



Paciente: **JOAO PEDRO AMARO BARROS COELHO**

Data de Nascimento: 12/03/2014 Idade: 11anos 1M Sexo: M

Data do Exame: 05/05/2025

Solicitante: Dr.(a) LUIZ FERNANDO PEREIRA

Protocolo: UGF3519611 Senha: 835534

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

Central de Atendimento:  
(48) 3288 4100

Informações:  
0800 048 3500

## RADIOGRAFIA DIGITAL DO TORNOZELO DIREITO

Estrutura óssea normal.

Relações articulares anatômicas.

Ausência de sinais de fraturas.

Aumento de volume de partes moles.

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

(Protocolo/senha informados após o exame).

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

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

1 / 1

  
Dr. Roberto Guimarães Tiezzi  
CRM/SC 8280





Atendimento: 3519611

**Contratante:**

Paciente/Usuário

Nome: JOAO PEDRO AMARO BARROS COELHO

CPF: 14027716906

Endereço: Rua Luiz Gonzaga Valente , 725 CASA

Atendimento Nº: 3519611

Telefone: (48) 999218257

RG:

**Responsável:**

Nome: MARLI

CPF: 41763890953

Endereço: Rua Luiz Gonzaga Valente , 725 CASA

Telefone: 5548999218257

RG: 1311792

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Atendimento: 3519611

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

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

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

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

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

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

**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



Atendimento: 3519611

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

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

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

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

CPF nº \_\_\_\_\_

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

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

São José/SC, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Myali Machado  
CONTRATANTE/RESPONSÁVEL

\_\_\_\_\_  
CONTRATADA

**Testemunhas**

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

Nome:

CPF nº

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

Nome:

CPF nº



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

2 - N° Guia no Prestador 5919599

Instituto Adventista

1 - Registro ANS	3 - N° Guia Principal	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	10 - Nome	N
05/05/2025	27986	27986	JOAO PEDRO AMARO BARROS COELHO	
Dados do Beneficiário		9 - Validade da Carteira	17 - UF	
27333	27333	31/05/2025	SC	
Dados do Solicitante		14 - Nome do Contratado	18 - UF	
13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado	UNIMED GRANDE FLORIANOPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO	SC	
77858611001414	15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	19 - Código CBO	
	Requisitante Nao Cadastrado/nao Cooperado	6	225125	
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados		20 - Assinatura do Profissional Solicitante		
21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação			
2	05/05/2025			
Dados do Atendimento		23 - Indicação Clínica		
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qtdde.Solic.	28 - Qtdde.Aut.
1	22	10101039	1	1
2		CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		
3				
4				
5				
Dados do Contratado/Executante		30 - Nome do Contratado		
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado			
Dados do atendimento		31 - Código CNES		
32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta		
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		
36 - Data	37 - Hora Inicial a 38 - Hora final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição
1				
2				
3				
4				
5				
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)		52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF
48 - Seq.Ref.	49 - Gr.Part.	50 - Código na Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	55 - Código CBO
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		
1 -	3 -	5 -	7 -	9 -
2 -	4 -	6 -	8 -	10 -
58 - Observação / Justificativa				
59 - Total Procedimentos (R\$)		60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total Materiais (R\$)	62 - Total de OPME (R\$)
63 - Assinatura do Responsável pela Autorização		64 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	65 - Total Gases Medicinais R\$	66 - Total Geral (R\$)
		05/05/2025		
		67 - Assinatura do Contratado		
		05/05/2025		



# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



**Aluno:** João Pedro Amaro Barros Coelho  
**Nº da Carteira:** 7.58.5347  
**Instituição:** Colégio Adventista de Florianópolis - Estreito

**Data de Nascimento:** 12/03/2014

**Nº da Guia:** 27986

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
05/05/2025	16:39:00	Quadra	Atividades esportivas fora de aula

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

## Descrição

O aluno estava brincando na quadra descoberta na atividade fora de aula e outro aluno sem querer chutou seu pé.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Natan	(48) 3039-8054

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitor Marquinhos	05/05/2025

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

## Observações

O aluno foi atendido e encaminhado para o hospital de 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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) (não credenciados) com os seguintes dados:

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



Paciente **JOAO PEDRO AMARO BARROS COELHO**

Data Nascto. 12/03/2014 11 Anos

Sexo Masculino

Telefone 96765282

Leito 1 ORT

Atendimento **3.519.611**

Prontuário 99.548.971

Dt. Entrada 05/05/2025 18:46:21

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
05/05/2025 19:12	05/05 19:31	Médico	Evolução Médica PA		LUIZ FERNANDO PEREIRA	CRM 11405

**Evolução Médica PA Adulto - ORTOPEDIA****Queixa Principal :** Sinais Vitais Triagem:

FC: 103 PAS: 141 PAD: 72 Temp: 35,7 FR: 19 SatO2: 97

S: ENTORSE DO PÉ E TORNOZELO DIREITO HOJE

O:

A:

P:

**Exame físico :** DOR DIFUSA BIMALEOLAR E NO PÉ DIREITO**Conduta :** RX fratura fisária

TALA BOTA

ANALGESIA VO

ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

**Encaminhamento ao Ambulatório UGF? :** não



Paciente: **JOAO PEDRO AMARO BARROS COELHO**

Data de Nascimento: 12/03/2014 Idade: 11anos 1M Sexo: M

Data do Exame: 05/05/2025

Solicitante: Dr.(a) LUIZ FERNANDO PEREIRA

Protocolo: UGF3519611 Senha: 835534

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

Central de Atendimento:  
(48) 3288 4100

Informações:  
0800 048 3500

## RADIOGRAFIA DIGITAL DO PÉ DIREITO

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

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

(Protocolo/senha informados após o exame).

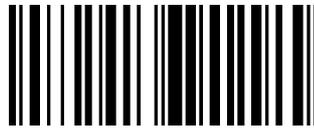
Responsável Técnico Dr. Fabio Vargas Magalhães CRM/SC 9267 RQE 10139

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

1 / 1

  
Dr. Roberto Guimarães Tiezzi  
CRM/SC 8280





Paciente: <b>JOAO PEDRO AMARO BARROS COELHO</b>	Convênio: <b>Instituto Adventista</b>	Usuário/Matrícula: <b>27333</b>	<b>Emissão:</b> Nº atend: <b>3.519.611</b> Nº IC: <b>21.350.584</b>
Categoria: <b>Instituto Adventista</b>			

Prontuário: 99548971	Data entrada: 05/05/2025 18:46:21	Data saída: 05/05/2025 20:06:44	Motivo Alta: Alta melhor
Médico: Dr. LUIZ FERNANDO PEREIRA (CRM 11405)	Proc Princ: 30718040		Fratura (Incluindo Descolamento Epifisário) - Redução Incruenta
	Tipo acomodação Apartamento		Espec/Clinica: 1 Clínica Adulto
Data 12/03/2014	Sexo: M		
CID Princ: S82.6 Frat do maleolo lateral	Guia: 27986		
Senha: 27986			

Dt Conta: 05/05/25 18:47 Dt inicial: 05/05/25 18:46 Dt final: 05/05/25 20:06 Refer: 31/05/25

## Movimentação do Paciente

Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO	Setor sem acomodação	1/PA	05/05/2025 18:46:21	05/05/2025 20:06:44
2	Pronto socorro	ORTOPEDIA	Setor sem acomodação	1/ORT	05/05/2025 19:04:54	05/05/2025 20:06:44
3	Serviços Especiais	RAIO X	Setor sem acomodação	1/	05/05/2025 19:15:00	05/05/2025 19:15:00

## Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor
1	05/05/25 18:46	PRONTO ATENDIMENTO	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	11405	LUIZ FERNANDO	Clínico	100,32
2	05/05/25 19:21	RAIO X	40804089	Articulação Tibiotársica (Tornozelo)	1,00	8280	ROBERTO	Clínico	44,25
3	05/05/25 19:21	RAIO X	40804097	Pé Ou Pododáctilo	1,00	8280	ROBERTO	Clínico	45,99
4	05/05/25 19:33	ORTOPEDIA	30711029	Membro Inferior	1,00	11405	LUIZ FERNANDO	Clínico	31,90
5	05/05/25 19:33	ORTOPEDIA	30718040	Fratura (Incluindo Descolamento Epifisário) - Redução Incruenta	1,00	11405	LUIZ FERNANDO	Clínico	177,76
<b>Total de Honorários Não Conveniados</b>					<b>5,00</b>				<b>400,22</b>

## Materiais

Seq	Código	Descrição	Unid.	Qtde	VI Unit.	VI Total
<b>ORTOPEDIA</b>						
1	78988780	ATADURA CREPON 15 CM X 1,8 M	rl	4,0000	11,2400	44,96
2	70858837	ATADURA GESSADA 15CMX3,0MT 156.911	rl	3,0000	7,4700	22,41
3	70034702	ATADURA ORTOPEDICA 15 CM X 1,8 M	rl	3,0000	12,5500	37,65
4	78202477	MALHA TUBULAR ALGODA	cm	150,0000	0,0500	7,50
<b>Total - ORTOPEdia -</b>				<b>160,0000</b>		<b>112,52</b>
<b>Total de Materiais</b>				<b>160,0000</b>		<b>112,52</b>

Total geral R\$

512,74

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



Atendimento: 3531722

**Contratante:**

Paciente/Usuário

Nome: JULIANA DOS SANTOS PEREIRA

CPF: 11828776998

Endereço: Rua francesco botticini , 87 apto 101

Atendimento Nº: 3531722

Telefone: (48) 991428917

RG:

**Responsável:**

Nome: MICHELI

CPF: 00932495940

Endereço: Rua francesco botticini , 87 apto 101

Telefone: 5548999999999

RG:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Atendimento: 3531722

(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



Atendimento: 3531722

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

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

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

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

CPF nº \_\_\_\_\_

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

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

São José/SC, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Micheli de Santos  
CONTRATANTE/RESPONSÁVEL

\_\_\_\_\_  
CONTRATADA

**Testemunhas**

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

Nome:

CPF nº

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

Nome:

CPF nº



1 - Registro ANS 3 - N° Guia Principal

4 - Data da Autorização 15/05/2025 5 - Senha 28386 6 - Data Validade da Senha 7 - Numero da Guia Atribuido pela Operadora 28386

8 - Numero da Carteira 72052366 9 - Validade da Carteira 31/05/2026 10 - Nome JULIANA DOS SANTOS PEREIRA 11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN N 13 - Código na Operadora 77858611001414 14 - Nome do Contratado UNIMED GRANDE FLORIANOPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

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

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Bens Assistenciais Solicitados 21 - Cartão de Atendimento 2 22 - Data da Solicitação 15/05/2025 23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 26 - Descrição 27 - Qtda.Solic. 28 - Qtda.Aut. 29 - Código na Operadora 30 - Nome do Contratado 31 - Código CNES

1 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 1 1

Dados do atendimento 32 - Tipo de Atendimento 33 - Indicação de Acidente (ativamente ou doença relacionada) 34 - Tipo de Consulta 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Encargação / Procedimentos e Exames Realizados 36 - Data 37 - Hora inicial a 38 - Hora final 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição 42 - Qtda. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator Red./Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)

1 2 3 4 5

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

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

3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$) 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total Materiais (R\$) 62 - Total de OPME (R\$) 63 - Total Medicamentos (R\$) 64 - Total Gases Medicinais R\$ 65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 68 - Assinatura do Contratado



# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Juliana dos Santos Pereira  
**Nº da Carteira:** 7.205.2366  
**Instituição:** Colégio Adventista Palhoça



**Data de Nascimento:** 15/08/2011

**Nº da Guia:** 28386

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
15/05/2025	16:00:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	2º Dedo Mão Direita

## Descrição

Estava jogando vôlei e começou a sentir um incômodo do dedo. Percebeu que estava com hematoma e com edema.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Tiago	(48) 3083-9450
Tiago	(48) 3083-9450

Quem prestou primeiros socorros	Data
Glauca Collaço	15/05/2025

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

## Observações

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

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

Glauca Francini Collaco

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

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





Paciente: **JULIANA DOS SANTOS PEREIRA**  
Data de Nascimento: 15/08/2011 Idade: 13anos 9M Sexo: F  
Data do Exame: 16/05/2025  
Solicitante: Dr.(a) RAFAEL ABREU MANSUR  
Protocolo: UGF3531722 Senha: 743237

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

Central de Atendimento:  
(48) 3288 4100

Informações:  
0800 048 3500

## RADIOGRAFIA DIGITAL DA MÃO DIREITA

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

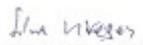
Exame completo e laudo médico disponíveis em [www.unimedflorianopolis.com.br](http://www.unimedflorianopolis.com.br)

(Protocolo/senha informados após o exame).

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

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

1 / 1

  
Dra. Silvia Mussi Viegas  
CRM/SC 20630



Paciente	JULIANA DOS SANTOS PEREIRA		Atendimento	3.531.722
Data Nascto.	15/08/2011	13 Anos	Prontuário	99.874.131
Sexo	Feminino		Dt. Entrada	15/05/2025 22:55:47
Telefone	991428917		Convênio	Instituto Adventista Instituto
Leito	1 ORT			

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
16/05/2025 00:17	16/05 00:18	Médico	Evolução Médica PA		RAFAEL ABREU MANSUR	CRM 19068

### Evolução Médica PA Adulto - ORTOPEDIA

**Queixa Principal :** relata que nao recorda se teve trauma e idnicador direio estav em ed fisica jogando volei

dor em reg mtt-flg indicador  
minimo edema  
sem hematoams  
adm ampla,desocnforto a mobilziacao  
nv normal

rX:sem alduo,sem sinas fartura

c:roeinto  
oriento sorbe lesoes coultas ao rx  
analegsia  
crieortapia  
ret imediato se aletraç~eos

**Encaminhamento ao Ambulatório UGF? :** não

**Acionado sobreaviso da Ortopedia? :** não

**Solicitado exames de imagem? :** não



Paciente: **JULIANA DOS SANTOS PEREIRA**  
Data de Nascimento: 15/08/2011 Idade: 13anos 9M Sexo: F  
Data do Exame: 16/05/2025  
Solicitante: Dr.(a) RAFAEL ABREU MANSUR  
Protocolo: UGF3531722 Senha: 743237

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

Central de Atendimento:  
(48) 3288 4100

Informações:  
0800 048 3500

## RADIOGRAFIA DIGITAL DO 2º QUIRODÁCTILO DIREITO

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

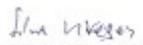
Exame completo e laudo médico disponíveis em [www.unimedflorianopolis.com.br](http://www.unimedflorianopolis.com.br)

(Protocolo/senha informados após o exame).

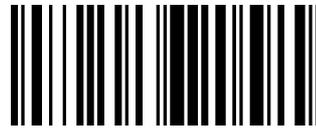
Responsável Técnico Dr. Fabio Vargas Magalhães CRM/SC 9267 RQE 10139

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

1 / 1

  
Dra. Silvia Mussi Viegas  
CRM/SC 20630





Paciente: <b>JULIANA DOS SANTOS PEREIRA</b>	Convênio: <b>Instituto Adventista</b>	Usuário/Matrícula: <b>72052366</b>
Categoria: <b>Instituto Adventista</b>		

**Emissão:**

Nº atend: **3.531.722**  
 Nº IC: **21.363.752**

Prontuário: 99874131      Data entrada: 15/05/2025 22:55:47      Data saída: 16/05/2025 00:20:15      Motivo Alta: Alta melhora  
 Médico: Dr. RAFAEL ABREU MANSUR (CRM 19068)      Tipo atend: 3 - Pronto socorro  
 Proc Princ: 00000000      0      Tipo acomodação Enfermaria      Espec/Clinica: 1 Clínica Adulto  
 Data 15/08/2011      Sexo: F  
 CID Princ: S60.0 Contusao de dedos s/lesao da unha  
 Guia: 28386      Senha: 28386

Dt Conta: 15/05/25 22:57      Dt inicial: 15/05/25 22:55      Dt final: 16/05/25 00:20      Refer: 31/05/25

**Movimentação do Paciente**

Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO	Setor sem acomodação	1/PA	15/05/2025 22:55:47	16/05/2025 00:20:15
2	Pronto socorro	ORTOPEDIA	Setor sem acomodação	1/ORT	15/05/2025 23:01:36	16/05/2025 00:20:15
3	Serviços Especiais	RAIO X	Setor sem acomodação	1/	15/05/2025 23:50:00	15/05/2025 23:50:00

**Honorários Não Conveniados**

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor
1	15/05/25 22:55	PRONTO ATENDIMENTO	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	19068	RAFAEL ABREU	Clínico	130,42
2	16/05/25 00:04	RAIO X	40803120	Mão Ou Quirodáctilo	1,00	6606	PEDRO LEMOS DE	Clínico	44,25
3	16/05/25 00:06	RAIO X	40803120	Mão Ou Quirodáctilo	1,00	6606	PEDRO LEMOS DE	Clínico	44,25
<b>Total de Honorários Não Conveniados</b>					<b>3,00</b>				<b>218,92</b>

**Total geral R\$**

**218,92**