Unimed A

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA

	Ш			Ш	
	Ш		Ш	Ш	
Ate					

Contratante:	(2) ×		
Paciente/Usuário	,	Atendimento Nº: 3570540	
Nome: ANDRE IVO RODRIGUES		Telefone: (48) 988394485	
CPF: ,12667524985		RG:	
Endereço: Rua Manoel Domingos da S	ilveira . 54		

Responsável:

Nome: GABRIEL Telefone: 5548988394485 09374530996

Rua Manoel Domingos da Silveira, 54 CASA Endereço:

CONTRATADA: UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o n.º 77.858.611/0014-14, 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, mediçamentos, 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

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

Unimed #

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento:

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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.

posto nesta

cláusula, vem declarar que:	esente Termo de C	onsentimento Livre e Esclare	cido, disposto nesta
() DESEJA ser acompanhada nos termos da Lei	n° 8.080/1990.		
Nome da Acompanhante			
CPF n°			
() RENUNCIA ser acompanhada nos termos da	Lei nº 8.080/1990.		
Cláusula Oitava: As Partes elegem o foro de dom dúvidas, conflitos ou questões oriundas do presen seja ou venha a se tornar.	icílio do CONTRA	TANTE, para que nele sejam ciando a qualquer outro por m	dirimidas quaisquer ais privilegiado que
a.		ed _{ill}	år j s
São José/SC,//		Q.	
**			45.7
			V-
X Gamen C. Warinen	to		78.90
CÓNTRATANTE/RESPONSÁVEL		CONTRATADA	
Testemunhas			
1=	2-		
Nome: CPF n°	Nome:		

CPF n°

Impresso em: 23/06/2025 15:23:04 Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq.Ref.

49 - Gr.Part.

50 - Código na Operadora/CPF Dados do atendimento 32 - Tipo de Atendimento Dados do Contratado Executante 29 - Código na Operadora 4 - Data da Autorização 23/06/2025 Instituto Adventista 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 58 - Observação / Justificativa Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados
36 - Data 37 - Hora inicial a 38 - Hora final 59 - Total Procedimentos (R\$) 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 15 - Nome do Profissional Solicitante 13 - Código na Operadora 77858611001414 Dados do Solicitante Dados do Beneficiário 1 - Registro ANS 8 - Número da Carteira Requisitante Nao Cadastrado/nao Cooperado 7205756 24 - Tabela 22 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 5 - Senha 29753 3 - N° Guia Principal 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 10101039 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 39 - Tabela 30 - Nome do Contratado 14 - Nome do Contratado UNIMED GRANDE FLORIANOPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 26 - Descrição 23 - Indicação Clinica 9 - Validade da Carteira 23/06/2025 51 - Nome do Profissiona 40 - Código do Procedimento 61 - Total Materiais (R\$) 6 - Data Validade da Senha 16 - Conselho Profissional 34 - Tipo de Consulta Página 1 10 - Nome ANDRE IVO RODRIGUES 41 - Descrição 17 - Número no Conselho Esclarique Responsavel Cype monto 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 29753 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento 62 - Total de OPME (R\$) 18 - UF SC camila.conceica 52 - Conselho Profissiona 63 - Total Medicamentos (R\$) 225125 19 - Código CBO 42 - Qide. 68 - Assinatura do Contratado 23/06/2025 Cartão Nacional de Saúde 2 - N° Guia no Prestador 6007776 20 - Assinatura do Profissional Solicitante 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator Red./Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$) 64 - Total Gases Medicinais R\$ 53 - Número no Conselho 27 - Qtde,Solic 10 54 - UF 65 - Total Geral (R\$) 55 - Código CBO 28 - Otde Aut 12 - Atendimento a RN N v.s.o Atend.: 3570540 47 - Valor Total (R\$) 31 - Código CNES WATE70106

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: André Ivo Rodriques Nº da Carteirinha: 7.205.756

Instituição: Colégio Adventista Palhoca

Data de Nascimento: 01/12/2015

Nº da Guia: 297.53



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
23/06/2025			Aula de educação física
0			

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Esquerdo

Descrição

Durante atividade o aluno pisou em falso e partir disso começou sentir muita dor no joelho, tanto para firmar a perna quando para movimentar.

Testemunha da ocorrência				Telefone
Geovana Martins				(48) 99935-1000
Geovana Martins				(48) 99935-1000
Quem prestou primeiros socor	ros			Data
Professor Thiago				23/06/2025
Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
HUGF - HOSPITAL UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS	Rua Manoel Loureiro	191 0	Barreiros	(48) 3288-4100

Observações

Foi comunicado no mesmo instante a responsável

Ass.:

Geovana Santos Martins

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

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



Evolução Paciente

Paciente	ANDRE IVO RODRIGUES	Atendimento	3.570.540
Data Nascto.	01/12/2015 9 Anos	Prontuário	99.649.299
Sexo	Masculino	Dt. Entrada	23/06/2025 15:21:12

Telefone 988394485 Convênio

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evoluçãoLiberaçãoFunçãoTipo evoluçãoEspecialidadeUsuárioCódigo prof23/06/2025 17:0423/06 17:23MédicoEvolução Médica PALUIZCRM 11405

FERNANDO PEREIRA

Evolução Médica PA Adulto - ORTOPEDIA

Queixa Principal: REFERE ENTORSE DO JOELHO ESQUERDO HOJE NA ESCOLA

Exame físico: DOR DIFUSA SEM DERRAME ARTICULAR Conduta: RX SEM LAUDO

ANALGESIA VO ENFAIXAMENTO ATESTADO

Impresso em: 24/06/2025 07:22:25 Página 1 schayany.souza CATE23



Paciente: ANDRE IVO RODRIGUES

Data de Nascimento: 01/12/2015 Idade: 9anos 6M Sexo: M

Data do Exame: 23/06/2025

Solicitante: Dr.(a) LUIZ FERNANDO PEREIRA

Protocolo: UGF3570540 Senha: 65938

Informações: 0800 048 3500

unimedflorianopolis.com.br

Central de Atendimento: (48) 3288 4100

RADIOGRAFIA DIGITAL DO JOELHO ESQUERDO

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







Manoel Loureiro, S/N - São José - SC CNPJ:77858611001414 - Inscrição estadual: - Fone: (CNES 9671145)



Usuário/Matrícula:

Conta paciente

(77858611001414) Nota:

N° atend:

3.570.540

Emissao:

Nº IC: 21.407.708

ANDRE IVO RODRIGUES

Proc Princ: 30726174

Paciente:

Instituto Adventista

Categoria:

Instituto Adventista

Prontuário: 99649299

23/06/2025 15:21:12 Data entrada: Médico: Dr. LUIZ FERNANDO PEREIRA (CRM 11405)

Convênio:

Data saída: 23/06/2025 18:36:09

7205756

Motivo Alta: Alta melhora

Tipo atend: 3 - Pronto socorro Espec/Clinica: 1 Clinica Adulto

Lesões Ligamentares Agudas - Tratamento Incruento

Tipo acomodação Enfermaria

Sexo: M

01/12/2015 CID Princ: S83.6 Entorse distensao outr partes e NE joelho

Senha: 29753 Guia: 29753

Dt Conta: 23/06/25 15:22 Dt inicial: 23/06/25 15:21 Dt final: 23/06/25 18:36 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	23/06/2025 15:21:12	23/06/2025 18:36:09
2	Pronto socorro	ORTOPEDIA	Setor sem acomodação	1/ORT	23/06/2025 15:41:27	23/06/2025 18:36:09
3	Serviços Especiais	RAIO X	Setor sem acomodação	1/	23/06/2025 17:06:00	23/06/2025 17:06:00

Hono	ários Não Conveniados								
Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crm	Médico	Função	Valor
1	23/06/25 15:21	PRONTO ATENDIMENTO	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	11405	LUIZ FERNANDO	Clínico	100,32
2	23/06/25 17:20	RAIO X	40804054	Joelho	1,00	8280	ROBERTO	Clínico	45,99
3	23/06/25 17:20	RAIO X	40804135	Incidência Adicional De Membro Inferior	1,00	8280	ROBERTO	Clínico	17,81
4	23/06/25 17:25	ORTOPEDIA	30711029	Membro Inferior	1,00	11405	LUIZ FERNANDO	Clínico	24,54
5	23/06/25 17:25	ORTOPEDIA	30726174	Lesões Ligamentares Agudas - Tratamento Incruento	1,00	11405	LUIZ FERNANDO	Clínico	78,30
	To	tal de Honorári	ios Não Co	nveniados	5.00				266 96

Total de Honorários Não Conveniados 5,00 266,96	Tratamento incluento		
	Total de Honorários Não Conveniados	5,00	266,96

Materi	ais				
Seq	Código Descrição	Unid.	Qtde	VI Unit.	VI Total
	PRONTO ATENDIMENTO				
1	78988624 ATADURA CREPE 10CMX1,8MT (EM REPOUSO) 13FIO ESTERIL	rl	2,0000	7,6000	15,20
	Total - PRONTO ATENDIMENTO -		2,0000		15,20
	Total de Materiais		2,0000		15,20

Total geral R\$ 282,16



Paciente:

Categoria:

Instituto Adventista Prontuário: 99876031

Proc Princ: 30718040

Manoel Loureiro, S/N - São José - SC CNPJ:77858611001414 - Inscrição estadual: - Fone: (CNES 9671145)

Convênio:



Usuário/Matrícula:

Conta paciente

(77858611001414) Nota:

Emissao:

N° atend:

3.563.882

Nº IC: 21.400.087

ANTHONY MENDES DE CAMARGO

Instituto Adventista

Data entrada: 16/06/2025 12:56:34

Data saída: 16/06/2025 15:03:20

72051747

Motivo Alta: Tipo atend:

Alta melhora 3 - Pronto socorro

Médico: Dr. LUIZ FERNANDO PEREIRA (CRM 11405)

Fratura (Incluindo Descolamento Epifisário) - Redução Incruenta Tipo acomodação Setor sem acomodação

Espec/Clinica: 1 Clinica Adulto

13/01/2020

Sexo: M

CID Princ: S52.6 Frat da extremidade distal do radio e cubito Guia: 29322 Senha: 29322

Dt Conta: 16/06/25 12:57

Dt inicial: 16/06/25 12:56 Dt final:

16/06/25 15:03

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	16/06/2025 12:56:34	16/06/2025 15:03:18			
2	Pronto socorro	ORTOPEDIA	Setor sem acomodação	1/ORT	16/06/2025 13:05:06	16/06/2025 15:03:20			
3	Serviços Especiais	RAIO X	Setor sem acomodação	1/	16/06/2025 13:36:00	16/06/2025 13:36:00			

Janauáulaa	NIão.	Conveniados
nonorarios	Nao	Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crm	Médico	Função	Valor
1	16/06/25 12:56	PRONTO ATENDIMENTO	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	11405	LUIZ FERNANDO	Clínico	100,32
2	16/06/25 13:37	RAIO X	40803104	Antebraço	1,00	15871	LUIZ CARLOS	Clínico	45,99
3	16/06/25 14:27	ORTOPEDIA	30712017	Áxilo-Palmar Ou Pendente	1,00	11405	LUIZ FERNANDO	Clínico	24,54
4	16/06/25 14:27	ORTOPEDIA	30718040	Fratura (Incluindo Descolamento Epifisário) - Redução Incruenta	1,00	11405	LUIZ FERNANDO	Clínico	136,74
	To	tal de Honorári	ios Não Co	nveniados	4,00				307,59

Total de Honorários Não Conveniados

Materia	Materiais							
Seq	Código	Descrição	Unid.	Qtde	VI Unit.	VI Total		
		ORTOPEDIA						
1	78340373	ATADURA GESSADA 10 CM X 3,0 M	rl	3,0000	3,9000	11,70		
2	70034664	ATADURA ORTOPEDICA P	rl	3,0000	12,8900	38,67		
3	70034729	ATADURA ORTOPEDICA 20 CM X 1,8 M	rl	2,0000	16,7300	33,46		
		Total - ORTOPEDIA -		8,0000		83,83		
	Total de Materiais 8,0000							

Total geral R\$

391,42

FatAct_R7

Unimed A

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA

Atendimento:	3563882

Contratante	: :
-------------	------------

Paciente/Usuário Atendimento Nº: 3563882 Nome: ANTHONY MENDES DE CAMARGO Telefone: (48) 999982707 CPF: 15391753910 Endereço: RUA NELSON MANDELA, 81 CASA Responsável:

Nome: LEANE 4899982707 Telefone: CPF: 06993357950 RG: 7245930 Endereço: Rua Nossa Senhora de Fátima, 81

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 servicos executados em detrimento do atendimento de

urgência/emergência só será possível após a finalização do respectivo atendimento.

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

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

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

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

Unimed 1

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



(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 Servico 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 servicos prescritos; (viii) zelarão e se responsabilizarão por eventuais danos causados de forma dolosa ou culposa aos bens colocados à disposição para o conforto e tratamento do paciente; (ix) assumirão a responsabilidade pela recusa à realização de procedimentos ou tratamentos recomendados pelos profissionais de saúde e pela não atenção às orientações fornecidas pela equipe de saúde da CONTRATADA; (x) estão cientes de que as consultas de urgência/emergência. realizadas no Pronto Atendimento da CONTRATADA, particular ou convênio, não têm direito a retorno; (xi) devem dar informações completas e precisas sobre o histórico de saúde, doenças prévias, uso de medicamentos, procedimentos médicos anteriores e outros problemas relacionados à saúde do paciente; (xii) têm conhecimento de que o prontuário médico deverá permanecer sob a guarda dos médicos da CONTRATADA; (xiii) o CONTRATANTE/RESPONSÁVEL será o responsável pelo paciente acima identificado e, por consequência: (xiii.1) dará plena autorização aos médicos da CONTRATADA para assistirem e tratarem da sua enfermidade, realizando todos os procedimentos e investigações que julgarem necessários para a preservação da vida, órgãos e funções do paciente; (xiii.2) está ciente de que os médicos assistentes, em conformidade com o artigo 34 do Código de Ética Médica e artigo 9° da Lei nº 8.078/90, explicarão claramente a proposta do procedimento médico ou cirúrgico ao qual o paciente será submetido, inclusive seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas aos procedimentos sugeridos, proporcionando-lhe livre questionamento e respondendo inteira e satisfatoriamente às perguntas porventura existentes;

(xiii.3) está ciente de que em caso de perigo de vida, de acordo com o artigo 22 do Código de Ética Médica, serão efetuados todos e quaisquer procedimentos médicos sem esclarecimento e consentimento prévio; (xiv) havendo evolução do atendimento de urgência/emergência para internação hospitalar: (xiv.1) providenciarão acompanhante para o paciente em tempo integral, quando for criança ou adolescente menor de 18 (dezoito) anos, pessoa idosa (a partir de 60 anos), pessoa com deficiência e/ou outras necessidades especiais; (xiv.2) providenciarão os produtos necessários para realização de higiene pessoal do paciente, tais como: escova de dente, creme dental, sabonete, xampu, condicionador, escova de cabelo, aparelho de barbear, absorvente íntimo, fralda descartável, entre outros; (xiv.3) participarão do plano de tratamento e alta hospitalar do paciente ou indicarão quem poderá fazê-lo; (xiv.4) liberarão o leito em até 1h (uma hora) após a alta hospitalar, sob pena de pagamento proporcional sobre o valor da diária, nos termos a seguir: (xiv.4.1) Se o paciente desocupar o leito até às 11h59min haverá cobrança de 50% (cinquenta por cento) do valor da diária; (xiv.4.2) Se o paciente desocupar o leito a partir de 12h (doze horas) haverá cobrança de 100% (cem por cento) do valor da diária.

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

Unimed A

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA

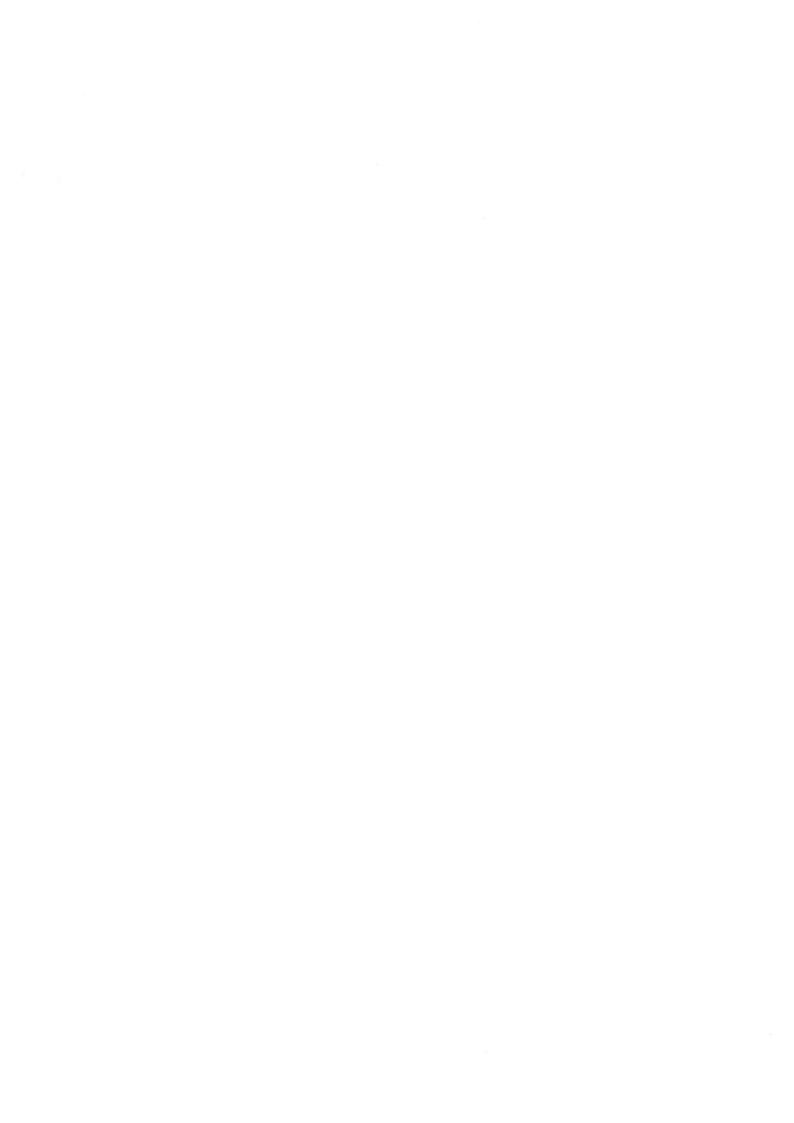


Cláusula Sétima: O CONTRATANTE acima identificado, na condição de paciente do Pronto Atendimento da Unimed Grande Florianópolis (ou de responsável legal), se do sexo feminino, declara para fins legais que após ter sido informada que existe a indicação para realizar consulta(s), exame(s) e procedimento(s)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

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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:	sente renno de con	Schimonto Elvic e Esciarco.	ao, aisposto nesta
() DESEJA ser acompanhada nos termos da Lei	n° 8.080/1990.		
Nome da Acompanhante			gan.
CPF n°			
() RENUNCIA ser acompanhada nos termos da l	Lei n° 8.080/1990.		.50
Cláusula Oitava: As Partes elegem o foro de domi dúvidas, conflitos ou questões oriundas do presen seja ou venha a se tornar.	icílio do CONTRAT te Contrato, renuncia	ANTE, para que nele sejam di ndo a qualquer outro por mai	irimidas quaisquer is privilegiado que
180 T		9	2.3
São José/SC,/			म् कृत
9		#	
X long.		id i	
CONTRATANTE/RESPONSÁVEL		CONTRATADA	
Testemunhas			
1 Nome:	2 Nome:	·	
CPF n°	CPF n°		



TOTAL PROPERTY.

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Anthony Mendes de Camargo № da Carteirinha: 7.205.1747 Instituição: Colégio Adventista Palhoça

Data de Nascimento: 13/01/2020

Nº da Guia: 29322



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade

09/06/2025

16:58:00

Playground (Ex.: parquinho)

Recreação

O que aconteceu Partes do corpo

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

Antebraço Esquerdo

Descrição

O aluno estava brincando no parque, quando um colega esbarrou nele e ele caiu por cima do braço.

Testemunha da ocorrência	Telefone
i Coccinatina da oconicina	

Professora Denise (48) 99935-1000

Professora Denise (48) 9993-5100

Quem prestou primeiros socorros Data

Professora Denise 09/06/2025

Local de atendimento Endereco Nº Bairro Telefone

PA INFANTIL UNIMED

UNID.CENTRO - MENORES DE 15 Rua

Rua Madalena Barbi

204 Centro

(48) 3216-8222

Observações

ANOS EXCLUSIVO

O Aluno foi atendido pela professora, que pediu para um monitor trazê-lo até aqui na Orientação Escolar. Entramos em contato com a mãe.

Ass.: Katia Rigina dos Santos Machado

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

https://sistemas.usb.org.br/ama (para prestadores) ou E-mail: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br (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

The state of the s

e de la composition della comp

geologie i de la company de la

THE TRANSPORT OF THE CONTRACT OF THE CONTRACT



Evolução Paciente

Paciente	ANTHONY MENDES DE CAMARGO	Atendimento	3.563.882
Data Nascto.	13/01/2020 5 Anos	Prontuário	99.876.031
Sexo	Masculino	Dt. Entrada	16/06/2025 12:56:34
Telefone	999982707	Convênio	Instituto Adventista Instituto
Leito	1 ORT		

Data evoluçãoLiberaçãoFunçãoTipo evoluçãoEspecialidadeUsuárioCódigo prof16/06/2025 13:0316/06 13:04EnfermeiroTriagem do ProntoFABIOLA

OLIVEIRA DE ALCANTARA

Acolhimento Enfermagem - PA Adulto (NOVO)

Reavaliação

Paciente foi reavaliado: : Não se aplica

Queixa Principal: Paciente menor acompanhado de sua genitora refere retorno com ortopedista apos

queda e fratura em 09/06 **Alergias:** Nega Alergias;

Escala de Dor : 2 **Risco de Queda :** não

Trazido de Ambulância?: não EMERGÊNCIA - VERMELHO (Atendimento Médico Imediato) MUITO URGENTE - LARANJA

(Atendimento Médico em 10 minutos)

PROTOCOLOS GERENCIADOS

Wake-up Stroke (Definição): Quando o paciente foi encontrado sozinho já com o déficit neurológico. Deve-se registrar o último horário em que foi visto sem o déficit.

URGENTE - AMARELO

(Atendimento Médico em 30 minutos)

POUCO URGENTE - VERDE

(Atendimento Médico em 60 minutos)

Dor 1, 2, 3 ou 4 : sim NÃO URGENTE - AZUL

(Atendimento Médico em 120 minutos)

RESUMO - Critérios Selecionados

Muito Urgente: 0

Urgente: 0 **Pouco Urgente:** 1

Não Urgente: 1

Protocolo de Dor Torácica: 0

Impresso em: 25/06/2025 10:54:52 Página 1 schayany.souza CATE23



Paciente: ANTHONY MENDES DE CAMARGO

Data de Nascimento: 13/01/2020 Idade: 5anos 5M Sexo: M

Data do Exame: 16/06/2025

Solicitante: Dr.(a) CLAYTON MIGUEL COSTA Protocolo: UGF3563882 Senha: 476657

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

RADIOGRAFIA DIGITAL DO ANTEBRAÇO ESQUERDO

Fraturas das metáfises distais do rádio e da ulna. Relações articulares anatômicas.





Unimed A

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA

Atendimento: 3571298

Contratante:	Atendimento №: 3571298
Paciente/Usuário	Telefone: (48) 999982707
Nome: ANTHONY MENDES DE CAMARGO	RG:
CPF: 15391753910	
Endereço: RUA NELSON MANDELA, 81 CASA	THE STATE OF THE S
Responsável:	400000707
Nome: LEANE	Telefone: 4899982707
CPF: 06993357950	RG: 7245930
Endereço: Rua Nossa Senhora de Fátima , 81	

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 prestados e boleto bancário contemplando o valor total do pagamento, através do e-mail caixahospital@unimedflorianopolis.com.br (CONTRATADA) para o e-mail indicado na adimissão do paciente

Unimed #

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA

(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

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

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 beneficios, 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

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

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



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:

- 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.
- *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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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
- cido e

autorizados a agir na proteção e defesa da sada			1
requerido. (7) Afirma, ainda, que recebeu cópia do pres	ente Contrato e deste Ter	mo de Consentimento	Livre e Esclarecido e
que não foi coagida (forçada) sob nenhuma forma p Após os esclarecimentos prestados através do pre	bara assinar o referido doc	imento I ivre e Esclar	ecido, disposto nesta
Após os esclarecimentos prestados através do pre	esente Termo de Consent	IIIIEIIIO LIVIC C Esciai	00.00,
cláusula, vem declarar que:			
() DESEJA ser acompanhada nos termos da Lei	n° 8.080/1990.		8 11 1
Nome da Acompanhante			
CPF n°			
() RENUNCIA ser acompanhada nos termos da	Lei nº 8.080/1990.		
The second secon	: de CONTRATAN	FE, para que nele sejar	n dirimidas quaisquer
Cláusula Oitava: As Partes elegem o foro de dom dúvidas, conflitos ou questões oriundas do presen	nte Contrato, renunciando	a qualquer outro por	mais privilegiado que
seja ou venha a se tornar.			
Soja oa voma a se			
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			
São José/SC,/		Same and	
1			
Lome.			
CONTRATANTE/RESPONSÁVEL		CONTRATADA	
1 2 4 6 1 4			
Testemunhas			
CStofftamas		, et	
1	2-		
Nome:	Nome:		
Nome.	CPF nº		



AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO.001

Aluno: Anthony Mendes de Camargo Nº da Carteirinha: 7.205.1747 Instituição: Colégio Adventista Palhoça

Data de Nascimento: 13/01/2020

Nº da Guia: 29322.001



Data do Retorno

Horário Local

Atividade

23/06/2025

10:53:18

Playground (Ex.: parquinho)

Recreação

O que aconteceu

Partes do corpo

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

Antebraco Esquerdo

carteira)

Descrição

O aluno estava brincando no parque, quando um colega esbarrou nele e ele caiu por cima do braço.

Testemunha da ocorrência

Telefone

Professora Denise

(48) 99935-1000

Professora Denise

(48) 9993-5100

Quem prestou primeiros socorros

Data

Professora Denise

09/06/2025

Local de atendimento

Endereco

Bairro

Telefone

HUGF - HOSPITAL UNIMED GRANDE

Rua Manoel Loureiro

191

Barreiros

(48) 3288-4100

Motivo do Retorno

FLORIANÓPOLIS

Retorno para verificação do gesso (está solto). O local precisa estar mobilizado conforme orientação médica na consulta anterior.

Ass.:

·76.726.884/0135-30

Inst. Adv. Sul Bras. de Educação Colégio Adventista Palhoça Av. Raulino Pagani, 420 Pagani - CEP: 88.132-199

1/

Geovana antos 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

Atend.: 3571298

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

Instituto Adventista	
1 - Registro ANS 3 - N° Guia Principal 000000 4 - Data d Autorização 5 - Senha 29322001	6 - Data Validade da Senha 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora [6 - Data Validade da Senha 29322001] 12 - Atendimento a RN N
eficiário da Carteira	9 - Validade da Carteira 10 - Nome ANTHONY MENDES DE CAMARGO 09/06/2025
yicitante yo na Operadora 1001414 s do Profissional Solicitante	14 - Nome do Contratado UNIMED GRANDE FLORIANOPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO 17 - Número no Conselho SC 225125 16 - Conselho Profissional 17 - Número no Conselho SC 225125 16 - Conselho Profissional 2526
tenciais Solicitados 1 Solicitação em Assistencial 9	23 - Indicação Clínica 27 - Qide.Soilic 28 - Qide.Auit. 28 - Qide.Auit. 1 25 - Descrição 1 1 1 1 1 1 1 1 1
3 2 4 4	31 - Codigo CNES
5 Dados do Contratado Executante 23 - Código na Operadora	
Dados do atendimento 32 - Tipo de Atendimento Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados 36 - Data 36 - Data	relacionada) 34 - Tipo de Consulta 35 - Motivo de Encerramento do Averlamento do Averlamento do Averlamento do Averlamento de Encerramento do Averlamento de Encerramento de Encercamento de E
1 2 3 4 4 5	63 - Número no Conselho 64 - UF 65 - Cédigo CBO
Identificação do(s) Profissionalis) Executante(s) 48 - Seq.Ref. 49 - Gr.Part. 50 - Código na Operadora/CPF	61 - Nome do Profissional
ileasi de Basafi	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 67 - Assinatura do Constante de 17 - Assinatura d	8- 1- 10- 10- 10- 10- 10- 10- 10- 10- 10-
2 - / / / / / / / / / / / / / / / / / /	[64 - Total Gases Medicinals R\$ 65 - Total Geral (R\$)
66 - Total Procedimentos (R\$) 66 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total Materials (R\$) 62 - Total de OPME (R\$)
	67 - Assinatura do Bepeliciário ou Responsaver 24/06/2025 24/06/2025 24/06/2025 WATE701
Impresso em: 24/06/2025 09:49:24	Página 1 cristiane.hessm



Paciente: ANTHONY MENDES DE CAMARGO

Data de Nascimento: 13/01/2020 Idade: 5anos 5M Sexo: M

Data do Exame: 24/06/2025

Solicitante: Dr.(a) LEANDRO DAVID DOS SANTOS

Protocolo: UGF3571298 Senha: 846059

RADIOGRAFIA DIGITAL DO PUNHO ESQUERDO

Relações articulares anatômicas. Partes moles sem alterações radiográficas. Fratura do 1/3 distal do rádio em consolidação. Tala gessada.

Maraio L Ordone



unimedflorianopolis.com.br

Central de Atendimento: (48) 3288 4100

Informações: 0800 048 3500

Dr. Márcio Custódio Oselame CRM/SC 20087



Manoel Loureiro, S/N - São José - SC CNPJ:77858611001414 - Inscrição estadual: - Fone: (CNES 9671145)

Convênio:



Usuário/Matrícula:

Conta paciente

(77858611001414) Nota:

Emissao:

N° atend:

Nº IC: 21.408.713

3.571.298

ANTHONY MENDES DE CAMARGO

Instituto Adventista

72051747

Instituto Adventista

Paciente:

Categoria:

Prontuário: 99876031 Data entrada:

24/06/2025 09:45:10 Data saída:

24/06/2025 11:18:37

Motivo Alta: Alta melhora

Tipo atend: 3 - Pronto socorro

Médico: Dr. LEANDRO DAVID DOS SANTOS (CRM 22137)

Espec/Clinica: 1 Clinica Adulto

Proc Princ: 00000000

13/01/2020

Tipo acomodação Setor sem acomodação

Sexo: M

CID Princ: S52.6 Frat da extremidade distal do radio e cubito

Guia: 29322001 Senha: 29322001

Dt Conta: 24/06/25 09:46 Dt inicial: 24/06/25 09:45 Dt final: 24/06/25 11:18 Refer: 30/06/25

Movimenta	ão do	Paciente

Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO	Setor sem acomodação	1/PA	24/06/2025 09:45:10	24/06/2025 11:18:37
2	Pronto socorro	ORTOPEDIA	Setor sem acomodação	1/ORT	24/06/2025 09:57:25	24/06/2025 11:18:37
3	Serviços Especiais	RAIO X	Setor sem acomodação	1/	24/06/2025 10:49:00	24/06/2025 10:49:00

Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crm	Médico	Função	Valor
1	24/06/25 09:45	PRONTO ATENDIMENTO	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	22137	LEANDRO DAVID	Clínico	100,32
2	24/06/25 10:49	ORTOPEDIA	30712017	Áxilo-Palmar Ou Pendente	1,00	22137	LEANDRO DAVID	Clínico	24,54
3	24/06/25 10:49	ORTOPEDIA	30720087	Fratura De Antebraço - Tratamento Conservador	1,00	22137	LEANDRO DAVID	Clínico	49,09
4	24/06/25 10:56	RAIO X	40803112	Punho	1,00	20087	MARCIO	Clínico	46,86
	To	tal de Honorári	ios Não Co	nveniados	4,00				220,81

Materiais

matorit						
Seq	Código	Descrição	Unid.	Qtde	VI Unit.	VI Total
		ORTOPEDIA				
1	78340373	ATADURA GESSADA 10 CM X 3,0 M	rl	1,0000	3,9000	3,90
2	78340373	ATADURA GESSADA 8cm	rl	1,0000	6,0700	6,07
		Total - ORTOPEDIA -		2,0000		9,97
		Total de Materiais		2,0000		9,97

Total geral R\$ 230,78



Evolução Paciente

Paciente	ANTHONY ME	NDES DE CAMARGO	Atendimento	3.571.298
Data Nascto.	13/01/2020	5 Anos	Prontuário	99.876.031
Sexo	Masculino		Dt. Entrada	24/06/2025 0

SexoMasculinoDt. Entrada24/06/2025 09:45:10Telefone999982707ConvênioInstituto Adventista InstitutoLeito1 ORT

Data evolução Liberação Função Tipo evolução Especialidade Usuário Código prof 24/06/2025 11:14 24/06 11:15 Médico Evolução Médica PA LEANDRO CRM 22137 DAVID DOS SANTOS

Evolução Médica PA Adulto - ORTOPEDIA

Queixa Principal: FRATURA DISTAL ANTEBRAÇO.

VEM PARA TROCA DE GESSO.. O QUAL ENCONTRA-SE EM MÁS CONDIÇÕES.

Acionado sobreaviso da Ortopedia?: não

Impresso em: 25/06/2025 10:45:59 Página 1 schayany.souza CATE23



Manoel Loureiro, S/N - São José - SC CNPJ:77858611001414 - Inscrição estadual: - Fone: (CNES 9671145)

Convênio:



Usuário/Matrícula:

Conta paciente

(77858611001414) Nota:

Emissao:

N° atend:

3.557.390

106,40

Motivo Alta:

Tipo atend:

Espec/Clinica: 1 Clinica Adulto

Alta melhora

3 - Pronto socorro

Nº IC: 21.392.903

ANTHONY MENDES DE CAMARGO

Instituto Adventista

Categoria:

Paciente:

Instituto Adventista

Proc Princ: 30718040

Prontuário: 99876031 Data entrada:

09/06/2025 19:16:15

Data saída: 09/06/2025 20:57:00

72051747

Médico: Dr. LUIZ FERNANDO PEREIRA (CRM 11405)

Fratura (Incluindo Descolamento Epifisário) - Redução Incruenta

Tipo acomodação Setor sem acomodação

13/01/2020 Sexo: M

CID Princ: S52.5 Frat da extremidade distal do radio

Guia: 29322 Senha: 29322

Dt Conta: 09/06/25 19:17 Dt inicial: 09/06/25 19:16 Dt final: 09/06/25 20:57 Refer: 30/06/25

Movimen	taaãa	do Da	oionto
wovimen	iacao	00 Pa	ıcıenie

Seq Clas	ssificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1 Pront	to socorro	PRONTO ATENDIMENTO	Setor sem acomodação	1/PA	09/06/2025 19:16:15	09/06/2025 20:57:07
2 Pront	to socorro	ORTOPEDIA	Setor sem acomodação	1/ORT	09/06/2025 19:34:53	09/06/2025 20:57:00
3 Servi	iços Especiais	RAIO X	Setor sem acomodação	1/	09/06/2025 19:52:00	09/06/2025 19:52:00

Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crm	Médico	Função	Valor
1	09/06/25 19:16	PRONTO ATENDIMENTO	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	11405	LUIZ FERNANDO	Clínico	130,42
2	09/06/25 19:57	RAIO X	40803112	Punho	1,00	6561	NELSON CABRAL	Clínico	46,86
3	09/06/25 20:07	ORTOPEDIA	30711037	Membro Superior	1,00	11405	LUIZ FERNANDO	Clínico	15,95
4	09/06/25 20:07	ORTOPEDIA	30718040	Fratura (Incluindo Descolamento Epifisário) - Redução Incruenta	1,00	11405	LUIZ FERNANDO	Clínico	177,76
	To	tal de Honorári	ios Não Co	nyeniados	4 00				370 99

Total de Materiais

Materia	ais					
Seq	Código	Descrição	Unid.	Qtde	VI Unit.	VI Total
		ORTOPEDIA				
1	78988624	ATADURA CREPE 10CMX1,8MT (EM REPOUSO) 13FIO ESTERIL	rl	4,0000	7,6000	30,40
2	78340373	ATADURA GESSADA 8cm	rl	3,0000	6,0700	18,21
3	70034664	ATADURA ORTOPEDICA P	rl	2,0000	12,8900	25,78
4	70034702	ATADURA ORTOPEDICA 15 CM X 1,8 M	rl	2,0000	12,5500	25,10
5	78202477	MALHA TUBULAR ALGODA	cm	150,0000	0,0300	4,50
6	70705291	SERINGA S/ AGULHA 3ML	un	1,0000	2,4100	2,41
		Total - ORTOPEDIA -		162,0000		106,40

Total geral R\$	477.39

162,0000

Unimed A

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA

TIMESTERS BY ST	II ISIN II II II
Atendimento:	

No. Year					
-					
C	nn.	rro	72	DIE	σ.

John Marito.			
Paciente/Usuário	Atendimento Nº: 3557390		
Nome: ANTHONY MENDES DE CAMARGO	Telefone: (48) 999982707		
CPF: 15391753910	RG:		
Endereço: Rua Nossa Senhora de Fátima , 81			
Responsável:			
Nome: LEANE	Telefone: 4899982707		
CPF: 06993357950	RG: 7245930		
Endorage Pue Nesse Conhard de Cátimo Od			

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 prestados e boleto bancário contemplando o valor total do pagamento, através do e-mail caixahospital@unimedflorianopolis.com.br (CONTRATADA) para o e-mail indicado na adimissão do paciente

Unimed A

CPF n°

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



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:

- 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.
- 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.
- 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.
- Ainda em caso de atendimento eletivo com sedação/rebaixamento de consciência, a dispensa do acompanhante (4)poderá ser feita por escrito com 24h de antecedência, sendo o documento também arquivado no prontuário médico.
- 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.
- 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.
- Afirma, ainda, que recebeu cópia do presente Contrato e deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e (7)que não foi coagida (forcada) sob nenhuma fo

Após os esclarecimentos prestados através do pres cláusula, vem declarar que:	ra assinar o referido documento. ente <i>Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</i> , disposto nest
() DESEJA ser acompanhada nos termos da Lei nº	8.080/1990.
Nome da Acompanhante	
() RENUNCIA ser acompanhada nos termos da Le	i n° 8.080/1990.
Cláusula Oitava: As Partes elegem o foro de domici dúvidas, conflitos ou questões oriundas do presente seja ou venha a se tornar.	lio do CONTRATANTE , para que nele sejam dirimidas quaisque Contrato, renunciando a qualquer outro por mais privilegiado qu
São José/SC,/	
CONTRATANTE/RESPONSÁVEL	CONTRATADA
Testemunhas	
1Nome:	2

Nome:

CPF n°

WATE70106		daniela.sanceve		Pagina 1	5.10.25	ווייףוכפסט פווו. טפוטטובטבט ופ.וט.בפ
					0.20.20	mpresso em: 00/08/2025 4
	88 - Assinatura do Contratado 09/06/2025	•	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 09/06/2025 / HOLORE M. D. COMONY	67 - Assinatura do 09/06/2025	orização	bb - Assinatura do Responsavel pela Autorização
65 - Total Geral (R\$)	64 - Total Gases Medicinais R\$	63 - Total Medicamentos (R\$)	62 - Total de OPME (R\$)	61 - Total Materiais (R\$)	60 - Iotal Taxas e Alugueis (R\$)	os - Iolai Piocedillellios (Na)
						50 Tabi Bassalisa da Jas
	9/	8/_ /	6		4/_/	2/
		7. , ,	5- / /	u Responsável	os em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	56 - Data de Realização de Procedimentos em Série
55 - Código CBO	53 - Número no Conselho 64 - UF	52 - Conselho Profissional		51 - Nome do Profissional		Berruin-aç-ao do(s) Professional(s) Executante(s) 48 - Seq.Ref. 49 - Gr.Part. 50 - Código na Operadora/CPF
						5
						4
	R					3
						2
45 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)	43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator Red /Acresc. 46 - Va	42 - Qide. 43 - Via	41 - Descrição	40 - Código do Procedimento 41 - De	39 - Tabela	Dados da Execução / Procedimentos e Exemes Realizados 36 - Data 37 - Hora inicial a 38 - Hora final
		nto	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	cionada) 34 - Tipo de Consulta	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	32 - Tipo de Atendimento 33 - In
ol - coulgo cueo			Control of the Contro			Dados do atendimento
34 - Cáding CAIG				do	30 - Nome do Contratado	Dados do Contratado Executante 29 - Código na Operadora
						5
						4
						3 1
28 - Otde Aut.	47 - Qide, Solic,			CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	10101039 CONSL	1 22
	27 02 02 02 02 02 02 02 02 02 02 02 02 02			rição	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 26 - Descrição	24 - Tabela 25 - Código do Proce
				23 - Indicação Clínica		21 - Caráter do Atendimento 22 - Data da Solicitação 09/06/2025
	20 - Assinatura do Profissional Solicitante	18 - UF 19 - Código CBO 20 - As SC 225125 20 - As	17 - Número no Conselho 2526	16 - Conselho Profissional	Cooperado	Requisitante Nao Cadastrado/nao Cooperado
			DE TRABALHO MEDICO	ĮŽ		77858611001414
					14 Nome de Con	13 - Código na Operadora
12 - Atendimento a RN	11 - Cartão Nacional de Saúde	11 - Carti	10 - Nome ANTHONY MENDES DE CAMARGO	9 - Validade da Carteira 10 - Nome 09/06/2025 ANTHONY	09/0	8 - Número da Carteira 72051747
		peradora	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 29322	6 - Data Validade da Senha	nina 2	09/06/2025 29322 Dados do Beneficiário
			1		3 - N° Guia Principal	
v.s.o Atend.: 3557390	E TERAPIA - SP/SADT 2 - N° Guia no Prestador 5985343	₹ DE DIAGNÓSTICO E TER	GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT	SERVIÇO PROFISSIO		entista

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Anthony Mendes de Camargo Nº da Carteirinha: 7.205.1747 Instituição: Colégio Adventista Palhoça

Data de Nascimento: 13/01/2020

Nº da Guia: 29322



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
09/06/2025	16:58:00	Playground (Ex.: parquinho)	Recreação

O que aconteceu

Partes do corpo

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

Antebraço Esquerdo

Descrição

O aluno estava brincando no parque, quando um colega esbarrou nele e ele caiu por cima do braço.

Testemunha da ocorrência				Telefone
Professora Denise				(48) 99935-1000
Professora Denise				(48) 9993-5100
Quem prestou primeiros soco				Data
Professora Denise				09/06/2025
Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
PA INFANTIL UNIMED UNID.CENTRO - MENORES DE 15 ANOS EXCLUSIVO	Rua Madalena Barbi	204	Centro	(48) 3216-8222

Observações

O Aluno foi atendido pela professora, que pediu para um monitor trazê-lo até aqui na Orientação Escolar. Entramos em contato com a mãe.

Ass.: Katia Regio des Sontes Machado.

Katia Regina dos Santos Machado

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

(não credenciados) com os seguintes dados: Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0003-31 Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157

assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / portoalegre.clinicaadventista.org.br



Evolução Paciente

Paciente	ANTHONY MENDES DE CAMARGO	Atendimento	3.557.390
Data Nascto.	13/01/2020 5 Anos	Prontuário	99.876.031
Sexo	Masculino	Dt. Entrada	09/06/2025 19:16:15
Telefone	999982707	Convênio	Instituto Adventista Instituto

Telefone 999982707 Leito 1 PA

Data evoluçãoLiberaçãoFunçãoTipo evoluçãoEspecialidadeUsuárioCódigo prof09/06/2025 19:5009/06 20:05MédicoEvolução Médica PALUIZCRM 11405

FERNANDO PEREIRA

Evolução Médica PA Adulto - ORTOPEDIA

Queixa Principal: QUEDA COM TRAUMA NO PUNHO ESQUERDO HOJE

Exame físico: DOR EM RADIO DISTAL ESQ Conduta: RX FRATURA DE RADIO DISTAL ESQ

TALA AP

ANALGESIA VO

ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

Encaminhamento ao Ambulatório UGF?: não

Impresso em: 11/06/2025 08:29:10 Página 1 schayany.souza CATE23

Documento assinado digitalmente conforme a ICP-Brasil, MP 2.200-2/2001 no sistema certificado SBIS-SRES-068 por LUIZ FERNANDO PEREIRA, às 22:27-03:00 de 09/06/2025 - Válida



Paciente: ANTHONY MENDES DE CAMARGO

Data de Nascimento: 13/01/2020 Idade: 5anos 4M Sexo: M

Data do Exame: 09/06/2025

Solicitante: Dr.(a) LUIZ FERNANDO PEREIRA Protocolo: UGF3557390 Senha: 719850

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. Fratura do 1/3 distal do rádio.







Atendimento:	3564268

Contratante:	
Paciente/Usuário	Atendimento Nº: 3564268
Nome: ARTHUR RODRIGUES DE QUADROS	Telefone: (48) 998128743
CPF: 60137062044	RG:
Endereço: Rua Valmor Schroeder , 2680 CASA	
Responsável:	
Nome: DANIELL	Telefone: 5548998128743
CPF : 01570767092	RG:
Endereço: Rua Valmor Schroeder, 2680 C	ASA

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 prestados e boleto bancário contemplando o valor total do pagamento, através do e-mail caixahospital@unimedflorianopolis.com.br (CONTRATADA) para o e-mail indicado na adimissão do paciente



Atondinanta 2504000

Atendimento: 3

(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 beneficios, riscos, complicações potenciais e alternativas aos procedimentos sugeridos, proporcionando-lhe livre questionamento e respondendo inteira e satisfatoriamente às perguntas porventura existentes;

(xiii.3) está ciente de que em caso de perigo de vida, de acordo com o artigo 22 do Código de Ética Médica, serão efetuados todos e quaisquer procedimentos médicos sem esclarecimento e consentimento prévio; (xiv) havendo evolução do atendimento de urgência/emergência para internação hospitalar: (xiv.1) providenciarão acompanhante para o paciente em tempo integral, quando for criança ou adolescente menor de 18 (dezoito) anos, pessoa idosa (a partir de 60 anos), pessoa com deficiência e/ou outras necessidades especiais; (xiv.2) providenciarão os produtos necessários para realização de higiene pessoal do paciente, tais como: escova de dente, creme dental, sabonete, xampu, condicionador, escova de cabelo, aparelho de barbear, absorvente íntimo, fralda descartável, entre outros; (xiv.3) participarão do plano de tratamento e alta hospitalar do paciente ou indicarão quem poderá fazê-lo; (xiv.4) liberarão o leito em até 1h (uma hora) após a alta hospitalar, sob pena de pagamento proporcional sobre o valor da diária, nos termos a seguir: (xiv.4.1) Se o paciente desocupar o leito até às 11h59min haverá cobrança de 50% (cinquenta por cento) do valor da diária; (xiv.4.2) Se o paciente desocupar o leito a partir de 12h (doze horas) haverá cobrança de 100% (cem por cento) do valor da diária.

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



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

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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:		disposito nosta
() DESEJA ser acompanhada nos termos da Lei nº 8.080)/1990.	4
Nome da Acompanhante	it.	93) *
CPF n°	The state of the s	
() RENUNCIA ser acompanhada nos termos da Lei nº 8	.080/1990.	
Cláusula Oitava: As Partes elegem o foro de domicílio de dúvidas, conflitos ou questões oriundas do presente Cont seja ou venha a se tornar.	CONTRATANTE, para que nele s rato, renunciando a qualquer outro	sejam dirimidas quaisquer por mais privilegiado que
São J ['] osé/SC,/		
9		
X SD	·	
CONTRATANTE/RESPONSÁVEL	CONTRATADA	7
Testemunhas	11 Se r	
I=	2-	
Nome: CPF n°	Nome:	



A AVENUATE PROPERTY.

THE PARTY OF THE PARTY.



AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Arthur Rodrigues de Quadros

Nº da Carteirinha: 7.58.7677

Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Estreito

Atendido e encaminhado para o hospital de referência - Hospital Unimed

Data de Nascimento: 21/03/2016

Nº da Guia: 29610



Data da Ocorrência	Horário	Local		14	tividade		
16/06/2025	15:52:00	Quadra		lr	ntervalo (Ex.: r	ecrei	0)
O que aconteceu			Partes do co	rpo			
Trauma (Ex.: bola bat no outro)	eu no rosto	, aluno jogou objeto	Mão Direita				
Descrição							
Durante a copa recreio	o aluno fez ı	uma defesa e sentiu o pu	lso direito estrala	ar			
Testemunha da ocor	rência		2.010			Tel	efone
Monitora Rafaela						(48) 3039-8054
1 2		Endereço		Nο	Bairro		Telefone
Local de atendimento				191			

Ass.: Luciara Ropela do nascimento.

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

•

en de la companya de la co



1 ORT

Evolução Paciente

Paciente	ARTHUR RODRIGUES DE QUADROS	Atendimento	3.564.268
Data Nascto.	21/03/2016 9 Anos	Prontuário	99.876.521
Sexo	Masculino	Dt. Entrada	16/06/2025 16:41:28
Telefone	998128743	Convênio	Instituto Adventista Instituto

Data evolução Liberação Função Tipo evolução Especialidade Usuário Código prof 16/06/2025 17:10 16/06 17:23 Médico Evolução Médica PA LUIZ CRM 11405

FERNANDO PEREIRA

Evolução Médica PA Adulto - ORTOPEDIA

Queixa Principal: GOLEIRO, TRAUMA NO PUNHO DIREITO POR BOLADA HOJE NO FUTEBOL

Exame físico: DOR EM FACE VOLAR DO PUNHO DIREITO **Conduta:** RX FRATURA FISARIA DE RADIO DISTAL DIREITO

TALA LUVA

Leito

ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

ANALGESIA VO

Acionado sobreaviso da Ortopedia?: não

Impresso em: 17/06/2025 11:41:18 Página 1 schayany.souza CATE23

Documento assinado digitalmente conforme a ICP-Brasil, MP 2.200-2/2001 no sistema certificado SBIS-SRES-068 por LUIZ FERNANDO PEREIRA, às 18:40-03:00 de 16/06/2025 - Válida



Paciente: ARTHUR RODRIGUES DE QUADROS

Data de Nascimento: 21/03/2016 Idade: 9anos 2M Sexo: M

Data do Exame: 16/06/2025

Solicitante: Dr.(a) LUIZ FERNANDO PEREIRA Protocolo: UGF3564268 Senha: 563830

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. Roberto Guimarães Tiezzi





Paciente: ARTHUR RODRIGUES DE QUADROS

Data de Nascimento: 21/03/2016 Idade: 9anos 2M Sexo: M

Data do Exame: 16/06/2025

Solicitante: Dr.(a) LUIZ FERNANDO PEREIRA Protocolo: UGF3564268 Senha: 563830

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

RADIOGRAFIA DIGITAL DO PUNHO DIREITO

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







Manoel Loureiro, S/N - São José - SC CNPJ:77858611001414 - Inscrição estadual: - Fone: (CNES 9671145)

Convênio:



Usuário/Matrícula:

Conta paciente

(77858611001414) Nota:

Emissao:

N° atend:

3.564.268

Nº IC: 21.400.482

ARTHUR RODRIGUES DE QUADROS

Instituto Adventista

Categoria:

Instituto Adventista

Proc Princ: 30718040

Paciente:

Prontuário: 99876521 Data entrada:

16/06/2025 16:41:28 Data saída:

16/06/2025 17:51:52

7587677

Motivo Alta: Alta melhora

Médico: Dr. LUIZ FERNANDO PEREIRA (CRM 11405)

Fratura (Incluindo Descolamento Epifisário) - Redução Incruenta

Tipo atend: 3 - Pronto socorro Espec/Clinica: 1 Clinica Adulto

Tipo acomodação Enfermaria

21/03/2016 Sexo: M CID Princ: S52.5 Frat da extremidade distal do radio

Guia: 29610 Senha: 29610

Dt Conta: 16/06/25 16:43 Dt inicial: 16/06/25 16:41 Dt final: 16/06/25 17:51 Refer: 30/06/25

Seq Classifi	cação Setor	Acomoda	ação l	Unidade [Dt. Entrada	Dt. Saída
1 Pronto so	corro PRONTO AT	ENDIMENTO Setor sem	acomodação 1	1/PA 1	16/06/2025 16:41:28	16/06/2025 17:51:52
2 Pronto so	corro ORTOPEDIA	Setor sem	acomodação 1	1/ORT 1	16/06/2025 17:01:06	16/06/2025 17:51:52
3 Serviços	Especiais RAIO X	Setor sem	acomodação 1	1/ 1	16/06/2025 17:12:00	16/06/2025 17:12:00

Honorários	Não	Conveniados	
nonorarios	INAU	Conveniauos	

Matariaia

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crm	Médico	Função	Valor
1	16/06/25 16:41	PRONTO ATENDIMENTO	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	11405	LUIZ FERNANDO	Clínico	100,32
2	16/06/25 17:23	RAIO X	40803120	Mão Ou Quirodáctilo	1,00	8280	ROBERTO	Clínico	44,25
3	16/06/25 17:23	RAIO X	40803112	Punho	1,00	8280	ROBERTO	Clínico	46,86
4	16/06/25 17:25	ORTOPEDIA	30711037	Membro Superior	1,00	11405	LUIZ FERNANDO	Clínico	12,27
5	16/06/25 17:25	ORTOPEDIA	30718040	Fratura (Incluindo Descolamento Epifisário) - Redução Incruenta	1,00	11405	LUIZ FERNANDO	Clínico	136,74
	To	tal de Honorári	ios Não Co	nveniados	5,00				340,44

Total de Honorários Não Conveniados

Materia	lis						ı
Seq	Código	Descrição	Unid.	Qtde	VI Unit.	VI Total	l
		ORTOPEDIA					
1	78988624	ATADURA CREPE 10CMX1,8MT (EM REPOUSO) 13FIO ESTERIL	rl	4,0000	7,6000	30,40	
2	78340373	ATADURA GESSADA 10 CM X 3,0 M	rl	2,0000	3,9000	7,80	
3	70034664	ATADURA ORTOPEDICA P	rl	1,0000	12,8900	12,89	
4	70034729	ATADURA ORTOPEDICA 20 CM X 1,8 M	rl	2,0000	16,7300	33,46	
5	78202477	MALHA TUBULAR ALGODA	cm	200,0000	0,0300	6,00	
		Total - ORTOPEDIA -		209,0000		90,55	
		Total de Materiais		209,0000		90,55	

430,99 Total geral R\$



Manoel Loureiro, S/N - São José - SC CNPJ:77858611001414 - Inscrição estadual: - Fone: (CNES 9671145)



Usuário/Matrícula:

Conta paciente

(77858611001414) Nota:

Emissao:

N° atend:

Nº IC:

21.400.716

3.564.363

DAVI DA LUZ DE MATTOS

Instituto Adventista

7584168

Instituto Adventista

Proc Princ: 30728134

Paciente:

Categoria:

Data

Prontuário: 99784268 Data entrada:

16/06/2025 17:58:12

Data saída: 16/06/2025 18:34:16

Motivo Alta: Alta melhora

Tipo atend:

3 - Pronto socorro Espec/Clinica: 1 Clinica Adulto

Médico: Dr. LUIZ FERNANDO PEREIRA (CRM 11405) Lesões Ligamentares Agudas Ao Nível Do Tornozelo - Tratamento

Convênio:

Tipo acomodação Setor sem acomodação

19/03/2008 Sexo: M

CID Princ: S93.4 Entorse e distensao do tornozelo

Guia: 29596 Senha: 29596

Dt Conta: 16/06/25 17:58 Dt inicial: 16/06/25 17:58 Dt final: 16/06/25 18:34 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	16/06/2025 17:58:12	16/06/2025 18:34:16
2	Pronto socorro	ORTOPEDIA	Setor sem acomodação	1/ORT	16/06/2025 18:03:33	16/06/2025 18:34:16
3	Serviços Especiais	RAIO X	Setor sem acomodação	1/	16/06/2025 18:19:00	16/06/2025 18:19:00

Honoi	Honorários Não Conveniados								
Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crm	Médico	Função	Valor
1	16/06/25 17:58	PRONTO ATENDIMENTO	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	11405	LUIZ FERNANDO	Clínico	100,32
2	16/06/25 18:24	RAIO X	40804089	Articulação Tibiotársica (Tornozelo)	1,00	15871	LUIZ CARLOS	Clínico	44,25
3	16/06/25 18:32	ORTOPEDIA	30711029	Membro Inferior	1,00	11405	LUIZ FERNANDO	Clínico	24,54
4	16/06/25 18:32	ORTOPEDIA	30728134	Lesões Ligamentares Agudas Ao Nível Do Tornozelo - Tratamento Incruento	1,00	11405	LUIZ FERNANDO	Clínico	107,52
	Total de Honorários Não Conveniados			4,00				276,63	

Total geral R\$ 276,63 Unimed A

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA

Atendimento:	356436

Contratante:	
Paciente/Usuário	Atendimento Nº: 3564363
Nome: DAVI DA LUZ DE MATTOS	Telefone: (48) 999145692
CPF: 15540137981	RG:
Endereço: Rua Manoel Loureiro, 990 casa	
Responsável:	
Nome: ELISA	Telefone: 5548998115383
CPF: 00507255992	RG:
Endereco: Rua Manoel Loureiro, 990 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 prestados e boleto bancário contemplando o valor total do pagamento, através do e-mail caixahospital@unimedflorianopolis.com.br (CONTRATADA) para o e-mail indicado na adimissão do paciente

557	311165			garni.	
6.0		-	ec	37	2.
•	1.1	H.		Jir.	ж.:



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:

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

Após os esclarecimentos prestados através do present cláusula, vem declarar que:	te Termo de C	onsentimento Livre e Escl	larecido, disposto nesta
() DESEJA ser acompanhada nos termos da Lei nº 8.	080/1990.		
Nome da Acompanhante			
CPF n°		9 Hills 7 (5)	
() RENUNCIA ser acompanhada nos termos da Lei n	o° 8.080/1990.		
Cláusula Oitava: As Partes elegem o foro de domicílio dúvidas, conflitos ou questões oriundas do presente Coseja ou venha a se tornar.	o do CONTRA ontrato, renunc	TANTE, para que nele seja ciando a qualquer outro po	am dirimidas quaisquer r mais privilegiado que
São José/SC,/			3
CONTRATANTE/RESPONSÁVEL		CONTRATADA	ļ Ÿ
Testemunhas			
Nome: CPF n°	2 Nome: CPF n°		

v.s.o Atend.: 3564363 2 - N° Guia no Prestador 5997095 GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT Instituto Adventista

1 - Registro ANS 3 - I	3 - N° Guia Principal						
da Autorização 025	5 - Senha 29596	6 - D.	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 29596	radora		
eficiário		o Walidado da Carto			11 - Carti	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
8 - Número da Carteira 7584168		17/05/2022		DAVI DA LUZ DE MATTOS			z
Dados do Solicitante							Control of the Contro
13 - Código na Operadora 77858611001414	14 - Nome a UNIMED GF	IO Contratado VANDE FLORIANOPOL	14 - Nome do Contratado UNIMED GRANDE FLORIANOPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO	TRABALHO MEDICO	1		
15 - Nome do Profissional Solicitante	perado	16 -	16 - Conselho Profissional 6	selho	18 - UF 19 - Código CBO 20 - As SC 225125	20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procediment	os ou Itens Assistenciais Solicitados						
21 - Caráter do Atendimento 2	_	23 - Indicação Clínica					
24 - Tabela 25 - Código do Pr		26 - Descrição	NTO SOCORRO			27 - Qtde, Solic. 27	28 - Gtde-Aut. 1
4 3							
5							
Dados do Contratado Executante 29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	Contratado					31 - Código CNES
Dados do atendimento	73 Indianas de Acidonia (acidonia du doonca relacionada)		34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	10		
	5 - Indicação de Acidenia (acidenia ou do	٦					
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados 36 - Data 37 - Hora inicial a 38 - Hora final	is e Exames Realizados nicial a 38 - Hora final 39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	cedimento 41 - Descrição	ogó	42 - Qide. 43 - V	43-Via 44-Tec. 45-Fator Red./Acresc. 46-Valor Unitário (R\$)	itário (R\$) 47 - Valor Total (R\$
2							
3							
5	vandantelel					<u> </u>	EE Chains CBO
dentificação dois) Professoriales. 48 - Seq.Ref. 49 - Gr.Par	nentificação dois Profissionants) Executamens) 48 - Seq.Ref. 49 - Gr.Part. 50 - Codigo na Operadora/CPF	51 - Nome do Profissiona	ssional		52 - Conselho Profissional		ogo officer
56 - Data de Realização de Procedi	56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	eficiário ou Responsável		2 / /	/- /		
	, ,				8	1011	
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\$)	ses Medicinais R\$	65 - Total Geral (R\$)
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	la Autorização		67 - Assinatura do Br 16/06/2025	67 - Assinatura do Beleficiário ou Besponsável		68 - Assinatura do Contratado 16/06/2025	
Impresso em: 16/06/2025 17:59:20	25 17:59:20		Página 1		diogo.petry		WATE701

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Davi da Luz de Mattos Nº da Carteirinha: 7.58.4168

Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Estreito

Data de Nascimento: 19/03/2008

Nº da Guia: 29596



Telefone

Data da Ocorrência Horário Local		Local	Atividade	
16/06/2025	12:19:00	Ginásio	Aula de educação física	
O que aconteceu			Partes do corpo	
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)			Pé Esquerdo, Tornozelo Esquerdo	

Descrição

Testemunha da ocorrência

Aluno acabou virando o tornozelo na aula de educação física

Monitora Brena				(48) 3039-8054
Local de atendimento	Endereço	Мō	Bairro	Telefone
HUGF - HOSPITAL UNIMED GRANDE	Rua Manoel Loureiro	191	Barreiros	(48) 3288-4100

Observações

FLORIANÓPOLIS

Encaminhado ao hospital de referência Unimed

Ass.:

v Abdøral Borges

Para faturamento favor encaminhar esta quia 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:



Paciente: DAVI DA LUZ DE MATTOS

Data de Nascimento: 19/03/2008 Idade: 17anos 2M Sexo: M

Data do Exame: 16/06/2025

Solicitante: Dr.(a) LUIZ FERNANDO PEREIRA Protocolo: UGF3564363 Senha: 672456

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. Aumento de volume de partes moles.

> Dr. Roberto Guimarães Tiezzi CRM/SC 8280





Evolução Paciente

Ī	Paciente	DAVI DA LUZ DE MATTOS	Atendimento	3.564.363
	Data Nascto.	19/03/2008 17 Anos	Prontuário	99.784.268
	Sexo	Masculino	Dt. Entrada	16/06/2025 17:58:12

Telefone 999145692 Leito 1 ORT

Data evoluçãoLiberaçãoFunçãoTipo evoluçãoEspecialidadeUsuárioCódigo prof16/06/2025 18:1016/06 18:29MédicoEvolução Médica PALUIZCRM 11405

FERNANDO PEREIRA

Instituto Adventista Instituto

Convênio

Evolução Médica PA Adulto - ORTOPEDIA

Queixa Principal: Sinais Vitais Triagem:

FC: 60 PAS: 134 PAD: 67 Temp: 35,5 FR: 17 SatO2: 100

S: NOVA ENTORSE DO TORNOZELO ESQUERDO HOJE NO FUTEBOL

O:

A:

Ρ:

Exame físico: DOR E AUMENTO DE VOLUME EM MALÉOLO LATERAL ESQ

Conduta: RX SEM FRATURA

ENFAIXAMENTO ANALGESIA VO

Acionado sobreaviso da Ortopedia?: não

Impresso em: 17/06/2025 13:37:38 Página 1 schayany.souza CATE23

Documento assinado digitalmente conforme a ICP-Brasil, MP 2.200-2/2001 no sistema certificado SBIS-SRES-068 por LUIZ FERNANDO PEREIRA, às 18:40-03:00 de

16/06/2025 - Válida

Unimed A

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA

Atendimento:	

-			
	DO - 100	-	nte:

Contratante.	
Paciente/Usuário	Atendimento Nº: 3566082
Nome: DAVI LUIZ OLIVEIRA DA ROCHA	Telefone: (48) 988493113
CPF: 05907800003	RG:
Endereço: Rua Doutor Armando Valério de Assis,	
Responsável:	
Nome: CARLA	Telefone: 5548988493113
CPF: 01962034062	RG:
Endereco: Rua Doutor Armando Valério de Assis 218 CAS	3Δ

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 prestados e boleto bancário contemplando o valor total do pagamento, através do e-mail caixahospital@unimedflorianopolis.com.br (CONTRATADA) para o e-mail indicado na adimissão do paciente

Unimed 1

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA

Atendimento: 356608

(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 9° da Lei nº 8.078/90, explicarão claramente a proposta do procedimento médico ou cirúrgico ao qual o paciente será submetido, inclusive seus beneficios, riscos, complicações potenciais e alternativas aos procedimentos sugeridos, proporcionando-lhe livre questionamento e respondendo inteira e satisfatoriamente às perguntas porventura existentes;

(xiii.3) está ciente de que em caso de perigo de vida, de acordo com o artigo 22 do Código de Ética Médica, serão efetuados todos e quaisquer procedimentos médicos sem esclarecimento e consentimento prévio; (xiv) havendo evolução do atendimento de urgência/emergência para internação hospitalar: (xiv.1) providenciarão acompanhante para o paciente em tempo integral, quando for criança ou adolescente menor de 18 (dezoito) anos, pessoa idosa (a partir de 60 anos), pessoa com deficiência e/ou outras necessidades especiais; (xiv.2) providenciarão os produtos necessários para realização de higiene pessoal do paciente, tais como: escova de dente, creme dental, sabonete, xampu, condicionador, escova de cabelo, aparelho de barbear, absorvente íntimo, fralda descartável, entre outros; (xiv.3) participarão do plano de tratamento e alta hospitalar do paciente ou indicarão quem poderá fazê-lo; (xiv.4) liberarão o leito em até 1h (uma hora) após a alta hospitalar, sob pena de pagamento proporcional sobre o valor da diária, nos termos a seguir: (xiv.4.1) Se o paciente desocupar o leito até às 11h59min haverá cobrança de 50% (cinquenta por cento) do valor da diária; (xiv.4.2) Se o paciente desocupar o leito a partir de 12h (doze horas) haverá cobrança de 100% (cem por cento) do valor da diária.

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

Unimed A

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



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:

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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

ciausula, vem declarar que:	
() DESEJA ser acompanhada nos termos da Lei nº 8.	.080/1990.
Nome da Acompanhante	
CPF n°	
() RENUNCIA ser acompanhada nos termos da Lei 1	n° 8.080/1990.
Cláusula Oitava: As Partes elegem o foro de domicílio dúvidas, conflitos ou questões oriundas do presente O seja ou venha a se tornar.	o do CONTRATANTE , para que nele sejam dirimidas quaisquer Contrato, renunciando a qualquer outro por mais privilegiado que
São José/SC,/ CONTRATANTE/RESPONSÁVEL	CONTRATADA
Testemunhas	
1 Nome: CPF n°	Nome: CPF n°



Atend.: 3566082 WATE70106 47 - Valor Total (R\$) 12 - Atendimento a RN N 31 - Código CNES 65 - Total Geral (R\$) 28 - Otde.Aut. 55 - Código CBO 46 - Valor Unitário (R\$) 54 - UF 27 - Otde.Solic. 20 - Assinatura do Profissional Solicitante 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator Red / Acresc. 2 - N° Guia no Prestador 5999980 53 - Número no Conselho 9 64 - Total Gases Medicinais R\$ GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT 11 - Cartão Nacional de Saúde 68 - Assinatura do Contratado 18/06/2025 63 - Total Medicamentos (R\$) 42 - Otde. 18 - UF 19 - Código CBO SC 225125 52 - Conselho Profissiona vera.lovatto 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 29675 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento 62 - Total de OPME (R\$) 16 - Conselho Profissional 17 - Número no Conselho 6 2526 10 - Nome DAVI LUIZ OLIVEIRA DA ROCHA 67 - Assinatura do Beheficlário du Responsável 18/06/2025 14 - Nome do Contratado UNIMED GRANDE FLORIANOPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO 41 - Descrição 6 - Data Validade da Senha 34 - Tipo de Consulta CONSULTA EM PRONTO SOCORRO Página 1 61 - Total Materiais (R\$) 40 - Código do Procedimento 9 - Validade da Carteira 08/11/2022 51 - Nome do Profissional 23 - Indicação Clinica Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 30 - Nome do Contratado 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) Dados da Solicitação / Procedimentos ou itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento | 22 - Data da Solicitação | 18/06/2025 39 - Tabela dentificação do(s) Profissional(is) Executante(s) 48 - Seq.Ref. 60 - Código na Operadora/CPF 24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados 36 - Data 36 - Data 3 - N° Guia Principal 10101039 Requisitante Nao Cadastrado/nao Cooperado Impresso em: 18/06/2025 08:46:35 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 15 - Nome do Profissional Solicitante 5 - Senha 29675 os do Contratado Executante Código na Operadora Instituto Adventista 13 - Código na Operadora 4 - Data da Autorização 18/06/2025 59 - Total Procedimentos (R\$) Número da Carteira Observação / Justificativa dos do atendimento lados do Solicitante 77858611001414 1 - Registro ANS 7586796 22

		æ

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Davi Luiz Oliveira da Rocha Nº da Carteirinha: 7.46.6196

Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Centro

Data de Nascimento: 25/11/2014

Nº da Guia: 29675



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade					
17/06/2025	17:50:00	Quadra	Aula de educação física					
O que aconteceu			Partes do corpo					
Queda de mesmo nível			Braço Esquerdo, Antebraço Esquerdo, Cotovelo Esquerdo					

Descrição

Aluno machucou o braço na educação física, aluno estava correndo e caiu em cima do braço. E na saída aluno estava correndo no pátio, escorregou e caiu novamente em cima do braço.

Testemunha da ocorrência	Telefone				
Danerson Ferreira Dos Santos	(48) 99608-9032				
Quem prestou primeiros socor	ros			Data	
Danerson Ferreira Dos Santos		17/06/2025			
Local de atendimento	Endereço	N ₅	Bairro	Telefone	
HUGF - HOSPITAL UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS	Rua Manoel Loureiro	191 0	Barreiros	(48) 3288-4100	

Observações

Aluno foi atendido na coordenação e colocado gelo.

Ass.:

Jardson Rocha

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

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

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





Evolução Paciente

Paciente	DAVI LUIZ OLIVEIRA DA ROCHA	Atendimento	3.566.082
Data Nascto.	25/11/2014 10 Anos	Prontuário	99.797.529
Sexo	Masculino	Dt. Entrada	18/06/2025 08:43:39
Telefone	988493113	Convênio	Instituto Adventista Instituto

Telefone 988493113 Leito 1 ORT

Data evolução Liberação Função Tipo evolução Especialidade Usuário Código prof JULIANO 18/06/2025 09:24 18/06 09:25 Médico Evolução Médica PA CRM 17278 TEIXEIRA

DE SA

Evolução Médica PA Adulto - ORTOPEDIA

Queixa Principal: queda sobre cotovelo esq

adm completa

sem aumento de volume

rx sp repouso analgesia

seguimento amb

Acionado sobreaviso da Ortopedia?: não

Impresso em: 20/06/2025 09:42:44 Página 1 CATE23 schayany.souza

Documento assinado digitalmente conforme a ICP-Brasil, MP 2.200-2/2001 no sistema certificado SBIS-SRES-068 por JULIANO TEIXEIRA DE SA, às 11:41-03:00 de 19/06/2025 - Válida



Paciente: DAVI LUIZ OLIVEIRA DA ROCHA

Data de Nascimento: 25/11/2014 Idade: 10anos 6M Sexo: M

Data do Exame: 18/06/2025

Solicitante: Dr.(a) JULIANO TEIXEIRA DE SA Protocolo: UGF3566082 Senha: 952130

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

RADIOGRAFIA DIGITAL DO COTOVELO ESQUERDO

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







Manoel Loureiro, S/N - São José - SC CNPJ:77858611001414 - Inscrição estadual: - Fone: (CNES 9671145)



Usuário/Matrícula:

Conta paciente

(77858611001414) Nota:

Emissao:

N° atend:

3.566.082 21.402.741

DAVI LUIZ OLIVEIRA DA ROCHA

Instituto Adventista

7586796

Nº IC:

Categoria:

Guia: 29675

Instituto Adventista

Paciente:

Prontuário: 99797529

Data entrada: 18/06/2025 08:43:39

18/06/25 08:43

Convênio:

Data saída: 18/06/2025 10:02:08 Motivo Alta: Alta melhora

Médico: Dr. JULIANO TEIXEIRA DE SA (CRM 17278)

Tipo atend: 3 - Pronto socorro Espec/Clinica: 1

Proc Princ: 00000000

Tipo acomodação Enfermaria

Clinica Adulto

25/11/2014

Sexo: M

Dt final:

CID Princ: S50.0 Contusao do cotovelo

Senha: 29675

Dt inicial:

18/06/25 10:02

Refer: 30/06/25

Movimentação do Paciente

Dt Conta: 18/06/25 08:45

Seq Classificação Setor Acomodação Unidade Dt. Entrada Dt. Saída PRONTO ATENDIMENTO 1 Pronto socorro 1/PA 18/06/2025 08:43:39 18/06/2025 10:02:08 Setor sem acomodação 2 Pronto socorro ORTOPEDIA Setor sem acomodação 1/ORT 18/06/2025 08:50:27 18/06/2025 10:02:08 3 Serviços Especiais RAIO X Setor sem acomodação 1/ 18/06/2025 08:59:00 18/06/2025 08:59:00

Honorários Não Conveniados

Seq Dt Conta Código Qtde Crm Valor Descrição Médico Função Setor 1 18/06/25 08:43 PRONTO 1,00 17278 100.32 10101039 Em Pronto Socorro JULIANO TEIXEIRA Clínico ATENDIMENTO 2 18/06/25 09:18 RAIO X 40803090 Cotovelo 1,00 12478 **GUSTAVO LEMOS** Clínico 44,25 144,57 2.00 Total de Honorários Não Conveniados

Total geral R\$

144,57



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:

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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 prese cláusula, vem declarar que:	ente Termo de Co	onsentimento Livre e Esc	larecido, disposto nesta
() DESEJA ser acompanhada nos termos da Lei nº	8.080/1990.		
Nome da Acompanhante	il tiš		
CPF n°		15"	
() RENUNCIA ser acompanhada nos termos da Le	ei n° 8.080/1990.		
Cláusula Oitava: As Partes elegem o foro de domicí dúvidas, conflitos ou questões oriundas do presente seja ou venha a se tornar.	ilio do CONTRAT Contrato, renunci	FANTE, para que nele sej iando a qualquer outro po	am dirimidas quaisquer r mais privilegiado que
São José/SC,/			
Daicment			, "
CONTRATANTE/RESPONSÁVEL		CONTRATADA	3
Testemunhas			
1	2-		
Nome:	Nome:	p	
CPF n°	CPF n°		



Unimed A

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA

Atendimento: 3573966

^			
CO	ntra	ıtar	ite:

Paciente/UsuárioAtendimento №:3573966Nome:DELBER FAGUNDES DOS SANTOS FILHOTelefone:(48) 988339372

CPF: 15199903918 RG:

Endereço: Rua São Cristóvão, 127 apto 301

Responsável:

Nome: ROSILEN Telefone: 48988339372

CPF: 00430175175 RG: 3570310

Endereço: Rua São Cristóvão , 127 apto 301

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 prestados e boleto bancário contemplando o valor total do pagamento, através do e-mail caixahospital@unimedflorianopolis.com.br (CONTRATADA) para o e-mail indicado na adimissão do paciente

Unimed #

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA

Atendimento: 357396

(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 beneficios, riscos, complicações potenciais e alternativas aos procedimentos sugeridos, proporcionando-lhe livre questionamento e respondendo inteira e satisfatoriamente às perguntas porventura existentes;

(xiii.3) está ciente de que em caso de perigo de vida, de acordo com o artigo 22 do Código de Ética Médica, serão efetuados todos e quaisquer procedimentos médicos sem esclarecimento e consentimento prévio; (xiv) havendo evolução do atendimento de urgência/emergência para internação hospitalar: (xiv.1) providenciarão acompanhante para o paciente em tempo integral, quando for criança ou adolescente menor de 18 (dezoito) anos, pessoa idosa (a partir de 60 anos), pessoa com deficiência e/ou outras necessidades especiais; (xiv.2) providenciarão os produtos necessários para realização de higiene pessoal do paciente, tais como: escova de dente, creme dental, sabonete, xampu, condicionador, escova de cabelo, aparelho de barbear, absorvente íntimo, fralda descartável, entre outros; (xiv.3) participarão do plano de tratamento e alta hospitalar do paciente ou indicarão quem poderá fazê-lo; (xiv.4) liberarão o leito em até 1h (uma hora) após a alta hospitalar, sob pena de pagamento proporcional sobre o valor da diária, nos termos a seguir: (xiv.4.1) Se o paciente desocupar o leito até às 11h59min haverá cobrança de 50% (cinquenta por cento) do valor da diária; (xiv.4.2) Se o paciente desocupar o leito a partir de 12h (doze horas) haverá cobrança de 100% (cem por cento) do valor da diária.

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

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

v.3.0 Atend.: 3573966

Aleild 33/3300			12 - Atendimento a RN N								31 - Código CNES		47 - Valor Total (R\$)	2							(\$2		WATE7010
			12 -					28 - Qtde.Aut.					46 - Valor Unitário (R\$)				UF 55 - Código CBO		7		65 - Total Geral (R\$)		
2 - N° Guia no Prestador 6013496			11 - Cartão Nacional de Saúde			20 - Assinatura do Profissional Solicitante		27 - Qtde.Solic.					43 - Via 44 - Tec, 45 - Fator Red JAcresc, 46				63 - Número no Conselho 64 - UF	.6	10		64 - Total Gases Medicinais R\$	68 - Assinatura do Contratado 26/06/2025	
2 - N° Gu			11 - Cartă										42 - Qtde. 43 - Via				ional	, ,	, , ,		nmentos (R\$)	68 - Assinati 26/06/202	
		radora				18 - UF 19 - Código CBO SC 225125						to	7				62 - Conselho Profissional	7-	88		63 - Total Medicamentos (R\$)		diogo.petry
		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 29868	10 - Nome DELBER FAGUNDES DOS SANTOS FILHO		квагно мерісо							35 - Motivo de Encerramento do Atendimento						1 1	, ,		62 - Total de OPME (R\$)	iário ou Responsável	-
		6 - Data Validade da Senha			14 - Nome do Contratado UNIMED GRANDE FLORIANOPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO	16 - Conselho Profissional 17 - Número no Conselho 6 2526		ONTO SOCORRO				34 - Tipo de Consulta	ocedimento 41 - Descrição				issional	٥	. 9		61 - Total Materiais (R\$)	67 - Assinatura do Bereficiári 26/06/2025	Página 1
		9	9 - Validade da Carteira 31/05/2025		do Contratado RANDE FLORIANOPO	16	23 - Indicação Clínica	26 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO			Contratado	oença relacionada)	40 - Código do Procedimento				51 - Nome do Profissional	neficiário ou Responsável					
	3 - N° Gula Principal	B			14 - Nome UNIMED G	nte ooperado	tens Assistenciais Solicitados - Data da Solicitação	71			30 - Nome do Contratado	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	ames Realizados 38 - Hora final 39 - Tabela				ante(s) 50 - Código na Operadora/CPF	em Série 57 - Assinatura do Be			60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)	rização	1:56:55
Instituto Adventista	1 - Registro ANS 3 - N° Gu	4 - Data da Autorização 5 - Senha 26/06/2025	Dados do Beneficiário 8 - Número da Carteira 0022025	Dados do Solicitante	13 - Código na Operadora 77858611001414	15 - Nome do Profissional Solicitante Requisitante Nao Cadastrado/nao Cooperado	Dados da Solicitação / Procedimentos ou llens Assistenciais Solicitados 21 - Caráter do Atendimento 22 - Data da Solicitação 2606/025	24 - Tabela 25 - Código do Procedim	3	5 4	Dados do Contratado Executante 29 - Código na Operadora	Dados do etendimento 32 - Tipo de Atendimento	Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados 36 - Data 37 - Hora Inicial a 38 - Hora final	2	3	4 4	dentificação do(s) Profissionalitis Executante(s) 48 - Seq.Ref. 60 - Código na Operadora/CPF	56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		i8 - Observação / Justificativa	59 - Total Procedimentos (R\$)	66 - Assinatura do Responsável pela Autorização /	Impresso em: 26/06/2025 14:56:55



AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Delber Fagundes dos Santos Filho

Nº da Carteirinha: 7.58.6069

Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Estreito

Data de Nascimento: 29/10/2014

Nº da Guia: 29868



Data da Ocorrência	Horário	Local		Atividade			
26/06/2025	09:18:00	Pátio		Intervalo (Ex.: recreio)			
O que aconteceu			Partes do corpo				
Torção			Joelho Esquerdo				
Descrição							
o aluno estava no recre	eio e fiz um g	jiro inesperado acabou	torcendo o joelho.				
Testemunha da ocor	rência				Telefone		
Yusdania Rodriguez					(48) 3039-8054		
Quem prestou prime	iros socorro	os			Data		
Yusdania Rodriguez					26/06/2025		
Local de atendimento		Endereço	Nº	Bairro	Telefone		
HUGF - HOSPITAL UNIME FLORIANÓPOLIS	D GRANDE	Rua Manoel Loureiro	19	1 Barreiros	(48) 3288-4100		
Observações							
oi colocado gelou e di	recionado ao	hospital.					

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

accictanciamadica Aclinica advanticta ora hr / nortaalogra clinica advanticta ora hr



Evolução Paciente

Paciente	DELBER FAGUNDES DOS SANTOS FILHO	Atendimento	3.573.966
Data Nascto.	29/10/2014 10 Anos	Prontuário	99.870.644
Sexo	Masculino	Dt. Entrada	26/06/2025 14:55:41
Telefone	988339372	Convênio	Instituto Adventista Instituto
Leito	1 ORT		

Data evolução Liberação Função Tipo evolução Especialidade Usuário Código prof JULIANO 26/06/2025 15:52 26/06 15:53 Médico Evolução Médica PA CRM 17278 TEIXEIRA

DE SA

Evolução Médica PA Adulto - ORTOPEDIA

Queixa Principal: entorse joelho esq

sem trauma apoio completo sem sinal flogistico sem aumento de volume rx sem laudo, sp cdt tto lesao ligamentar aguda repouso

analgesia

seguimento amb

Acionado sobreaviso da Ortopedia?: não

Impresso em: 27/06/2025 07:53:56 Página 1 Documento assinado digitalmente conforme a ICP-Brasil, MP 2.200-2/2001 no sistema certificado SBIS-SRES-068 por JULIANO TEIXEIRA DE SA, às 07:34-03:00 de

27/06/2025 - Válida



Paciente: DELBER FAGUNDES DOS SANTOS FILHO

Data de Nascimento: 29/10/2014 Idade: 10anos 7M Sexo: M

Data do Exame: 26/06/2025

Solicitante: Dr.(a) JULIANO TEIXEIRA DE SA Protocolo: UGF3573966 Senha: 301121

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

RADIOGRAFIA DIGITAL DO JOELHO ESQUERDO

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







Manoel Loureiro, S/N - São José - SC CNPJ:77858611001414 - Inscrição estadual: - Fone: (CNES 9671145)



Usuário/Matrícula:

Conta paciente

(77858611001414) Nota:

Emissao:

N° atend: Nº IC:

3.573.966 21.411.729

DELBER FAGUNDES DOS SANTOS FILHO

Instituto Adventista

0022025

Instituto Adventista

Proc Princ: 30726174

Paciente:

Categoria:

Prontuário: 99870644 Data entrada:

26/06/2025 14:55:41

Data saída: 26/06/2025 15:53:25 Motivo Alta: Alta melhora

Médico: Dr. JULIANO TEIXEIRA DE SA (CRM 17278)

Convênio:

Tipo atend: 3 - Pronto socorro Espec/Clinica: 1 Clinica Adulto

Lesões Ligamentares Agudas - Tratamento Incruento

Tipo acomodação Apartamento Sexo: M

Data 29/10/2014 CID Princ: S83.4 Entorse distensao envolv lig colat joelho

Senha: 29868 Guia: 29868

Dt Conta: 26/06/25 14:56 Dt inicial: 26/06/25 14:55 Dt final: 26/06/25 15:53 Refer: 30/06/25

Movimentag	ão do	Paciente
------------	-------	-----------------

Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO	Setor sem acomodação	1/PA	26/06/2025 14:55:41	26/06/2025 15:53:25
2	Pronto socorro	ORTOPEDIA	Setor sem acomodação	1/ORT	26/06/2025 15:04:27	26/06/2025 15:53:25
3	Serviços Especiais	RAIO X	Setor sem acomodação	1/	26/06/2025 15:09:00	26/06/2025 15:09:00

Hone	orários	Não	Conveniados
IVIII	ui ai ius	Nav	CONVENIAGOS

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crm	Médico	Função	Valor
1	26/06/25 14:55	PRONTO ATENDIMENTO	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	17278	JULIANO TEIXEIRA	Clínico	100,32
2	26/06/25 15:10	ORTOPEDIA	30726174	Lesões Ligamentares Agudas - Tratamento Incruento	1,00	17278	JULIANO TEIXEIRA	Clínico	78,30
3	26/06/25 15:32	RAIO X	40804054	Joelho	1,00	6606	PEDRO LEMOS DE	Clínico	45,99
	Total de Honorários Não Conveniados				3,00				224,61

Total geral R\$ 224,61 Unimed A

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA

Atendimento: 3564470

Contratante: Paciente/Usuário Nome: EVA SANDELA RODRIGUES MATOS CPF:	Atendimento N°: 3564470 Telefone: (48) 988318997 RG:
Endereço: Rua Benta Soares Luiz , 262 ap a306	
Responsável:	Telefone: 5548988748544
Nome: FERNAN	RG:
CPF: 00871873290	
Endereço: Rua Benta Soares Luiz , 262 ap a306	

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

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.

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

desta cláusula.

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

Unimed A

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



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:

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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 sposto nesta

cláusula, vem declarar que:	inte Termo de C	Onsentimento Livre e Esclarecido, disposto nesta
() DESEJA ser acompanhada nos termos da Lei nº 8	8.080/1990.	
Nome da Acompanhante		
CPF n°		*
() RENUNCIA ser acompanhada nos termos da Lei	n° 8.080/1990.	
Cláusula Oitava: As Partes elegem o foro de domicílidividas, conflitos ou questões oriundas do presente (seja ou venha a se tornar.	io do CONTRA ' Contrato, renunc	TANTE, para que nele sejam dirimidas quaisquer ciando a qualquer outro por mais privilegiado que
São José/SC,//	J.	
Jernande P. Diciolo		0
CONTRATANTE/RESPONSÁVEL		CONTRATADA
Testemunhas		
1 Nome:	2	
CPF n°	Nome: CPF n°	

2 - N° Guia no Prestador 5997325 GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT Instituto Adventista

Atend.: 3564470

WATE70106 47 - Valor Total (R\$) 12 - Atendimento a RN 31 - Código CNES 65 - Total Geral (R\$) 28 - Otde.Aut. 55 - Código CBO 45 - Fator Red / Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$) 27 - Qtde.Solic. 20 - Assinatura do Profissional Solicitante 53 - Número no Conselho 10-64 - Total Gases Medicinais R\$ 11 - Cartão Nacional de Saúde 68 - Assinatura do Contratado 43 - Via 44 - Tec. 16/06/2025 63 - Total Medicamentos (R\$) 19 - Código CBO 225125 52 - Conselho Profissional diogo.petry 18 - UF SC 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 29601 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento 62 - Total de OPME (R\$) 16 - Conselho Profissional 17 - Número no Conselho 6 2526 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsayel 10 - Nome EVA SANDELA RODRIGUES MATOS 14 - Nome do Contratado UNIMED GRANDE FLORIANOPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO 41 - Descrição 6 - Data Validade da Senha 34 - Tipo de Consulta CONSULTA EM PRONTO SOCORRO Página 1 61 - Total Materiais (R\$) 40 - Código do Procedimento 51 - Nome do Profissional 9 - Validade da Carteira 28/01/2025 23 - Indicação Clínica - Data de Realização de Procedimentos em Série 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 30 - Nome do Contratado 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) dentrifração do(s) Profissional(is) Executante(s) 48 - Seq.Ref. 50 - Gr.Part. 50 - Código na Operadora/CPF 39 - Tabela Dados da Solicitação / Procedimentos ou tens Assistenciais Solicita

21 - Caráter do Atendimento 2 - Data da Solicitação 16/06/2025 24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados 36 - Data 37 - Hora inicial a 38 - Hora final 3 - N° Gula Principal Impresso em: 16/06/2025 20:01:44 10101039 Requisitante Nao Cadastrado/nao Cooperado - Assinatura do Responsável pela Autorização 5 - Senha 29601 15 - Nome do Profissional Solicitante dos do Contratado Executante - Código na Operadora 13 - Código na Operadora 77858611001414 59 - Total Procedimentos (R\$) Dados do Beneficiário 8 - Número da Carteira 7587052 Observação / Justificativa 1 - Data da Autorização Dados do atendimento 32 - Tipo de Atendimento Dados do Solicitante 1 - Registro ANS 16/06/2025 22 000000

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Eva Sandela Rodrigues Matos Nº da Carteirinha: 7.58.7052

Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Estreito

Atendido e encaminhado ao hospital de referência-Hospital Unimed.

Data de Nascimento: 21/08/2013

Nº da Guia: 29601



Data da Ocorrência	Horário	Local		Atividade		
16/06/2025	14:11:00 Quadra Aula de edu			Aula de educa	ção física	
O que aconteceu		1	Partes do corpo			
Trauma (Ex.: bola bat no outro)	eu no rosto	o, aluno jogou objeto	Mão Esquerda, 5º D	edo Mão Esqu	uerda	
Descrição			HIGH BY	2000		
Aluna bateu o dedinho	da mão esqu	uerda ao tentar defender a l	pola durante aula d	e educação fís	sica	
	rência		***		Telefone	
Testemunha da ocor	rencia			the second secon		
	rencia	and the second s			(48) 3039-8054	
Testemunha da ocor Professora Marcia Local de atendimento		Endereço	Νo	Bairro	(48) 3039-8054 Telefone	

Ass.: Cuciana Rafaela de nascimento

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:



Evolução Paciente

Paciente	EVA SANDELA RODRIGUES MATOS	Atendimento	3.564.470
Data Nascto.	21/08/2013 11 Anos	Prontuário	99.854.142
Sexo	Feminino	Dt. Entrada	16/06/2025 20:00:23
Telefone	988318997	Convênio	Instituto Adventista Instituto

Telefone 988318997 Leito 1 ORT

Data evolução Liberação Função Tipo evolução Especialidade Usuário Código prof 16/06/2025 20:50 16/06 20:51 Médico Evolução Médica PA FABIO CABRAL

BOTELHO

Evolução Médica PA Adulto - ORTOPEDIA

Queixa Principal : Trauma no 5 º dedo de mão E jogando handbol hoje na escola dor mais edema de IFP do 5 º dedo de mão E

Rx sem sinais de fratura

contusão de 5 º dedo de mão E

Exame físico : Tala metalica de 5 º dedo de mão E

mãe tem ibuprofeno em casa.

analgesia

atestado 10 dias educação física.

Impresso em: 17/06/2025 13:48:37 Página 1 schayany.souza CATE23



Paciente: EVA SANDELA RODRIGUES MATOS

Data de Nascimento: 21/08/2013 Idade: 11anos 9M Sexo: F

Data do Exame: 16/06/2025

Solicitante: Dr.(a) FABIO CABRAL BOTELHO Protocolo: UGF3564470 Senha: 731769

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

RADIOGRAFIA DIGITAL DO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO

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







Manoel Loureiro, S/N - São José - SC CNPJ:77858611001414 - Inscrição estadual: - Fone: (CNES 9671145)

Convênio:

Médico: Dr. FABIO CABRAL BOTELHO (CRM 5841)



Usuário/Matrícula:

Conta paciente

(77858611001414) Nota:

Emissao:

N° atend: 3.564.470

> Nº IC: 21.400.668

EVA SANDELA RODRIGUES MATOS

Instituto Adventista

7587052

Instituto Adventista

Paciente:

Categoria:

Data

Prontuário: 99854142 Data entrada: 16/06/2025 20:00:23 Data saída:

16/06/2025 21:00:20

Motivo Alta: Alta melhora

Tipo atend: 3 - Pronto socorro

Espec/Clinica: 1 Clinica Adulto

Proc Princ: 00000000

21/08/2013

Tipo acomodação Setor sem acomodação

Sexo: F

CID Princ: S60.2 Contusao de outr partes do punho e da mao

Senha: 29601 Guia: 29601

Dt Conta: 16/06/25 20:00 Dt inicial: 16/06/25 20:00 Dt final: 16/06/25 21:00 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	16/06/2025 20:00:23	16/06/2025 21:00:20
2	Pronto socorro	ORTOPEDIA	Setor sem acomodação	1/ORT	16/06/2025 20:15:29	16/06/2025 21:00:20
3	Serviços Especiais	RAIO X	Setor sem acomodação	1/	16/06/2025 20:38:00	16/06/2025 20:38:00

Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crm	Médico	Função	Valor
1	16/06/25 20:00	PRONTO ATENDIMENTO	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	5841	FABIO CABRAL	Clínico	130,42
2	16/06/25 20:42	RAIO X	40803120	Mão Ou Quirodáctilo	1,00	12478	GUSTAVO LEMOS	Clínico	44,25
3	16/06/25 20:49	ORTOPEDIA	30711010	Imobilizações Não-Gessadas (Qualquer Segmento)	1,00	5841	FABIO CABRAL	Clínico	15,95
	To	tal de Honorári	ios Não Co	nveniados	3,00				190,62

Materia	ais					
Seq	Código	Descrição	Unid.	Qtde	VI Unit.	VI Total
		ORTOPEDIA				
1	78365678	ATADURA CREPON 06 CM X 1,8 M	rl	1,0000	1,2300	1,23
2	78308488	TALA METALICA IMOBIL	und	1,0000	3,2100	3,21
		Total - ORTOPEDIA -		2,0000		4,44
		Total de Materiais		2,0000		4,44

Total geral R\$ 195,06 Unimed A

Endereço:

Rua Dos Trabos, 220 ap 220

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA

U	
Atendimento:	3561624

Contratante:	
Paciente/Usuário	Atendimento Nº: 3561624
Nome: FELIPE ANTONIO FROZZA DE OLIVEIRA	Telefone: (51) 981483139
CPF: 03697131095	RG:
Endereço: Avenida da Pedra Branca , 196 APTO	
Responsável:	
Nome: MIRTES	Telefone: 5551981483139
CPF: 43169325000	P.G.

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 prestados e boleto bancário contemplando o valor total do pagamento, através do e-mail caixahospital@unimedflorianopolis.com.br (CONTRATADA) para o e-mail indicado na adimissão do paciente

Unimed A

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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:		1	655
() DESEJA ser acompanhada nos termos da Lei nº	8.080/1990.	*	
Nome da Acompanhante		be	
CPF n°		,	
() RENUNCIA ser acompanhada nos termos da Le	ei nº 8.080/1990.		
Cláusula Oitava: As Partes elegem o foro de domici dúvidas, conflitos ou questões oriundas do presente seja ou venha a se tornar. São José/SC, 13/06/25			
546 7636/50, <u>7 1 3 6 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5</u>			
M Fro Dro			
CONTRATANTE/RESPONSÁVEL		CONTRATADA	
Testemunhas		÷	5 2 2. £
₀ 1-	2-	*	
Nome: CPF n°	Nome: CPF n°	· 102	

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Felipe Antonio Frozza de Oliveira

Nº da Carteirinha: 7.205.834

Instituição: Colégio Adventista Palhoça

Data de Nascimento: 18/06/2011

Nº da Guia: 29535



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
13/06/2025	10:53:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Direito

Di	ıran	to	2	Educação	Fícica	0	aluno	torceu	0	tornozelo	•

Testemunha da ocorrência	Telefone
Thiago José Jair Martins	(48) 98830-9594

Local de atendimento	Endereço	Мō	Bairro	Telefone
HUGF - HOSPITAL UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS	Rua Manoel Loureiro	191 0	Barreiros	(48) 3288-4100

Observações

Descrição

Professor colocou gelo, foi encaminhado ao Vice diretor que entrou em contato com a Vó.

Thiagø José Jair Martins

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

(não credenciados) com os seguintes dados: Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0003-31

Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157 assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / portoalegre.clinicaadventista.org.br



Evolução Paciente

Paciente	FELIPE ANTONIO FROZZA DE OLIVEIRA	Atendimento	3.561.624
Data Nascto.	18/06/2011 13 Anos	Prontuário	99.798.929
Sexo	Masculino	Dt. Entrada	13/06/2025 11:54:34
Telefone	981483139	Convênio	Instituto Adventista Instituto
Leito	1 ORT		

Data evolução Liberação Função Tipo evolução Especialidade Usuário Código prof 13/06/2025 12:43 13/06 12:43 Médico Evolução Médica PA EDUARDO CRM 34767 HUBBE BUSS

Evolução Médica PA Adulto - ORTOPEDIA

Queixa Principal: queixa de entorse de tornozelo, dor na região do maleolo lateral

Exame físico: ao exame físico, sem dor em fibula alta, sem gap no tendão calcaneo, sem dor em base

do 5° mtt lesão LTFA

Conduta: P: bota oropedica s/n, gelo local, analgesia, elevação do membro e repouso

Acionado sobreaviso da Ortopedia?: não

Impresso em: 16/06/2025 16:09:38 Página 1 schayany.souza CATE23

Documento assinado digitalmente conforme a ICP-Brasil, MP 2.200-2/2001 no sistema certificado SBIS-SRES-068 por EDUARDO HUBBE BUSS, às 20:14-03:00 de 14/06/2025 - Válida



Paciente: FELIPE ANTONIO FROZZA DE OLIVEIRA

Data de Nascimento: 18/06/2011 Idade: 13anos 11M Sexo: M

Data do Exame: 13/06/2025

Solicitante: Dr.(a) EDUARDO HUBBE BUSS Protocolo: UGF3561624 Senha: 469213 unimedflorianopolis.com.br Central de Atendimento: (48) 3288 4100 Informações: 0800 048 3500

RADIOGRAFIA DIGITAL TORNOZELO DIREITO

Estrutura óssea preservada.

Relações articulares conservadas.

Partes moles sem alterações radiográficas.







Manoel Loureiro, S/N - São José - SC CNPJ:77858611001414 - Inscrição estadual: - Fone: (CNES 9671145)

Convênio:



Usuário/Matrícula:

Conta paciente

(77858611001414) Nota:

N° atend: Nº IC:

3.561.624 21.397.530

Emissao:

Instituto Adventista

Proc Princ: 30728134

Paciente:

Categoria:

Data

Prontuário: 99798929 Data entrada:

FELIPE ANTONIO FROZZA DE OLIVEIRA

13/06/2025 11:54:34

Instituto Adventista

Data saída: 13/06/2025 12:47:29

7205834

Motivo Alta: Alta melhora

Tipo atend: Espec/Clinica: 1

3 - Pronto socorro Clinica Adulto

Médico: Dr. EDUARDO HUBBE BUSS (CRM 34767)

Lesões Ligamentares Agudas Ao Nível Do Tornozelo - Tratamento

Tipo acomodação Setor sem acomodação

Sexo: M

18/06/2011 CID Princ: S93.4 Entorse e distensao do tornozelo

Guia: 29535 Senha: 29535

Dt Conta: 13/06/25 11:57 Dt inicial: 13/06/25 11:54 Dt final: 13/06/25 12:47 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	13/06/2025 11:54:34	13/06/2025 12:47:29
2	Pronto socorro	ORTOPEDIA	Setor sem acomodação	1/ORT	13/06/2025 12:09:52	13/06/2025 12:47:29
3	Serviços Especiais	RAIO X	Setor sem acomodação	1/	13/06/2025 12:32:00	13/06/2025 12:32:00

Hono	rários Não Con	veniados							
Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crm	Médico	Função	Valor
1	13/06/25 11:54	PRONTO ATENDIMENTO	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	34767	EDUARDO HUBBE	Clínico	100,32
2	13/06/25 12:39	RAIO X	40804089	Articulação Tibiotársica (Tornozelo)	1,00	12071	JOEL SUSUMU	Clínico	44,25
3	13/06/25 12:43	ORTOPEDIA	30728134	Lesões Ligamentares Agudas Ao Nível Do Tornozelo - Tratamento Incruento	1,00	34767	EDUARDO HUBBE	Clínico	107,52
	To	tal de Honorár	ios Não Co	onveniados	3,00				252,09

Total geral R\$	252.09

Pág 1 FatAct_R7 Impresso em 16/06/2025 16:03:36 schayany.souza

24	郑		2003	7007	8
14	-	13	9	E	3
	eticle.	bolindo	distribut.	dibelib	ыÐ

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA

Atendimento:	

Can	++	anta.
COI	uat	ante:

A SIGN SEEDAMACH TATELLE PARKET CONTROL	,
Paciente/Usuário	Atendimento Nº: 3557837
Nome: IGOR PEREIRA RODRIGUES ANTONIO	Telefone: (47) 988480155
CPF: 14804988904	RG:
Endereço: Rua Santos Dumont , 810 apto 101	
Responsável:	
Nome: JESSICA	Telefone: 5547988480155
CPF: 06100224232	RG:
Endorage: Pus Santos Dumont, 910 anto 101	

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

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

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

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



(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 servicos prescritos; (viii) zelarão e se responsabilizarão por eventuais danos causados de forma dolosa ou culposa aos bens colocados à disposição para o conforto e tratamento do paciente; (ix) assumirão a responsabilidade pela recusa à realização de procedimentos ou tratamentos recomendados pelos profissionais de saúde e pela não atenção às orientações fornecidas pela equipe de saúde da CONTRATADA; (x) estão cientes de que as consultas de urgência/emergência, realizadas no Pronto Atendimento da CONTRATADA, particular ou convênio, não têm direito a retorno; (xi) devem dar informações completas e precisas sobre o histórico de saúde, doenças prévias, uso de medicamentos, procedimentos médicos anteriores e outros problemas relacionados à saúde do paciente; (xii) têm conhecimento de que o prontuário médico deverá permanecer sob a guarda dos médicos da CONTRATADA; (xiii) o CONTRATANTE/RESPONSÁVEL será o responsável pelo paciente acima identificado e, por consequência: (xiii.1) dará plena autorização aos médicos da CONTRATADA para assistirem e tratarem da sua enfermidade, realizando todos os procedimentos e investigações que julgarem necessários para a preservação da vida, órgãos e funções do paciente; (xiii.2) está ciente de que os médicos assistentes, em conformidade com o artigo 34 do Código de Ética Médica e artigo 9° da Lei nº 8.078/90, explicarão claramente a proposta do procedimento médico ou cirúrgico ao qual o paciente será submetido, inclusive seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas aos procedimentos sugeridos, proporcionando-lhe livre questionamento e respondendo inteira e satisfatoriamente às perguntas porventura existentes;

(xiii.3) está ciente de que em caso de perigo de vida, de acordo com o artigo 22 do Código de Ética Médica, serão efetuados todos e quaisquer procedimentos médicos sem esclarecimento e consentimento prévio; (xiv) havendo evolução do atendimento de urgência/emergência para internação hospitalar: (xiv.1) providenciarão acompanhante para o paciente em tempo integral, quando for criança ou adolescente menor de 18 (dezoito) anos, pessoa idosa (a partir de 60 anos), pessoa com deficiência e/ou outras necessidades especiais; (xiv.2) providenciarão os produtos necessários para realização de higiene pessoal do paciente, tais como: escova de dente, creme dental, sabonete, xampu, condicionador, escova de cabelo, aparelho de barbear, absorvente íntimo, fralda descartável, entre outros; (xiv.3) participarão do plano de tratamento e alta hospitalar do paciente ou indicarão quem poderá fazê-lo; (xiv.4) liberarão o leito em até 1h (uma hora) após a alta hospitalar, sob pena de pagamento proporcional sobre o valor da diária, nos termos a seguir: (xiv.4.1) Se o paciente desocupar o leito até às 11h59min haverá cobrança de 50% (cinquenta por cento) do valor da diária; (xiv.4.2) Se o paciente desocupar o leito a partir de 12h (doze horas) haverá cobrança de 100% (cem por cento) do valor da diária.

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

	CONTRACTOR OF THE PARTY OF THE	200
	AND DESCRIPTION OF THE PERSON NAMED IN	200
111	imed	经金司

CPF n°

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA

Aten	aim	ıer	ITO	•	111	S	51	18	31

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:

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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 posto nesta

cláusula, vem declarar que:	imo de Consentimento Livre e Esclarecido, disposto nesti
() DESEJA ser acompanhada nos termos da Lei nº 8.080/1	990.
Nome da Acompanhante	β.
CPF n°	449
() RENUNCIA ser acompanhada nos termos da Lei nº 8.08	30/1990.
Cláusula Oitava: As Partes elegem o foro de domicílio do C dúvidas, conflitos ou questões oriundas do presente Contrat seja ou venha a se tornar.	CONTRATANTE, para que nele sejam dirimidas quaisque to, renunciando a qualquer outro por mais privilegiado que
São José/SC,/	
CONTRATANTE/RESPONSÁVEL	CONTRATADA
Testemunhas	
1 Nome:	2

CPF n°



10/06/2025

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

72052323 Impresso em: 10/06/2025 10:13:44 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)
48 - Seq.Ref.
49 - Gr.Part.
50 - Código na Operadora/CPF Dados do Contratado Executante 29 - Código na Operadora Instituto Adventista 58 - Observação / Justificativa Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados 36 - Data 37 - Hora inicial a 38 - Hora final Dados do atendimento 32 - Tipo de Atendimento 21 - Caráter do Atendimento 13 - Código na Operadora 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 15 - Nome do Profissional Solicitante 4 - Data da Autorização 59 - Total Procedimentos (R\$) Dados da Solicitação / Procedimen ados do Solicitante 1 - Registro ANS Requisitante Nao Cadastrado/nao Cooperado 77858611001414 24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 22 5 - Senha 27856004 3 - N° Guia Principal 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 22 - Data da Solicitação 10/06/2025 10101039 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 39 - Tabela 30 - Nome do Contratado 14 - Nome do Contratado UNIMED GRANDE FLORIANOPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 26 - Descrição 23 - Indicação Clínica 9 - Validade da Carteira 10/06/2025 51 - Nome do Profissional 40 - Código do Procedimento 61 - Total Materiais (R\$) 6 - Data Validade da Senha 16 - Conselho Profissional 34 - Tipo de Consulta 67 - Asstratura do Bennficiário ou Responsável 10/06/2025 LES LESSALO DE MAOLES Página 1 10 - Nome IGOR PEREIRA RODRIGUES ANTONIO 41 - Descrição 17 - Número no Conselho 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 27856004 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento 62 - Total de OPME (R\$) 18 - UF SC cleuza.vieira 52 - Conselho Profissional 63 - Total Medicamentos (R\$) tionseles 19 - Código CBO 225125 42 - Qtde. 68 - Assinatura do Contratado 10/06/2025 2 - N° Guia no Prestador 5986174 11 - Cartão Nacional de Saúde 20 - Assinatura do Profissional Solicitante 43 - Via 44 - Tec. 64 - Total Gases Medicinais R\$ 53 - Número no Conselho 45 - Fator Red./Acresc. 27 - Qtde,Solic 10-54 - UF 55 - Código CBO 46 - Valor Unitário (R\$) 65 - Total Geral (R\$) 28 - Qtde.Aut 12 - Atendimento a RN N v.s.e Atend.: 3557837 31 - Código CNES 47 - Valor Total (R\$) WATE70106

- CANADA TANA



AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO.004

Aluno: Igor Pereira Rodrigues Antonio Nº da Carteirinha: 7.205.2323 Instituição: Colégio Adventista Palhoça



Nº da Guia: 27856.004



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
10/06/2025	08:36:50	Sala de Aula	Chegada

O que aconteceu Partes do corpo

Queda de mesmo nível Antebraço Direito, Mão Direita

Descrição

O aluno estava caminhando pela sala e quando foi se apoiar em duas mesas, a mão direita foi em falso e o aluno cai sozinho em cima do braço direito. Em ligação com o responsável, nos comunicou que o aluno já quebrou uma outra vez o braço direto.

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

and the second of the second o	
Data	
29/04/2025	
	, i = 1

Local de atendimento	Endereço	Иō	Bairro	Telefone	
HUGF - HOSPITAL UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS	Rua Manoel Loureiro	191 0	Barreiros	(48) 3288-4100	

Motivo do Retorno

Retorno médico para análise no braco machucado.

Ass.: Geovana Martins

Geovana Santos Martins

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

(não credenciados) com os seguintes dados: Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0003-31

Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157 assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / portoalegre.clinicaadventista.org.br

6			



Evolução Paciente

Paciente IGOR PEREIRA RODRIGUES ANTONIO 3.557.837 Atendimento Data Nascto. 24/02/2019 6 Anos Prontuário 99.872.789

Sexo Masculino Dt. Entrada 10/06/2025 09:49:25 988480155 Telefone Convênio Instituto Adventista Instituto Leito 1 ORT

Data evolução Tipo evolução Especialidade Usuário Código prof Liberação Função 10/06/2025 11:51 10/06 11:52 Médico Evolução Médica PA **LEANDRO** CRM 22137

DAVID DOS **SANTOS**

Evolução Médica PA Adulto - ORTOPEDIA

Queixa Principal: Sinais Vitais Triagem:

FR: 22 FC: 90 PAS: PAD: Temp: 36,4 SatO2: 97

5 semANAS fratura antebraço D

Encaminhamento ao Ambulatório UGF?: não

Impresso em: 11/06/2025 10:17:38 Página 1 Documento assinado digitalmente conforme a ICP-Brasil, MP 2.200-2/2001 no sistema certificado SBIS-SRES-068 por LEANDRO DAVID DOS SANTOS, às 13:56-03:00

de 10/06/2025 - Válida



Evolução Paciente

PacienteIGOR PEREIRA RODRIGUES ANTONIOAtendimento3.557.837Data Nascto.24/02/20196 AnosProntuário99.872.789

SexoMasculinoDt. Entrada10/06/2025 09:49:25Telefone988480155ConvênioInstituto Adventista Instituto

Leito 1 ORT

Data evoluçãoLiberaçãoFunçãoTipo evoluçãoEspecialidadeUsuárioCódigo prof10/06/2025 12:2010/06 12:23MédicoEvolução Médica PALEANDROCRM 22137

DAVID DOS SANTOS

Evolução Médica PA Adulto - ORTOPEDIA

Queixa Principal: Sinais Vitais Triagem:

FC: 90 PAS: PAD: Temp: 36,4 FR: 22 SatO2: 97

RETIRO O GESSO.

RX: FRATURA CONSOLIDADA .

ÓRTESE POR MAIS 3 SEMANAS...

ORIENTO SOBRE POSSIBILIDADE DE REFRATURAS.

Encaminhamento ao Ambulatório UGF?: não

Impresso em: 11/06/2025 10:17:52 Página 1 schayany.souza CATE23

Documento assinado digitalmente conforme a ICP-Brasil, MP 2.200-2/2001 no sistema certificado SBIS-SRES-068 por LEANDRO DAVID DOS SANTOS, às 13:56-03:00 de 10/06/2025 - Válida



Paciente: IGOR PEREIRA RODRIGUES ANTONIO

Data de Nascimento: 24/02/2019 Idade: 6anos 3M Sexo: M

Data do Exame: 10/06/2025

Solicitante: Dr.(a) LEANDRO DAVID DOS SANTOS

Protocolo: UGF3557837 Senha: 190871

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

RADIOGRAFIA DIGITAL DO ANTEBRAÇO DIREITO

Exame de controle de fraturas com formação de consolidação nas diáfises do rádio e da fíbula.







Manoel Loureiro, S/N - São José - SC CNPJ:77858611001414 - Inscrição estadual: - Fone: (CNES 9671145)

Convênio:

Médico: Dr. LEANDRO DAVID DOS SANTOS (CRM 22137)

10/06/25 09:49



Conta paciente

(77858611001414) **Nota:**

Emissao:

Função

Clínico

Clínico

Clínico

N° atend:

Nº IC:

3.557.837 21.393.476

Usuário/Matrícula:

IGOR PEREIRA RODRIGUES ANTONIO

Instituto Adventista

72052323

Instituto Adventista

Paciente:

Categoria:

Prontuário: 99872789 Data entrada:

10/06/2025 09:49:25 Data saída:

10/06/2025 12:27:22

Motivo Alta: Tipo atend:

Alta melhora
3 - Pronto socorro

Espec/Clinica: 1

Pronto socorro
 Clinica Adulto

Proc Princ: 00000000 0

Tipo acomodação Apartamento

Sexo: M

Dt final:

Data 24/02/2019

Dt Conta: 10/06/25 10:13

CID Princ: S52.4 Frat das diafises do radio e do cubito

Dt inicial:

Guia: 27856004

Senha: 27856004

10/06/25 12:27

3,00

Refer: 30/06/25

Médico

MARCIO

LEANDRO DAVID

LEANDRO DAVID

Movimentação do Paciente

Seq Classificação Setor Acomodação Unidade Dt. Entrada Dt. Saída PRONTO ATENDIMENTO 1 Pronto socorro 1/PA 10/06/2025 09:49:25 10/06/2025 12:27:22 Setor sem acomodação 2 Pronto socorro ORTOPEDIA Setor sem acomodação 1/ORT 10/06/2025 10:19:00 10/06/2025 12:27:22 3 Serviços Especiais RAIO X Setor sem acomodação 1/ 10/06/2025 11:58:00 10/06/2025 11:58:00

Honorários Não Conveniados

Seq Dt Conta Código Descrição Qtde Crm Setor 1 10/06/25 09:49 PRONTO Em Pronto Socorro 1,00 22137 10101039 ATENDIMENTO 2 10/06/25 11:54 ORTOPEDIA 30720087 Fratura De Antebraço - Tratamento 1,00 22137 Conservador 3 10/06/25 12:13 RAIO X 40803104 Antebraco 1,00 20087

Total de Honorários Não Conveniados

Total geral R\$

195,40

Valor

100.32

49,09

45,99

195,40

Unimed A

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA

Atendimento: 3574323

<u> </u>	-4-		ant	
	riii	-11	anı	ρ.
		~ ~ ~	4::6	~ :

Paciente	e/Usuário		Atendimer	o N°: 3574323		DC
Nome:	LUÍS OTÁVIO NECKEL		Telefone:	(48) 984261617	ja .	
CPF: 15	5847981902		RG:	1		
Endereç	o: Rua José Luiz Martins , 0 apte	205		1.5		
Respo	nsável:					
Nome:	BRUNA		Telefone:	554898426161	,	
CPF:	07076691973	3.5	RG:			
Endered	eo: Rua Capitão Augusto	Vidal 3430 Torre B Anto 205				

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 prestados e boleto bancário contemplando o valor total do pagamento, através do e-mail caixahospital@unimedflorianopolis.com.br (CONTRATADA) para o e-mail indicado na adimissão do paciente

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA

Atendimento: 3574323

(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 regusa 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 beneficios, 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 1h¹ (uma hora) após a alta hospitalar, sob pena de pagamento proporcional sobre o valor da diária, nos termos a seguir: (xiv.4.1) Se o paciente desocupar o leito até às 11h59min haverá cobrança de 50% (cinquenta por cento) do valor da diária; (xiv.4.2) Se o paciente desocupar o leito a partir de 12h (doze horas) haverá cobrança de 100% (cem por cento) do valor da diária.

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

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



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:

clausula, vem declarar que:		
() DESEJA ser acompanhada nos termos da Lei nº	8.080/1990.	
Nome da Acompanhante	а	224
CPF n°	.2	s, š
() RENUNCIA ser acompanhada nos termos da L	ei n° 8.080/1990.	
Cláusula Oitava: As Partes elegem o foro de domic dúvidas, conflitos ou questões oriundas do presente	ílio do CONTRATANTE , para que e Contrato, renunciando a qualquer o	nele sejam dirimidas quaisquer outro por mais privilegiado que
seja ou venha a se tornar.	N.	
São José/SC,/		
Duma R. neckel		
CONTRATANTE/RESPONSÁVEL	CONTRATA	DA .
		1
Testemunhas		
1 Nome: CPF n°	2 Nome: CPF n°	



entista		GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT	/ SERVIÇO AUXILIAR I	DE DIAGNÓSTICO E	E TERAPIA - SP/SADT 2 - N° Guia no Prestador 6014205	Atend.: 3574323
1 - Registro ANS 3 - N° Guia Principal	Principal					
4 - Data da Autorização 5 - Senha 26/06/2025 29887		6 - Data Validade da Senha 2	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 29887	adora		
Dados do Beneficiário 8 - Número da Carteira 720518	9 - Valid 26/06/20	9 - Validade da Carteira 10 - Nome 26/06/2025 LUIS OTÁVIO NECKEI	CKEL		11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
Dados do Solicitante 13 - Código na Operadora 77858611001414	14 - Nome do Contrati UNIMED GRANDE FL	14 - Nome do Contratado UNIMED GRANDE FLORIANOPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO	BALHO MEDICO			
15 - Nome do Profissional Solicitante Requisitante Nao Cadastrado/nao Cooperado		16 - Conselho Profissional 27 - N 6 2526	selho	18 - UF 19 - Código CBO SC 225125	20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 21 - Caráter do Atendimento 22 - Data da Solicitação 26/06/2025		23 - Indicação Clínica				
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 1 22 10101039		26 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO			27 - Qide,Solic, 1	28 - Qtde.Aut. 1
2 2		A CALLED TO THE TOTAL CONTRACTOR OF THE TOTAL CONTRACT		Section of the sectio		
Dados do Contratado Executante 29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado					31 - Código CNES
Dados do atendimento 32 - Tipo de Atendimento 33 - Indicaç	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento			
Dados da Execução / Procedimentos e Exames resilizados 36 - Data 37 - Hora inicial a 38 - Hora final 1 2	39 - Tabela	40 - Côdigo do Procedimento 41 - Descrição		42 - Otde,	43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator Red J Acresc. 46 - Vi	46 - Valor Unitário (RS) 47 - Valor Total (RS)
5 6 Identificação do(s) Profissional(s) Executante(s) 48 - Seq.Ref. 49 - Gr.Part. 50 - Código na Operadora/CPF	173 117 153	51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho 54 - UF	= 55 - Código CBO
				-		
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 1 / 3 /	n Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou	Responsável 56 -	, ,	7//	9/_	,
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	ição	67 - Assinátura do Beneficiário ou Responsável 26/06/2025 6 A A VC	ALYNC A MC	Ku.	68 - Assinatura do Contratado 26/06/2025	
Impresso em: 26/06/2025 22:48:20	18:20	Página 1		fernanda.aparec		WATE70106

Ý

THE PERSON NAMED IN COLUMN TWO IS NOT THE PERSON NAMED IN COLUMN TRANSPORT NAMED IN COLUMN TWO IS NOT THE PERSON NAMED IN COLUMN TRANSPORT NAMED IN COLUMN TWO IS NOT THE PERSON NAMED IN COLUMN TRANSPORT NAMED IN COLUMN TWO IS NOT THE PERSON NAMED IN COLUMN TRANSPORT NAMED IN COLUMN TWO IS NAMED IN COLUMN TRANSPORT NAME

STATE OF THE PARTY OF THE PARTY

The state of the s

The second second

A SANGEMENT OF STREET



AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Luis Otávio Neckel Nº da Carteirinha: 7.205.18

Instituição: Colégio Adventista Palhoca

Data de Nascimento: 27/03/2012

Nº da Guia: 29887



Data da Ocorrência	Horário	Local	Ativi	dade
26/06/2025	16.07.00	Quadra	Aula	الله ما

26/06/2025 16:07:00 Aula de educação física

O que aconteceu Partes do corpo

Mão Direita. 2º Dedo Mão Direita Torcão

Descrição

Durante a atividade, quando o aluno foi defender a bola acabou tendo torção no dedo indicador (ficou um pouco inchado no local).

Telefone Testemunha da ocorrência Geovana Martins (48) 3083-9450 (48) 3083-9450 Geovana Martins

Data Quem prestou primeiros socorros

26/06/2025 Geovana Martins

Telefone Bairro Local de atendimento Endereco NΩ HUGF - HOSPITAL UNIMED GRANDE 191 Barreiros (48) 3288-4100 Rua Manoel Loureiro **FLORIANÓPOLIS**

Observações

Foi aplicado gelo no local e comunicado a família via Classapp

Ass.:

Geovana Santos Martins

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

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



Evolução Paciente

Paciente	LUIS OTAVIO NECKEL	Atendimento	3.574.323
Data Nascto.	27/03/2012 13 Anos	Prontuário	99.871.117
Sexo	Masculino	Dt. Entrada	26/06/2025 22:45:50
Telefone	984261617	Convênio	Instituto Adventista Instituto

Telefone 984261617 Leito 1 ORT

Data evolução Liberação Função Tipo evolução Especialidade Usuário Código prof 26/06/2025 23:43 26/06 23:44 Médico Evolução Médica PA RAFAEL ABREU

ABREU MANSUR

Evolução Médica PA Adulto - ORTOPEDIA

Queixa Principal: trauma indicador direito

goeliro/omoi bolada

adm ampla çeve edema ifp hemaoma vovlar leve

rx:sem laudosem evid fraturas

c:roeinto analegsia taka meralica raval ambulatorial

Acionado sobreaviso da Ortopedia?: não

Impresso em: 27/06/2025 07:58:49 Página 1 schayany.souza CATE23



Paciente: LUIS OTAVIO NECKEL

Data de Nascimento: 27/03/2012 Idade: 13anos 2M Sexo: M

Data do Exame: 26/06/2025

Solicitante: Dr.(a) RAFAEL ABREU MANSUR Protocolo: UGF3574323 Senha: 416014 unimedflorianopolis.com.br Central de Atendimento: (48) 3288 4100 Informações: 0800 048 3500

RADIOGRAFIA DIGITAL DO QUIRODÁCTILO

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







Manoel Loureiro, S/N - São José - SC CNPJ:77858611001414 - Inscrição estadual: - Fone: (CNES 9671145)

Convênio:



Usuário/Matrícula:

Conta paciente

(77858611001414) Nota:

Emissao:

N° atend: 3.574.323

> Nº IC: 21.412.171

LUIS OTAVIO NECKEL

Paciente:

Categoria:

Instituto Adventista

720518

Instituto Adventista

Prontuário: 99871117 Data entrada:

Data saída: 26/06/2025 22:45:50

27/06/2025 00:01:42

Motivo Alta: Tipo atend:

Alta melhora 3 - Pronto socorro

Médico: Dr. RAFAEL ABREU MANSUR (CRM 19068)

Espec/Clinica: 1

Proc Princ: 00000000

Tipo acomodação Setor sem acomodação

Clinica Adulto

Data 27/03/2012

CID Princ: S62.6 Frat de outr dedos

Senha: 29887

Sexo: M

Guia: 29887

Dt Conta: 26/06/25 22:47

26/06/25 22:45

Dt inicial:

Dt final: 27/06/25 00:01 Refer: 30/06/25

Movimentação do Paciente

Seq Classificação Setor Acomodação Unidade Dt. Entrada Dt. Saída PRONTO ATENDIMENTO 1 Pronto socorro 1/PA 26/06/2025 22:45:50 27/06/2025 00:01:42 Setor sem acomodação 2 Pronto socorro ORTOPEDIA Setor sem acomodação 1/ORT 26/06/2025 22:56:46 27/06/2025 00:01:42 3 Serviços Especiais RAIO X Setor sem acomodação 1/ 26/06/2025 23:25:00 26/06/2025 23:25:00

Honorários Não Conveniados

Seq Dt Conta Qtde Crm Código Descrição Médico Função Valor Setor 1 26/06/25 22:45 PRONTO 10101039 Em Pronto Socorro 1 00 19068 RAFAEL ABREU Clínico 130 42 ATENDIMENTO 2 26/06/25 23:34 RAIO X 40803120 Mão Ou Quirodáctilo 1,00 6606 PEDRO LEMOS DE Clínico 44,25 ORTOPEDIA 30711010 Imobilizações Não-Gessadas 3 26/06/25 23:43 Clínico 1.00 19068 RAFAFI ABREU 15,95 (Qualquer Segmento)

> 3,00 Total de Honorários Não Conveniados

> > **Total de Materiais**

Materiais Unid. VI Unit. VI Total Seq Código Descrição Qtde **ORTOPEDIA** 78365678 ATADURA CREPON 06 CM X 1,8 M rl 1.0000 1.2300 1.23 78202850 TALA METALICA IMOBILIZACAO 16X250MM 1,0000 4,5200 4,52 2,0000 5,75 Total - ORTOPEDIA -

Total geral R\$

196,37

5,75

190,62

2.0000



UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA

Atendimento:	357262

_				
Co	- é-		nmá	•
		-11.		-

Paciente/Usuário	Atendimento N°: 3572624	W g
Nome: MARIA CLARA SILVA GALDINO	Telefone: (48) 999949071	
CPF:	RG:	
Endereço: AV PAULO ROBERTO DE VIDAL , 1475	7	
Responsável:		
Nome: EURIDES	Telefone: 5548999999999	
CPF: 27790308874	RG:	
Endereço: Rodovia SC - 401 , 121		

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 prestados e boleto bancário contemplando o valor total do pagamento, através do e-mail caixahospital@unimedflorianopolis.com.br (CONTRATADA) para o e-mail indicado na adimissão do paciente



UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA

Atendimen	357	

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:

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.

	2		Ř.	9 -		* "				
Cláusula Oitav lúvidas, confl eja ou venha	va: As Partes elegem o f itos ou questões oriunda a se tornar.	oro de dom s do presen	icílio do te Contr	CONTRATA ato, renuncia	ANTE, pa indo a qu	ara que a alquer c	nele seja outro por	m diri mais j	midas privilo	quaisquer egiado que
	CIA ser acompanhada nos					# AP		n.	<u>9</u> 10	
Nome da Acor CPF nº	mpanhante	-			2 ⁽⁴ - 2 (4)	1 2)	 -	#: &		
DESEJA	ser acompanhada nos ter				nsentimer	ito Livr	e e Escl	arecido	o, disp	osto nesta

Nome: Nome: CPF n°

Compared Fig. 6th Principal Compared Fig. 6th Principal Compared	Instituto Adventista	JIA DE SERN	GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SE	AL / SERVIÇO AUXILIAR	RVIÇO AUXILIAR DE DIAGNOSTICO E TERAPIA - SP/SADT 2 - N° Guia no Prestador 60111	E TERAPIA - SP/SADT 2-Nº Guja no Prestador 6011175	Atend.: 3572624
10 - Characteristics	3 - N° Guia Principal			# # # # # # # # # # # # # # # # # # #	i e		1
8-Voltates de Careja 10-3 kanne National de Saide 11-3 kanne National N	ação		6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Op 29804	eradora		\$
Execution	Dados do Beneficiário 8 - Número da Carteira	9 - Validade c	1		14	i - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
16 - Control Address 16 - Consults 17 - Remove on Consistion 18 - Life 18 - Coding GRO 18 - Residence of Professional Solicitation 18 - Consults 18 - Coding Codin	/ZUSTSS8	25/06/2025	attenotes	RA SILVA GALDINO	A STATE OF THE PARTY OF THE PAR		ż
16 - Concelling Professional 17 - Septembro no Concelhin 18 - Chingle Chin 18 - Chingle Chin 18 - Chingle Chin 18 - Chingle Chin 18 - Ch	peradora	ome do Contratado	NOPOLIS - COOPERATIVA DE	TRABALHO MEDICO			1000年間の1000年に同じには同じには同じには同じには同じには同じには同じには同じには同じには同じに
	perado		16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 2526	-	20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
18-10-10-10-10-10-10-10-10-10-10-10-10-10-	Dados da Solicitação Perocedimentos ou tiens Assistenciais Solicitado. 21 - Caráter do Atendimento 22 - Data da Solicitação 2 25/06/225		Olínica		1000		
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou llem Assistencial 1 22 1010 1039	71	1 PRONTO SOCORRO			27 - Otde.Solic.	28 - Otde Aut. O
51 - Total Mentine (193) 51 - Total Mentine (193) 52 - Total Mentine (193) 53 - Total Mentine (193) 54 - Total Mentine (193) 55 - Total Mentine	2 2 3 3						
13 14 15 15 15 15 15 15 15	4						
St. Contained	3						
14 - Top de Consulta 15 - Mario de Encernancio de Atradimento 15 - Mario de Encernancio de Atradimento 15 - Mario de Consulta 15 - Mario de Encernancio de Atradimento 15 - Mario de Encernancio de E		e do Contratado					31 - Código CNES
40 - Codigo do Procedimento 41 - Descrição 42 - Pector (43) 44 - Pector (44		ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendime	ıto		
St. Normer do Profissional 52 - Conselho Profissional 53 - Normero no Conselho 54 - UF 55 - Cédigo CBO				0)	42 - Qtde.	44 - Tec. 45 - Fator Red JAcres c.	1
\$1 - Notine do Profesional \$2 - Consetho Profesional \$3 - Notine on Consetho \$4 - UF \$5 - Codigo CBO	1 The second sec		AND STATE OF THE PARTY AND ADDRESS OF THE PART			TENTRANDALINA COMPANIANA PROPERTIES DE COMPANIANA DE COMPANIANA DE COMPANIANA DE COMPANIANA DE COMPANIANA DE C	THE RESIDENCE OF THE PROPERTY
St Kome do Politisional St Conselho Profissional St Codigo CBO St.		Superior of the contract of th	AND	And state the state of the stat	A ACT OFFICE WAS AN END OF THE PROPERTY AND A STATE OF THE PARTY AND A	AND THE PROPERTY AND THE PROPERTY OF THE PROPE	A THE ALL WAS AND A STATE OF THE STATE OF TH
\$1 - Nome do Professional \$2 - Conselho Professional \$3 - Numero no Conselho \$4 - UF \$5 - Codigo CBO	4 de la company	AND THE PERSON NAMED IN COLUMN TWO IS NOT THE OWNER.	ANNA COTAINS CONTINUES IN COCKERS OF THE COLUMN STREET	A SERVICE AND A	THE RESIDENCE AND		AND AND THE CONTRACTOR WITH CONTRACTOR AND
ST - Assinatura do Beneficiário ou Responsável S - 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7	Panificação do(s) Professional(s) Executante(s) 8 - Seq.Ref. 49 - Gr.Part. 50 - Código na Operadora/CP) Profissional		52 - Conselho Profissional		1
67 - Acsinatura do Beneficiário ou Responsável 3 -							
At Taxes e Aluguéis (R\$) 61 - Total Materials (R\$) 61 - Total Materials (R\$) 63 - Total Medicamentos (R\$) 64 - Total Gases Medicinais R\$ 65 - Total Geral (R\$) 68 - Assinatura do Contratado 25/06/2025 25/06/2025 Página 1	6 - Data de Realização de Procedimentos em Série 67 - Assinatura do	Beneficiário ou Respon			THE THE PROPERTY OF THE PROPER		
All Taxas e Aluguéis (RS) 61 - Total Materials (RS) 67 - Assinatura do Beneficiação ou Respubsável (LS) 25/06/2025 25/06/2025 Página 1 Página					8. —//	10	
Ala Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total Materials (R\$) 61 - Total Materials (R\$) 63 - Total Medicamentos (R\$) 64 - Total Gases Medicinals R\$ 65 - Total Geral (R\$) 25/06/2025 25/06/2025 25/06/2025 Página 1 Página 1 Página 1 Példianne.morai	3 - Observação / Justificativa	e de la companie de l	ORBANICATURE CARRENDA REPRESENTATION OF THE CARRENDA PROPERTY OF THE CARRENDA AND AND AND AND AND AND AND AND AND		avaning-footelijke sijn-ke-ke-ke-ke-ke-ke-ke-ke-ke-ke-ke-ke-ke-		
25/06/2025 (25/06/2025 Página 1 Página 1			- Total Materials (R\$)	A Total de OPME (R\$)	63 - Total Medicamentos (R\$)	64 - Total Gases Medicinais R\$	65 - Total Geral (R\$)
Página 1	6 - Assinatura do Responsável pela Autorização 	TAXABLE PROPERTY AND A PROPERTY OF THE PROPERT	67 - Assinatura do Ben 25/06/2025	esponsável L	68	Assinatura do Confratado 106/2025	
Página 1				A STATE OF THE PARTY OF THE PAR	water or worker Action's regarded from the transfer of the transfer or and the second of the contract of the c	of Particular discrete land and the Azian Cariother describes on the Azian describes the Azian Cariother describes the Azian described the Azian d	AND THE PROPERTY AND THE PROPERTY OF THE PROPE
	npresso em: 25/06/2025 11:31:40		Página 1		leidianne.morai		WATE701

A STATE OF THE STA

- AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Maria Clara Silva Galdino Nº da Carteirinha: 7.205.1558

Instituição: Colégio Adventista Palhoça

Data de Nascimento: 17/03/2016

Nº da Guia: 29804

Data da Ocorrência

Horário

Atividade

24/06/2025

16:47:00

Quadra

Aula de educação física

O que aconteceu

Partes do corpo

Torção

Antebraço Esquerdo, Mão Esquerda

Descrição

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

Testemunha da ocorrência

Telefone

Geovana Martins

(48) 99935-1000

Geovana Martins

(48) 99935-1000

Quem prestou primeiros socorros

Data

Geovana Martins

24/06/2025

Local de atendimento

Endereço

Nº Bairro

Telefone

HUGF - HOSPITAL UNIMED GRANDE

FLORIANÓPOLIS

Rua Manoel Loureiro

191

Barreiros

(48) 3288-4100

Observações

Comunicamos a familia via Classapp.

Ass.:

Geovalid 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:

(para prestadores) ou E-mail:

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



Evolução Paciente

Paciente	MARIA CLARA SILVA GALDINO	Atendimento	3.572.624
Data Nascto.	17/03/2016 9 Anos	Prontuário	99.877.096
Sexo	Feminino	Dt. Entrada	25/06/2025 11:28:07
Telefone	999949071	Convênio	Instituto Adventista Instituto

1 ORT Leito

Data evolução Liberação Função Tipo evolução Especialidade Usuário Código prof 25/06/2025 11:40 25/06 12:14 Médico Evolução Médica PA MARCOS CRM 21942 ANTONIO

THEREZA **FILHO**

Evolução Médica PA Adulto - ORTOPEDIA

Queixa Principal: Maria Clara, 9 anos

Acompanhante:

HMA: queda da propria altura ontem com truama no punho esquerdo

HMP: nega alergias ou comorbidades

Exame físico: dor leve a palpação na metafise do radio distal

sem deformidade evidente

sem dor na mao

sem edema signficativo

Rx sem fatura desviadas Conduta: tala luva atm edicação fisica

reaaliação em 7 a 10 dias

Acionado sobreaviso da Ortopedia?: não

Impresso em: 26/06/2025 08:01:25 Página 1 schayany.souza CATE23



Paciente: MARIA CLARA SILVA GALDINO

Data de Nascimento: 17/03/2016 Idade: 9anos 3M Sexo: F

Data do Exame: 25/06/2025

Solicitante: Dr.(a) MARCOS ANTONIO THEREZA FILHO

Protocolo: UGF3572624 Senha: 911058

RADIOGRAFIA DIGITAL DO PUNHO ESQUERDO

Estrutura óssea normal. Relações articulares anatômicas. Partes moles sem alterações radiográficas. Ausência de sinais de fratura. unimedflorianopolis.com.br Central de Atendimento: (48) 3288 4100 Informações: 0800 048 3500







Paciente:

Categoria:

Manoel Loureiro, S/N - São José - SC CNPJ:77858611001414 - Inscrição estadual: - Fone: (CNES 9671145)

Convênio:



Usuário/Matrícula:

72051558

Conta paciente

(77858611001414) Nota:

Emissao:

3.572.624

Espec/Clinica: 1 Clinica Adulto

N° atend:

Alta melhora

3 - Pronto socorro

Motivo Alta:

Tipo atend:

Nº IC: 21.410.118

MARIA CLARA SILVA GALDINO

Instituto Adventista

Instituto Adventista

Prontuário: 99877096 Data entrada: 25/06/2025 11:28:07 Data saída:

25/06/2025 13:10:12

Médico: Dr. MARCOS ANTONIO THEREZA FILHO (CRM 21942)

Tipo acomodação Setor sem acomodação

17/03/2016 Sexo: F

CID Princ: S52.5 Frat da extremidade distal do radio Guia: 29804 Senha: 29804

Dt Conta: 25/06/25 11:31 Dt inicial: 25/06/25 11:28 Dt final: 25/06/25 13:10 Refer: 30/06/25

Movimentação do Paciente

Proc Princ: 00000000

Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO	Setor sem acomodação	1/PA	25/06/2025 11:28:07	25/06/2025 13:10:12
2	Pronto socorro	ORTOPEDIA	Setor sem acomodação	1/ORT	25/06/2025 11:37:35	25/06/2025 13:10:12
3	Serviços Especiais	RAIO X	Setor sem acomodação	1/	25/06/2025 11:44:00	25/06/2025 11:44:00

Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crm	Médico	Função	Valor
1	25/06/25 11:28	PRONTO ATENDIMENTO	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	21942	MARCOS ANTONIO	Clínico	100,32
2	25/06/25 11:53	RAIO X	40803112	Punho	1,00	12478	GUSTAVO LEMOS	Clínico	46,86
3	25/06/25 12:16	ORTOPEDIA	30711037	Membro Superior	1,00	21942	MARCOS ANTONIO	Clínico	12,27
	To	tal de Honorár	ios Não Co	nveniados	3,00				159,45

Materia	is					
Seq	Código	Descrição	Unid.	Qtde	VI Unit.	VI Total
		PRONTO ATENDIMENTO				
1	78988624	ATADURA CREPE 10CMX1,8MT (EM REPOUSO) 13FIO ESTERIL	rl	5,0000	7,6000	38,00
2	78365678	ATADURA CREPON 06 CM X 1,8 M	rl	1,0000	1,2300	1,23
3	78340373	ATADURA GESSADA 10 CM X 3,0 M	rl	3,0000	3,9000	11,70
4	70034702	ATADURA ORTOPEDICA 15 CM X 1,8 M	rl	4,0000	12,5500	50,20
5	78202477	MALHA TUBULAR 08 CM X 15 M	cm	200,0000	0,0400	8,00
		Total - PRONTO ATENDIMENTO -		213,0000		109,13
		Total de Materiais		213,0000		109,13

268,58 Total geral R\$

Unimed 1

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA

Atendimento: 3572125

Contratante:

Paciente/Usuário -

Nome: RAFAELLA VITORIA DE OLIVEIRA EUZEBIO

CPF: 14515306928

Endereço: Rua Santo André, 620 CASA

Responsável:

Nome: CLODOA

CPF: -- 21790800854

Endereço:

Rua Santo André , 620 CASA

Atendimento N°: 3572125

Telefone: (48) 984411827

-59

Telefone:

RG:

48984943137

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.

Clausula 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 capul desta cláusula.

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

Unimed 1

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA

Atendimento: 2579405

(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 9° da Lei nº 8.078/90, explicarão claramente a proposta do procedimento médico ou cirúrgico ao qual o paciente será submetido, inclusive seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas aos procedimentos sugeridos, proporcionando-lhe livre questionamento e respondendo inteira e satisfatoriamente às perguntas porventura existentes;

(xiii.3) está ciente de que em caso de perigo de vida, de acordo com o artigo 22 do Código de Ética Médica, serão efetuados todos e quaisquer procedimentos médicos sem esclarecimento e consentimento prévio; (xiv) havendo evolução do atendimento de urgência/emergência para internação hospitalar: (xiv.1) providenciarão acompanhante para o paciente em tempo integral, quando for criança ou adolescente menor de 18 (dezoito) anos, pessoa idosa (a partir de 60 anos), pessoa com deficiência e/ou outras necessidades especiais; (xiv.2) providenciarão os produtos necessários para realização de higiene pessoal do paciente, tais como: escova de dente, creme dental, sabonete, xampu, condicionador, escova de cabelo, aparelho de barbear, absorvente íntimo, fralda descartável, entre outros; (xiv.3) participarão do plano de tratamento e alta hospitalar do paciente ou indicarão quem poderá fazê-lo; (xiv.4) liberarão o leito em até 1h (uma hora) após a alta hospitalar, sob pena de pagamento proporcional sobre o valor da diária, nos termos a seguir: (xiv.4.1) Se o paciente desocupar o leito até às 11h59min haverá cobrança de 50% (cinquenta por cento) do valor da diária; (xiv.4.2) Se o paciente desocupar o leito a partir de 12h (doze horas) haverá cobrança de 100% (cem por cento) do valor da diária.

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

	1000	
nin	10	- 765
5.1 1	35-1	t III
		Water II

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA

Atendimento:	

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:

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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
- 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
- (_) **DESEJA** ser acompanhada nos termos da Lei nº 8.080/1990. Nome da Acompanhante CPF n°

() **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

São José/SC, ____/___/__ CONTRATANTE/RESPONSÁVEL CONTRATADA

Testemunhas

1		2-	
Nome: CPF n°		Nome:	
CPF n°	4.	CPF n°	

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Rafaella Vitória de Oliveira Euzébio

Nº da Carteirinha: 7.205.2431

Instituição: Colégio Adventista Palhoça

Data de Nascimento: 16/07/2015

Nº da Guia: 29807



Data da Ocorrência

Horário

Local

Ouadra

Atividade

24/06/2025

17:06:00

Aula de educação física

O que aconteceu

Partes do corpo

Torção

Mão Esquerda, 1º Dedo Mão Esquerda

Descrição

Durante atividade o colega foi chutar a bola e acabou acertando o dedo da aluna Rafaella, onde ocasionou desconforto no local.

Testemunha da ocorrência

Telefone

Geovana Martins

(48) 99935-1000

Geovana Martins

(48) 99935-1000

Quem prestou primeiros socorros

Data

Geovana Martins

24/06/2025

Local de atendimento

Endereco

1º Bairro

Telefone

HUGF - HOSPITAL UNIMED GRANDE

FLORIANÓPOLIS

Rua Manoel Loureiro

191

Barreiros

(48) 3288-4100

Observações

Foi aplicado gelo no local e comunicado aos responsáveis.

Ass.:

Geovana Santos Martins

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

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

25.29 a 2.1 × 1

in the state of th



Evolução Paciente

Paciente	RAFAELLA VITORIA DE OLIVEIRA EUZEBIO	Atendimento	3.572.125
Data Nascto.	16/07/2015 9 Anos	Prontuário	99.877.063
Sexo	Feminino	Dt. Entrada	24/06/2025 20:03:35

Telefone 984411827 Leito 1 ORT

Data evoluçãoLiberaçãoFunçãoTipo evoluçãoEspecialidadeUsuárioCódigo prof24/06/2025 20:3324/06 20:34MédicoEvolução Médica PADANIELCRM 11649

NARLOCH VEIGA

Convênio Instituto Adventista Instituto

Evolução Médica PA Adulto - ORTOPEDIA

Queixa Principal: TRAUMA NO POLEGAR

HOJE

Exame físico : SEM EDEMAS DOR PALPAÇAO DE FP POLEGAR **Conduta :** RX POLEGAR ESQ : SP

ANALGESIA

GELO

CUIDADOS

Impresso em: 25/06/2025 10:50:44 Página 1 schayany.souza CATE23



Paciente: RAFAELLA VITORIA DE OLIVEIRA

EUZEBIO

Data de Nascimento: 16/07/2015 Idade: 9anos 11M Sexo: F

Data do Exame: 24/06/2025

Solicitante: Dr.(a) DANIEL NARLOCH VEIGA Protocolo: UGF3572125 Senha: 617220

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

RADIOGRAFIA DIGITAL DO 1º QUIRODÁCTILO ESQUERDO

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







Manoel Loureiro, S/N - São José - SC CNPJ:77858611001414 - Inscrição estadual: - Fone: (CNES 9671145)



Usuário/Matrícula:

Conta paciente

(77858611001414) Nota:

Emissao:

N° atend:

3.572.125

RAFAELLA VITORIA DE OLIVEIRA **EUZEBIO**

Instituto Adventista

72052431

Nº IC: 21.409.484

Categoria:

Instituto Adventista

Data entrada: 24/06/2025 20:03:35

Convênio:

Data saída: 24/06/2025 22:03:18 Motivo Alta: Alta melhora

Médico: Dr. DANIEL NARLOCH VEIGA (CRM 11649)

Tipo atend: 3 - Pronto socorro Espec/Clinica: 1 Clinica Adulto

Proc Princ: 00000000

Tipo acomodação Setor sem acomodação

16/07/2015

Prontuário: 99877063

Sexo: F

CID Princ: S60.9 Traum superf NE do punho e da mao

Dt Conta: 24/06/25 20:06

24/06/25 20:03

Guia: 29807

Paciente:

Senha: 29807

Dt inicial:

Dt final:

24/06/25 22:03

Refer: 30/06/25

Movimentação do Paciente

Seq Classificação Setor Acomodação Unidade Dt. Entrada Dt. Saída PRONTO ATENDIMENTO 1 Pronto socorro 1/PA 24/06/2025 20:03:35 24/06/2025 22:03:18 Setor sem acomodação 2 Pronto socorro ORTOPEDIA Setor sem acomodação 1/ORT 24/06/2025 20:16:35 24/06/2025 22:03:18 3 Serviços Especiais RAIO X Setor sem acomodação 1/ 24/06/2025 20:23:00 24/06/2025 20:23:00

Honorários Não Conveniados

Seq Dt Conta Qtde Crm Código Descrição Médico Função Valor Setor 1 24/06/25 20:03 PRONTO 1,00 11649 DANIEL NARLOCH 10101039 Em Pronto Socorro 130 42 Clínico ATENDIMENTO 2 24/06/25 20:26 RAIO X 40803120 Mão Ou Quirodáctilo 1,00 6561 **NELSON CABRAL** Clínico 44,25 174,67 2.00 Total de Honorários Não Conveniados

Total geral R\$

174,67



UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA

Atendimento:	3559757

Contratante: Paciente/Usuário Nome: SAMUEL ALVES DE QUEIROZ	Atendimento N°: 3559757 Telefone: (48) 991805527
CPF: 11821794958	RG:
Endereço: Rua Desembargador Pedro Silva , 2202	
Responsável:	
Nome: ALAINE	Telefone: 5548991701410
CPF: 02935831101	RG:
Endereço: Rua Desembargador Pedro Silva , 2202 Bloco 23	

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 prestados e boleto bancário contemplando o valor total do pagamento, através do e-mail caixahospital@unimedflorianopolis.com.br (CONTRATADA) para o e-mail indicado na adimissão do paciente

Unimed #}

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA

Atendimento: 3559757

(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 beneficios, riscos, complicações potenciais e alternativas aos procedimentos sugeridos, proporcionando-lhe livre questionamento e respondendo inteira e satisfatoriamente às perguntas porventura existentes;

(xiii.3) está ciente de que em caso de perigo de vida, de acordo com o artigo 22 do Código de Ética Médica, serão efetuados todos e quaisquer procedimentos médicos sem esclarecimento e consentimento prévio; (xiv) havendo evolução do atendimento de urgência/emergência para internação hospitalar: (xiv.1) providenciarão acompanhante para o paciente em tempo integral, quando for criança ou adolescente menor de 18 (dezoito) anos, pessoa idosa (a partir de 60 anos), pessoa com deficiência e/ou outras necessidades especiais; (xiv.2) providenciarão os produtos necessários para realização de higiene pessoal do paciente, tais como: escova de dente, creme dental, sabonete, xampu, condicionador, escova de cabelo, aparelho de barbear, absorvente íntimo, fralda descartável, entre outros; (xiv.3) participarão do plano de tratamento e alta hospitalar do paciente ou indicarão quem poderá fazê-lo; (xiv.4) liberarão o leito em até 1h (uma hora) após a alta hospitalar, sob pena de pagamento proporcional sobre o valor da diária, nos termos a seguir: (xiv.4.1) Se o paciente desocupar o leito até às 11h59min haverá cobrança de 50% (cinquenta por cento) do valor da diária; (xiv.4.2) Se o paciente desocupar o leito a partir de 12h (doze horas) haverá cobrança de 100% (cem por cento) do valor da diária.

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

Unimed A

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA

Atendimento:	3774/7/

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:

- De acordo com a Lei nº 8.080/1990 tem o direito a ser assistida por um acompanhante de sua livre escolha ou, (1)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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Afirma, ainda, que recebeu cópia do presente Contrato e deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e (7)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 n	° 8.080/1990.		
Nome da Acompanhante			
CPF n°			
() RENUNCIA ser acompanhada nos termos da I	ei n° 8.080/1990.		
Cláusula Oitava: As Partes elegem o foro de domi dúvidas, conflitos ou questões oriundas do present seja ou venha a se tornar.	cílio do CONTRAT te Contrato, renunci	CANTE, para que nele se iando a qualquer outro po	am dirimidas quaisquer or mais privilegiado que
São José/SC, 11 / 06 / 15			
CONTRATANTE/RESPONSÁVEL	<u>.</u>	CONTRATADA	9
Testemunhas			
1 Nome: CPF n°	2 Nome: CPF n°	1	er u



WATEVOIO	tatiana.lopes	Página 1 ta	Impresso em: 11/06/2025 17:55:27
NAATE 70406			
	11/06/2025	67 - Assinatura do Beneficiário au Responsável 11/06/2025	66 - Assinatura do Responsável pela Autorização
olai Geiai (K4)	ses Medicinals K\$	61 - Total Mate	59 - Total Procedimentos (R\$) 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)
or various/DRA			58 - Observação / Justificativa
	8	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 5/	66 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do 1/
65 - Codigo CBO	53 - Conselho Profissional 53 - Número no Conselho 64 - UF 65 - C	51 - Nome do Profissional	identificação do(s) Profissional(s) Executante(s) 48 - Seq.Ref. 49 - Gr.Part. 50 - Código na Operadora/CPF
			5 4
			2
io (R\$) 47 - Valor Total (R\$)	42 - Olde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator Red J Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$)	a 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição	Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados 36 - Data 37 - Hora inicial a 38 - Hora final 39 - Tabela
	替 !	ı doença relacionada) 34 - Tipo de Consulta 35 - Molivo de Encerramento do Atendimento	Dados do atendimento 32 - Tipo de Atendimento 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
31 - Conigo GNES		30 - Nome do Contratado	Dados do Contratado Executante 29 - Código na Operadora 30 - Nome
TA CARIN CAIR			5
			3
			2
0		28 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	24
28 - Oide Aut	27 - Oldo Solio 28	23 - Indicação Clínica	Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 21 - Caráter do Atendimento 22 - Data da Solicitação 11/06/2025
	225125	16 - Conselho Profissional 17 - Numero no Conselho 16 - Conselho Profissional 2526 SC	15 - Nome do Profissional Solicitante Requisitante Nao Cadastrado/nao Cooperado
		TRABALHO MEDICO	Dados do Solicitante 13 - Gódigo na Operadora 14 - Nom 77858611001414 UNIMED
N	11 - Cartão Nacional de Saude	9 - Validade da Carteira 10 - Nome 11/06/2025 SAMUEL ALVES DE QUEIROZ	9 ados do Beneficiano 8 - Número da Carteira 7585192
A3 Atopdimento a RN		6 - Data Validade da Senha 7 - Número da Guia Afribuído pela Operadora 29453	4 - Data da Autorização 5 - Senha 11/06/2025 7585192
			1 - Registro ANS 3 - N° Guia Principal
Atend.: 3559757	E DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT 2 - N° Guia no Prestador 5989426	GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE	Instituto Adventista GUI
V.3.0			



AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Samuel Alves de Queiroz Nº da Carteirinha: 7.58.5192

Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Estreito

Data de Nascimento: 14/10/2014

Nº da Guia: 29453



Data da Ocorrência	Horário	Local		Α	tividade		
11/06/2025	16:48:00	Quadra		А	ula de educaçã	io físic	a
O que aconteceu		4.00	Partes do co	rpo			
Choque com terceiros	(Ex.: entre	dois alunos)	Perna Esquero	da			
Testemunha da ocor	rência					Tel	lefone
Testemunha da ocor	rência						l efone
		Endereço		Nο	Bairro		

Observações

FLORIANÓPOLIS

O aluno foi atendido pelo monitor da unidade e encaminhado para o hospital referência.

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



Evolução Paciente

Paciente	SAMUEL ALVES DE QUEIROZ	Atendimento	3.559.757
Data Nascto.	14/10/2014 10 Anos	Prontuário	99.824.735
Sexo	Feminino	Dt. Entrada	11/06/2025 17:53:24
Telefone	991805527	Convênio	Instituto Adventista Instituto

Telefone 991805527 Leito 1 ORT

Data evolução Liberação Função Tipo evolução Especialidade Usuário Código prof 11/06/2025 18:51 11/06 18:52 Médico Evolução Médica PA JULIANO CRM 17278 TEIXEIRA

TEIXEIR DE SA

Evolução Médica PA Adulto - ORTOPEDIA

Queixa Principal: trauma de perna esq dor equimose e aumento de volume anterior panturrilhas livres

sem apoio

rx sp

tala bota

par de muletas

att

seguimento amb

Encaminhamento ao Ambulatório UGF?: não

Impresso em: 12/06/2025 13:51:40 Página 1 schayany.souza CATE23



Paciente: SAMUEL ALVES DE QUEIROZ

Data de Nascimento: 14/10/2014 Idade: 10anos 7M Sexo: F

Data do Exame: 11/06/2025

Solicitante: Dr.(a) JULIANO TEIXEIRA DE SA Protocolo: UGF3559757 Senha: 223224

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

RADIOGRAFIA DIGITAL DA PERNA ESQUERDA

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







Manoel Loureiro, S/N - São José - SC CNPJ:77858611001414 - Inscrição estadual: - Fone: (CNES 9671145)

Convênio:



Usuário/Matrícula:

Conta paciente

(77858611001414) Nota:

Emissao:

N° atend:

Nº IC: 21.395.357

3.559.757

SAMUEL ALVES DE QUEIROZ

Instituto Adventista

Data saída: 11/06/2025 17:53:24

11/06/2025 20:06:28

Motivo Alta: Alta melhora

Tipo atend:

3 - Pronto socorro

7585192

Espec/Clinica: 1 Clinica Adulto

Instituto Adventista

Paciente:

Categoria:

Prontuário: 99824735 Data entrada:

Médico: Dr. JULIANO TEIXEIRA DE SA (CRM 17278) Proc Princ: 00000000

Tipo acomodação Enfermaria

Sexo: F

14/10/2014 CID Princ: S80.1 Contusao de outr partes e de partes NE perna Senha: 29453 Guia: 29453

Dt Conta: 11/06/25 17:54 Dt inicial: 11/06/25 17:53

Dt final: 11/06/25 20:06 Refer: 30/06/25

Movimentação do Paciente

Seq Classificação Setor Acomodação Unidade Dt. Entrada Dt. Saída PRONTO ATENDIMENTO 1 Pronto socorro 1/PA 11/06/2025 17:53:24 11/06/2025 20:06:28 Setor sem acomodação 2 Pronto socorro ORTOPEDIA Setor sem acomodação 1/ORT 11/06/2025 18:02:35 11/06/2025 20:06:28 3 Serviços Especiais RAIO X Setor sem acomodação 1/ 11/06/2025 18:14:00 11/06/2025 18:14:00

Honorários Não Conveniados

Seq Dt Conta Código Qtde Crm Descrição Médico Função Valor Setor PRONTO Em Pronto Socorro 1,00 17278 100.32 1 11/06/25 17:53 10101039 JULIANO TEIXEIRA Clínico **ATENDIMENTO** 2 11/06/25 18:30 RAIO X 40804070 Perna 1,00 12478 **GUSTAVO LEMOS** Clínico 48,88 3 11/06/25 18:48 ORTOPEDIA 30711029 24,54 Membro Inferior 1,00 17278 JUI IANO TEIXEIRA Clínico Total de Honorários Não Conveniados 3,00 173,74

Materia	ais					
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	78340373	ATADURA GESSADA 10 CM X 3,0 M	rl	3,0000	3,9000	11,70
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	0,0300	3,00
		Total - ORTOPEDIA -		109,0000		84,76
		Total de Materiais		109,0000		84,76

Total geral R\$ 258,50 Unimed A

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA

Atendimento: 3575087

-			
(:01	ntr:	ורזו	nte:

Endereço:

Paciente/Usuário		Atendiment	o N°: 3575087	
Nome: VIVIAN TELLES DE LIMA		Telefone:	(48) 998290523	
CPF: 15191935993	S-16-11-13-13-13-13-13-13-13-13-13-13-13-13-	RG:		
Endereço: Rua Virgilino Ferreira de Souza , 206 AP				
Responsável:				
Nome: VIERY		Telefone:	4884394899	
CPE: 05446141946		PG: 52353	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.

Rua Vereador Mário Coelho Pires, 240 AP 03

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Unimed 1

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA

Atendimento: 3575007

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

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

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

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

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

(xiii.3) está ciente de que em caso de perigo de vida, de acordo com o artigo 22 do Código de Ética Médica, serão efetuados todos e quaisquer procedimentos médicos sem esclarecimento e consentimento prévio; (xiv) havendo evolução do atendimento de urgência/emergência para internação hospitalar: (xiv.1) providenciarão acompanhante para o paciente em tempo integral, quando for criança ou adolescente menor de 18 (dezoito) anos, pessoa idosa (a partir de 60 anos), pessoa com deficiência e/ou outras necessidades especiais; (xiv.2) providenciarão os produtos necessários para realização de higiene pessoal do paciente, tais como: escova de dente, creme dental, sabonete, xampu, condicionador, escova de cabelo, aparelho de barbear, absorvente íntimo, fralda descartável, entre outros; (xiv.3) participarão do plano de tratamento e alta hospitalar do paciente ou indicarão quem poderá fazê-lo; (xiv.4) liberarão o leito em até 1h (uma hora) após a alta hospitalar, sob pena de pagamento proporcional sobre o valor da diária, nos termos a seguir: (xiv.4.1) Se o paciente desocupar o leito até às 11h59min haverá cobrança de 50% (cinquenta por cento) do valor da diária; (xiv.4.2) Se o paciente desocupar o leito a partir de 12h (doze horas) haverá cobrança de 100% (cem por cento) do valor da diária.

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

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



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:

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.

posto nesta

cláusula, vem declarar que:	esente Termo de Co	onsentimento Livre e Es	sclarecido, disposto nesta
() DESEJA ser acompanhada nos termos da Lei	n° 8.080/1990.		
Nome da Acompanhante			
CPF n°	. 7		
() RENUNCIA ser acompanhada nos termos da	Lei nº 8.080/1990.		
Cláusula Oitava: As Partes elegem o foro de dom dúvidas, conflitos ou questões oriundas do presen seja ou venha a se tornar.	icílio do CONTRA	TANTE, para que nele s ciando a qualquer outro	ejam dirimidas quaisquer por mais privilegiado que
São José/SC, <u>47 / 06 / 25</u>			park.
e Viens S. Fello		E	
CONTRATANTE/RESPONSÁVEL		CONTRATADA	
:			1.1
Testemunhas			
1 Nome:	2 Nome:	E 1	u :
CPF n°	CPF n°		

WATE70106	tatiana.lopes	ta	Página 1	27/06/2025 15:00:23	Impresso em: 27/06
	68 - Assinatura do Contratado 27/06/2025	67 - Assinatura do Benéficiário ou Responsável	67 - Assinatura 27/06/2025	el pela Autorização 	66 - Assinatura do Responsável pela Autorização
65 - Total Geral (R\$)	63 - Total Medicamentos (R\$) 64 - Total Gases Medicinals R\$	62 - Total de OPME (R\$)	61 - Total Materiais (R\$)	60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)	59 - Total Procedimentos (R\$)
					58 - Observação / Justificativa
	8- 1 10- 1	6		4	2
	7	5- / /	ciário ou Responsável /	56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 1/	56 - Data de Realização de Pr 1
1 1					
E & CAding CBO	53 - Krimero no Conselho Ad-LIE		51 - Nome do Profissional	identificação do(s) Profissional(s) Executante(s) 48 - Seq.Ref. 49 - Gr.Part. 50 - Código na Operadora/CPF	identificação do(s) Profission 48 - Seq.Ref. 49 - 0
					4 N
					. ω
					2
46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)	42 - Qide. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator Red /Acresc. 46 - V	41 - Descrição	40 - Código do Procedimento 41 -	Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados 36 - Data 37 - Hora inicial a 38 - Hora final 39 - Tabela	Dados da Execução / Procedi 36 - Data 37 -
	The state of the s	35 - MOUVO DE EINCEITAMENTO DO ATENDIMENTO	An Lemondary	and the second s	
		Supplement of the second			Dados do atendimento 32 - Tipo de Atendimento
31 - Código CNES			ontratado	nite 30 - Nome do Contratado	Dados do Centratado Executante 29 - Código na Operadora
					5
					4
			,		ω
0	1 - Managorita		CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	10101039 Ci	1 22
28 Otto Aut	27 - Oldo Solio		26 - Descrição		24 - Tabela 25 - Código
			23 - Indicação Clínica	Dados da Solicitação / Procedimentos ou Rens Assistenciais Sciicitados 21 - Caráter do Atendimento 22 - Data da Solicitação 27/06/2025	Dados da Solicitação / Proce 21 - Caráter do Atendim 2
	18 - UF 19 - Gódigo CBO 20 - Assinatura do Profissional Solicitante SC 225125	17 - Número no Conselho 2526	16 - Conselho Profissional 6	al Solicitante rado/nao Cooperado	15 - Nome do Profissional Solicitante Requisitante Nao Cadastrado/nao Cooperado
		/A DE TRABALHO MEDICO	14. Nome do Contratado UNIMED GRANDE FLORIANOPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO		13 - Código na Operadora 77858611001414
2					Dados do Solicitante
12 - Atendimento a RN	11 - Cartão Nacional de Saúde	10 - Nome VIVIAN TELLES DE LIMA	9 - Validade da Carteira 10 - N VIVIA		8 - Número da Carteira
	adora	nha 7 - Número da Guia Atribuido pela Operadora 29917	6 - Data Validade da Senha	5 - Senha 7585476	4 - Data da Autorização 27/06/2025 Dados do Beneficiário
				3 - N° Guia Principal	1 - Registro ANS 000000
v.s.o Atend.: 3575087	GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT 2 - N° Guia no Prestador 6015335	ONAL / SERVIÇO AUXILIAR I	DE SERVIÇO PROFISSI	-	Instituto Adventista



AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Vivian Telles Lima Nº da Carteirinha: 7.58.5476

Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Estreito

Data de Nascimento: 28/10/2013

Nº da Guia: 29917



Horário	Local	1	Atividade	
11:47:00	Quadra		Aula de educaç	ão física
		Partes do corpo		
o fixo (Ex.: b	pateu na parede,	Mão Direita, 5º Dec	lo Mão Direita	
	# #	No		to the state of th
o dedo no ch	ão após se chocar com	colega na educação fís	ica.	
rência				Telefone
				1
				(48) 3039-8054
	Endereço	Nº	Bairro	(48) 3039-8054 Telefone
	o fixo (Ex.: k	o fixo (Ex.: bateu na parede, o dedo no chão após se chocar com	Partes do corpo o fixo (Ex.: bateu na parede , Mão Direita, 5º Deo o dedo no chão após se chocar com colega na educação fís	Partes do corpo o fixo (Ex.: bateu na parede, Mão Direita, 5º Dedo Mão Direita o dedo no chão após se chocar com colega na educação física.

Ass.:

Encaminhado ao hospital de referência

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



Evolução Paciente

Paciente **VIVIAN TELLES DE LIMA** Atendimento Data Nascto. 28/10/2013 11 Anos

Sexo Feminino Telefone 998290523 Leito 1 ORT

3.575.087 Prontuário 99.765.765

Dt. Entrada 27/06/2025 14:58:48

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução Liberação Função Tipo evolução Especialidade Usuário Código prof 27/06/2025 16:22 27/06 16:23 Médico Evolução Médica PA LEANDRO CRM 22137

DAVID DOS **SANTOS**

Evolução Médica PA Adulto - ORTOPEDIA

Queixa Principal: Sinais Vitais Triagem:

Temp: 36,1 FR: 15 FC: 77 PAS: 107 PAD: 52 SatO2: 99

TRAUMA EM 5º DEDO DA MÃO DIREITO

DOR E DEFORMIDADE

REDUÇÃO INCRUENTA

RX CONTROLE OK

IMOBILIZAÇÃO.

Acionado sobreaviso da Ortopedia?: não

Impresso em: 30/06/2025 10:33:26 Página 1 schayany.souza CATE23



Paciente: VIVIAN TELLES DE LIMA

Data de Nascimento: 28/10/2013 Idade: 11anos 7M Sexo: F

Data do Exame: 27/06/2025

Solicitante: Dr.(a) LEANDRO DAVID DOS SANTOS

Protocolo: UGF3575087 Senha: 459615

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

RADIOGRAFIA DIGITAL MÃO DIREITA

Estrutura óssea preservada.

Relações articulares conservadas.

Partes moles sem alterações radiográficas.







Manoel Loureiro, S/N - São José - SC CNPJ:77858611001414 - Inscrição estadual: - Fone: (CNES 9671145)

Convênio:



Usuário/Matrícula:

Conta paciente

(77858611001414) Nota:

Emissao:

N° atend:

3.575.087

Nº IC: 21.413.137

VIVIAN TELLES DE LIMA

Instituto Adventista

Instituto Adventista

Paciente:

Categoria:

Guia: 29917

Prontuário: 99765765 Data entrada:

27/06/2025 14:58:48

Médico: Dr. LEANDRO DAVID DOS SANTOS (CRM 22137)

Data saída: 27/06/2025 16:31:00

Motivo Alta: Alta melhora

Tipo atend: 3 - Pronto socorro Espec/Clinica: 1 Clinica Adulto

Fraturas E/Ou Luxações De Falanges (Interfalangeanas) - Redução Tipo acomodação Enfermaria

28/10/2013

Sexo: F

Proc Princ: 30722420

CID Princ: S63.2 Luxacoes mult dos dedos

Senha: 29917

Dt Conta: 27/06/25 14:59 Dt inicial: 27/06/25 14:58 Dt final: 27/06/25 16:31 Refer: 30/06/25

Mov	imentação	do	Pac	iente
-----	-----------	----	-----	-------

Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO	Setor sem acomodação	1/PA	27/06/2025 14:58:48	27/06/2025 16:31:00
2	Pronto socorro	ORTOPEDIA	Setor sem acomodação	1/ORT	27/06/2025 15:07:13	27/06/2025 16:31:00
3	Serviços Especiais	RAIO X	Setor sem acomodação	1/	27/06/2025 15:42:00	27/06/2025 15:42:00

Honor	arıos	Nao	Conv	eniados	

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crm	Médico	Função	Valor
1	27/06/25 14:58	PRONTO ATENDIMENTO	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	22137	LEANDRO DAVID	Clínico	100,32
2	27/06/25 16:24	RAIO X	40803147	Incidência Adicional De Membro Superior	1,00	12071	JOEL SUSUMU	Clínico	17,81
3	27/06/25 16:25	ORTOPEDIA	30711010	Imobilizações Não-Gessadas (Qualquer Segmento)	1,00	22137	LEANDRO DAVID	Clínico	12,27
4	27/06/25 16:25	ORTOPEDIA	30722420	Fraturas E/Ou Luxações De Falanges (Interfalangeanas) - Redução Incruenta	1,00	22137	LEANDRO DAVID	Clínico	66,03
5	27/06/25 16:25	RAIO X	40803120	Mão Ou Quirodáctilo	1,00	12071	JOEL SUSUMU	Clínico	44,25
	То	tal de Honorári	ios Não Co	nveniados	5,00				240,68

Materi	ais					
Seq	Código	Descrição	Unid.	Qtde	VI Unit.	VI Total
		PRONTO ATENDIMENTO				
1	78365678	ATADURA CREPON 06 CM X 1,8 M	rl	1,0000	1,2300	1,23
2	78202850	TALA METALICA IMOBILIZACAO 16X250MM	und	1,0000	4,5200	4,52
		Total - PRONTO ATENDIMENTO -		2,0000		5,75
		Total de Materiais		2,0000		5,75

Total geral R\$ 246,43