



Paciente: **RAFAEL COELHO DE LOS SANTOS**  
Data de Nascimento: 07/04/2015 Idade: 10anos Sexo: M  
Data do Exame: 06/05/2025  
Solicitante: Dr.(a) DANIEL NARLOCH VEIGA  
Protocolo: UGF3520918 Senha: 179980

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

Central de Atendimento:  
(48) 3288 4100

Informações:  
0800 048 3500

## RADIOGRAFIA DIGITAL DO JOELHO ESQUERDO

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

Exame completo e laudo médico disponíveis em [www.unimedflorianopolis.com.br](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. Nelson Cabral Junior  
CRM/SC 6561



**Contratante:**

Paciente/Usuário

Nome: RAFAEL COELHO DE LOS SANTOS

CPF: 12035553938

Endereço: Rua Marfim, 386 APTO 202

Atendimento Nº: 3520918

Telefone: (48) 984169494

RG:

**Responsável:**

Nome: BRUNA

CPF: 04764019922

Endereço: Rua dos Tucanos, 244 CASA

Telefone: 048984169494

RG: 49653539

**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.

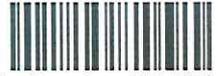
**Cláusula Terceira:** Caso o paciente for beneficiário de plano ou seguro saúde, os **CONTRATANTES** comprometem-se, desde já, a acompanhar a autorização prévia de **todos** os serviços solicitados pelos profissionais disponibilizados pela **CONTRATADA**, inclusive na hipótese de evolução do atendimento 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: 3520918

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

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

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

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

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

CPF nº \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

**Testemunhas**

1- \_\_\_\_\_  
 Nome:  
 CPF nº

2- \_\_\_\_\_  
 Nome:  
 CPF nº

|                  |                       |                            |   |
|------------------|-----------------------|----------------------------|---|
| 1 - Registro ANS | 3 - Nº Guia Principal | 6 - Data Validade da Senha | 7 - Número da Guia Atribuido pela Operadora |
|------------------|-----------------------|----------------------------|---|

|                                       |                    |  |  |
|---------------------------------------|--------------------|--|--|
| 4 - Data da Autorização<br>06/05/2025 | 5 - Senha<br>28037 | 9 - Validade da Carteira<br>06/05/2025 | 10 - Nome<br>RAFAEL COELHO DE LOS SANTOS |
|---------------------------------------|--------------------|--|--|

|                                   |                               |                            |
|-----------------------------------|-------------------------------|----------------------------|
| 8 - Número da Carteira<br>7205203 | 11 - Cartão Nacional de Saúde | 12 - Atendimento a RN<br>N |
|-----------------------------------|-------------------------------|----------------------------|

|                      |                          |                         |                                       |
|----------------------|--------------------------|-------------------------|---------------------------------------|
| Dados do Solicitante | 13 - Código na Operadora | 14 - Nome do Contratado | 15 - Nome do Profissional Solicitante |
|----------------------|--------------------------|-------------------------|---------------------------------------|

|                |  |                            |                         |
|----------------|--|----------------------------|-------------------------|
| 77898611001414 | UNIMED GRANDE FLORIANOPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO | 16 - Conselho Profissional | 17 - Número no Conselho |
|----------------|--|----------------------------|-------------------------|

|   |                             |                          |                        |
|---|-----------------------------|--------------------------|------------------------|
| Requisitante Neo Cadastrado/Ino Cooperado | 21 - Caráter do Atendimento | 22 - Data da Solicitação | 23 - Indicação Clínica |
|---|-----------------------------|--------------------------|------------------------|

|             |  |                |                  |
|-------------|--|----------------|------------------|
| 24 - Tabela | 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial | 26 - Descrição | 27 - Qtd. Solic. |
|-------------|--|----------------|------------------|

|   |    |          |                            |
|---|----|----------|----------------------------|
| 1 | 22 | 10101039 | CONSULTA EM PRONTO SOCORRO |
|---|----|----------|----------------------------|

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|

|                                |                          |                         |                  |
|--------------------------------|--------------------------|-------------------------|------------------|
| Dados da Contratada/Executante | 29 - Código na Operadora | 30 - Nome do Contratado | 31 - Código CNES |
|--------------------------------|--------------------------|-------------------------|------------------|

|                      |                          |   |                       |
|----------------------|--------------------------|---|-----------------------|
| Dados de atendimento | 32 - Tipo de Atendimento | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) | 34 - Tipo de Consulta |
|----------------------|--------------------------|---|-----------------------|

|   |  |           |                                     |
|---|--|-----------|-------------------------------------|
| Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento | 36 - Data | 37 - Hora Inicial a 38 - Hora final |
|---|--|-----------|-------------------------------------|

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|

|            |          |           |                        |
|------------|----------|-----------|------------------------|
| 42 - Cide. | 43 - Via | 44 - Tec. | 45 - Fator Red/Acresc. |
|------------|----------|-----------|------------------------|

|                        |                        |               |               |
|------------------------|------------------------|---------------|---------------|
| 46 - Valor Total (R\$) | 47 - Valor Total (R\$) | 48 - Seq Ref. | 49 - Gr.Pant. |
|------------------------|------------------------|---------------|---------------|

|                              |                           |                            |                         |
|------------------------------|---------------------------|----------------------------|-------------------------|
| 50 - Código na Operadora/CPF | 51 - Nome do Profissional | 52 - Conselho Profissional | 53 - Número no Conselho |
|------------------------------|---------------------------|----------------------------|-------------------------|

|         |                 |   |  |
|---------|-----------------|---|--|
| 54 - UF | 55 - Código CBO | 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série | 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável |
|---------|-----------------|---|--|

|         |         |         |         |
|---------|---------|---------|---------|
| 1 - / / | 2 - / / | 3 - / / | 4 - / / |
|---------|---------|---------|---------|

|         |         |         |         |
|---------|---------|---------|---------|
| 5 - / / | 6 - / / | 7 - / / | 8 - / / |
|---------|---------|---------|---------|

|         |          |          |          |
|---------|----------|----------|----------|
| 9 - / / | 10 - / / | 11 - / / | 12 - / / |
|---------|----------|----------|----------|

|                                 |                                |                                   |                            |
|---------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|
| 58 - Observação / Justificativa | 59 - Total Procedimentos (R\$) | 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) | 61 - Total Materiais (R\$) |
|---------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|

|                         |                               |                                 |                        |
|-------------------------|-------------------------------|---------------------------------|------------------------|
| 62 - Total de OPM (R\$) | 63 - Total Medicamentos (R\$) | 64 - Total Gases Medicinais R\$ | 65 - Total Geral (R\$) |
|-------------------------|-------------------------------|---------------------------------|------------------------|

|   |  |                               |                               |
|---|--|-------------------------------|-------------------------------|
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | 68 - Assinatura do Contratado | 69 - Assinatura do Contratado |
|---|--|-------------------------------|-------------------------------|

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Rafael Coelho de Los Santos  
**Nº da Carteira:** 7.205.203  
**Instituição:** Colégio Adventista Palhoça



**Data de Nascimento:** 07/04/2015

**Nº da Guia:** 28037

| Data da Ocorrência | Horário  | Local  | Atividade               |
|--------------------|----------|--------|-------------------------|
| 06/05/2025         | 16:22:00 | Quadra | Aula de educação física |

| O que aconteceu | Partes do corpo |
|-----------------|-----------------|
| Torção          | Joelho Esquerdo |

## Descrição

Estava correndo, durante a aula de educação física, e torceu o joelho. Referiu dor no local e dificuldade pra caminhar.

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Tiago - Professor        | (48) 3083-9450 |
| Lindamare - Monitora     | (48) 3083-9450 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Glauca Collaço                  | 06/05/2025 |

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

## Observações

Aplicado gelo no local e feito contato com a família para encaminhamento de avaliação médica.

Ass.:

Glauca Francini Collaco

**176.726.884/0135-501**

**INST. ADV. SUL BRAS. DE EDUCAÇÃO  
COLÉGIO ADVENTISTA**

Av. Raulino Pagani, Nº 420

CEP: 88132-199 - Pagani

**Palhoça/SC**

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

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

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

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

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

|              |                             |         |             |                                |
|--------------|-----------------------------|---------|-------------|--------------------------------|
| Paciente     | RAFAEL COELHO DE LOS SANTOS |         | Atendimento | 3.520.918                      |
| Data Nascto. | 07/04/2015                  | 10 Anos | Prontuário  | 99.636.165                     |
| Sexo         | Masculino                   |         | Dt. Entrada | 06/05/2025 17:12:17            |
| Telefone     | 984169494                   |         | Convênio    | Instituto Adventista Instituto |
| Leito        | 1 ORT                       |         |             |                                |

|                  |             |        |                    |               |                            |             |
|------------------|-------------|--------|--------------------|---------------|----------------------------|-------------|
| Data evolução    | Liberação   | Função | Tipo evolução      | Especialidade | Usuário                    | Código prof |
| 06/05/2025 17:56 | 06/05 17:57 | Médico | Evolução Médica PA |               | DANIEL<br>NARLOCH<br>VEIGA | CRM 11649   |

### Evolução Médica PA Adulto - ORTOPEDIA

**Queixa Principal :** Sinais Vitais Triagem:

FC: 94 PAS: PAD: Temp: 36,8 FR: 16 SatO2: 100

S: PCTE COM TRAUMA ; TORÇÃO JEOLHO ESQHOJE

O:

A:

P:

**Exame físico :** DOR ANTERIOR

EXTENSÃO ATIVA OK

SEM DERRAMES

SEM FLGOOSE

ESTAVEL

BOCEJOS -

**Conduta :** RX JEOLHO ESQ : SP

ANALGESIA

GELO

RET SN

ORIENTAÇÕES À MAO E PCTE

**Encaminhamento ao Ambulatório UGF? :** não



|   |  |                                      |
|---|--|--------------------------------------|
| Paciente:<br><b>RAFAEL COELHO DE LOS SANTOS</b> | Convênio:<br><b>Instituto Adventista</b> | Usuário/Matrícula:<br><b>7205203</b> |
| Categoria:<br><b>Instituto Adventista</b>       |  |                                      |

**Emissão:**

Nº atend: **3.520.918**  
 Nº IC: **21.351.956**

|  |                                   |                                      |                                 |
|--|-----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|
| Prontuário: 99636165                         | Data entrada: 06/05/2025 17:12:17 | Data saída: 06/05/2025 17:58:00      | Motivo Alta: Alta melhora       |
| Médico: Dr. DANIEL NARLOCH VEIGA (CRM 11649) |                                   |                                      | Tipo atend: 3 - Pronto socorro  |
| Proc Princ: 00000000                         | 0                                 | Tipo acomodação Setor sem acomodação | Espec/Clinica: 1 Clinica Adulto |
| Data 07/04/2015                              |                                   |                                      | Sexo: M                         |
| CID Princ: S80.9 Traum superf NE da perna    |                                   |                                      |                                 |
| Guia: <b>28037</b>                           | Senha: 28037                      |                                      |                                 |

Dt Conta: 06/05/25 17:13    Dt inicial: 06/05/25 17:12    Dt final: 06/05/25 17:58    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    | 06/05/2025 17:12:17 | 06/05/2025 17:58:00 |
| 2   | Pronto socorro     | ORTOPEDIA          | Setor sem acomodação | 1/ORT   | 06/05/2025 17:19:46 | 06/05/2025 17:58:00 |
| 3   | Serviços Especiais | RAIO X             | Setor sem acomodação | 1/      | 06/05/2025 17:34:00 | 06/05/2025 17:34:00 |

**Honorários Não Conveniados**

| Seq  | Dt Conta       | Setor              | Código   | Descrição         | Qtde        | Crn   | Médico         | Função  | Valor         |
|--|----------------|--------------------|----------|-------------------|-------------|-------|----------------|---------|---------------|
| 1  | 06/05/25 17:12 | PRONTO ATENDIMENTO | 10101039 | Em Pronto Socorro | 1,00        | 11649 | DANIEL NARLOCH | Clínico | 100,32        |
| 2  | 06/05/25 17:49 | RAIO X             | 40804054 | Joelho            | 1,00        | 6561  | NELSON CABRAL  | Clínico | 45,99         |
| <b>Total de Honorários Não Conveniados</b> |                |                    |          |                   | <b>2,00</b> |       |                |         | <b>146,31</b> |

**Total geral R\$**

**146,31**

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



Atendimento: 3521746

**Contratante:**

Paciente/Usuário

Atendimento Nº: 3521746

Nome: YUNA MEI LING LI ALVES

Telefone: (48) 996646345

CPF: 04988115062

RG:

Endereço: Rua Henrique Boiteux , 291 BL 2 AP 404

**Responsável:**

Nome: BARBAR

Telefone: 5548996646345

CPF: 00687333059

RG:

Endereço: Rua Henrique Boiteux , 291 BL 2 AP 404

**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: 3521746

**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, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*Boulouchi*

\_\_\_\_\_  
CONTRATANTE/RESPONSÁVEL

\_\_\_\_\_  
CONTRATADA

**Testemunhas**

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

Nome:

CPF nº

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

Nome:

CPF nº

1 - Registro ANS 3 - Nº Guia Principal

4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data Validade da Senha 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira 9 - Validade da Carteira 10 - Nome

11 - Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento a RN

Dados do Beneficiário

13 - Código na Operadora 14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante 16 - Conselho Profissional 17 - Número no Conselho 18 - UF 19 - Código CBO 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Cartão do Atendimento 22 - Data da Solicitação 23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 26 - Descrição 27 - Qtds. Solic. 28 - Qtds. Aut.

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

Dados do Atendimento

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

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

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

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

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

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

58 - Observação / Justificativa

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

61 - Total Materiais (R\$)

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Total Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Medicinais R\$

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

07/05/2025

07/05/2025

07/05/2025

## AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Yuna Mei Ling Li Alves  
**Nº da Carteira:** 7.58.5506  
**Instituição:** Colégio Adventista de Florianópolis - Estreito



**Data de Nascimento:** 30/08/2010

**Nº da Guia:** 28039

| Data da Ocorrência | Horário  | Local  | Atividade               |
|--------------------|----------|--------|-------------------------|
| 06/05/2025         | 16:43:00 | Quadra | Aula de educação física |

### O que aconteceu

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

### Partes do corpo

5º Dedo Mão Esquerda

### Descrição

Aluna bateu o dedo na bola durante a aula de educação física.

### Testemunha da ocorrência

Franciele

### Telefone

(48) 3039-8100

### Quem prestou primeiros socorros

Franciele

### Data

06/05/2025

### Local de atendimento

HUGF - HOSPITAL UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS

### Endereço

Rua Manoel Loureiro

### Nº

1910

### Bairro

Barreiros

### Telefone

(48) 3288-4100

### Observações

A aluna foi atendida pelo monitor e o responsável foi comunicado.

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     | YUNA MEI LING LI ALVES |         | Atendimento | 3.521.746                      |
| Data Nascto. | 30/08/2010             | 14 Anos | Prontuário  | 99.873.427                     |
| Sexo         | Feminino               |         | Dt. Entrada | 07/05/2025 11:07:10            |
| Telefone     | 996646345              |         | Convênio    | Instituto Adventista Instituto |
| Leito        | 1 ORT                  |         |             |                                |

|                  |             |        |                    |               |                              |             |
|------------------|-------------|--------|--------------------|---------------|------------------------------|-------------|
| Data evolução    | Liberação   | Função | Tipo evolução      | Especialidade | Usuário                      | Código prof |
| 07/05/2025 12:36 | 07/05 12:37 | Médico | Evolução Médica PA |               | JULIANO<br>TEIXEIRA<br>DE SA | CRM 17278   |

### Evolução Médica PA Adulto - ORTOPEDIA

#### Queixa Principal : Sinais Vitais Triagem:

FC: 84 PAS: 133 PAD: 69 Temp: 37,1 FR: 22 SatO2: 99

contusao 5 qde  
dor aip  
equimose  
dor a mobilidade  
sem desvio  
rx sp  
repouso  
analgesia  
imob  
seguimento espec de mão

**Encaminhamento ao Ambulatório UGF? : não**



Paciente: **YUNA MEI LING LI ALVES**  
Data de Nascimento: 30/08/2010 Idade: 14anos 8M Sexo: F  
Data do Exame: 07/05/2025  
Solicitante: Dr.(a) JULIANO TEIXEIRA DE SA  
Protocolo: UGF3521746 Senha: 931090

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

Central de Atendimento:  
(48) 3288 4100

Informações:  
0800 048 3500

## RADIOGRAFIA DIGITAL DA MÃO ESQUERDA

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

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

(Protocolo/senha informados após o exame).

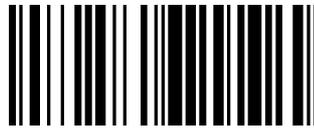
Responsável Técnico Dr. Fabio Vargas Magalhães CRM/SC 9267 RQE 10139

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

1 / 1

  
Dr. Gustavo Lemos Pelandré  
CRM/SC 12478





|  |  |                                      |   |
|--|--|--------------------------------------|---|
| Paciente:<br><b>YUNA MEI LING LI ALVES</b> | Convênio:<br><b>Instituto Adventista</b> | Usuário/Matrícula:<br><b>7585506</b> | <b>Emissão:</b><br>Nº atend: <b>3.521.746</b><br>Nº IC: <b>21.352.835</b> |
| Categoria:<br><b>Instituto Adventista</b>  |  |                                      |   |

|  |                                   |                                      |                                 |
|--|-----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|
| Prontuário: 99873427                               | Data entrada: 07/05/2025 11:07:10 | Data saída: 07/05/2025 13:43:26      | Motivo Alta: Alta melhor        |
| Médico: Dr. JULIANO TEIXEIRA DE SA (CRM 17278)     | Tipo atend: 3 - Pronto socorro    |                                      | Espec/Clinica: 1 Clínica Adulto |
| Proc Princ: 00000000                               | 0                                 | Tipo acomodação Setor sem acomodação |                                 |
| Data 30/08/2010                                    | Sexo: F                           |                                      |                                 |
| CID Princ: S60.0 Contusao de dedos s/lesao da unha |                                   |                                      |                                 |
| Guia: 28039  | Senha: 28039                      |                                      |                                 |

Dt Conta: 07/05/25 11:08 Dt inicial: 07/05/25 11:07 Dt final: 07/05/25 13:43 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    | 07/05/2025 11:07:10 | 07/05/2025 13:43:26 |
| 2   | Pronto socorro     | ORTOPEDIA          | Setor sem acomodação | 1/ORT   | 07/05/2025 11:36:12 | 07/05/2025 13:43:26 |
| 3   | Serviços Especiais | RAIO X             | Setor sem acomodação | 1/      | 07/05/2025 12:12:00 | 07/05/2025 12:12:00 |

## Honorários Não Conveniados

| Seq  | Dt Conta       | Setor              | Código   | Descrição                                      | Qtde        | Crn   | Médico           | Função  | Valor         |
|--|----------------|--------------------|----------|--|-------------|-------|------------------|---------|---------------|
| 1  | 07/05/25 11:07 | PRONTO ATENDIMENTO | 10101039 | Em Pronto Socorro                              | 1,00        | 17278 | JULIANO TEIXEIRA | Clínico | 100,32        |
| 2  | 07/05/25 12:12 | ORTOPEDIA          | 30711010 | Imobilizações Não-Gessadas (Qualquer Segmento) | 1,00        | 17278 | JULIANO TEIXEIRA | Clínico | 12,27         |
| 3  | 07/05/25 12:21 | RAIO X             | 40803120 | Mão Ou Quirodáctilo                            | 1,00        | 12478 | GUSTAVO LEMOS    | Clínico | 44,25         |
| <b>Total de Honorários Não Conveniados</b> |                |                    |          |  | <b>3,00</b> |       |                  |         | <b>156,84</b> |

## Materiais

| Seq                         | Código   | Descrição                           | Unid. | Qtde          | VI Unit. | VI Total    |
|-----------------------------|----------|-------------------------------------|-------|---------------|----------|-------------|
| <b>ORTOPEDIA</b>            |          |                                     |       |               |          |             |
| 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        |
| <b>Total - ORTOPIEDIA -</b> |          |                                     |       | <b>2,0000</b> |          | <b>5,75</b> |
| <b>Total de Materiais</b>   |          |                                     |       | <b>2,0000</b> |          | <b>5,75</b> |

Total geral R\$

162,59