

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



Atendimento: 3578660

**Contratante:**

Paciente/Usuário

Nome: MARIA CLARA SILVA GALDINO

CPF:

Endereço: AV PAULO ROBERTO DE VIDAL, 1475

Atendimento Nº: 3578660

Telefone: (48) 999949071

RG:

**Responsável:**

Nome: EURIDES

CPF: 27790308874

Endereço: Rodovia SC - 401, 121

Telefone: 5548999999999

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

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

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

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

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

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

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



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



Atendimento: 3578660

**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<br>000000                                                        |  | 3 - Nº Guia Principal                                        |  |                                                                                         |  |
| 4 - Data da Autorização<br>01/07/2025                                             |  | 5 - Senha<br>29804002                                        |  | 6 - Data Validade da Senha                                                              |  |
| 8 - Número da Carteira<br>72051558                                                |  | 9 - Validade da Carteira<br>29/06/2025                       |  | 10 - Nome<br>MARIA CLARA SILVA GALDINO                                                  |  |
| 11 - Cartão Nacional de Saúde                                                     |  | 12 - Atendimento a RN<br>N                                   |  |                                                                                         |  |
| Dados do Solicitante                                                              |  |                                                              |  | 14 - Nome do Contratado<br>UNIMED GRANDE FLORIANOPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO |  |
| 13 - Código na Operadora<br>77858611007414                                        |  |                                                              |  |                                                                                         |  |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>Requisitante Não Cadastrado/no Cooperado |  |                                                              |  | 16 - Conselho Profissional<br>6                                                         |  |
| 21 - Caráter do Atendimento<br>2                                                  |  |                                                              |  | 22 - Data da Solicitação<br>01/07/2025                                                  |  |
| 23 - Indicação Clínica                                                            |  |                                                              |  |                                                                                         |  |
| 24 - Tabela<br>1                                                                  |  | 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial<br>10101039 |  | 26 - Descrição<br>CONSULTA EM PRONTO SOCORRO                                            |  |
| 27 - Qtda.Solic.<br>1                                                             |  | 28 - Qtda.Aut.<br>1                                          |  |                                                                                         |  |
| 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<br>1                                                                    |  | 37 - Hora inicial a 38 - Hora final<br>39 - Tabela           |  | 40 - Código do Procedimento<br>41 - Descrição                                           |  |
| 42 - Qtda.                                                                        |  | 43 - Via                                                     |  | 44 - Tec.                                                                               |  |
| 45 - Fator Red./Acresc.                                                           |  | 46 - Valor Unitário (R\$)                                    |  | 47 - Valor Total (R\$)                                                                  |  |
| 48 - Seqüel.                                                                      |  | 49 - Gr.Part.                                                |  | 50 - Código na Operadora/CPF                                                            |  |
| 51 - Nome do Profissional                                                         |  |                                                              |  |                                                                                         |  |
| Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)                                |  |                                                              |  |                                                                                         |  |
| 52 - Conselho Profissional                                                        |  | 53 - Número no Conselho                                      |  | 54 - UF                                                                                 |  |
| 55 - Código CBO                                                                   |  |                                                              |  |                                                                                         |  |
| 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série                                 |  |                                                              |  |                                                                                         |  |
| 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                                    |  | 58 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável               |  | 59 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                                          |  |
| 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<br>01/07/2025                     |  | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável<br>01/07/2025 |  | 68 - Assinatura do Contratado<br>01/07/2025                                             |  |
| 58 - Observação / Justificativa                                                   |  |                                                              |  |                                                                                         |  |

## AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO.002

**Aluno:** Maria Clara Silva Galdino  
**Nº da Carteira:** 7.205.1558  
**Instituição:** Colégio Adventista Palhoça



**Data de Nascimento:** 17/03/2016

**Nº da Guia:** 29804.002

| Data do Retorno | Horário  | Local  | Atividade               |
|-----------------|----------|--------|-------------------------|
| 01/07/2025      | 17:52:38 | Quadra | Aula de educação física |

### O que aconteceu

Torção

### Partes do corpo

Antebraço Esquerdo, Mão Esquerda

### Descrição

Durante a aula, a aluna caiu e torceu o pulso, não ficou enxada no local, mas a aluna relatou sentir dor para movimentar.

### Testemunha da ocorrência

Geovana Martins

### Telefone

(48) 99935-1000

Geovana Martins

(48) 99935-1000

### Quem prestou primeiros socorros

Geovana Martins

### Data

24/06/2025

### Local de atendimento

HUGF - HOSPITAL UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS

### Endereço

Rua Manoel Loureiro

### Nº

1910

### Bairro

Barreiros

### Telefone

(48) 3288-4100

### Motivo do Retorno

Retorno para verificar se vai precisar colocar gesso no local lesionado conforme orientação do médico.

Ass.:

Geovana Santos Martins

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

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

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

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

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

Paciente MARIA CLARA SILVA GALDINO

Data Nascto. 17/03/2016 9 Anos

Sexo Feminino

Telefone 999949071

Leito 1 ORT

Atendimento 3.578.660

Prontuário 99.877.096

Dt. Entrada 01/07/2025 20:11:35

Convênio Instituto Adventista Instituto

| Data evolução    | Liberação   | Função | Tipo evolução      | Especialidade | Usuário                    | Código prof |
|------------------|-------------|--------|--------------------|---------------|----------------------------|-------------|
| 01/07/2025 20:53 | 01/07 20:54 | Médico | Evolução Médica PA |               | DANIEL<br>NARLOCH<br>VEIGA | CRM 11649   |

**Evolução Médica PA Adulto - ORTOPEDIA**

**Queixa Principal :** PCTE COM TRAUMANO PUNHO HÁ 1 SEMANA  
IMOBILIZADA VEM PARA REAVALIAR A PEDIDO  
REFERE DORES

**Conduta :** RETIRAR TALA  
RX PUNHO ESQ

Paciente **MARIA CLARA SILVA GALDINO**

Data Nascto. 17/03/2016 9 Anos

Sexo Feminino

Telefone 999949071

Leito 1 ORT

Atendimento **3.578.660**

Prontuário 99.877.096

Dt. Entrada 01/07/2025 20:11:35

Convênio Instituto Adventista Instituto

| Data evolução    | Liberação   | Função | Tipo evolução      | Especialidade | Usuário                    | Código prof |
|------------------|-------------|--------|--------------------|---------------|----------------------------|-------------|
| 01/07/2025 21:59 | 01/07 22:01 | Médico | Evolução Médica PA |               | TICIANO<br>DOZZA<br>POSSER | CRM 23068   |

**Evolução Médica PA Adulto - ORTOPEDIA****Queixa Principal :** REAVALIAÇÃO

MOBILIDADE DEDOS E PUNHO MANTIDA COM POUCO DE DOR FLEXÃO / SEM EDEMA / SEM EQUIMOSE / NV DISTAL MANTIDO

RX: SEM FRAT

RETIRO TALA / RETORNO SE MANTER DOR / DIPIRONA / MOBILIZAR PUNHO CONFORME DOR





Paciente: **MARIA CLARA SILVA GALDINO**  
Data de Nascimento: 17/03/2016 Idade: 9anos 3M Sexo: F  
Data do Exame: 01/07/2025  
Solicitante: Dr.(a) DANIEL NARLOCH VEIGA  
Protocolo: UGF3578660 Senha: 599911

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

Central de Atendimento:  
(48) 3288 4100

Informações:  
0800 048 3500

## RADIOGRAFIA DIGITAL DO PUNHO ESQUERDO

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

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

(Protocolo/senha informados após o exame).

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

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

  
Dr. Nelson Cabral Junior  
CRM/SC 6561



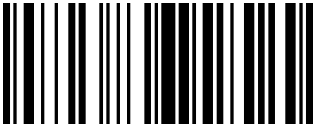
Unimed



Manoel Loureiro, S/N - São José - SC

CNPJ:77858611001414 - Inscrição estadual: - Fone:

(CNES 9671145)



Conta paciente

(77858611001414)

Nota:

Paciente:

MARIA CLARA SILVA GALDINO

Convênio:

Instituto Adventista

Usuário/Matrícula:

72051558

Categoria:

Instituto Adventista

Emissao:

Nº atend: 3.578.660

Nº IC: 21.417.270

Prontuário: 99877096

Data entrada: 01/07/2025 20:11:35

Data saída: 01/07/2025 22:02:00

Motivo Alta: Alta melhora

Médico: Dr. TICIANO DOZZA POSSER (CRM 23068)

Tipo atend: 3 - Pronto socorro

Proc Princ: 00000000 0

Espec/Clinica: 1 Clinica Adulto

Tipo acomodação Setor sem acomodação

Data 17/03/2016

Sexo: F

CID Princ: M25.5 Dor articular

Guia: 29804002

Senha: 29804002

Dt Conta: 01/07/25 20:12

Dt inicial: 01/07/25 20:11

Dt final: 01/07/25 22:02

Refer: 30/06/25

Movimentação do Paciente

| Seq | Classificação      | Setor              | Acomodação           | Unidade | Dt. Entrada         | Dt. Saída           |
|-----|--------------------|--------------------|----------------------|---------|---------------------|---------------------|
| 1   | Pronto socorro     | PRONTO ATENDIMENTO | Setor sem acomodação | 1/PA    | 01/07/2025 20:11:35 | 01/07/2025 22:02:00 |
| 2   | Pronto socorro     | ORTOPEDIA          | Setor sem acomodação | 1/ORT   | 01/07/2025 20:25:55 | 01/07/2025 22:02:00 |
| 3   | Serviços Especiais | RAIO X             | Setor sem acomodação | 1/      | 01/07/2025 20:53:00 | 01/07/2025 20:53:00 |

Honorários Não Conveniados

| Seq                                 | Dt Conta       | Setor              | Código   | Descrição         | Qtde | Crn   | Médico        | Função  | Valor  |
|-------------------------------------|----------------|--------------------|----------|-------------------|------|-------|---------------|---------|--------|
| 1                                   | 01/07/25 20:11 | PRONTO ATENDIMENTO | 10101039 | Em Pronto Socorro | 1,00 | 23068 | TICIANO DOZZA | Clínico | 130,42 |
| 2                                   | 01/07/25 21:29 | RAIO X             | 40803112 | Punho             | 1,00 | 6561  | NELSON CABRAL | Clínico | 46,86  |
| Total de Honorários Não Conveniados |                |                    |          |                   | 2,00 |       |               |         | 177,28 |

Total geral R\$

177,28

Impresso em 02/07/2025 10:06:01

Pág 1

schayany.souza

FatAct\_R7