

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3522411

Contratante:

Paciente/Usuário

Atendimento Nº: 3522411

Nome: BELLA SOPHY FRANCA GARCIA

Telefone: (48) 988592641

CPF: 60212129082

RG:

Endereço: Rua Helmuth Fett, 65 CASA 02

Responsável:

Nome: CAROLIN

Telefone: 5548988592641

CPF: 01074311060

RG:

Endereço: Rua Helmuth Fett, 65 CASA 02

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Parágrafo Segundo. No caso de evolução do atendimento de urgência/emergência para internação e não havendo quitação das respectivas despesas, a **CONTRATADA** enviará, a cada 5 (cinco) dias úteis, a descrição dos serviços 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: 3522411

(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 n.º 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: 3522411

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

(1) De acordo com a Lei nº 8.080/1990 tem o direito a ser assistida por um acompanhante de sua livre escolha ou, nos casos em que esteja impossibilitada de manifestar sua vontade, de seu representante legal, estando o acompanhante obrigado a preservar o sigilo das informações de saúde de que tiver conhecimento em razão do acompanhamento.

(2) No caso de atendimento que envolva qualquer tipo de sedação ou rebaixamento do seu nível de consciência, caso não indique acompanhante, a Unimed Grande Florianópolis indicará pessoa para lhe acompanhar, sendo preferencialmente profissional de saúde do sexo feminino, sem custo adicional, ciente que poderá recusar o nome indicado e solicitar a indicação de outro profissional, independentemente de justificativa, registrando-se o nome escolhido no documento gerado durante o atendimento.

(3) Em caso de atendimento eletivo com sedação/rebaixamento de consciência, caso não queira ser assistida, deverá, no fim deste documento, assinalar a opção de renúncia, ciente que esse termo de consentimento livre e esclarecido será arquivado em seu prontuário.

(4) Ainda em caso de atendimento eletivo com sedação/rebaixamento de consciência, a dispensa do acompanhante poderá ser feita por escrito com 24h de antecedência, sendo o documento também arquivado no prontuário médico.

(5) No caso de atendimento realizado em centro cirúrgico ou unidade de terapia intensiva com restrições relacionadas a segurança ou a saúde da paciente, devidamente justificadas pelo corpo clínico, somente será admitido acompanhante que seja profissional de saúde indicado pelo Hospital Unimed, preferencialmente do sexo feminino.

(6) Em casos de urgência e emergência, os profissionais de saúde da Unimed Grande Florianópolis ficam autorizados a agir na proteção e defesa da saúde e da vida da paciente, ainda que na ausência do acompanhante requerido.

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

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

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

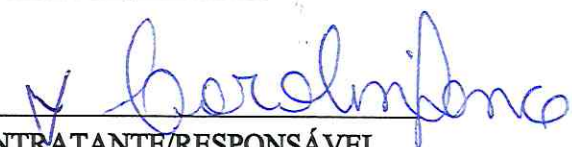
Nome da Acompanhante _____

CPF nº _____

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

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

São José/SC, ____/____/____


CONTRATANTE/RESPONSÁVEL

CONTRATADA

Testemunhas

1- _____

Nome:

CPF nº

2- _____

Nome:

CPF nº

1 - Registro ANS	3 - Nº Guia Principal		
4 - Data da Autorização 07/05/2025	5 - Senha 28073	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 28073
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira 7205939	9 - Validade da Carteira 03/06/2022
		10 - Nome BELLA SOPHY FRANCA GARCIA	11 - Cartão Nacional de Saúde
		12 - Atendimento a RN N	

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

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados		23 - Indicação Clínica	
21 - Cartão de Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 07/05/2025		

24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039	26 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	27 - Qtd. Solic. 1	28 - Qtd. Aut. 1
------------------	--	--	-----------------------	---------------------

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

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

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

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

1	2	3	4	5						
---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--

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

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 Profissional ou Responsável 07/05/2025	68 - Assinatura do Contratado 07/05/2025
---	--	---

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Bella Sophy França Garcia
Nº da Carteira: 7.205.939
Instituição: Colégio Adventista Palhoça

Data de Nascimento: 30/08/2015

Nº da Guia: 28073

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
07/05/2025	14:20:00	Escada	Deslocamento interno

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Mão Esquerda, 5º Dedo Mão Esquerda

Descrição

Ao se deslocar para ir ao banheiro, a aluna machucou o dedo na escada quando bateu com a mão no corrimão.

Testemunha da ocorrência

Geovana Martins

Geovana Martins

Telefone

(48) 99935-1000

(48) 99935-1000

Quem prestou primeiros socorros

Geovana Martins

Data

07/05/2025

Local de atendimento

HUGF - HOSPITAL UNIMED GRANDE
FLORIANÓPOLIS

Endereço

Rua Manoel Loureiro

Nº

191
0

Bairro

Barreiros

Telefone

(48) 3288-4100

Observações

Foi aplicado gelo no local e mobilizado.

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DOS TRANSPORTES
SECRETARIA NACIONAL DE TRANSITO

CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO / DRIVER LICENSE / PERMISO DE CONDUCCIÓN

2º 1 NOME E SOBRENOME

CAROLINE DE BRUM FRANCA

1ª HABILITAÇÃO
14/08/2014

3 DATA, LOCAL E UF DE NASCIMENTO

30/11/1987 PORTO ALEGRE/RS

4ª DATA EMISSÃO

08/11/2024

4b VALIDADE

07/11/2034

ACC

D

4c DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF

7081921285 SSPDI RS

4d CPF

010.743.110-60

5 Nº REGISTRO

00148500077

9 CAT. HAB.

B

NACIONALIDADE

BRASILEIRO(A)

FILIAÇÃO

GILBERTO OLIVEIRA FRANCA

ANA AMELIA DE BRUM FRANCA

7 ASSINATURA DO PORTADOR

ACC	10	11	12
A			
A1			
B			
B1		07/11/2034	
C			
C1			

D	10	11	12
D1			
BE			
CE			
C1E			
DE			
D1E			

12 OBSERVAÇÕES

LOCAL
FLORIANÓPOLIS, SC

CLARKKENEDY NUNES
PRESIDENTE - DETRAN/SC

ASSINATURA DO EMISSOR

48917219131
SC203438612

SANTA CATARINA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2878166868

2878166868

Paciente BELLA SOPHY FRANCA GARCIA

Data Nascto. 30/08/2015 9 Anos

Sexo Feminino

Telefone 988592641

Leito 1 ORT

Atendimento 3.522.411

Prontuário 99.785.728

Dt. Entrada 07/05/2025 19:19:23

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
07/05/2025 20:38	07/05 20:41	Médico	Evolução Médica PA		RENAN VINICIUS ROMANO MARTINELLI	CRM 21033

Evolução Médica PA Adulto - ORTOPEDIA**Queixa Principal :** TRAUMA 5 QDE

DOR E EDEMA LOCAL

LIMITACAO DE MOVIMENTO

Conduta : RX -A. FRATURA BASE FALANGE PROXIMAL 5 QDE

CD. INDICADO TRATAMENTO CONSERVADOR

REDUCAO INCRUENTA + IMOBILIZACAO COM ESPARADRAPAGEM E TALA ANTEBRAQUIOPALMAR

ORIENTACOES GERAIS E PERSPECTIVAS SOBRE O TRATAMENTO

SEGUIMENTO AMBULATORIAL COM ESPECIASLISTA

AFASTO DE ATIVIDADES FISICAS POR 30 DIAS

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



Paciente: **BELLA SOPHY FRANCA GARCIA**
Data de Nascimento: 30/08/2015 Idade: 9anos 8M Sexo: F
Data do Exame: 07/05/2025
Solicitante: Dr.(a) RENAN VINICIUS ROMANO MARTINELLI
Protocolo: UGF3522411 Senha: 376014

unimedflorianopolis.com.br

Central de Atendimento:
(48) 3288 4100

Informações:
0800 048 3500

RADIOGRAFIA DIGITAL DO 5O QDT 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

(Protocolo/senha informados após o exame).

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

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


Dr. Gustavo Lemos Pelandré
CRM/SC 12478



Unimed

Manoel Loureiro, S/N - São José - SC

CNPJ:77858611001414 - Inscrição estadual: - Fone:

(CNES 9671145)

Conta paciente

(77858611001414)

Nota:

Paciente:

Convênio:

Usuário/Matrícula:

BELLA SOPHY FRANCA GARCIA

Instituto Adventista

7205939

Categoria:

Instituto Adventista

Prontuário: 99785728

Data entrada: 07/05/2025 19:19:23

Data saída: 07/05/2025 21:14:24

Motivo Alta: Alta melhora

Médico: Dr. RENAN VINICIUS ROMANO MARTINELLI (CRM 21033)

Tipo atend: 3 - Pronto socorro

Proc Princ: 30722403

Fraturas De Falanges Ou Metacarpianos - Redução Incruenta

Espec/Clinica: 1 Clínica Adulto

Tipo acomodação Enfermaria

Data 30/08/2015

Sexo: F

CID Princ: S62.6 Frat de outr dedos

Guia: 28073

Senha: 28073

Dt Conta: 07/05/25 19:21

Dt inicial: 07/05/25 19:19

Dt final: 07/05/25 21:14

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 19:19:23	07/05/2025 21:14:24
2	Pronto socorro	ORTOPEDIA	Setor sem acomodação	1/ORT	07/05/2025 19:27:23	07/05/2025 21:14:24
3	Serviços Especiais	RAIO X	Setor sem acomodação	1/	07/05/2025 20:10:00	07/05/2025 20:10:00

Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor
1	07/05/25 19:19	PRONTO ATENDIMENTO	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	21033	RENAN VINICIUS	Clínico	130,42
2	07/05/25 20:28	RAIO X	40803120	Mão Ou Quirodáctilo	1,00	12478	GUSTAVO LEMOS	Clínico	44,25
3	07/05/25 20:36	ORTOPEDIA	30722403	Fraturas De Falanges Ou Metacarpianos - Redução Incruenta	1,00	21033	RENAN VINICIUS	Clínico	47,85
Total de Honorários Não Conveniados					3,00				222,52

Materials

Seq	Código	Descrição	Unid.	Qtde	VI Unit.	VI Total
ORTOPEDIA						
1	78988624	ATADURA CREPE 10CMX1,8MT (EM REPOUSO) 13FIO ESTERIL	rl	2,0000	7,6000	15,20
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	1,0000	16,7300	16,73
5	78308500	MALHA TUBULAR ALGODA	cm	120,0000	0,0200	2,40
Total - ORTOPEDIA -				126,0000		55,02
Total de Materiais				126,0000		55,02

Total geral R\$

277,54

Impresso em 14/05/2025 11:01:59

Pág 1

schayany.souza

FatAct_R7

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3546802

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: BENJAMIN DO AMARAL

CPF: 12590090927

Endereço: Rua das Graviolas, 30

Atendimento Nº: 3546802

Telefone: (48) 984592515

RG:

Responsável:

Nome: LEONI

CPF: 04165927910

Endereço: Rua das Graviolas, 30

Telefone: 5548984592515

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: 3546802

(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: 3546802

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

(1) De acordo com a Lei nº 8.080/1990 tem o direito a ser assistida por um acompanhante de sua livre escolha ou, nos casos em que esteja impossibilitada de manifestar sua vontade, de seu representante legal, estando o acompanhante obrigado a preservar o sigilo das informações de saúde de que tiver conhecimento em razão do acompanhamento.

(2) No caso de atendimento que envolva qualquer tipo de sedação ou rebaixamento do seu nível de consciência, caso não indique acompanhante, a Unimed Grande Florianópolis indicará pessoa para lhe acompanhar, sendo preferencialmente profissional de saúde do sexo feminino, sem custo adicional, ciente que poderá recusar o nome indicado e solicitar a indicação de outro profissional, independentemente de justificativa, registrando-se o nome escolhido no documento gerado durante o atendimento.

(3) Em caso de atendimento eletivo com sedação/rebaixamento de consciência, caso não queira ser assistida, deverá no fim deste documento, assinalar a opção de renúncia, ciente que esse termo de consentimento livre e esclarecido será arquivado em seu prontuário.

(4) Ainda em caso de atendimento eletivo com sedação/rebaixamento de consciência, a dispensa do acompanhante poderá ser feita por escrito com 24h de antecedência, sendo o documento também arquivado no prontuário médico.

(5) No caso de atendimento realizado em centro cirúrgico ou unidade de terapia intensiva com restrições relacionadas a segurança ou a saúde da paciente, devidamente justificadas pelo corpo clínico, somente será admitido acompanhante que seja profissional de saúde indicado pelo Hospital Unimed, preferencialmente do sexo feminino.

(6) Em casos de urgência e emergência, os profissionais de saúde da Unimed Grande Florianópolis ficam autorizados a agir na proteção e defesa da saúde e da vida da paciente, ainda que na ausência do acompanhante requerido.

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

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

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

Nome da Acompanhante _____

CPF nº _____

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

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

São José/SC, ____/____/____



CONTRATANTE/RESPONSÁVEL

CONTRATADA

Testemunhas

1- _____

Nome:

CPF nº

2- _____

Nome:

CPF nº

Instituto Adventista

1 - Registro ANS	3 - Nº Guia Principal
000000	

4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuido pela Operadora
29/05/2025	28946		28946

Dados do Beneficiário	9 - Validade da Carteira	10 - Nome
8 - Número da Carteira	29/05/2025	BENJAMIN DO AMARAL
7205483		

acompanhante
Dt Nasc: 10/02/16
BENJAMIN DO AMARAL
Atend: 3546802 Senha: 0R26

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado
77858611001414	UNIMED GRANDE FLORIANOPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código
Requisitante Não Cadastrado/nao Cooperado	6	2526	SC	226125

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados	23 - Indicação Clínica	27 - Qtd. Solic.	28 - Qtd. Aut.
21 - Caracter do Atendimento		1	1
2			

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

2		
---	--	--

3		
---	--	--

4		
---	--	--

5		
---	--	--

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

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

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

1										
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2										
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3										
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4										
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5										
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	5 -	6 -	7 -	8 -	9 -	10 -
1 -							
2 -							
3 -							
4 -							

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
	29/05/2025	29/05/2025

Impresso em: 29/05/2025 19:00:32	Página 1	cleuza.vieira	WATE/0106
----------------------------------	----------	---------------	-----------

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Benjamin do Amaral
Nº da Carteira: 7.205.483
Instituição: Colégio Adventista Palhoça



Data de Nascimento: 10/02/2015

Nº da Guia: 28946

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
29/05/2025	18:01:00	Pátio	Saída

O que aconteceu

Queda de mesmo nível

Partes do corpo

Braço Esquerdo, Antebraço Esquerdo

Descrição

Durante a saída o aluno acabou caindo (os alunos estavam saindo todos juntos) e machucou o braço sentindo dor para movimentar o braço.

Testemunha da ocorrência

Geovana Martins

Geovana Martins

Telefone

(48) 99935-1000

(48) 99935-1000

Quem prestou primeiros socorros

Geovana Martins

Data

29/05/2025

Local de atendimento

HUGF - HOSPITAL UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS

Endereço

Rua Manoel Loureiro

Nº

191
0

Bairro

Barreiros

Telefone

(48) 3288-4100

Observações

Foi comunicado a família.

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

Paciente **BENJAMIN DO AMARAL**

Data Nascto. 10/02/2015 10 Anos

Sexo Masculino

Telefone 984592515

Leito 1 ORT

Atendimento **3.546.802**

Prontuário 99.788.129

Dt. Entrada 29/05/2025 18:58:41

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
29/05/2025 19:33	29/05 19:34	Médico	Evolução Médica PA		EDUARDO HUBBE BUSS	CRM 34767

Evolução Médica PA Adulto - ORTOPEDIA

Queixa Principal : queda com trauma em membro superior esq
mobiliza ativamente o membro
relata do em antebraço

Exame físico : congruência articular cotovelo e punho
rx sem sinais de fratura ou luxação - ainda sem laudo

Conduta : repouso + gelo + analgesia

Encaminhamento ao Ambulatório UGF? : não



Paciente: **BENJAMIN DO AMARAL**

Data de Nascimento: 10/02/2015 Idade: 10anos 3M Sexo: M

Data do Exame: 29/05/2025

Solicitante: Dr.(a) EDUARDO HUBBE BUSS

Protocolo: UGF3546802 Senha: 264803

unimedflorianopolis.com.br

Central de Atendimento:
(48) 3288 4100

Informações:
0800 048 3500

RADIOGRAFIA DIGITAL DO PUNHO ESQUERDO

Estrutura óssea normal.

Relações articulares anatômicas.

Partes moles sem alterações radiográficas.

Ausência de sinais de fratura.

Exame completo e laudo médico disponíveis em www.unimedflorianopolis.com.br

(Protocolo/senha informados após o exame).

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

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


Dr. Pedro Lemos de Luca
CRM/SC 6606





Paciente: **BENJAMIN DO AMARAL**

Data de Nascimento: 10/02/2015 Idade: 10anos 3M Sexo: M

Data do Exame: 29/05/2025

Solicitante: Dr.(a) EDUARDO HUBBE BUSS

Protocolo: UGF3546802 Senha: 264803

unimedflorianopolis.com.br

Central de Atendimento:
(48) 3288 4100

Informações:
0800 048 3500

RADIOGRAFIA DIGITAL DO ANTEBRAÇO ESQUERDO

Estrutura óssea normal.

Relações articulares anatômicas.

Partes moles sem alterações radiográficas.

Ausência de sinais de fraturas.

Exame completo e laudo médico disponíveis em www.unimedflorianopolis.com.br

(Protocolo/senha informados após o exame).

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

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


Dr. Pedro Lemos de Luca
CRM/SC 6606



Unimed		Manoel Loureiro, S/N - São José - SC CNPJ:77858611001414 - Inscrição estadual: - Fone: (CNES 9671145)				Conta paciente (77858611001414) Nota:			
Paciente: BENJAMIN DO AMARAL		Convênio: Instituto Adventista		Usuário/Matrícula: 7205483		Emissao: Nº atend: 3.546.802 Nº IC: 21.380.668			
Categoria: Instituto Adventista									
Prontuário: 99788129		Data entrada: 29/05/2025 18:58:41		Data saída: 29/05/2025 19:52:06		Motivo Alta: Alta melhora			
Médico: Dr. EDUARDO HUBBE BUSS (CRM 34767)						Tipo atend: 3 - Pronto socorro			
Proc Princ: 00000000 0						Espec/Clinica: 1 Clinica Adulto			
Data 10/02/2015		Tipo acomodação Enfermaria		Sexo: M					
CID Princ: S50.9 Traum superf do antebraço NE									
Guia: 28946		Senha: 28946							
Dt Conta: 29/05/25 18:59		Dt inicial: 29/05/25 18:58		Dt final: 29/05/25 19:52		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	29/05/2025 18:58:41	29/05/2025 19:52:06			
2	Pronto socorro	ORTOPEDIA	Setor sem acomodação	1/ORT	29/05/2025 19:16:26	29/05/2025 19:52:06			
3	Serviços Especiais	RAIO X	Setor sem acomodação	1/	29/05/2025 19:25:00	29/05/2025 19:25:00			
Honorários Não Conveniados									
Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor
1	29/05/25 18:58	PRONTO ATENDIMENTO	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	34767	EDUARDO HUBBE	Clínico	100,32
2	29/05/25 19:30	RAIO X	40803112	Punho	1,00	6606	PEDRO LEMOS DE	Clínico	46,86
3	29/05/25 19:31	RAIO X	40803104	Antebraço	1,00	6606	PEDRO LEMOS DE	Clínico	45,99
Total de Honorários Não Conveniados					3,00				193,17
Total geral R\$									193,17
Impresso em 30/05/2025 10:03:52									
Pag 1									
schayany.souza									
FatAct_R7									

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3522888

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: CECILIA KALFELS MACHADO

CPF:

Endereço: Rua Josefina Borsatto, 137 Casa

Atendimento Nº: 3522888

Telefone: (48) 988380293

RG: 3687199

Responsável:

Nome: DIEGO

Telefone: 5548984121533

CPF: 00847963918

RG:

Endereço: Rua Josefina Borsatto, 137 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 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: 3522888

(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.



Atendimento: 3522888

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

(1) De acordo com a Lei nº 8.080/1990 tem o direito a ser assistida por um acompanhante de sua livre escolha ou, nos casos em que esteja impossibilitada de manifestar sua vontade, de seu representante legal, estando o acompanhante obrigado a preservar o sigilo das informações de saúde de que tiver conhecimento em razão do acompanhamento.

(2) No caso de atendimento que envolva qualquer tipo de sedação ou rebaixamento do seu nível de consciência, caso não indique acompanhante, a Unimed Grande Florianópolis indicará pessoa para lhe acompanhar, sendo preferencialmente profissional de saúde do sexo feminino, sem custo adicional, ciente que poderá recusar o nome indicado e solicitar a indicação de outro profissional, independentemente de justificativa, registrando-se o nome escolhido no documento gerado durante o atendimento.

(3) Em caso de atendimento eletivo com sedação/rebaixamento de consciência, caso não queira ser assistida, deverá no fim deste documento, assinalar a opção de renúncia, ciente que esse termo de consentimento livre e esclarecido será arquivado em seu prontuário.

(4) Ainda em caso de atendimento eletivo com sedação/rebaixamento de consciência, a dispensa do acompanhante poderá ser feita por escrito com 24h de antecedência, sendo o documento também arquivado no prontuário médico.

(5) No caso de atendimento realizado em centro cirúrgico ou unidade de terapia intensiva com restrições relacionadas a segurança ou a saúde da paciente, devidamente justificadas pelo corpo clínico, somente será admitido acompanhante que seja profissional de saúde indicado pelo Hospital Unimed, preferencialmente do sexo feminino.

(6) Em casos de urgência e emergência, os profissionais de saúde da Unimed Grande Florianópolis ficam autorizados a agir na proteção e defesa da saúde e da vida da paciente, ainda que na ausência do acompanhante requerido.

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

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

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

Nome da Acompanhante _____

CPF nº _____

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

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

São José/SC, 08/02/25


CONTRATANTE/RESPONSÁVEL

CONTRATADA

Testemunhas

1- _____

Nome:

CPF nº

2- _____

Nome:

CPF nº

INSTITUTO ADVENTISTA

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

2 - Nº Guia no Prestador 5925276

V.3.0
Atend.: 3522888

1 - Registro ANS		3 - Nº Guia Principal			
4 - Data da Autorização 08/05/2025		5 - Senha 7586611		6 - Data Validade da Senha	
8 - Número da Carteira 7586611		9 - Validade da Carteira 08/05/2025		10 - Nome CECILIA KALFELS MACHADO	
11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N			
Dados do Solicitante					
13 - Código na Operadora 77858611001414		14 - Nome do Contratado UNIMED GRANDE FLORIANOPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO			
15 - Nome do Profissional Solicitante Requisitante Nao Cadastrado/nao Cooperado		16 - Conselho Profissional 6		17 - Número no Conselho 2526	
18 - UF SC		19 - Código CBO 225125		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados					
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 08/05/2025		23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 1		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039		26 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	
27 - Qtdde.Solic. 1		28 - Qtdde.Aut. 1			
29		30			
31		32			
33		34			
35		36			
Dados do Contratado Executante					
29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado			
Dados do atendimento					
32 - Tipo de Atendimento		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta	
35 - Motivo da Encerramento do Atendimento					
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados					
36 - Data 38 - Hora Inicial a 38 - Hora final		39 - Tabela 40 - Código do Procedimento		41 - Descrição 42 - Qtdde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator Red./Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)	
1		2		3	
3		4		5	
4		5		6	
5		6		7	
6		7		8	
7		8		9	
8		9		10	
9		10		11	
10		11		12	
11		12		13	
12		13		14	
13		14		15	
14		15		16	
15		16		17	
16		17		18	
17		18		19	
18		19		20	
19		20		21	
20		21		22	
21		22		23	
22		23		24	
23		24		25	
24		25		26	
25		26		27	
26		27		28	
27		28		29	
28		29		30	
29		30		31	
30		31		32	
31		32		33	
32		33		34	
33		34		35	
34		35		36	
35		36		37	
36		37		38	
37		38		39	
38		39		40	
39		40		41	
40		41		42	
41		42		43	
42		43		44	
43		44		45	
44		45		46	
45		46		47	
46		47		48	
47		48		49	
48		49		50	
49		50		51	
50		51		52	
51		52		53	
52		53		54	
53		54		55	
54		55		56	
55		56		57	
56		57		58	
57		58		59	
58		59		60	
59		60		61	
60		61		62	
61		62		63	
62		63		64	
63		64		65	
64		65		66	
65		66		67	
66		67		68	
67		68		69	
68		69		70	
69		70		71	
70		71		72	
71		72		73	
72		73		74	
73		74		75	
74		75		76	
75		76		77	
76		77		78	
77		78		79	
78		79		80	
79		80		81	
80		81		82	
81		82		83	
82		83		84	
83		84		85	
84		85		86	
85		86		87	
86		87		88	
87		88		89	
88		89		90	
89		90		91	
90		91		92	
91		92		93	
92		93		94	
93		94		95	
94		95		96	
95		96		97	
96		97		98	
97		98		99	
98		99		100	

60 - Total Procedimentos (R\$)

61 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)

62 - Total Materiais (R\$)

63 - Total de OPME (R\$)

64 - Total Medicamentos (R\$)

65 - Total Gases Medicinais R\$

66 - Total Geral (R\$)

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
08/05/2025

68 - Assinatura do Contratado
08/05/2025

69 - Assinatura do Responsável pela Autorização
08/05/2025

70 - Assinatura do Profissional
08/05/2025

71 - Assinatura do Profissional
08/05/2025

72 - Assinatura do Profissional
08/05/2025

73 - Assinatura do Profissional
08/05/2025

74 - Assinatura do Profissional
08/05/2025

75 - Assinatura do Profissional
08/05/2025

76 - Assinatura do Profissional
08/05/2025

77 - Assinatura do Profissional
08/05/2025

78 - Assinatura do Profissional
08/05/2025

79 - Assinatura do Profissional
08/05/2025

80 - Assinatura do Profissional
08/05/2025

81 - Assinatura do Profissional
08/05/2025

82 - Assinatura do Profissional
08/05/2025

83 - Assinatura do Profissional
08/05/2025

84 - Assinatura do Profissional
08/05/2025

85 - Assinatura do Profissional
08/05/2025

86 - Assinatura do Profissional
08/05/2025

87 - Assinatura do Profissional
08/05/2025

88 - Assinatura do Profissional
08/05/2025

89 - Assinatura do Profissional
08/05/2025

90 - Assinatura do Profissional
08/05/2025

91 - Assinatura do Profissional
08/05/2025

92 - Assinatura do Profissional
08/05/2025

93 - Assinatura do Profissional
08/05/2025

94 - Assinatura do Profissional
08/05/2025

95 - Assinatura do Profissional
08/05/2025

96 - Assinatura do Profissional
08/05/2025

97 - Assinatura do Profissional
08/05/2025

98 - Assinatura do Profissional
08/05/2025

99 - Assinatura do Profissional
08/05/2025

100 - Assinatura do Profissional
08/05/2025

Impresso em: 08/05/2025 09:54:19

Página 1

michele.lucas

WATER/0106

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Cecília Kalfels Machado
Nº da Carteira: 7.58.6611
Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Estreito

Data de Nascimento: 05/05/2010 **Nº da Guia:** 28100

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
08/05/2025	07:57:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu

Partes do corpo

A aluna disse que se jogou no chão para pegar a bola e só no dia seguinte percebeu que tinha quebrado o dedo anelar da mão esquerda.

Descrição

Aluna quebrou o dedo anelar da mão esquerda no ginásio na aula de educação física.

Testemunha da ocorrência

Telefone

Prof. Fran

(48) 3039-8054

Monitora Jeane

(48) 3039-8054

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

Observações

A aluna foi atendida e encaminhada para o hospital de referência unimed.

Ass.:

Jerry Abdoral Borges

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

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

Paciente **CECILIA KALFELS MACHADO**

Data Nascto. 05/05/2010 15 Anos

Sexo Feminino

Telefone 988380293

Leito 1 ORT

Atendimento **3.522.888**

Prontuário 162.575

Dt. Entrada 08/05/2025 09:50:46

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
08/05/2025 10:06	08/05 10:19	Médico	Evolução Médica PA		ALVARO GUIMARAES DE LIMA	CRM 4512

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

FC: 83 PAS: PAD: Temp: 36,9 FR: 16 SatO2: 100

S: Dor na mão E. relata trauma direto ontem em jogo de basquete na escola

O:

A:

P:

Exame físico : Limitação de movimentos

Edema 4º QDE

Conduta : Rx sem laudo - fratura da base da fal. media do 4º QDE

Tala metálica

oriento

Encaminhamento ao Ambulatório UGF? : não**Acionado sobreaviso da Ortopedia? :** não**Solicitado exames de imagem? :** sim**Se sim, quais? :** Radiologia



Paciente: **CECILIA KALFELS MACHADO**
Data de Nascimento: 05/05/2010 Idade: 15anos Sexo: F
Data do Exame: 08/05/2025
Solicitante: Dr.(a) ALVARO GUIMARAES DE LIMA
Protocolo: UGF3522888 Senha: 296495

unimedflorianopolis.com.br

Central de Atendimento:
(48) 3288 4100

Informações:
0800 048 3500

RADIOGRAFIA DIGITAL DA MÃO ESQUERDA

Irregularidade cortical na base da falange média do quarto dedo. Correlacionar com dados clínicos.

Relações articulares anatômicas.

Partes moles sem alterações radiográficas.

Dr. Márcio Custódio Oselame
CRM/SC 20087

Exame completo e laudo médico disponíveis em www.unimedflorianopolis.com.br

(Protocolo/senha informados após o exame).

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

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

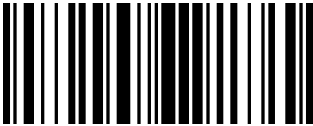
Unimed



Manoel Loureiro, S/N - São José - SC

CNPJ:77858611001414 - Inscrição estadual: - Fone:

(CNES 9671145)



Conta paciente

(77858611001414)

Nota:

Paciente:

CECILIA KALFELS MACHADO

Convênio:

Instituto Adventista

Usuário/Matrícula:

7586611

Categoria:

Instituto Adventista

Prontuário:

162575

Data entrada:

08/05/2025 09:50:46

Data saída:

08/05/2025 10:26:55

Motivo Alta:

Alta melhora

Médico:

Dr. ALVARO GUIMARAES DE LIMA (CRM 4512)

Proc Princ:

30722403

Fraturas De Falanges Ou Metacarpianos - Redução Incruenta

Tipo acomodação Enfermaria

Sexo:

F

Data

05/05/2010

CID Princ:

S62.6 Frat de outr dedos

Guia:

28100

Senha:

28100

Nº atend:

3.522.888

Nº IC:

21.354.101

Dt Conta:

08/05/25 09:53

Dt inicial:

08/05/25 09:50

Dt final:

08/05/25 10:26

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	08/05/2025 09:50:46	08/05/2025 10:26:55
2	Pronto socorro	ORTOPEDIA	Setor sem acomodação	1/ORT	08/05/2025 09:59:06	08/05/2025 10:26:55
3	Serviços Especiais	RAIO X	Setor sem acomodação	1/	08/05/2025 10:07:00	08/05/2025 10:07:00

Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor
1	08/05/25 09:50	PRONTO ATENDIMENTO	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	4512	ALVARO	Clínico	100,32
2	08/05/25 10:15	RAIO X	40803120	Mão Ou Quirodáctilo	1,00	20087	MARCIO	Clínico	44,25
3	08/05/25 10:19	ORTOPEDIA	30711010	Imobilizações Não-Gessadas (Qualquer Segmento)	1,00	4512	ALVARO	Clínico	12,27
4	08/05/25 10:19	ORTOPEDIA	30722403	Fraturas De Falanges Ou Metacarpianos - Redução Incruenta	1,00	4512	ALVARO	Clínico	36,81
Total de Honorários Não Conveniados					4,00				193,65

Materiais

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\$

199,40

Impresso em 14/05/2025 11:06:09

Pág 1

schayany.souza

FatAct_R7

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3520533

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: IGOR PEREIRA RODRIGUES ANTONIO

CPF: 14804988904

Endereço: Rua Santos Dumont, 810 apto 101

Atendimento Nº: 3520533

Telefone: (47) 988480155

RG:

Responsável:

Nome: JESSICA

CPF: 06100224232

Endereço: Rua Santos Dumont, 810 apto 101

Telefone: 5547988480155

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: 3520533

(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: 3520533

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

(1) De acordo com a Lei nº 8.080/1990 tem o direito a ser assistida por um acompanhante de sua livre escolha ou, nos casos em que esteja impossibilitada de manifestar sua vontade, de seu representante legal, estando o acompanhante obrigado a preservar o sigilo das informações de saúde de que tiver conhecimento em razão do acompanhamento.

(2) No caso de atendimento que envolva qualquer tipo de sedação ou rebaixamento do seu nível de consciência, caso não indique acompanhante, a Unimed Grande Florianópolis indicará pessoa para lhe acompanhar, sendo preferencialmente profissional de saúde do sexo feminino, sem custo adicional, ciente que poderá recusar o nome indicado e solicitar a indicação de outro profissional, independentemente de justificativa, registrando-se o nome escolhido no documento gerado durante o atendimento.

(3) Em caso de atendimento eletivo com sedação/rebaixamento de consciência, caso não queira ser assistida, deverá no fim deste documento, assinalar a opção de renúncia, ciente que esse termo de consentimento livre e esclarecido será arquivado em seu prontuário.

(4) Ainda em caso de atendimento eletivo com sedação/rebaixamento de consciência, a dispensa do acompanhante poderá ser feita por escrito com 24h de antecedência, sendo o documento também arquivado no prontuário médico.

(5) No caso de atendimento realizado em centro cirúrgico ou unidade de terapia intensiva com restrições relacionadas a segurança ou a saúde da paciente, devidamente justificadas pelo corpo clínico, somente será admitido acompanhante que seja profissional de saúde indicado pelo Hospital Unimed, preferencialmente do sexo feminino.

(6) Em casos de urgência e emergência, os profissionais de saúde da Unimed Grande Florianópolis ficam autorizados a agir na proteção e defesa da saúde e da vida da paciente, ainda que na ausência do acompanhante requerido.

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

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

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

Nome da Acompanhante _____

CPF nº _____

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

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

São José/SC, ____/____/____


CONTRATANTE/RESPONSÁVEL

CONTRATADA

Testemunhas

1- _____

Nome:

CPF nº

2- _____

Nome:

CPF nº

1 - Registro ANS

3 - Nº Guia Principal

4 - Data da Autorização
06/05/2025

5 - Senha
27856001

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
27856001

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
72052323

9 - Validade da Carteira
31/05/2025

10 - Nome
IGOR PEREIRA RODRIGUES ANTONIO

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
77858611001414

14 - Nome do Contratado
UNIMED GRANDE FLORIANOPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional
6

17 - Número no Conselho
2526

18 - UF
SC

19 - Código CBO
225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
06/05/2025

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
10101039

26 - Descrição
CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

27 - Qtd. Solic.
1

28 - Qtd. Aut.
1

2

3

4

5

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

Dados do atendimento

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data
37 - Hora inicial a 38 - Hora final

39 - Tabela
40 - Código do Procedimento

41 - Descrição
42 - Qtd.

43 - Via

44 - Tec.

45 - Fator Red./Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

1

2

3

4

5

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq. Rel.
49 - Gr. Part.

50 - Código na Operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Materiais (R\$)

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Total Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Medicinais R\$

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização
06/05/2025

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
06/05/2025

68 - Assinatura do Contratado
06/05/2025

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO.001



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

Data de Nascimento: 24/02/2019

Nº da Guia: 27856.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
05/05/2025	10:54:01	Sala de Aula	Chegada

O que aconteceu

Queda de mesmo nível

Partes do corpo

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 caiu sozinho em cima do braço direito. Em ligação com o responsável, nos comunicou que o aluno já quebrou uma outra vez o braço direito.

Testemunha da ocorrência

Geovana Martins

Geovana Martins

Telefone

(48) 99935-1000

(48) 99935-1000

Quem prestou primeiros socorros

Geovana Martins

Data

29/04/2025

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

Motivo do Retorno

Retorno médico 06/05 para avaliação com ortopedista.

011 20.884/0135-301
Inst. Adv. Sul Bras. de Educação
Colégio Adventista Palhoça
Av. Raulino Pagani, 420
Pagani - CEP: 88.132-199
PALHOÇA-SC

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

Paciente **IGOR PEREIRA RODRIGUES ANTONIO**

Data Nascto. 24/02/2019 6 Anos

Sexo Masculino

Telefone 988480155

Leito 1 ORT

Atendimento **3.520.533**

Prontuário 99.872.789

Dt. Entrada 06/05/2025 13:24:16

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
06/05/2025 14:37	06/05 14:39	Médico	Evolução Médica PA		DANIEL NARLOCH VEIGA	CRM 11649

Evolução Médica PA Adulto - ORTOPEDIA**Queixa Principal :** PCTE COM FRATURA NO ANTEBRAÇO

1SEMANA

VEMPARA CONTROLE

JA ENCAMINHADO PARA ORTP PEDIATROCO , MAS MAE NAO AGENDOOU PQ CONVEIO DO COLEGIO NAO COBRE

Exame físico : TALA OK**Conduta :** RX : FRAT EM CONSOLIDAÇÃO DENTRO DE LIMITES ACEITAVEIS PARA IDADE
CONVERSO COM MAE E ACENTUO NECESSIDADE DE SEGMENTO COM ORTOP PEDIATRICO AQUI OU SUS
(HOSPITAL JOANA DE GUSMAO , DEIXO O NOME)
RET PS SN**Encaminhamento ao Ambulatório UGF? :** não



Paciente: **IGOR PEREIRA RODRIGUES ANTONIO**
Data de Nascimento: 24/02/2019 Idade: 6anos 2M Sexo: M
Data do Exame: 06/05/2025
Solicitante: Dr.(a) LEANDRO DAVID DOS SANTOS
Protocolo: UGF3520533 Senha: 994293

unimedflorianopolis.com.br

Central de Atendimento:
(48) 3288 4100

Informações:
0800 048 3500

RADIOGRAFIA DIGITAL DO ANTEBRAÇO/PUNHO DIREITO

Exame de controle realizado sob aparelho gessado com fraturas nas diáfises do rádio e da ulna.

Exame completo e laudo médico disponíveis em www.unimedflorianopolis.com.br

(Protocolo/senha informados após o exame).

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

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


Dr. Nelson Cabral Junior
CRM/SC 6561





Paciente: **IGOR PEREIRA RODRIGUES ANTONIO**
Data de Nascimento: 24/02/2019 Idade: 6anos 2M Sexo: M
Data do Exame: 06/05/2025
Solicitante: Dr.(a) LEANDRO DAVID DOS SANTOS
Protocolo: UGF3520533 Senha: 994293

unimedflorianopolis.com.br

Central de Atendimento:
(48) 3288 4100

Informações:
0800 048 3500

RADIOGRAFIA DIGITAL DO ANTEBRAÇO/PUNHO DIREITO

Exame de controle realizado sob aparelho gessado com fraturas nas diáfises do rádio e da ulna.

Exame completo e laudo médico disponíveis em www.unimedflorianopolis.com.br

(Protocolo/senha informados após o exame).

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

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


Dr. Nelson Cabral Junior
CRM/SC 6561



Unimed		Manoel Loureiro, S/N - São José - SC CNPJ:77858611001414 - Inscrição estadual: - Fone: (CNES 9671145)				Conta paciente (77858611001414) Nota:			
Paciente: IGOR PEREIRA RODRIGUES ANTONIO		Convênio: Instituto Adventista		Usuário/Matrícula: 72052323		Emissao: Nº atend: 3.520.533 Nº IC: 21.351.604			
Categoria: Instituto Adventista									
Prontuário: 99872789		Data entrada: 06/05/2025 13:24:16		Data saída: 06/05/2025 14:43:20		Motivo Alta: Alta melhora			
Médico: Dr. DANIEL NARLOCH VEIGA (CRM 11649)						Tipo atend: 3 - Pronto socorro			
Proc Princ: 00000000 0						Espec/Clinica: 1 Clinica Adulto			
Data 24/02/2019		Tipo acomodação Apartamento		Sexo: M					
CID Princ: S52.9 Frat do antebraço parte NE									
Guia: 27856001		Senha: 27856001							
Dt Conta: 06/05/25 13:25		Dt inicial: 06/05/25 13:24		Dt final: 06/05/25 14:43		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	06/05/2025 13:24:16	06/05/2025 14:43:20			
2	Pronto socorro	ORTOPEDIA	Setor sem acomodação	1/ORT	06/05/2025 13:34:55	06/05/2025 14:43:20			
3	Serviços Especiais	RAIO X	Setor sem acomodação	1/	06/05/2025 13:51:00	06/05/2025 13:51:00			
Honorários Não Conveniados									
Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor
1	06/05/25 13:24	PRONTO ATENDIMENTO	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	11649	DANIEL NARLOCH	Clínico	100,32
2	06/05/25 14:26	RAIO X	40803112	Punho	1,00	6561	NELSON CABRAL	Clínico	46,86
3	06/05/25 14:31	RAIO X	40803104	Antebraço	1,00	6561	NELSON CABRAL	Clínico	45,99
Total de Honorários Não Conveniados					3,00				193,17
Total geral R\$									193,17
Impresso em 07/05/2025 11:17:50									
Pág 1									
schayany.souza									
FatAct_R7									

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3543738

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: ISABELA CAMPOS PINHEIROS

CPF: 03901169202

Endereço: Avenida Lages, 2015 casa

Atendimento Nº: 3543738

Telefone: (91) 982011890

RG:

Responsável:

Nome: JOHNNAT

CPF: 76348571220

Endereço: Avenida Lages, 2015 casa

Telefone: 5591982011890

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: 3543738

(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: 3543738

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

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

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

Nome da Acompanhante _____

CPF nº _____

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

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

São José/SC, ____/____/____



CONTRATANTE/RESPONSÁVEL

CONTRATADA

Testemunhas

1- _____
Nome: _____
CPF nº _____

2- _____
Nome: _____
CPF nº _____

1 - Registro ANS
000000

3 - N° Guia Principal

4 - Data da Autorização
27/05/2025

5 - Senha
28778

6 - Número da Carteira
7466359

7 - Nome da Guia Atribuído pela Operadora
28778

8 - Nome do Beneficiário

9 - Validade da Carteira
09/09/2025

10 - Nome
ISABELA CAMPOS PINHEIROS

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
Requisitante Nao Cadastrado/nao Cooperado

16 - Conselho Profissional
6

17 - Número no Conselho
2526

18 - UF
SC

19 - Código CBO
225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caráter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
27/05/2025

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
10101039

26 - Descrição
CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

27 - Qtdde.Solic.
1

28 - Qtdde.Aut.
1

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Tipo de Atendimento

32 - Tipo de Consulta

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Encerramento do Atendimento

35 - Data
1

36 - Hora inicial a 38 - Hora final

37 - Tabela
39

38 - Código do Procedimento
40

39 - Descrição
41

42 - Valor Unitário (R\$)

43 - Valor Total (R\$)

44 - Conselho Profissional

45 - Número no Conselho

46 - UF

47 - Código CBO

48 - Seq. Rel.

49 - Gr.Part.

50 - Código na Operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Materiais (R\$)

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Total Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Medicinais R\$

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
27/05/2025

68 - Assinatura do Contratado
27/05/2025

Atend.: 3543738

2 - N° Guia no Prestador 5961238

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

V.3.0

Instituto Adventista

Atend.: 3543738

Impresso em: 27/05/2025 11:09:08

Página 1

diogo.petry

WATE/0106

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Isabela Campos Pinheiro

Nº da Carteirinha: 7.46.6359

Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Centro



Data de Nascimento: 10/05/2012

Nº da Guia: 28778

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
27/05/2025	09:36:00	Escada	Deslocamento interno

O que aconteceu

Queda de altura (Ex.: escada)

Partes do corpo

Pé Esquerdo, Tornozelo Esquerdo

Descrição

Aluna estava descendo para a térreo, e na escada virou o pé.

Testemunha da ocorrência

Jardson

Telefone

(48) 3039-8200

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

Observações

Aluna recebeu os primeiros atendimentos na escola (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 / nortolegre.clinicaadventista.org.br

Paciente **ISABELA CAMPOS PINHEIROS**

Data Nascto. 10/02/2012 13 Anos

Sexo Feminino

Telefone 982011890

Leito 1 ORT

Atendimento **3.543.738**

Prontuário 99.875.017

Dt. Entrada 27/05/2025 11:05:37

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
27/05/2025 12:40	27/05 12:41	Médico	Evolução Médica PA		LEANDRO DAVID DOS SANTOS	CRM 22137

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

FC: 84 PAS: PAD: Temp: 36,8 FR: 16 SatO2: 100

DEAMBJULANDO, CLAUDICANTE.
DOR E DISCRETO EDEMA PERIMALEOLAR.
ADM LIVRE
AUSENCIA DE DEFORMIDADE
RX SEM SINAIS DE FRATURA..

CD: TTO LESAO LIGAMENTAR

Encaminhamento ao Ambulatório UGF? : não



Paciente: **ISABELA CAMPOS PINHEIROS**

Data de Nascimento: 10/02/2012 Idade: 13anos 3M Sexo: F

Data do Exame: 27/05/2025

Solicitante: Dr.(a) LEANDRO DAVID DOS SANTOS

Protocolo: UGF3543738 Senha: 676154

unimedflorianopolis.com.br

Central de Atendimento:
(48) 3288 4100

Informações:
0800 048 3500

RADIOGRAFIA DIGITAL DO TORNOZELO/PE DIREITO/ESQUERDO

Estrutura óssea normal.

Relações articulares anatômicas.

Partes moles sem alterações radiográficas.

Ausência de sinais de fraturas.

Exame completo e laudo médico disponíveis em www.unimedflorianopolis.com.br

(Protocolo/senha informados após o exame).

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

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


Dr. Nelson Cabral Junior
CRM/SC 6561





Paciente: **ISABELA CAMPOS PINHEIROS**

Data de Nascimento: 10/02/2012 Idade: 13anos 3M Sexo: F

Data do Exame: 27/05/2025

Solicitante: Dr.(a) LEANDRO DAVID DOS SANTOS

Protocolo: UGF3543738 Senha: 676154

unimedflorianopolis.com.br

Central de Atendimento:
(48) 3288 4100

Informações:
0800 048 3500

RADIOGRAFIA DIGITAL DO TORNOZELO/PE DIREITO/ESQUERDO

Estrutura óssea normal.

Relações articulares anatômicas.

Partes moles sem alterações radiográficas.

Ausência de sinais de fraturas.

Exame completo e laudo médico disponíveis em www.unimedflorianopolis.com.br

(Protocolo/senha informados após o exame).

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

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


Dr. Nelson Cabral Junior
CRM/SC 6561





Paciente: **ISABELA CAMPOS PINHEIROS**
Data de Nascimento: 10/02/2012 Idade: 13anos 3M Sexo: F
Data do Exame: 27/05/2025
Solicitante: Dr.(a) LEANDRO DAVID DOS SANTOS
Protocolo: UGF3543738 Senha: 676154

unimedflorianopolis.com.br

Central de Atendimento:
(48) 3288 4100

Informações:
0800 048 3500

RADIOGRAFIA DIGITAL DO TORNOZELO/PE DIREITO/ESQUERDO

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

Exame completo e laudo médico disponíveis em www.unimedflorianopolis.com.br

(Protocolo/senha informados após o exame).

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

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


Dr. Nelson Cabral Junior
CRM/SC 6561





Paciente: **ISABELA CAMPOS PINHEIROS**
Data de Nascimento: 10/02/2012 Idade: 13anos 3M Sexo: F
Data do Exame: 27/05/2025
Solicitante: Dr.(a) LEANDRO DAVID DOS SANTOS
Protocolo: UGF3543738 Senha: 676154

unimedflorianopolis.com.br

Central de Atendimento:
(48) 3288 4100

Informações:
0800 048 3500

RADIOGRAFIA DIGITAL DO TORNOZELO/PE DIREITO/ESQUERDO

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

Exame completo e laudo médico disponíveis em www.unimedflorianopolis.com.br

(Protocolo/senha informados após o exame).

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

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


Dr. Nelson Cabral Junior
CRM/SC 6561



Unimed

Manoel Loureiro, S/N - São José - SC

CNPJ:77858611001414 - Inscrição estadual: - Fone:

(CNES 9671145)

Conta paciente

(77858611001414)

Nota:

Paciente:

ISABELA CAMPOS PINHEIROS

Convênio:

Instituto Adventista

Usuário/Matrícula:

7466359

Categoria:

Instituto Adventista

Emissao:

Nº atend: 3.543.738

Nº IC: 21.377.029

Prontuário: 99875017

Data entrada: 27/05/2025 11:05:37

Data saída: 27/05/2025 12:43:03

Motivo Alta: Alta melhora

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

Tipo atend: 3 - Pronto socorro

Proc Princ: 30728134

Lesões Ligamentares Agudas Ao Nível Do Tornozelo - Tratamento

Espec/Clinica: 1 Clinica Adulto

Tipo acomodação Enfermaria

Data 10/02/2012

Sexo: F

CID Princ: S93.4 Entorse e distensao do tornozelo

Guia: 28778

Senha: 28778

Dt Conta: 27/05/25 11:08

Dt inicial: 27/05/25 11:05

Dt final: 27/05/25 12:43

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	27/05/2025 11:05:37	27/05/2025 12:43:03
2	Pronto socorro	ORTOPEDIA	Setor sem acomodação	1/ORT	27/05/2025 11:19:16	27/05/2025 12:43:03
3	Serviços Especiais	RAIO X	Setor sem acomodação	1/	27/05/2025 12:07:00	27/05/2025 12:07:00

Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor
1	27/05/25 11:05	PRONTO ATENDIMENTO	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	22137	LEANDRO DAVID	Clínico	100,32
2	27/05/25 12:07	ORTOPEDIA	30728134	Lesões Ligamentares Agudas Ao Nível Do Tornozelo - Tratamento Incruento	1,00	22137	LEANDRO DAVID	Clínico	107,52
3	27/05/25 12:17	RAIO X	40804097	Pé Ou Pododáctilo	1,00	6561	NELSON CABRAL	Clínico	45,99
4	27/05/25 12:17	RAIO X	40804097	Pé Ou Pododáctilo	1,00	6561	NELSON CABRAL	Clínico	45,99
5	27/05/25 12:18	RAIO X	40804089	Articulação Tibiotársica (Tornozelo)	1,00	6561	NELSON CABRAL	Clínico	44,25
6	27/05/25 12:18	RAIO X	40804089	Articulação Tibiotársica (Tornozelo)	1,00	6561	NELSON CABRAL	Clínico	44,25
Total de Honorários Não Conveniados					6,00				388,32

Total geral R\$

388,32

Impresso em 28/05/2025 07:19:50

Pág 1

schayany.souza

FatAct_R7