodação	1/	12/11/2024 22:47:02	12/11/2024 23:54:49
2	Pronto socorro	ORTOPEDIA	Setor sem acomodação	1/	12/11/2024 22:52:26	12/11/2024 23:54:49
3	Serviços Especiais	RAIO X	Setor sem acomodação	1/	12/11/2024 23:10:00	12/11/2024 23:10:00

Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor
1	12/11/24 22:47	PRONTO ATENDIMENTO	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	23068	TICIANO DOZZA	Clínico	95,58
2	12/11/24 23:24	RAIO X	40804011	Bacia	1,00	6561	NELSON CABRAL	Clínico	44,12
3	12/11/24 23:24	RAIO X	40804038	Articulação Coxofemoral (Quadril)	1,00	6561	NELSON CABRAL	Clínico	46,42
Total de Honorários Não Conveniados					3,00				186,12

Total geral R\$

186,12



Atendimento: 3364485

Contratante:

Paciente/Usuário

Atendimento Nº: 3364485

Nome: ANTONIO REIS OLIVEIRA LINO

Telefone: (48) 999698642

CPF: 13600734938

RG:

Endereço: Avenida Presidente Kennedy , 696 APTO

Responsável:

Nome: MARIA

Telefone: 5548999538495

CPF: 06796678907

RG: 50017250

Endereço: Avenida Presidente Kennedy , 696 APTO 203

CONTRATADA: UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o n.º 77.858.611/0014-14, estabelecida na Rua Manoel Loureiro, n.º 1909, Barreiros, na cidade de São José, Estado de Santa Catarina CEP 88117-331.

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

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

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

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

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

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

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

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

Parágrafo Segundo. No caso de evolução do atendimento de urgência/emergência para internação e não havendo quitação das respectivas despesas, a **CONTRATADA** enviará, a cada 5 (cinco) dias uteis, a descrição dos serviços

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3364485

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 (**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**.

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3364485

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.

São José/SC, ____/____/____



CONTRATANTE/RESPONSÁVEL

CONTRATADA

Testemunhas

1- _____

Nome:

CPF nº

2- _____

Nome:

CPF nº

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

2 - Nº Guia no Prestador 5646741

Atend.: 3364485
V.3.0

Instituto Adventista

1 - Registro ANS 000000	3 - Nº Guia Principal	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuido pela Operadora 23413	12 - Atendimento a RN N
4 - Data da Autorização 25/11/2024	5 - Senha 23413	9 - Validade da Carteira 25/11/2024	10 - Nome ANTONIO REIS OLIVEIRA LINO	11 - Cartão Nacional de Saúde
Dados do Beneficiário 8 - Número da Carteira 72051919				

Dados do Solicitante				
13 - Código na Operadora 77858611001414	14 - Nome do Contratado UNIMED GRANDE FLORIANOPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 2526	18 - UF SC
15 - Nome do Profissional Solicitante Requisitante Não Cadastrado/no Cooperado	20 - Assinatura do Profissional Solicitante	19 - Código CBO 225125		

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados				
21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 25/11/2024	23 - Indicação Clínica CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		
24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039	26 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	27 - Cide-Solic. 1	28 - Cide-Aut. 1
2				
3				
4				
5				

Dados do Contratado Executante				
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CHES		

Dados do atendimento				
32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (cadente 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	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição
2				
3				
4				
5				

42 - Cide.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red/Acrossc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)					
48 - Seq.Ref.	49 - Gr.Pant.	50 - Código na Operadora/CNP	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 -		
/	/	/	/		

58 - Observação / Justificativa					
59 - Total Procedimentos (R\$)					
60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total Materiais (R\$)		62 - Total de O.R.M.E (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			
25/11/2024		25/11/2024			

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Antônio Reis Oliveira Lino
Nº da Carteira: 7.205.1919
Instituição: Colégio Adventista Palhoça



Data de Nascimento: 23/09/2017 **Nº da Guia:** 23413

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
25/11/2024	11:44:00	Playground (Ex.: parquinho)	Aula de outras matérias

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Esquerdo

Descrição

Aluno estava brincando no parque, e torceu o pé, no momento da brincadeira.

Testemunha da ocorrência

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora Chris	(48) 99935-1000
Professora Chris	(48) 99935-1000

Quem prestou primeiros socorros

Quem prestou primeiros socorros	Data
Professora Chris	25/11/2024

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, colocamos gelo no local e família foi comunicada via telefone.

Ass.:

Liliani Carneiro Martins

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

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

Paciente **ANTONIO REIS OLIVEIRA LINO**

Data Nascto. 23/09/2017 7 Anos

Sexo Masculino

Telefone 999698642

Leito 1

Atendimento **3.364.485**

Prontuário 99.684.166

Dt. Entrada 25/11/2024 15:23:40

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
25/11/2024 15:44	25/11 16:01	Médico	Evolução Médica PA		LUIZ FERNANDO PEREIRA	CRM 11405

Evolução Médica PA Adulto - ORTOPEDIA**Queixa Principal :** ENTORSE DO PÉ E TORNOZELO ESQUERDO HOJE, NA ESCOLA**Exame físico :** DOR MEDIAL EM PÉ E TORNOZELO ESQ**Conduta :** RX sem fraturas

ENFAIXAMENTO

ANALGESIA VO

Encaminhamento ao Ambulatório UGF? : não**Se sim, qual área? :****Se encaminhado para o Ambulatório - NECESSITA DE BREVIDADE NO AGENDAMENTO? :****Motivo :****Acionado sobreaviso da Ortopedia? :****Solicitado exames de imagem? :****Se sim, quais? :**



Paciente:	Convênio:	Usuário/Matrícula:	Emissão: Nº atend: 3.364.485 Nº IC: 21.140.174
ANTONIO REIS OLIVEIRA LINO	Instituto Adventista	72051919	
Categoria:	Instituto Adventista		

Prontuário: 99684166 Data entrada: 25/11/2024 15:23:40 Data saída: 25/11/2024 16:11:40 Motivo Alta: Alta melhor
Médico: Dr. LUIZ FERNANDO PEREIRA (CRM 11405) Tipo atend: 3 - Pronto socorro
Proc Princ: 30728134 Lesões Ligamentares Agudas Ao Nível Do Tornozelo - Tratamento Espec/Clinica: 1 Clinica Adulto
Tipo acomodação Enfermaria
Data 23/09/2017 Sexo: M
CID Princ: S93.4 Entorse e distensao do tornozelo
Guia: 23413 Senha: 23413

Dt Conta: 25/11/24 15:25 Dt inicial: 25/11/24 15:23 Dt final: 25/11/24 16:11 Refer: 01/01/25

Movimentação do Paciente

Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO	Setor sem acomodação	1/	25/11/2024 15:23:40	25/11/2024 16:11:40
2	Pronto socorro	ORTOPEDIA	Setor sem acomodação	1/	25/11/2024 15:34:18	25/11/2024 16:11:40
3	Serviços Especiais	RAIO X	Setor sem acomodação	1/	25/11/2024 15:46:00	25/11/2024 15:46:00

Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor
1	25/11/24 15:23	PRONTO ATENDIMENTO	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	11405	LUIZ FERNANDO	Clínico	73,52
2	25/11/24 16:04	ORTOPEDIA	30711029	Membro Inferior	1,00	11405	LUIZ FERNANDO	Clínico	23,39
3	25/11/24 16:04	ORTOPEDIA	30728134	Lesões Ligamentares Agudas Ao Nível Do Tornozelo - Tratamento Incruento	1,00	11405	LUIZ FERNANDO	Clínico	102,48
4	25/11/24 16:05	RAIO X	40804089	Articulação Tibiotársica (Tornozelo)	1,00	8280	ROBERTO	Clínico	42,18
5	25/11/24 16:05	RAIO X	40804097	Pé Ou Pododáctilo	1,00	8280	ROBERTO	Clínico	43,84
Total de Honorários Não Conveniados					5,00				285,41

Materiais

Seq	Código	Descrição	Unid.	Qtde	VI Unit.	VI Total
ORTOPEDIA						
1	78365678	ATADURA CREPON 06 CM X 1,8 M	rl	3,0000	1,2300	3,69
Total - ORTOPIEDIA -				3,0000		3,69
Total de Materiais				3,0000		3,69

Total geral R\$ 289,10



Paciente: **ANTONIO REIS OLIVEIRA LINO**
Data de Nascimento: 23/09/2017 Idade: 7anos 2M Sexo: M
Data do Exame: 25/11/2024
Solicitante: Dr.(a) LUIZ FERNANDO PEREIRA
Protocolo: UGF3364485 Senha: 277892

unimedflorianopolis.com.br

Central de Atendimento:
(48) 3288 4100

Informações:
0800 048 3500

RADIOGRAFIA DIGITAL DO PÉ ESQUERDO

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

(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. Roberto Guimarães Tiezzi
CRM/SC 8280





Paciente: **ANTONIO REIS OLIVEIRA LINO**
Data de Nascimento: 23/09/2017 Idade: 7anos 2M Sexo: M
Data do Exame: 25/11/2024
Solicitante: Dr.(a) LUIZ FERNANDO PEREIRA
Protocolo: UGF3364485 Senha: 277892

unimedflorianopolis.com.br

Central de Atendimento:
(48) 3288 4100

Informações:
0800 048 3500

RADIOGRAFIA DIGITAL DO TORNOZELO ESQUERDO

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

Exame completo e laudo médico disponíveis em 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. Roberto Guimarães Tiezzi
CRM/SC 8280



UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3365996

Contratante:

Paciente/Usuário

Atendimento Nº: 3365996

Nome: LAURA GUIMARAES BRUNO

Telefone: (48) 996920301

CPF: 14711548904

RG:

Endereço: Rua André Maykot, 251 casa

Responsável:

Nome: MARIANE

Telefone: 5548996920301

CPF: 08348750983

RG:

Endereço: RUA ANDRE MAYKOT, 251 CASA

CONTRATADA: UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o n.º 77.858.611/0014-14, estabelecida na Rua Manoel Loureiro, n.º 1909, Barreiros, na cidade de São José, Estado de Santa Catarina CEP 88117-331.

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

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

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

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

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

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

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

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

Parágrafo Segundo. No caso de evolução do atendimento de urgência/emergência para internação e não havendo quitação das respectivas despesas, a **CONTRATADA** enviará, a cada 5 (cinco) dias uteis, a descrição dos serviços

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3365996

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 (**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 tratem 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**.



Atendimento: 3365996

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.

São José/SC, ____/____/____

maxiane guimarães
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 5649344

Instituto Adventista

1 - Registro ANS 000000	3 - N° Guia Principal	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 23482	12 - Atendimento a RN N
4 - Data da Autorização 26/11/2024	5 - Senha 23482	10 - Nome LAURA GUIMARAES BRUNO	
8 - Número da Carteira 7596415	9 - Validade da Carteira 01/01/2027	11 - Cartão Nacional de Saúde	
13 - Código na Operadora 77858611001414	14 - Nome do Contratado UNIMED GRANDE FLORIANOPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO	18 - UF SC	
15 - Nome do Profissional Solicitante Requisitante Nao Cadastrado/nao Cooperado	16 - Conselho Profissional 6	19 - Código CBO 225125	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 26/11/2024	23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039	26 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	27 - Qtd. Solic. 1
28 - Qtd. Aut. 1			
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 1	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\$)	
48 - Seq. Neg.	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: Laura Guimarães Bruno
Nº da Carteira: 7.58.6415
Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Estreito

Data de Nascimento: 16/05/2011 **Nº da Guia:** 23482

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
26/11/2024	17:56:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Desmaio	Joelho Esquerdo

Descrição

Aluna teve um desmaio e acabou caindo apoiando o corpo no joelho direito

Testemunha da ocorrência

Monitor Marcos

Telefone

(48) 3039-8054

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
HUGF - HOSPITAL UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS	Rua Manoel Loureiro	191 0	Barreiros	(48) 3288-4100

Observações

Encaminhado ao hospital de referência 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 (não credenciados) com os seguintes dados:

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

Paciente LAURA GUIMARAES BRUNO

Data Nascto. 16/05/2011 13 Anos

Sexo Feminino

Telefone 996920301

Leito 1

Atendimento 3.365.996

Prontuário 99.859.757

Dt. Entrada 26/11/2024 18:52:41

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
26/11/2024 19:25	26/11 19:26	Médico	Evolução Médica PA		KEITH LUCIA KOTANI	CRM 13910

Evolução Médica PA Adulto - ORTOPEDIA**Queixa Principal :** PCTE ACOMPANHADA DA MAE REFERE ENTORSE DE JOELHO COM DESMAIO APOS SIC

NEGA EPISODIO PREVIOS

Exame físico : DOR PATELO FEMORAL
MECANISMO EXTENSOR INTEGRO

SEM INSTABILIDADES GROSSEIRAS

Conduta : IMOBILIZO
ORIENTO

ATM A PEDIDO

RETORNO SN

MAE E PACIENTE CIENTES E DE ACORDO

Encaminhamento ao Ambulatório UGF? : não**Se sim, qual área? :****Se encaminhado para o Ambulatório - NECESSITA DE BREVIDADE NO AGENDAMENTO? :****Motivo :****Acionado sobreaviso da Ortopedia? :** não**Solicitado exames de imagem? :** não**Se sim, quais? :**



Paciente:	Convênio:	Usuário/Matrícula:	Emissão: Nº atend: 3.365.996 Nº IC: 21.141.788
LAURA GUIMARAES BRUNO	Instituto Adventista	7586415	
Categoria:			
Instituto Adventista			

Prontuário: 99859757 Data entrada: 26/11/2024 18:52:41 Data saída: 26/11/2024 20:01:42 Motivo Alta: Alta melhor
Médico: Dra. KEITH LUCIA KOTANI (CRM 13910) Tipo atend: 3 - Pronto socorro
Proc Princ: 30726174 Lesões Ligamentares Agudas - Tratamento Incruento Espec/Clinica: 1 Clinica Adulto
Tipo acomodação Apartamento
Data 16/05/2011 Sexo: F
CID Princ: M23.9 Transt interno NE do joelho
Guia: 23482 Senha: 23482

Dt Conta: 26/11/24 18:55 Dt inicial: 26/11/24 18:52 Dt final: 26/11/24 20:01 Refer: 01/01/25

Movimentação do Paciente

Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO	Setor sem acomodação	1/	26/11/2024 18:52:41	26/11/2024 20:01:42
2	Pronto socorro	ORTOPEDIA	Setor sem acomodação	1/	26/11/2024 19:02:52	26/11/2024 20:01:42
3	Serviços Especiais	RAIO X	Setor sem acomodação	1/	26/11/2024 19:09:00	26/11/2024 19:09:00

Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor
1	26/11/24 18:52	PRONTO ATENDIMENTO	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	13910	KEITH LUCIA	Clínico	73,52
2	26/11/24 19:16	RAIO X	40804054	Joelho	1,00	6561	NELSON CABRAL	Clínico	43,84
3	26/11/24 19:23	ORTOPEDIA	30711029	Membro Inferior	1,00	13910	KEITH LUCIA	Clínico	30,41
4	26/11/24 19:25	ORTOPEDIA	30726174	Lesões Ligamentares Agudas - Tratamento Incruento	1,00	13910	KEITH LUCIA	Clínico	97,02
Total de Honorários Não Conveniados					4,00				244,79

Materiais

Seq	Código	Descrição	Unid.	Qtde	VI Unit.	VI Total
ORTOPEDIA						
1	70852553	ATADURA CREPE 20CMX1,8MT (EM REPOUSO) 13FIO ESTERIL	rl	5,0000	27,7300	138,65
2	70858845	ATADURA GESSADA 20 CM X 4,0 M	rl	2,0000	6,8800	13,76
3	70034710	ATADURA ORTOPEDICA 20 CM	rl	8,0000	9,3000	74,40
4	78202477	MALHA TUBULAR ALGODA	cm	150,0000	0,0600	9,00
Total - ORTOPEdia -				165,0000		235,81
Total de Materiais				165,0000		235,81

Total geral R\$ 480,60



Paciente: **LAURA GUIMARAES BRUNO**
Data de Nascimento: 16/05/2011 Idade: 13anos 6M Sexo: F
Data do Exame: 26/11/2024
Solicitante: Dr.(a) KEITH LUCIA KOTANI
Protocolo: UGF3365996 Senha: 957830

unimedflorianopolis.com.br

Central de Atendimento:
(48) 3288 4100

Informações:
0800 048 3500

RADIOGRAFIA DIGITAL DO JOELHO ESQUERDO

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

(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. Nelson Cabral Junior
CRM/SC 6561



UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3367867

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: THEO FIGUEIREDO DA ROSA

CPF: 09967612924

Endereço: Rua Vereador Mário Coelho Pires, 740

Atendimento Nº: 3367867

Telefone: (48) 988333720

RG:

Responsável:

Nome: RICARDO

CPF: 95212337968

Endereço: Rua Osni João Vieira, 237 ap 502

Telefone: 5548984194650

RG: 3093471

CONTRATADA: UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o n.º 77.858.611/0014-14, estabelecida na Rua Manoel Loureiro, n.º 1909, Barreiros, na cidade de São José, Estado de Santa Catarina CEP 88117-331.

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

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3367867

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 (**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**.

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3367867

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:

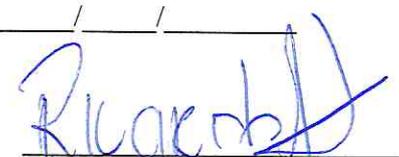
() **DESEJA** ser acompanhada nos termos da Lei nº 8.080/1990.

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.

São José/SC, ____/____/____


CONTRATANTE/RESPONSÁVEL

CONTRATADA

Testemunhas

1- _____
 Nome: _____
 CPF nº _____

2- _____
 Nome: _____
 CPF nº _____

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

V.3.0
Atend.: 3367867

2 - Nº Guia no Prestador 5652551

Instituto Adventista

1 - Registro ANS 000000	3 - Nº Guia Principal	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 23547	12 - Atendimento a RN N
4 - Data da Autorização 28/11/2024	5 - Senha 23547	6 - Data Validade da Senha 23547	11 - Cartão Nacional de Saúde
Dados do Beneficiário		9 - Validade da Carteira 09/09/2022	10 - Nome THEO FIGUEIREDO DA ROSA
Dados do Solicitante		13 - Código na Operadora 77859811001414	14 - Nome do Contratado UNIMED GRANDE FLORIANOPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO
15 - Nome do Profissional Solicitante Requisitante Nao Cadastrado/nao Cooperado		16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 2526
19 - Código CBO 225125		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 28/11/2024	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039
26 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		27 - Qtdde.Solic. 1	28 - Qtdde.Aut. 1
31 - Código GNES			
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
Dados do atendimento			
32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data	37 - Hora inicial a 38 - Hora final	39 - Tabela	42 - Qtdde.
43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Real/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/GPF	51 - Nome do Profissional
52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho	54 - UF
55 - Código CBO			
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série			
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Observação / Justificativa	59 - Total Medicamentos (R\$)	60 - Total Gases Medicinais 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: Theo Figueiredo da Rosa
Nº da Carteira: 7.58.4682
Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Estreito



Data de Nascimento: 16/07/2011 **Nº da Guia:** 23547

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
28/11/2024	12:04:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Direito

Descrição
Aluno pulou e na volta ao chão torceu o pé direito

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitor Jeff	(48) 3039-8054

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

Paciente **THEO FIGUEIREDO DA ROSA**
Data Nascto. 16/07/2011 13 Anos
Sexo Masculino
Telefone 988333720
Leito 1

Atendimento **3.367.867**
Prontuário 99.793.079
Dt. Entrada 28/11/2024 12:41:05
Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
28/11/2024 12:56	28/11 13:27	Médico	Evolução Médica PA		ALVARO GUIMARAES DE LIMA	CRM 4512

Evolução Médica PA Adulto - ORTOPEDIA

Queixa Principal : Dor no tornozelo/pé D após queda com torção hoje

Exame físico : Edema lateral pé D

Conduta : Rx sem laudo - fratura da base do 5º metatarso D

Tala gesso
oriento

Encaminhamento ao Ambulatório UGF? : não

Se sim, qual área? :

Se encaminhado para o Ambulatório - NECESSITA DE BREVIDADE NO AGENDAMENTO? :

Motivo :

Acionado sobreaviso da Ortopedia? : não

Solicitado exames de imagem? : sim

Se sim, quais? : Radiologia



Paciente: THEO FIGUEIREDO DA ROSA	Convênio: Instituto Adventista	Usuário/Matrícula: 7584682	Emissão: Nº atend: 3.367.867 Nº IC: 21.143.828
Categoria: Instituto Adventista			

Prontuário: 99793079 Data entrada: 28/11/2024 12:41:05 Data saída: 28/11/2024 13:44:49 Motivo Alta: Alta melhora
Médico: Dr. ALVARO GUIMARAES DE LIMA (CRM 4512) Tipo atend: 3 - Pronto socorro
Proc Princ: 30720109 Fratura E/Ou Luxações (Incluindo Descolamento Epifisário) - Redução Espec/Clinica: 1 Clinica Adulto
Tipo acomodação Setor sem acomodação
Data 16/07/2011 Sexo: M
CID Princ: S92.3 Frat de ossos do metatarso
Guia: 23547 Senha: 23547

Dt Conta: 28/11/24 12:42 Dt inicial: 28/11/24 12:41 Dt final: 28/11/24 13:44 Refer: 01/01/25

Movimentação do Paciente

Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO	Setor sem acomodação	1/	28/11/2024 12:41:05	28/11/2024 13:44:49
2	Pronto socorro	ORTOPEDIA	Setor sem acomodação	1/	28/11/2024 12:50:28	28/11/2024 13:44:49
3	Serviços Especiais	RAIO X	Setor sem acomodação	1/	28/11/2024 12:57:00	28/11/2024 12:57:00

Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor
1	28/11/24 12:41	PRONTO ATENDIMENTO	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	4512	ALVARO	Clínico	73,52
2	28/11/24 13:01	RAIO X	40804089	Articulação Tibiotársica (Tornozelo)	1,00	20087	MARCIO	Clínico	42,18
3	28/11/24 13:02	RAIO X	40804097	Pé Ou Pododáctilo	1,00	20087	MARCIO	Clínico	43,84
4	28/11/24 13:24	ORTOPEDIA	30711029	Membro Inferior	1,00	4512	ALVARO	Clínico	23,39
5	28/11/24 13:26	ORTOPEDIA	30720109	Fratura E/Ou Luxações (Incluindo Descolamento Epifisário) - Redução Incruenta	1,00	4512	ALVARO	Clínico	178,22
Total de Honorários Não Conveniados					5,00				361,15

Materiais

Seq	Código	Descrição	Unid.	Qtde	VI Unit.	VI Total
ORTOPEDIA						
1	78988780	ATADURA CREPON 15 CM X 1,8 M	rl	4,0000	11,2400	44,96
2	70858837	ATADURA GESSADA 15CMX3,0MT 156.911	rl	3,0000	7,4700	22,41
3	70034702	ATADURA ORTOPEDICA 15 CM X 1,8 M	rl	2,0000	12,5500	25,10
4	78202477	MALHA TUBULAR ALGODA	cm	100,0000	0,0500	5,00
Total - ORTOPEDIA -				109,0000		97,47
Total de Materiais				109,0000		97,47

Total geral R\$**458,62**



Paciente: **THEO FIGUEIREDO DA ROSA**
Data de Nascimento: 16/07/2011 Idade: 13anos 4M Sexo: M
Data do Exame: 28/11/2024
Solicitante: Dr.(a) ALVARO GUIMARAES DE LIMA
Protocolo: UGF3367867 Senha: 625593

unimedflorianopolis.com.br

Central de Atendimento:
(48) 3288 4100

Informações:
0800 048 3500

RADIOGRAFIA DIGITAL DO PÉ DIREITO

Alinhamento articular mantido.
Estrutura óssea normal.
Fratura da base do 5º metatarsiano.
Interlinhas articulares preservadas.
Partes moles sem alterações radiográficas.

Exame completo e laudo médico disponíveis em 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. Pedro Lemos de Luca
CRM/SC 6606





Paciente: **THEO FIGUEIREDO DA ROSA**
Data de Nascimento: 16/07/2011 Idade: 13anos 4M Sexo: M
Data do Exame: 28/11/2024
Solicitante: Dr.(a) ALVARO GUIMARAES DE LIMA
Protocolo: UGF3367867 Senha: 625593

unimedflorianopolis.com.br

Central de Atendimento:
(48) 3288 4100

Informações:
0800 048 3500

RADIOGRAFIA DIGITAL DO TORNOZELO DIREITO

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

Exame completo e laudo médico disponíveis em 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. Pedro Lemos de Luca
CRM/SC 6606

