

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3281138

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: ERIC TEODORO MASSANEIRO

CPF: 04503148044

Endereço: RUA SÃO SEBASTIÃO, 2027 CASA

Atendimento Nº: 3281138

Telefone: (48) 999660314

RG:

Responsável:

Nome: TIAGO

CPF: 00843403047

Endereço: RUA SÃO SEBASTIÃO, 2027 CASA

Telefone: 5548999660314

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

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3281138

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 (**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.

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3281138

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

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

(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.

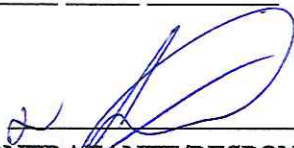
Nome da Acompanhante _____

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

V.3.0

Atend.: 3281138

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

2 - N° Guia no Prestador 5501893

Instituto Adventista

1 - Registro ANS
000000

3 - N° Guia Principal

4 - Data da Autorização
05/09/2024

5 - Senha
20689

8 - Número da Carteira
72052005

9 - Validade da Carteira
31/08/2025

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
20689

10 - Nome
ERIC TEODORO MASSANEIRO

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

13 - Código na Operadora
77859611001414

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
05/09/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1 22

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
10101039

26 - Descrição
CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

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 do Contrato do Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

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 - Qtde.

43 - Via

44 - Tec.

45 - Fator Red/Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

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

48 - Seq. Ref.

49 - Gr.Part.

50 - Código na Operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 - / /

2 - / /

3 - / /

4 - / /

5 - / /

6 - / /

7 - / /

8 - / /

9 - / /

10 - / /

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Materiais (R\$)

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Total Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Medicinais R\$

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

05/09/2024

05/09/2024

05/09/2024

Impresso em: 05/09/2024 11:04:27

Página 1

ana.ferreira

WATE70106

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Eric Teodoro Massaneiro
Nº da Carteira: 7.205.2005
Instituição: Colégio Adventista Palhoça



Data de Nascimento: 29/04/2012

Nº da Guia: 20689

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
05/09/2024	09:47:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	5º Dedo Mão Esquerda

Descrição

O aluno estava jogando "queimada" e a bola bateu no dedo empurrando para trás. O dedo começou a inchar e ficar roxo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Bianca Bendik Rodrigues	48998557433
Bianca Bendik Rodrigues	48998557433

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitor	05/09/2024

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

Observações

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

176.726.884/0135-30
INST. ADV. SUL BRAS. DE EDUCAÇÃO
COLÉGIO ADVENTISTA
Av. Raulino Pagani, N° 420
CEP: 88132-199 - Pagani
Palhoça/SC

Glaucya Francini Collaco

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

Paciente **ERIC TEODORO MASSANEIRO**

Data Nascto. 29/04/2012 12 Anos

Sexo Masculino

Telefone 999660314

Leito 1

Atendimento **3.281.138**

Prontuário 99.837.346

Dt. Entrada 05/09/2024 11:01:12

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
05/09/2024 11:15	05/09 11:40	Médico	Evolução Médica PA		ALVARO GUIMARAES DE LIMA	CRM 4512

Avaliação: Evolução Médica PA - ORTOPEDIA**Queixa Principal :** Dor no 5º QDE

Relata trauma direto em jogo de futebol hoje

Edema + limitação de movimentos

Rx sem laudo - fratura da fal. media do 5º QDE

Tala metálica

oriento

Encaminhamento ao Ambulatório UGF? : Não**Acionado sobreaviso da Ortopedia? :** Não**Solicitado exames de imagem? :** Sim. Quais?**Radiologia :** Sim



Paciente: **ERIC TEODORO MASSANEIRO**

Data de Nascimento: 29/04/2012 Idade: 12anos 4M Sexo: M

Data do Exame: 05/09/2024

Solicitante: Dr.(a) ALVARO GUIMARAES DE LIMA

Protocolo: UGF3281138 Senha: 964076

unimedflorianopolis.com.br

Central de Atendimento:
(48) 3288 4100

Informações:
0800 048 3500

RADIOGRAFIA DIGITAL DO Vº QUIRODÁCTILO ESQUERDO

Alinhamento articular mantido.

Estrutura óssea normal.

Interlinhas articulares preservadas.

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:

Emissao:

Nº atend: 3.281.138

Nº IC: 21.053.271

Paciente:

Convênio:

Usuário/Matrícula:

ERIC TEODORO MASSANEIRO

Instituto Adventista

72052005

Categoria:

Instituto Adventista

Prontuário: 99837346

Data entrada: 05/09/2024 11:01:12

Data saída: 05/09/2024 12:27:02

Motivo Alta: Alta melhora

Médico: Dr. ALVARO GUIMARAES DE LIMA (CRM 4512)

Tipo atend: 3 - Pronto socorro

Espec/Clinica: 1 Clinica Adulto

Proc Princ: 30722403

Fraturas De Falanges Ou Metacarpianos - Redução Incruenta

Tipo acomodação Enfermaria

Data 29/04/2012

Sexo: M

CID Princ: S62.6 Frat de outr dedos

Guia: 20689

Senha: 20689

Dt Conta: 05/09/24 11:02

Dt inicial: 05/09/24 11:01

Dt final: 05/09/24 12:27

Refer: 30/09/24

Movimentação do Paciente

Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO	Setor sem acomodação	1/	05/09/2024 11:01:12	05/09/2024 12:27:02
2	Pronto socorro	ORTOPEDIA	Setor sem acomodação	1/	05/09/2024 11:13:20	05/09/2024 12:27:02
3	Serviços Especiais	RAIO X	Setor sem acomodação	1/	05/09/2024 11:17:00	05/09/2024 11:17:00

Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor
1	05/09/24 11:01	PRONTO ATENDIMENTO	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	4512	ALVARO	Clínico	73,52
2	05/09/24 11:34	RAIO X	40803120	Mão Ou Quirodáctilo	1,00	20087	MARCIO	Clínico	42,18
3	05/09/24 11:38	ORTOPEDIA	30711010	Imobilizações Não-Gessadas (Qualquer Segmento)	1,00	4512	ALVARO	Clínico	11,70
4	05/09/24 11:41	ORTOPEDIA	30722403	Fraturas De Falanges Ou Metacarpianos - Redução Incruenta	1,00	4512	ALVARO	Clínico	35,09
Total de Honorários Não Conveniados					4,00				162,49

Materials

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

Total geral R\$

168,24

Impresso em 10/09/2024 15:51:27

Pág 1

taina.estevao

FatAct_R7

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3285424

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: MARIA LUIZA GOES

CPF: 10760860980

Endereço: Rua Atílio Pagani, 231 APTO 1310

Atendimento Nº: 3285424

Telefone: (48) 996565272

RG:

Responsável:

Nome: GLAUCY

CPF: 06348322980

Endereço: Rua Atílio Pagani, 231 APTO 1310

Telefone: 5548998685620

RG: 46229434

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

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3285424

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 (**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.

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3285424

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

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

(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.

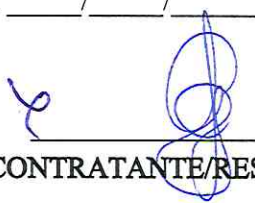
Nome da Acompanhante _____

CPF nº _____

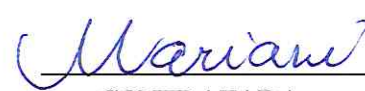
() **RENUNCIA** ser acompanhada nos termos da Lei nº 8.080/1990.

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 _____

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

2 - N° Guia no Prestador 5509761

Instituto Adventista

1 - Registro ANS 000000		3 - N° Guia Principal		6 - Data Validade da Senha 20811		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 20811		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a N			
4 - Data da Autorização 09/09/2024		5 - Senha 20811		9 - Validade da Carteira 01/07/2025		10 - Nome MARIA LUIZA GOES		17 - Número no Conselho 2526		19 - Código CBO 225125		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
8 - Número da Carteira 72051196		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		18 - UF SC		27 - Qtd. Solic. 1	
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 09/09/2024		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela 1		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039		26 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		28 - Qtd. Aut. 1	
29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado		31 - Tipo de Atendimento		32 - Tipo de Atendimento		33 - Indicação do Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
36 - Data 1		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\$)		48 - Seq. Ref.		49 - Gr. Part.		50 - Código na Operadora/CPF	
51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho		54 - UF		55 - Código CBO		56 - Data de Realização de Procedimentos em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
58 - Seq. Ref.		59 - Gr. Part.		60 - Código na Operadora/CPF		61 - Nome do Profissional		62 - Total de OPME (R\$)		63 - Total Medicamentos (R\$)		64 - Total Gases Medicinalis R\$	
65 - Total Procedimentos (R\$)		66 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Responsável pela Autorização		69 - Assinatura do Contratado		70 - Data		71 - Total Geral (R\$)	
72 - Observação / Justificativa		73 - Data de Realização de Procedimentos em Série		74 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		75 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		76 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		77 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		78 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
79 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		80 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		81 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		82 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		83 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		84 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		85 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
86 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		87 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		88 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		89 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		90 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		91 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		92 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
93 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		94 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		95 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		96 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		97 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		98 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		99 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
100 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		101 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		102 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		103 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		104 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		105 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		106 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
107 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		108 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		109 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		110 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		111 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		112 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		113 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
114 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		115 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		116 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		117 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		118 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		119 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		120 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
121 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		122 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		123 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		124 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		125 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		126 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		127 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
128 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		129 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		130 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		131 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		132 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		133 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		134 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
135 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		136 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		137 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		138 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		139 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		140 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		141 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
142 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		143 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		144 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		145 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		146 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		147 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		148 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
149 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		150 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		151 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		152 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		153 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		154 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		155 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
156 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		157 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		158 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		159 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		160 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		161 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		162 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
163 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		164 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		165 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		166 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		167 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		168 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		169 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
170 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		171 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		172 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		173 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		174 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		175 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		176 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
177 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		178 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		179 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		180 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		181 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		182 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		183 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
184 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		185 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		186 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		187 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		188 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		189 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		190 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
191 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		192 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		193 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		194 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		195 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		196 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		197 - Assinatura do Benef	

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Maria Luiza Goes
Nº da Carteirinha: 7.205.1196
Instituição: Colégio Adventista Palhoça



Data de Nascimento: 13/12/2010

Nº da Guia: 20811

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
09/09/2024	21:08:00	Quadra	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Direito

Descrição

A aluna estava em aula de vôlei quando um colega colocou o pé na frente e ela torceu o pé. Referiu muita dor no local e dificuldade para caminhar.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Bianca Bendik Rodrigues	48998557433
Bianca Bendik Rodrigues	48998557433

Quem prestou primeiros socorros	Data
Jeferson - Monitor	09/09/2024

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

Observações

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

16.726.884/0135-30
INST. ADV. SUL BRAS. DE EDUCAÇÃO
COLÉGIO ADVENTISTA
Av. Raulino Pagani, N.º 420
CEP: 88132-199 - Pagani
Palhoça/SC

Glaucia Francini Collaco

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

Paciente **MARIA LUIZA GOES**

Data Nascto. 13/12/2010 13 Anos

Sexo Feminino

Telefone 996565272

Leito 1

Atendimento **3.285.424**

Prontuário 99.821.101

Dt. Entrada 09/09/2024 22:16:59

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
09/09/2024 22:51	09/09 22:52	Médico	Evolução Médica PA		FABIO CABRAL BOTELHO	CRM 5841

Avaliação: Evolução Médica PA - ORTOPEDIA

Queixa Principal : Paciente portadora de escafoide acessório de pé D , sofreu rasteira no jogo de volei
dor forte em face medial de pé D, bem no escafoide,
entorse de pé D
tala gessada, nimesulida, pé elevado
atestado 15 dias.

Encaminhamento ao Ambulatório UGF? : Não**Acionado sobreaviso da Ortopedia? :** Não**Solicitado exames de imagem? :** Não

Unimed

Manoel Loureiro, S/N - São José - SC

CNPJ:77858611001414 - Inscrição estadual: - Fone:

(CNES 9671145)

Conta paciente

(77858611001414)

Nota:

Emissao:

Nº atend: 3.285.424

Nº IC: 21.057.706

Paciente:

Convênio:

Usuário/Matrícula:

MARIA LUIZA GOES

Instituto Adventista

72051196

Categoria:

Instituto Adventista

Prontuário: 99821101

Data entrada: 09/09/2024 22:16:59

Data saída: 09/09/2024 23:09:03

Motivo Alta: Alta melhor

Médico: Dr. FABIO CABRAL BOTELHO (CRM 5841)

Tipo atend: 3 - Pronto socorro

Espec/Clinica: 1 Clinica Adulto

Proc Princ: 00000000

0

Tipo acomodação Enfermaria

Data 13/12/2010

Sexo: F

CID Princ: S93.4 Entorse e distensao do tornozelo

Guia: 20811

Senha: 20811

Dt Conta: 09/09/24 22:17

Dt inicial: 09/09/24 22:16

Dt final: 09/09/24 23:09

Refer: 01/11/24

Movimentação do Paciente

Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO	Setor sem acomodação	1/	09/09/2024 22:16:59	09/09/2024 23:09:03
2	Pronto socorro	ORTOPEDIA	Setor sem acomodação	1/	09/09/2024 22:44:26	09/09/2024 23:09:03

Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor
1	09/09/24 22:16	PRONTO ATENDIMENTO	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	5841	FABIO CABRAL	Clínico	95,58
2	09/09/24 22:49	ORTOPEDIA	30711029	Membro Inferior	1,00	5841	FABIO CABRAL	Clínico	30,41
Total de Honorários Não Conveniados					2,00				125,99

Materiais

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	78988780	ATADURA CREPON 15 CM X 1,8 M	rl	2,0000	11,2400	22,48
3	70858845	ATADURA GESSADA 20 CM X 4,0 M	rl	2,0000	6,8800	13,76
4	70034664	ATADURA ORTOPEDICA 10 CM X 1,8 M	rl	1,0000	12,8900	12,89
5	70034702	ATADURA ORTOPEDICA 15 CM X 1,8 M	rl	3,0000	12,5500	37,65
6	78202477	MALHA TUBULAR 08 CM X 15 M	cm	120,0000	0,0400	4,80
Total - ORTOPEDIA -					130,0000	106,78
Total de Materiais					130,0000	106,78

Total geral R\$

232,77

Impresso em 10/09/2024 16:23:05

Pág 1

taina.estevao

FatAct_R7

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3285225

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: ALICE REITZ

CPF: 13239827956

Endereço: Rua Najla Carone Goedert, 181 APT

Atendimento Nº: 3285225

Telefone: (48) 9 88310948

RG:

Responsável:

Nome: TATIANI

CPF: 04846216969

Endereço: Rua Najla Carone Goedert, 181 APT 1205

Telefone: 55048988310948

RG: 4313121

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

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3285225

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 (**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.

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3285225

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

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

(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 - Nº Guia Principal
4 - Data da Autorização 09/09/2024	5 - Senha 20795
Dados do Beneficiário	
8 - Número da Carteira 7205566	9 - Validade da Carteira 31/12/2023
	10 - Nome ALICE REITZ
	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/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	
21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 09/09/2024
23 - Indicação Clínica	

24 - Tabela 1 22	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039	26 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	27 - Qtdde Solic. 1	28 - Qtdde 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 1	37 - Hora Inicial a 38 - Hora final 1
39 - Tabela 1	40 - Código do Procedimento 1
41 - Descrição 1	42 - Qtdde. 1
43 - Via 1	44 - Tec. 1
45 - Fator Red/Acresc. 1	46 - Valor Unitário (R\$) 1
47 - Valor Total (R\$) 1	

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)	
48 - Seg. 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	

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

58 - Observação / Justificativa	
---------------------------------	--

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

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Alice Reitz
Nº da Carteirinha: 7.205.566
Instituição: Colégio Adventista Palhoça

Data de Nascimento: 28/03/2017

Nº da Guia: 20795

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
09/09/2024	16:53:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	4º Dedo Mão Direita, 5º Dedo Mão Direita

Descrição
Aluna estava participando da aula de educação física, quando foi pegar a bola, os dedos (anelar e dedo mínimo), foram para trás.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Thallys	(48) 99935-1000
Professor Thallys	(48) 99935-1000

Quem prestou primeiros socorros	Data
Professor Thallys	09/09/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
PA INFANTIL UNIMED UNID.CENTRO - MENORES DE 15 ANOS EXCLUSIVO	Rua Madalena Barbi	204	Centro	(48) 3216-8222

Observações
O professor atendeu a aluna, colocou gelo no local, depois a aluna foi encaminhada ao SOE, entramos em contato com os pais por telefone.

Ass.: _____

Liliani Carneiro Martins

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

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

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

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

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

Evolução Paciente

Paciente **ALICE REITZ**

Data Nascto. 28/03/2017 7 Anos

Sexo Feminino

Telefone 9 88310948

Leito 1

Atendimento **3.285.225**

Prontuário 99.667.731

Dt. Entrada 09/09/2024 18:29:20

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
09/09/2024 18:47	09/09 18:58	Médico	Evolução Médica PA		LUIZ FERNANDO PEREIRA	CRM 11405

Avaliação: Evolução Médica PA**Avaliação Médica :** Trauma em hiperextensãodo 4 e 5 QDD hoje por bolada

DOR EM MTCF

RX SEM LAUDO, SP

ANALGESIA VO, ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

Paciente será reavaliado? : Sim



Paciente: **ALICE REITZ**

Data de Nascimento: 28/03/2017 Idade: 7anos 5M Sexo: F

Data do Exame: 09/09/2024

Solicitante: Dr.(a) LUIZ FERNANDO PEREIRA

Protocolo: UGF3285225 Senha: 389643

unimedflorianopolis.com.br

Central de Atendimento:
(48) 3288 4100

Informações:
0800 048 3500

RADIOGRAFIA DIGITAL DA MÃO DIREITA

Estrutura óssea normal.

Relações articulares anatômicas.

Partes moles sem alterações radiográficas.

Ausência de sinais de fraturas.

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

(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



UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3285849

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: DAVI LUIZ OLIVEIRA DA ROCHA

CPF: 05907800003

Endereço: Rua Doutor Armando Valério de Assis ,

Atendimento Nº: 3285849

Telefone: (48) 988493113

RG:

Responsável:

Nome: CARLA

CPF: 01962034062

Endereço: Rua da Pedra do Balão , 194 CASA

Telefone: 5551992368528

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 uteis, a descrição dos serviços

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3285849

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 (**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.

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3285849

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

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

(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
000000	

4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuido pela Operadora
10/09/2024	20807		20807

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
7586796	08/11/2022	DAVILUZ OLIVEIRA DA ROCHA		N

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 CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Requisitante Nao Cadastrado/noo Cooperado	6	2526	SC	225125	

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados	21 - Caracter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
	2	10/09/2024	

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qtds. Solic.	28 - Qtds. Aut.
1	22	10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	1	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 - Qtds.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)

1											
2											
3											
4											
5											

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(s)	48 - Seg. 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
1 - / /	3 - / /	
2 - / /	4 - / /	
	5 - / /	
	6 - / /	
	7 - / /	
	8 - / /	
	9 - / /	
	10 - / /	

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
/ /	10/09/2024	10/09/2024

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Davi Luiz Oliveira da Rocha

Nº da Carteira: 7.46.6196

Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Centro

Data de Nascimento: 25/11/2014

Nº da Guia: 20807

Data da Ocorrência	Horário	Local
09/09/2024	17:55:00	Ginásio

Atividade

Aula de educação física

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Tornozelo Direito

Descrição

Durante a aula o aluno teve uma leve torção no tornozelo.

Testemunha da ocorrência

Jardson Rocha

Telefone

(48) 3039-8200

Quem prestou primeiros socorros

Jardson Rocha

Data

09/09/2024

Local de atendimento

Endereço

Nº Bairro

Telefone

PA INFANTIL UNIMED
UNID.CENTRO - MENORES DE 15
ANOS EXCLUSIVO

Rua Madalena Barbi

204 Centro

(48) 3216-8222

Observações

O aluno foi atendido pelo Coord. Disciplinar, foi colocado gelo e a família foi avisada.

Ass.:

Juliana Penna de Alcântara de Melo

76 726 884/0095-081
INST. ADVENTISTA SUL BRA.
DE EDUCAÇÃO
(Colégio Adventista de Florianópolis-Centro)
Rua Visconde de Ouro Preto, 347
CENTRO - CEP 88020-040
FLORIANÓPOLIS - SC

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

Data Nascto. 25/11/2014 9 Anos

Sexo Masculino

Telefone 988493113

Leito 1

Atendimento **3.285.849**

Prontuário 99.797.529

Dt. Entrada 10/09/2024 10:36:12

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
10/09/2024 12:09	10/09 12:12	Médico	Evolução Médica PA		LEANDRO DAVID DOS SANTOS	CRM 22137

Avaliação: Evolução Médica PA - ORTOPEDIA

Queixa Principal : ENTORSE DO TORNOZELO DIREITO HOJE.
DOR , EDEMA NA REGIÃO LATERAL DO TORNOZELO E BASE DO 5º MTT.

DEAMBUJLANDO.
DOR NA PALPAÇÃO DO 5º MTT E LTFA.

RX: AVULSAO BASE DO 5º MTT.

IMOBILIZAÇÃO

TTO LESAO LIGAMENTAR E FRATURA

Encaminhamento ao Ambulatório UGF? : Não**Acionado sobreaviso da Ortopedia? :** Não**Solicitado exames de imagem? :** Sim. Quais?**Radiologia :** Sim



Paciente: **DAVI LUIZ OLIVEIRA DA ROCHA**
Data de Nascimento: 25/11/2014 Idade: 9anos 9M Sexo: M
Data do Exame: 10/09/2024
Solicitante: Dr.(a) LEANDRO DAVID DOS SANTOS
Protocolo: UGF3285849 Senha: 474442

unimedflorianopolis.com.br

Central de Atendimento:
(48) 3288 4100

Informações:
0800 048 3500

RADIOGRAFIA DIGITAL DO PÉ DIREITO

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

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



Paciente: **DAVI LUIZ OLIVEIRA DA ROCHA**
Data de Nascimento: 25/11/2014 Idade: 9anos 9M Sexo: M
Data do Exame: 10/09/2024
Solicitante: Dr.(a) LEANDRO DAVID DOS SANTOS
Protocolo: UGF3285849 Senha: 474442

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

RADIOGRAFIA DIGITAL DO TORNOZELO DIREITO

Discreta esclerose da apófise do calcâneo.
Relações articulares anatômicas.
Partes moles sem alterações radiográficas.
Ausência de sinais de fraturas.

Márcio Custódio Oselame

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



UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3285870

Contratante:

Paciente/Usuário

Atendimento Nº: 3285870

Nome: HELENA FERNANDES FERREIRA

Telefone: (48) 988062177

CPF: 13005237940

RG:

Endereço: Rua Vinícius de Moraes, 327 casa

Responsável:

Nome: RAQUEL

Telefone: 4898806-2177

CPF: 03677003954

RG:

Endereço: Rua Vinícius de Moraes, 327 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

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3285870

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

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

(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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Helena Fernandes Ferreira

Nº da Carteirinha: 7.46.5261

Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Centro



Data de Nascimento: 29/11/2016

Nº da Guia: 20815

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
10/09/2024	08:31:00	Corredor	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de altura (Ex.: escada)	Perna Direita

Descrição

ALUNA ESTAVA SUBINDO A ESCADA, QUANDO ESCORREGOU E BATEU A PERNA.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Cleber Pires	(48) 3039-8200

Quem prestou primeiros socorros	Data
Cleber Pires	10/09/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações

Aluna recebeu os primeiros atendimento e foi encaminhada para o Pronto atendimento Unimed Infantil. R. Madalena Barbi, 204 - Centro, Florianópolis

Ass.:

Jardson Rocha

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

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

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

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

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

1 - Registro ANS 000000	3 - Nº Guia Principal
----------------------------	-----------------------

4 - Data da Autorização 10/09/2024	5 - Senha 7465261	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 7465261
---------------------------------------	----------------------	----------------------------	--

8 - Número da Carteira 7465261	9 - Validade da Carteira 10/09/2024	10 - Nome HELENA FERNANDES FERREIRA	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/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	21 - Cartão do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 10/09/2024	23 - Indicação Clínica
---	---------------------------------	--	------------------------

24 - Tabela 1 22	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039	26 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	27 - Qtda. Solc. 1	28 - Qtda. Aut. 1
---------------------	--	--	-----------------------	----------------------

29	30	31	32	33	34	35
----	----	----	----	----	----	----

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 1	37 - Hora Inicial a 38 - Hora final 2	39 - Tabela 3	40 - Código do Procedimento 4	41 - Descrição 5	42 - Qtda. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator Red./Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)
---	----------------	--	------------------	----------------------------------	---------------------	---

48 - Seq. Ref.	49 - Gr. Pat.	60 - Código na Operadora/CPF	61 - Nome do Profissional	62 - Conselho Profissional	63 - Número no Conselho	64 - UF	65 - 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	68 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------

Paciente **HELENA FERNANDES FERREIRA**

Data Nascto. 29/11/2016 7 Anos

Sexo Feminino

Telefone 988062177

Leito 1

Atendimento **3.285.870**

Prontuário 99.852.918

Dt. Entrada 10/09/2024 10:47:46

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
10/09/2024 12:22	10/09 12:23	Médico	Evolução Médica PA		LEANDRO DAVID DOS SANTOS	CRM 22137

Avaliação: Evolução Médica PA - ORTOPEDIA**Queixa Principal :** TRAUMA EM PERNA DIREITA
IMPACTO CONTRA OBJETO

EDEMA ,. EQUIMOSE E ESCORIAÇÕES.

RX SEM SINAIS DE FRATURAS.

Encaminhamento ao Ambulatório UGF? : Não**Acionado sobreaviso da Ortopedia? :** Não**Solicitado exames de imagem? :** Sim. Quais?**Radiologia :** Sim



Paciente: **HELENA FERNANDES FERREIRA**
Data de Nascimento: 29/11/2016 Idade: 7anos 9M Sexo: F
Data do Exame: 10/09/2024
Solicitante: Dr.(a) LEANDRO DAVID DOS SANTOS
Protocolo: UGF3285870 Senha: 666370

unimedflorianopolis.com.br

Central de Atendimento:
(48) 3288 4100

Informações:
0800 048 3500

RADIOGRAFIA DIGITAL DA PERNA DIREITA

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

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:		Convênio:		Usuário/Matrícula:					
HELENA FERNANDES FERREIRA		Instituto Adventista		7465261					
Categoria:									
Instituto Adventista									
Prontuário: 99852918			Data entrada: 10/09/2024 10:47:46		Data saída: 10/09/2024 12:28:10		Motivo Alta: Alta melhora		
Médico: Dr. LEANDRO DAVID DOS SANTOS (CRM 22137)							Tipo atend: 3 - Pronto socorro		
Proc Princ: 00000000 0							Espec/Clinica: 1 Clínica Adulto		
			Tipo acomodação		Setor sem acomodação				
Data 29/11/2016			Sexo: F						
CID Princ: S80.8 Outr traum superf da perna									
Guia: 20815			Senha: 20815						
Dt Conta: 10/09/24 10:49		Dt inicial: 10/09/24 10:47		Dt final: 10/09/24 12:28		Refer: 01/11/24			
Movimentação do Paciente									
Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída			
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO	Setor sem acomodação	1/	10/09/2024 10:47:46	10/09/2024 12:28:10			
2	Pronto socorro	ORTOPEDIA	Setor sem acomodação	1/	10/09/2024 11:06:25	10/09/2024 12:28:10			
3	Serviços Especiais	RAIO X	Setor sem acomodação	1/	10/09/2024 12:01:00	10/09/2024 12:01:00			
Honorários Não Conveniados									
Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crm	Médico	Função	Valor
1	10/09/24 10:47	PRONTO ATENDIMENTO	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	22137	LEANDRO DAVID	Clínico	73,52
2	10/09/24 12:09	RAIO X	40804070	Perna	1,00	6561	NELSON CABRAL	Clínico	46,59
Total de Honorários Não Conveniados					2,00		120,11		
Total geral R\$									120,11
Impresso em 16/09/2024 08:14:32									
Pág 1									
taina.estevao									
FatAct_R7									

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3288738

Contratante:

Paciente/Usuário

Atendimento Nº: 3288738

Nome: MYLLENA EMANUELLY SILVA ASSUNCAO DO

Telefone: (65) 999250083

CPF: 10203166167

RG:

Endereço: Rua Padre Cunha, 3568 AP 302

Responsável:

Nome: CIDELY

Telefone: 5565999250083

CPF: 58139478172

RG:

Endereço: Rua Padre Cunha, 3568 AP 302

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

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3288738

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 (**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.

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3288738

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

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

(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.

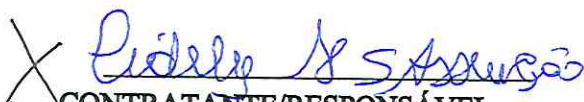
Nome da Acompanhante _____

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, ____/____/____

X 

CONTRATANTE/RESPONSÁVEL

CONTRATADA

Testemunhas

1- _____

Nome:

CPF nº

2- _____

Nome:

CPF nº

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/ISADT
2 - N° Guia no Prestador 5515603

Instituto Adventista

1 - Registro ANS 000000		3 - N° Guia Principal		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 19290001		12 - Atendimento a RN N	
4 - Data da Autorização 12/09/2024		5 - Senha 19290001		6 - Data Validade da Senha		11 - Cartão Nacional de Saúde	
8 - Número da Carteira 7456234		9 - Validade da Carteira 31/12/2024		10 - Nome MYLLENA EMANUELLY SILVA ASSUNCAO DO ROSARIO		19 - Código CBO 225125	
13 - Código na Operadora 77858611001414		14 - Nome do Contratado UNIMED GRANDE FLORIANOPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO		17 - Número no Conselho 2526		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
15 - Nome do Profissional Solicitante Requisitante Nao Cadastrado/nao Cooperado		16 - Conselho Profissional 6		18 - UF SC		28 - Qtdde.Aut. 1	
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 12/09/2024		23 - Indicação Clínica		27 - Qtdde.Solic. 1	
24 - Tabela 1		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039		26 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		31 - Código CNES	
29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado		32 - Tipo de Atendimento		33 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
32 - Tipo de Atendimento		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta		42 - Qtdde.	
36 - Data		37 - Hora inicial a 38 - Hora final		39 - Tabela		40 - Código do Procedimento	
41 - Descrição		43 - Via		44 - Tec.		45 - Fator Red/Acresc.	
46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)		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		68 - Assinatura do Contratado		69 - Assinatura do Profissional	
70 - Data		71 - Data		72 - Data		73 - Data	
74 - Data		75 - Data		76 - Data		77 - Data	
78 - Data		79 - Data		80 - Data		81 - Data	
82 - Data		83 - Data		84 - Data		85 - Data	
86 - Data		87 - Data		88 - Data		89 - Data	
90 - Data		91 - Data		92 - Data		93 - Data	
94 - Data		95 - Data		96 - Data		97 - Data	
98 - Data		99 - Data		100 - Data		101 - Data	
102 - Data		103 - Data		104 - Data		105 - Data	
106 - Data		107 - Data		108 - Data		109 - Data	
110 - Data		111 - Data		112 - Data		113 - Data	
114 - Data		115 - Data		116 - Data		117 - Data	
118 - Data		119 - Data		120 - Data		121 - Data	
122 - Data		123 - Data		124 - Data		125 - Data	
126 - Data		127 - Data		128 - Data		129 - Data	
130 - Data		131 - Data		132 - Data		133 - Data	
134 - Data		135 - Data		136 - Data		137 - Data	
138 - Data		139 - Data		140 - Data		141 - Data	
142 - Data		143 - Data		144 - Data		145 - Data	
146 - Data		147 - Data		148 - Data		149 - Data	
150 - Data		151 - Data		152 - Data		153 - Data	
154 - Data		155 - Data		156 - Data		157 - Data	
158 - Data		159 - Data		160 - Data		161 - Data	
162 - Data		163 - Data		164 - Data		165 - Data	
166 - Data		167 - Data		168 - Data		169 - Data	
170 - Data		171 - Data		172 - Data		173 - Data	
174 - Data		175 - Data		176 - Data		177 - Data	
178 - Data		179 - Data		180 - Data		181 - Data	
182 - Data		183 - Data		184 - Data		185 - Data	
186 - Data		187 - Data		188 - Data		189 - Data	
190 - Data		191 - Data		192 - Data		193 - Data	
194 - Data		195 - Data		196 - Data		197 - Data	
198 - Data		199 - Data		200 - Data		201 - Data	
202 - Data		203 - Data		204 - Data		205 - Data	
206 - Data		207 - Data		208 - Data		209 - Data	
210 - Data		211 - Data		212 - Data		213 - Data	
214 - Data		215 - Data		216 - Data		217 - Data	
218 - Data		219 - Data		220 - Data		221 - Data	
222 - Data		223 - Data		224 - Data		225 - Data	
226 - Data		227 - Data		228 - Data		229 - Data	
230 - Data		231 - Data		232 - Data		233 - Data	
234 - Data		235 - Data		236 - Data		237 - Data	
238 - Data		239 - Data		240 - Data		241 - Data	
242 - Data		243 - Data		244 - Data		245 - Data	
246 - Data		247 - Data		248 - Data		249 - Data	
250 - Data		251 - Data		252 - Data		253 - Data	
254 - Data		255 - Data		256 - Data		257 - Data	
258 - Data		259 - Data		260 - Data		261 - Data	
262 - Data		263 - Data		264 - Data		265 - Data	
266 - Data		267 - Data		268 - Data		269 - Data	
270 - Data		271 - Data		272 - Data		273 - Data	
274 - Data		275 - Data		276 - Data		277 - Data	
278 - Data		279 - Data		280 - Data		281 - Data	
282 - Data		283 - Data		284 - Data		285 - Data	
286 - Data		287 - Data		288 - Data		289 - Data	
290 - Data		291 - Data		292 - Data		293 - Data	
294 - Data		295 - Data		296 - Data		297 - Data	
298 - Data		299 - Data		300 - Data		301 - Data	
302 - Data		303 - Data		304 - Data		305 - Data	
306 - Data		307 - Data		308 - Data		309 - Data	
310 - Data		311 - Data		312 - Data		313 - Data	
314 - Data		315 - Data		316 - Data		317 - Data	
318 - Data		319 - Data		320 - Data		321 - Data	
322 - Data		323 - Data		324 - Data		325 - Data	
326 - Data		327 - Data		328 - Data		329 - Data	
330 - Data		331 - Data		332 - Data		333 - Data	
334 - Data		335 - Data		336 - Data		337 - Data	
338 - Data		339 - Data		340 - Data		341 - Data	
342 - Data		343 - Data		344 - Data		345 - Data	
346 - Data		347 - Data		348 - Data		349 - Data	
350 - Data		351 - Data		352 - Data		353 - Data	
354 - Data		355 - Data		356 - Data		357 - Data	
358 - Data		359 - Data		360 - Data		361 - Data	
362 - Data		363 - Data		364 - Data		365 - Data	
366 - Data		367 - Data		368 - Data		369 - Data	
370 - Data		371 - Data		372 - Data		373 - Data	
374 - Data		375 - Data		376 - Data		377 - Data	
378 - Data		379 - Data		380 - Data		381 - Data	
382 - Data		383 - Data		384 - Data		385 - Data	
386 - Data		387 - Data		388 - Data		389 - Data	
390 - Data		391 - Data		392 - Data		393 - Data	
394 - Data		395 - Data		396 - Data		397 - Data	
398 - Data		399 - Data		400 - Data		401 - Data	
402 - Data		403 - Data		404 - Data		405 - Data	
406 - Data		407 - Data		408 - Data		409 - Data	
410 - Data		411 - Data		412 - Data		413 - Data	
414 - Data		415 - Data		416 - Data		417 - Data	
418 - Data		419 - Data		420 - Data		421 - Data	
422 - Data		423 - Data		424 - Data		425 - Data	
426 - Data		427 - Data		428 - Data		429 - Data	
430 - Data		431 - Data		432 - Data		433 - Data	
434 - Data		435 - Data		436 - Data		437 - Data	
438 - Data		439 - Data		440 - Data		441 - Data	
442 - Data		443 - Data		444 - Data		445 - Data	
446 - Data		447 - Data		448 - Data		449 - Data	
450 - Data		451 - Data		452 - Data		453 - Data	
454 - Data		455 - Data		456 - Data		457 - Data	
458 - Data		459 - Data		460 - Data		461 - Data	
462 - Data		463 - Data		464 - Data		465 - Data	
466 - Data		467 - Data		468 - Data		469 - Data	
470 - Data		471 - Data		472 - Data		473 - Data	
474 - Data		475 - Data		476 - Data		477 - Data	
478 - Data		479 - Data		480 - Data		481 - Data	
482 - Data		483 - Data		484 - Data		485 - Data	
486 - Data		487 - Data		488 - Data		489 - Data	
490 - Data		491 - Data		492 - Data		493 - Data	
494 - Data		495 - Data		496 - Data		497 - Data	
498 - Data		499 - Data		500 - Data		501 - Data	
502 - Data		503 - Data		504 - Data		505 - Data	
506 - Data		507 - Data		508 - Data		509 - Data	
510 - Data		511 - Data		512 - Data		513 - Data	
514 - Data		515 - Data		516 - Data		517 - Data	
518 - Data		519 - Data		520 - Data		521 - Data	
522 - Data		523 - Data		524 - Data		525 - Data	
526 - Data		527 - Data		528 - Data		529 - Data	
530 - Data		531 - Data		532 - Data		533 - Data	
534 - Data		535 - Data		536 - Data		537 - Data	
538 - Data		539 - Data		540 - Data		541 - Data	
542 - Data		543 - Data		544 - Data		545 - Data	
546 - Data		547 - Data		548 - Data		549 - Data	
550 - Data		551 - Data		552 - Data		553 - Data	
554 - Data		555 - Data		556 - Data		557 - Data	
558 - Data		559 - Data		560 - Data		561 - Data	
562 - Data		563 - Data		564 - Data		565 - Data	
566 - Data		567 - Data		568 - Data		569 - Data	
570 - Data		571 - Data		572 - Data		573 - Data	
574 - Data		575 - Data		576 - Data		577 - Data	
578 - Data		579 - Data		580 - Data		581 - Data	
582 - Data		583 - Data		584 - Data		585 - Data	
586 - Data		587 - Data		588 - Data		589 - Data	
590 - Data		591 - Data		592 - Data		593 - Data	
594 - Data		595 - Data		596 - Data		597 - Data	
598 - Data		599 - Data		600 - Data		601 - Data	
602 - Data		603 - Data		604 - Data		605 - Data	
606 - Data		607 - Data		608 - Data		609 - Data	
610 - Data		611 - Data		612 - Data		613 - Data	
614 - Data		615 - Data		616 - Data		617 - Data	
618 - Data		619 - Data		620 - Data		621 - Data	
622 - Data		623 - Data		624 - Data		625 - Data	
626 - Data		627 - Data		628 - Data		629 - Data	
630 - Data		631 - Data		632 - Data		633 - Data	
634 - Data		635 - Data		636 - Data		637 - Data	
638 - Data		639 - Data		640 - Data		641 - Data	
642 - Data		643 - Data		644 - Data		645 - Data	
646 - Data		647 - Data		648 - Data		649 - Data	
650 - Data		651 - Data		652 - Data		653 - Data	
654 - Data		655 - Data		656 - Data		657 - Data	
658 - Data		659 - Data		660 - Data		661 - Data	
662 - Data		663 - Data		664 - Data		665 - Data	
666 - Data		667 - Data		668 - Data		669 - Data	
670 - Data		671 - Data		672 - Data		673 - Data	
674 - Data		675 - Data		676 - Data		677 - Data	
678 - Data		679 - Data		680 - Data		681 - Data	
682 - Data		683 - Data		684 - Data		685 - Data	
686 - Data		687 - Data		688 - Data		689 - Data	
690 - Data		691 - Data		692 - Data		693 - Data	
694 - Data		695 - Data		696 - Data		697 - Data	
698 - Data		699 - Data		700 - Data		701 - Data	
702 - Data		703 - Data		704 - Data		705 - Data	
706 - Data		707 - Data		708 - Data		709 - Data	
710 - Data		711 - Data		712 - Data		713 - Data	
714 - Data		715 - Data		716 - Data		717 - Data	
718 - Data		719 - Data		720 - Data		721 - Data	
722 - Data		723 - Data		724 - Data		725 - Data	
726 - Data		727 - Data		728 - Data		729 - Data	
730 - Data		731 - Data		732 - Data		733 - Data	
734 - Data		735 - Data		736 - Data		737 - Data	
738 - Data		739 - Data		740 - Data		741 - Data	
742 - Data		743 - Data		744 - Data		745 - Data	
746 - Data		747 - Data		748 - Data		749 - Data	
750 - Data		751 - Data		752 - Data		753 - Data	
754 - Data		755 - Data		756 - Data		757 - Data	
758 - Data		759 - Data		760 - Data		761 - Data	
762 - Data		763 - Data		764 - Data		765 - Data	
766 - Data		767 - Data		768 - Data		769 - Data	
770 - Data		771 - Data		772 - Data		773 - Data	
774 - Data		775 - Data		776 - Data		777 - Data	
778 - Data		779 - Data		780 - Data		781 - Data	
782 - Data		783 - Data		784 - Data		785 - Data	
786 - Data		787 - Data		788 - Data		789 - Data	
790 - Data		791 - Data		792 - Data		793 - Data	
794 - Data		795 - Data		796 - Data		797 - Data	
798 - Data		799 - Data		800 - Data		801 - Data	
802 - Data		803 - Data		804 - Data		805 - Data	
806 - Data		807 - Data		808 - Data		809 - Data	
810 - Data		811 - Data		812 - Data		813 - Data	
814 - Data		815 - Data		816 - Data		817 - Data	
818 - Data		819 - Data		820 - Data		821 - Data	
822 - Data		823 - Data		824 - Data		825 - Data	
826 - Data		827 - Data		828 - Data		829 - Data	
830 - Data		831 - Data		832 - Data		833 - Data	
834 - Data		835 - Data		836 - Data		837 - Data	
838 - Data		839 - Data		840 - Data		841 - Data	
842 - Data		843 - Data		844 - Data		845 - Data	
846 - Data		847 - Data		848 - Data		849 - Data	
850 - Data		851 - Data		852 - Data			

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Myllena Emanuely Silva Assunção do Rosário
Nº da Carteira: 7.46.6234
Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Centro



Data de Nascimento: 15/08/2011

Nº da Guia: 19290.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
11/09/2024	11:51:57	Escada	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Direito

Descrição
ao terminar a aula a aluna torceu o pé no momento em que descia a escada. a aluna foi atendida pelo médico, foi solicitado tratamento, não teve melhoras. Por fim o médico solicitou fisioterapia (2 guias de 10 sessões cada uma) para o tratamento (data não informada na guia/solicitação médica). O retorno médico ocorreu algumas semanas depois do ocorrido (20/02/2024). Desde então por motivos financeiros a família não conseguiu avançar com o tratamento. Aguardando autorização e onde realizar. Grato

Testemunha da ocorrência	Telefone
Jardson	(41) 99921-3870

Quem prestou primeiros socorros	Data
Danerson	20/02/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
PA INFANTIL UNIMED UNID.CENTRO - MENORES DE 15 ANOS EXCLUSIVO	Rua Madalena Barbi	204	Centro	(48) 3216-8222

Motivo do Retorno
Solicitado retorno para avaliação médica e continuidade do tratamento

Ass:

Rogério Vidal de Almeida

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 MYLLENA EMANUELLY SILVA ASSUNCAO DO ROSARIO

Data Nascto. 15/08/2011 13 Anos

Sexo Feminino

Telefone 999250083

Leito 1

Atendimento 3.288.738

Prontuário 99.835.455

Dt. Entrada 12/09/2024 14:44:25

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
12/09/2024 15:51	12/09 16:09	Médico	Evolução Médica PA		MARCELO TROMMER MARTELLI	CRM 32309

Avaliação: Evolução Médica PA - ORTOPEDIA**Queixa Principal :** PACIENTE COM HISDTORIA DE ENTORSE DE TORNOZELO, VEM REALIZANDO FISIOTERAPIA. NECESSITA PEDIDO DE MAIS 20 SESSÕES.ORIENTO
FORNEÇO.**Encaminhamento ao Ambulatório UGF? :** Não**Acionado sobreaviso da Ortopedia? :** Não**Solicitado exames de imagem? :** Não

Unimed

Manoel Loureiro, S/N - São José - SC

CNPJ:77858611001414 - Inscrição estadual: - Fone:

(CNES 9671145)

Conta paciente

(77858611001414)

Nota:

Emissao:

Nº atend: 3.288.738

Nº IC: 21.061.182

Paciente:

MYLLENA EMANUELLY SILVA ASSUNCAO DO ROSARIO

Convênio:

Instituto Adventista

Usuário/Matrícula:

7466234

Categoria:

Instituto Adventista

Prontuário: 99835455

Data entrada: 12/09/2024 14:44:25

Data saída: 12/09/2024 15:52:00

Motivo Alta: Alta melhora

Médico: Dr. MARCELO TROMMER MARTELLI (CRM 32309)

Tipo atend: 3 - Pronto socorro

Proc Princ: 00000000

0

Espec/Clinica: 1

Clinica Adulto

Tipo acomodação Enfermaria

Data 15/08/2011

Sexo: F

CID Princ: M72.2 Fibromatose da fascia plantar

Guia: 19290001

Senha: 19290001

Dt Conta: 12/09/24 14:45

Dt inicial: 12/09/24 14:44

Dt final: 12/09/24 15:52

Refer: 01/11/24

Movimentação do Paciente

Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO	Setor sem acomodação	1/	12/09/2024 14:44:25	12/09/2024 15:52:00
2	Pronto socorro	ORTOPEDIA	Setor sem acomodação	1/	12/09/2024 15:22:06	12/09/2024 15:52:00
3	Pronto socorro	ORTOPEDIA	Setor sem acomodação	1/	12/09/2024 15:36:33	12/09/2024 15:52:00

Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crm	Médico	Função	Valor
1	12/09/24 14:44	PRONTO ATENDIMENTO	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	32309	MARCELO	Clínico	73,52
Total de Honorários Não Conveniados					1,00				73,52

Total geral R\$

73,52

Impresso em 13/09/2024 15:12:14

Pág 1

taina.estevao

FatAct_R7

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3292472

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: ANA CLARA DE BRITO ANDRADE

CPF: 09697512906

Endereço: Rua Sebastiana Coutinho, 216 apt 708 a

Atendimento Nº: 3292472

Telefone: (48) 996438024

RG:

Responsável:

Nome: ANA

CPF: 04726196910

Endereço: Rua Padre Raulino Raitz, 365 ap 206 bloco 1

Telefone: 4896438024

RG: 4305163

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

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3292472

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 (**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.

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3292472

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

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

- (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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Ana Clara de Brito Andrade

Nº da Carteirinha: 7.58.6618

Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Estreito



Data de Nascimento: 31/10/2010

Nº da Guia: 21005

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
16/09/2024	14:39:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Pé Direito

Descrição

Aluna torceu o pé na aula de vôlei.

Testemunha da ocorrência

Monitor Fernando

Telefone

(48) 3039-8054

Local de atendimento

HUGF - HOSPITAL UNIMED GRANDE
FLORIANÓPOLIS

Endereço

Rua Manoel Loureiro

Nº

Bairro

Telefone

191
0

Barreiros

(48) 3288-4100

Observações

Encaminhado ao hospital 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 ANA CLARA DE BRITO ANDRADE

Data Nascto. 31/10/2010 13 Anos

Sexo Feminino

Telefone 996438024

Leito 1

Atendimento 3.292.472

Prontuário 107.778

Dt. Entrada 16/09/2024 16:16:55

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
16/09/2024 17:18	16/09 17:42	Médico	Evolução Médica PA		LUIZ FERNANDO PEREIRA	CRM 11405

Avaliação: Evolução Médica PA - ORTOPEDIA

Queixa Principal : entorse do tornozelo e pé direitos hoje na educação física
dor em maléolo lateral e base do 5 MTTD

RX SEM EVIDENCIA DE FRATURA

ENFAIXAMENTO

TRATAMENTO CONSERVADOR DE LESÃO LIGAMENTAR

ANALGESIA VO

ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

Encaminhamento ao Ambulatório UGF? : Não**Acionado sobreaviso da Ortopedia? :** Não**Solicitado exames de imagem? :** Não

Unimed

Manoel Loureiro, S/N - São José - SC

CNPJ:77858611001414 - Inscrição estadual: - Fone:

(CNES 9671145)

Conta paciente

(77858611001414)

Nota:

Paciente:

Convênio:

Usuário/Matrícula:

ANA CLARA DE BRITO ANDRADE

Instituto Adventista

7586618

Categoria:

Instituto Adventista

Prontuário: 107778

Data entrada: 16/09/2024 16:16:55

Data saída: 16/09/2024 17:57:07

Motivo Alta: Alta melhora

Médico: Dr. LUIZ FERNANDO PEREIRA (CRM 11405)

Tipo atend: 3 - Pronto socorro

Espec/Clinica: 1 Clinica Adulto

Proc Princ: 30728134

Lesões Ligamentares Agudas Ao Nível Do Tornozelo - Tratamento

Tipo acomodação Setor sem acomodação

Data 31/10/2010

Sexo: F

CID Princ: S93.4 Entorse e distensao do tornozelo

Guia: 21005

Senha: 21005

Dt Conta: 16/09/24 16:18

Dt inicial: 16/09/24 16:16

Dt final: 16/09/24 17:57

Refer: 01/11/24

Movimentação do Paciente

Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO	Setor sem acomodação	1/	16/09/2024 16:16:55	16/09/2024 17:57:07
2	Pronto socorro	ORTOPEDIA	Setor sem acomodação	1/	16/09/2024 17:10:08	16/09/2024 17:57:07
3	Serviços Especiais	RAIO X	Setor sem acomodação	1/	16/09/2024 17:21:00	16/09/2024 17:21:00

Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor
1	16/09/24 16:16	PRONTO ATENDIMENTO	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	11405	LUIZ FERNANDO	Clínico	73,52
2	16/09/24 17:34	RAIO X	40804089	Articulação Tibiotársica (Tornozelo)	1,00	8280	ROBERTO	Clínico	42,18
3	16/09/24 17:35	RAIO X	40804097	Pé Ou Pododáctilo	1,00	8280	ROBERTO	Clínico	43,84
4	16/09/24 17:45	ORTOPEDIA	30711029	Membro Inferior	1,00	11405	LUIZ FERNANDO	Clínico	23,39
5	16/09/24 17:45	ORTOPEDIA	30728134	Lesões Ligamentares Agudas Ao Nível Do Tornozelo - Tratamento Incruento	1,00	11405	LUIZ FERNANDO	Clínico	102,48
Total de Honorários Não Conveniados					5,00				285,41

Materiais

Seq	Código	Descrição	Unid.	Qtde	VI Unit.	VI Total
ORTOPEDIA						
1	78988624	ATADURA CREPE 10CMX1,8MT (EM REPOUSO) 13FIO ESTERIL	rl	4,0000	7,6000	30,40
Total - ORTOPEDIA -				4,0000		30,40
Total de Materiais				4,0000		30,40

Total geral R\$

315,81

Impresso em 18/09/2024 08:30:34

Pág 1

taina.estevao

FatAct_R7



Paciente: **ANA CLARA DE BRITO ANDRADE**

Data de Nascimento: 31/10/2010 Idade: 13anos 10M Sexo: F

Data do Exame: 16/09/2024

Solicitante: Dr.(a) LUIZ FERNANDO PEREIRA

Protocolo: UGF3292472 Senha: 439691

unimedflorianopolis.com.br

Central de Atendimento:
(48) 3288 4100

Informações:
0800 048 3500

RADIOGRAFIA DIGITAL DO PÉ DIREITO

Estrutura óssea normal.

Relações articulares anatômicas.

Partes moles sem alterações radiográficas.

Ausência de sinais de fraturas.

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

(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. Roberto Guimarães Tiezzi
CRM/SC 8280





Paciente: **ANA CLARA DE BRITO ANDRADE**

Data de Nascimento: 31/10/2010 Idade: 13anos 10M Sexo: F

Data do Exame: 16/09/2024

Solicitante: Dr.(a) LUIZ FERNANDO PEREIRA

Protocolo: UGF3292472 Senha: 439691

unimedflorianopolis.com.br

Central de Atendimento:
(48) 3288 4100

Informações:
0800 048 3500

RADIOGRAFIA DIGITAL DO TORNOZELO DIREITO

Estrutura óssea normal.

Relações articulares anatômicas.

Ausência de sinais de fraturas.

Partes moles sem alterações radiográficas.

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. Roberto Guimarães Tiezzi
CRM/SC 8280



**Contratante:**

Paciente/Usuário

Nome: CONRADO PETRY

CPF: 14096449954

Endereço: Avenida Campeche, 805

Atendimento Nº: 3292719

Telefone: (48) 999143895

RG:

Responsável:

Nome: BRUNA

CPF: 07815585906

Endereço: Avenida Campeche, 805

Telefone: 554833381890

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

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3292719

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 (**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**.

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3292719

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

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

(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.

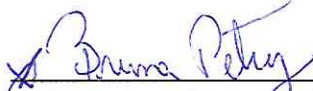
Nome da Acompanhante _____

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 _____

V.3.0Atend.: 3292719

2 - N° Guia no Prestador 5522675

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

Instituto Adventista

1 - Registro ANS000000

3 - N° Guia Principal

5 - Senha21026

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora21026

9 - Validade da Carteira16/09/2024

10 - NomeCONRADO PETRY

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

4 - Data da Autorização16/09/2024

6 - Data Validade da Senha

8 - Número da Carteira7466300

13 - Código na Operadora77859611001414

14 - Nome do ContratadoUNIMED GRANDE FLORIANOPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional6

17 - Número no Conselho2526

18 - UFSC

19 - Código CBO225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caráter do Atendimento2

22 - Data da Solicitação16/09/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela25

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial10101039

26 - DescriçãoCONSULTA EM PRONTO SOCORRO

27 - Qtdde.Solic.1

28 - Qtdde.Aut.0

29 - Tipo de Atendimento

30 - Nome do Contratado

31 - Código CHES

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data

37 - 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\$)

48 - Seq.Ret.

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

68 - Assinatura do Contratado

69 - Data16/09/2024

Impresso em: 16/09/2024 19:46:59

Página 1

camila.conceica

WATE70106

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Conrado Petry

Nº da Carteira: 7.46.6300

Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Centro

Data de Nascimento: 14/04/2013

Nº da Guia: 21026

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
16/09/2024	18:16:00	Quadra	Aula de educação física

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

Descrição

Aluno esta na educação física, quando se chocou com outro aluno.

Testemunha da ocorrência

Professor Anderson

Telefone

(48) 3039-8200

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações

Na coordenação Disciplinar, o monitor André fez os primeiros atendimentos.

Ass: 
Jardson Rocha

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

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

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

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

Paciente **CONRADO PETRY**

Data Nascto. 14/04/2013 11 Anos

Sexo Masculino

Telefone 999143895

Leito 1

Atendimento **3.292.719**

Prontuário 99.853.524

Dt. Entrada 16/09/2024 19:44:50

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
16/09/2024 20:04	16/09 20:52	Médico	Evolução Médica PA		LUIZ FERNANDO PEREIRA	CRM 11405

Avaliação: Evolução Médica PA - ORTOPEDIA**Queixa Principal :** REFERE QUEDA COM TRAUMA NO BRAÇO ESQUERDO HOJE NA ESCOLA DURANTE PRATICA ESPORTIVA

DOR EM UMERIO DISTAL ESQ

RX FRATURA SUPRACONDILIANA NA GOTA EM LÁGRIMA

TALA AP

ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

ANALGESIA VO

Encaminhamento ao Ambulatório UGF? : Não**Acionado sobreaviso da Ortopedia? :** Não**Solicitado exames de imagem? :** Não

Unimed

Manoel Loureiro, S/N - São José - SC

CNPJ:77858611001414 - Inscrição estadual: - Fone:

(CNES 9671145)

Conta paciente

(77858611001414)

Nota:

Paciente:

CONRADO PETRY

Convênio:

Instituto Adventista

Usuário/Matrícula:

7466300

Categoria:

Instituto Adventista

Prontuário: 99853524

Data entrada: 16/09/2024 19:44:50

Data saída: 16/09/2024 21:15:00

Motivo Alta: Alta melhora

Médico: Dr. LUIZ FERNANDO PEREIRA (CRM 11405)

Tipo atend: 3 - Pronto socorro

Proc Princ: 30718040

Fratura (Incluindo Descolamento Epifisário) - Redução Incruenta

Espec/Clinica: 1 Clínica Adulto

Tipo acomodação Apartamento

Data 14/04/2013

Sexo: M

CID Princ: S42.4 Frat da extremidade infer do umero

Guia: 21026

Senha: 21026

Dt Conta: 16/09/24 19:46

Dt inicial: 16/09/24 19:44

Dt final: 16/09/24 21:15

Refer: 01/11/24

Movimentação do Paciente

Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO	Setor sem acomodação	1/	16/09/2024 19:44:50	16/09/2024 21:15:00
2	Pronto socorro	ORTOPEDIA	Setor sem acomodação	1/	16/09/2024 19:57:40	16/09/2024 21:15:00
3	Serviços Especiais	RAIO X	Setor sem acomodação	1/	16/09/2024 20:07:00	16/09/2024 20:07:00

Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor
1	16/09/24 19:44	PRONTO ATENDIMENTO	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	11405	LUIZ FERNANDO	Clínico	95,58
2	16/09/24 20:27	RAIO X	40803090	Cotovelo	1,00	6561	NELSON CABRAL	Clínico	42,18
3	16/09/24 20:55	ORTOPEDIA	30711037	Membro Superior	1,00	11405	LUIZ FERNANDO	Clínico	15,21
4	16/09/24 20:55	ORTOPEDIA	30718040	Fratura (Incluindo Descolamento Epifisário) - Redução Incruenta	1,00	11405	LUIZ FERNANDO	Clínico	169,43
Total de Honorários Não Conveniados					4,00				322,40

Materials

Seq	Código	Descrição	Unid.	Qtde	VI Unit.	VI Total
ORTOPEDIA						
1	78988624	ATADURA CREPE 10CMX1,8MT (EM REPOUSO) 13FIO ESTERIL	rl	3,0000	7,6000	22,80
2	78340373	ATADURA GESSADA 10 CM X 3,0 M	rl	3,0000	3,9000	11,70
3	70034664	ATADURA ORTOPEDICA 10 CM X 1,8 M	rl	3,0000	12,8900	38,67
4	78202477	MALHA TUBULAR 06 CM X 15 M	cm	200,0000	0,0300	6,00
Total - ORTOPEDIA -				209,0000		79,17
Total de Materiais				209,0000		79,17

Total geral R\$

401,57

Impresso em 18/09/2024 09:15:51

Pág 1

taina.estevao

FatAct_R7



Paciente: **CONRADO PETRY**

Data de Nascimento: 14/04/2013 Idade: 11anos 5M Sexo: M

Data do Exame: 16/09/2024

Solicitante: Dr.(a) LUIZ FERNANDO PEREIRA

Protocolo: UGF3292719 Senha: 450098

unimedflorianopolis.com.br

Central de Atendimento:
(48) 3288 4100

Informações:
0800 048 3500

RADIOGRAFIA DIGITAL DO COTOVELO ESQUERDO

Estrutura óssea normal.

Relações articulares anatômicas.

Ausência de sinais de fraturas.

Sinais de derrame articular.

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. Roberto Guimarães Tiezzi
CRM/SC 8280





Atendimento: 3293566

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: JOAO VITOR MEURER VALERIANO

CPF: 13267026962

Endereço: rua capri, 280 APTO 1006 BLOCO B

Atendimento Nº: 3293566

Telefone: (48) 996649600

RG:

Responsável:

Nome: ANDREA

CPF: 02927882908

Endereço: RUA CAPRI, 280 BL B APTO 1006

Telefone: 5548996649600

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



Atendimento: 3293566

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

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

- (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

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/ISADT
2 - N° Guia no Prestador 5524072

Instituto Adventista

1 - Registro ANS 00000	3 - N° Guia Principal	6 - Data Validade da Senha 21046	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 21046	12 - Atendimento a RN N
4 - Data da Autorização 17/09/2024	5 - Senha 21046	9 - Validade da Carteira 05/10/2025	10 - Nome JOAO VITOR MEURER VALERIANO	11 - Cartão Nacional de Saúde
Dados do Beneficiário		13 - Nome do Contratado UNIMED GRANDE FLORIANOPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO		
8 - Número da Carteira 21046	14 - Nome do Contratado	15 - Nome do Profissional Solicitante Requisitante Nao Cadastrado/nao Cooperado	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 2526
Dados do Solicitante		18 - UF SC		
13 - Código na Operadora 77858611001414	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 17/09/2024	23 - Indicação Clínica	24 - Nome do Profissional Solicitante		
25 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	26 - Descrição	27 - Qtdde.Solic. 1		
28 - Tabela 1	29 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039	28 - Qtdde.Aut. 1		
30 - Tabela 2	31 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	31 - Código CNES		
32 - Tabela 3	33 - Nome do Contratado	32 - Tipo de Atendimento		
33 - Tabela 4	34 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	33 - Motivo de Encerramento do Atendimento		
34 - Tabela 5	35 - Tipo de Consulta	34 - Tipo de Consulta		
Dados do Contratado Executante		35 - Nome do Contratado		
36 - Código na Operadora	37 - Nome do Contratado	36 - Código na Operadora		
Dados do atendimento		37 - Hora inicial a 38 - Hora final		
38 - Tipo de Atendimento	39 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	40 - Código do Procedimento		
39 - Data	40 - Hora inicial a 38 - Hora final	41 - Descrição		
40 - Data	41 - Hora inicial a 38 - Hora final	42 - Qtdde.		
41 - Data	42 - Hora inicial a 38 - Hora final	43 - Via		
42 - Data	43 - Hora inicial a 38 - Hora final	44 - Tec.		
43 - Data	44 - Hora inicial a 38 - Hora final	45 - Fator Red/Acresc.		
44 - Data	45 - Hora inicial a 38 - Hora final	46 - Valor Unitário (R\$)		
45 - Data	46 - Hora inicial a 38 - Hora final	47 - Valor Total (R\$)		
46 - Data	47 - Hora inicial a 38 - Hora final	48 - Seq.Reg.		
47 - Data	48 - Hora inicial a 38 - Hora final	49 - Seq.Reg.		
48 - Data	49 - Hora inicial a 38 - Hora final	50 - Código na Operadora/CPF		
49 - Data	50 - Hora inicial a 38 - Hora final	51 - Nome do Profissional		
50 - Data	51 - Hora inicial a 38 - Hora final	52 - Conselho Profissional		
51 - Data	52 - Hora inicial a 38 - Hora final	53 - Número no Conselho		
52 - Data	53 - Hora inicial a 38 - Hora final	54 - UF		
53 - Data	54 - Hora inicial a 38 - Hora final	55 - Código CBO		
54 - Data	55 - Hora inicial a 38 - Hora final	56 - Data de Realização de Procedimentos em Série		
55 - Data	56 - Hora inicial a 38 - Hora final	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		
56 - Data	57 - Hora inicial a 38 - Hora final	58 - Observação / Justificativa		
57 - Data	58 - Hora inicial a 38 - Hora final	59 - Total Procedimentos (R\$)		
58 - Data	59 - Hora inicial a 38 - Hora final	60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)		
59 - Data	60 - Hora inicial a 38 - Hora final	61 - Total Materiais (R\$)		
60 - Data	61 - Hora inicial a 38 - Hora final	62 - Total de OPME (R\$)		
61 - Data	62 - Hora inicial a 38 - Hora final	63 - Total Medicamentos (R\$)		
62 - Data	63 - Hora inicial a 38 - Hora final	64 - Total Gases Medicinais (R\$)		
63 - Data	64 - Hora inicial a 38 - Hora final	65 - Total Geral (R\$)		
64 - Data	65 - Hora inicial a 38 - Hora final	66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		
65 - Data	66 - Hora inicial a 38 - Hora final	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		
66 - Data	67 - Hora inicial a 38 - Hora final	68 - Assinatura do Contratado		
67 - Data	68 - Hora inicial a 38 - Hora final	69 - Assinatura do Contratado		
68 - Data	69 - Hora inicial a 38 - Hora final	70 - Assinatura do Contratado		
69 - Data	70 - Hora inicial a 38 - Hora final	71 - Assinatura do Contratado		
70 - Data	71 - Hora inicial a 38 - Hora final	72 - Assinatura do Contratado		
71 - Data	72 - Hora inicial a 38 - Hora final	73 - Assinatura do Contratado		
72 - Data	73 - Hora inicial a 38 - Hora final	74 - Assinatura do Contratado		
73 - Data	74 - Hora inicial a 38 - Hora final	75 - Assinatura do Contratado		
74 - Data	75 - Hora inicial a 38 - Hora final	76 - Assinatura do Contratado		
75 - Data	76 - Hora inicial a 38 - Hora final	77 - Assinatura do Contratado		
76 - Data	77 - Hora inicial a 38 - Hora final	78 - Assinatura do Contratado		
77 - Data	78 - Hora inicial a 38 - Hora final	79 - Assinatura do Contratado		
78 - Data	79 - Hora inicial a 38 - Hora final	80 - Assinatura do Contratado		
79 - Data	80 - Hora inicial a 38 - Hora final	81 - Assinatura do Contratado		
80 - Data	81 - Hora inicial a 38 - Hora final	82 - Assinatura do Contratado		
81 - Data	82 - Hora inicial a 38 - Hora final	83 - Assinatura do Contratado		
82 - Data	83 - Hora inicial a 38 - Hora final	84 - Assinatura do Contratado		
83 - Data	84 - Hora inicial a 38 - Hora final	85 - Assinatura do Contratado		
84 - Data	85 - Hora inicial a 38 - Hora final	86 - Assinatura do Contratado		
85 - Data	86 - Hora inicial a 38 - Hora final	87 - Assinatura do Contratado		
86 - Data	87 - Hora inicial a 38 - Hora final	88 - Assinatura do Contratado		
87 - Data	88 - Hora inicial a 38 - Hora final	89 - Assinatura do Contratado		
88 - Data	89 - Hora inicial a 38 - Hora final	90 - Assinatura do Contratado		
89 - Data	90 - Hora inicial a 38 - Hora final	91 - Assinatura do Contratado		
90 - Data	91 - Hora inicial a 38 - Hora final	92 - Assinatura do Contratado		
91 - Data	92 - Hora inicial a 38 - Hora final	93 - Assinatura do Contratado		
92 - Data	93 - Hora inicial a 38 - Hora final	94 - Assinatura do Contratado		
93 - Data	94 - Hora inicial a 38 - Hora final	95 - Assinatura do Contratado		
94 - Data	95 - Hora inicial a 38 - Hora final	96 - Assinatura do Contratado		
95 - Data	96 - Hora inicial a 38 - Hora final	97 - Assinatura do Contratado		
96 - Data	97 - Hora inicial a 38 - Hora final	98 - Assinatura do Contratado		
97 - Data	98 - Hora inicial a 38 - Hora final	99 - Assinatura do Contratado		
98 - Data	99 - Hora inicial a 38 - Hora final	100 - Assinatura do Contratado		

diogo.petty

WATE70106

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: João Vitor Meurer Valeriano
Nº da Carteirinha: 7.205.364
Instituição: Colégio Adventista Palhoça

Data de Nascimento: 08/06/2007

Nº da Guia: 21046

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
17/09/2024	11:57:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Cabeça

Descrição

Um colega puxou a perna do João, desestabilizou e caiu batendo com a cabeça no chão.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Bianca Bendik Rodrigues	48998557433
Bianca Bendik Rodrigues	48998557433

Quem prestou primeiros socorros	Data
Glauca	17/09/2024

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

Observações

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

176.726.884/0135-301
INST. ADV. SUL BRAS. DE EDUCAÇÃO
COLÉGIO ADVENTISTA
Av. Raulino Pagani, N° 420
CEP: 88132-199 - Pagani
Palhoça/SC

Glauca Francini Collaco

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

Data Nascto. 08/06/2007 17 Anos

Sexo Masculino

Telefone 33716765

Leito 1

Atendimento **3.293.566**

Prontuário 86.851

Dt. Entrada 17/09/2024 13:54:12

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
17/09/2024 14:54	17/09 14:58	Médico	Evolução Médica PA		RUDINEI MARTINS DE SOUZA	CRM 19250

Avaliação: Evolução Médica PA**Avaliação Médica :** Sinais Vitais Triagem:

FC: 72 PAS: 121 PAD: 68 Temp: 36,3 FR: SatO2: 95

S: PACIENTE COM QUADRO DE TCE LEVE EM REGIAO OCCIPITAL SEM FCC LOCAL COM NAUSEAS, CEFALEIA TONTURAS MAL ESTAR
SOLICITO TC CRANIO PARA AFASTAR LESAO INTERNA CEREBRAL

O:

A:

P:

Paciente será reavaliado? : Sim



Paciente: **JOAO VITOR MEURER VALERIANO**
Data de Nascimento: 08/06/2007 Idade: 17anos 3M Sexo: M
Data do Exame: 17/09/2024
Solicitante: Dr.(a) RUDINEI MARTINS DE SOUZA
Protocolo: UGF3293566 Senha: 256857

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

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

INDICAÇÃO CLÍNICA

TCE NA ESCOLA ACOMP DE NAUSEAS TONTURAS CEFALÉIA EM REGIO

TÉCNICA

Aquisição volumétrica em aparelho multislice de 128 canais sem administração do meio de contraste intravenoso.

ANÁLISE

Parênquima cerebral com coeficientes de atenuação preservados.

Tronco cerebral e cerebelo com densidade homogênea.

Cavidades ventriculares com dimensões preservadas.

Não há evidências de processos expansivos, calcificações patológicas ou coleções extra-axiais.

Estruturas da linha média centradas.

Estruturas ósseas íntegras.

IMPRESSÃO

Tomografia computadorizada do crânio sem alterações significativas.

nic

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. Fábio Vargas Magalhães
CRM/SC 9267



Unimed

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

Conta paciente

(77858611001414)

Nota:

Emissao:

Nº atend: 3.293.566

Nº IC: 21.066.958

Paciente:

Convênio:

Usuário/Matrícula:

JOAO VITOR MEURER VALERIANO

Instituto Adventista

7205364

Categoria:

Instituto Adventista

Prontuário: 86851

Data entrada: 17/09/2024 13:54:12

Data saída: 17/09/2024 17:00:00

Motivo Alta: Alta melhora

Médico: Dr. RUDINEI MARTINS DE SOUZA (CRM 19250)

Tipo atend: 3 - Pronto socorro

Espec/Clinica: 1 Clinica Adulto

Proc Princ: 00000000 0

Tipo acomodação Apartamento

Data 08/06/2007

Sexo: M

CID Princ: S00.0 Traum superf do couro cabeludo

Guia: 21046

Senha: 21046

Dt Conta: 17/09/24 13:56

Dt inicial: 17/09/24 13:54

Dt final: 17/09/24 17:00

Refer: 01/11/24

Movimentação do Paciente

Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO	Setor sem acomodação	1/	17/09/2024 13:54:12	17/09/2024 17:00:00
2	Serviços Especiais	TOMOGRAFIA	Setor sem acomodação	1/	17/09/2024 15:00:00	17/09/2024 15:00:00

Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor
1	17/09/24 13:54	PRONTO ATENDIMENTO	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	19250	RUDINEI MARTINS	Clínico	73,52
2	17/09/24 16:17	TOMOGRAFIA	41001010	Crânio Ou Sela Túcica Ou Órbitas	1,00	9267	FABIO VARGAS	Clínico	414,37
Total de Honorários Não Conveniados					2,00				487,89

Total geral R\$

487,89

Impresso em 19/09/2024 10:04:55

Pág 1

taina.estevao

FatAct_R7

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3295007

Contratante:

Paciente/Usuário

Atendimento Nº: 3295007

Nome: MARYAH SCHUTZ DOS SANTOS

Telefone: (48) 991034542

CPF: 11267752904

RG:

Endereço: Rua dos Flamingos, 440 CASA

Responsável:

Nome: MAGALI

Telefone: 5548991034542

CPF: 86858696920

RG:

Endereço: Rua dos Flamingos, 440 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

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3295007

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 (**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.

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3295007

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

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

- (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 18/09/2024		5 - Senha 21098		6 - Data Validade da Senha	
8 - Número da Carteira 72051180		9 - Validade da Carteira 18/09/2024		10 - Nome MARVIAH SCHUTZ DOS SANTOS	
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	
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 18/09/2024		23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 1 22		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039		26 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	
27 - Qtd. Solic. 1		28 - Qtd. Aut. 1			
29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado		31 - Código CNES	
Dados do Contratado, Executante					
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 1		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\$)	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)					
48 - Seq. Ref.		49 - Gr. Part.		50 - Código na Operadora/CPF	
51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Profissional			
53 - Número no Conselho		54 - UF		55 - Código CBO	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série					
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
1 -		3 -		5 -	
2 -		4 -		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 O.P.M.E. (R\$)		63 - Total Medicamentos (R\$)		64 - Total Gases Médicinalis R\$	
65 - Total Geral (R\$)					
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado	
18/09/2024		18/09/2024		18/09/2024	

Impresso em: 18/09/2024 15:26:33

Página 1

fernanda.aparec

WATE70106

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Maryah Schütz dos Santos
Nº da Carteira: 7.205.1180
Instituição: Colégio Adventista Palhoça

Data de Nascimento: 02/10/2012

Nº da Guia: 21098

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
18/09/2024	13:55:00	Pátio	Chegada

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Costas

Descrição

A aluna tropeçou na mochila de um colega e caiu batendo as costas.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Bianca Bendik Rodrigues	48998557433
Bianca Bendik Rodrigues	48998557433

Quem prestou primeiros socorros	Data
Jeferson - Monitor	18/09/2024

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

Observações

Encaminhamento para avaliação médica.

176.726.884/0135-30

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

Av. Raulino Pagani, Nº 420
CEP: 88132-199 - Pagani

Palhoça/SC

Glaucia Francini Collaco

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

Paciente **MARYAH SCHUTZ DOS SANTOS**

Data Nascto. 02/10/2012 11 Anos

Sexo Feminino

Telefone 991034542

Leito 1

Atendimento **3.295.007**

Prontuário 99.853.700

Dt. Entrada 18/09/2024 15:18:05

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
18/09/2024 16:07	18/09 16:08	Médico	Evolução Médica PA		MARCELO TROMMER MARTELLI	CRM 32309

Avaliação: Evolução Médica PA - ORTOPEDIA**Queixa Principal :** CONTUSAO EM REGIÃO LOMBAR HOJE. VEM POR DOR.

AO EXAME:

SEM DOR A PALPAÇÃO DOS PROCESSOS ESPINHOSOS

MOBILIDADE ATIVA E PASSIVA DA COLUNA VERTEBRAL REDUZIDA POR DOR

CONTRATURA DA MUSCULATURA.

SEM DÉFICITS NEUROLÓGICOS NOS MEMBROS INFERIORES

CD:

ORIENTADOS CUIDADOS E SINAIS DE ALERTA;

PRESCREVO MEDICAMENTOS SINTOMÁTICOS E ESCLAREÇO SOBRE PROSSEGUIMENTO DO TRATAMENTO;

CALOR LOCAL 6 - 8X/DIA POR 10 MINUTOS (COMPRESSA QUENTE PROTEGIDA);

ACOMPANHAMENTO EQ DA COLUNA;

Encaminhamento ao Ambulatório UGF? : Não**Acionado sobreaviso da Ortopedia? :** Não**Solicitado exames de imagem? :** Não

Unimed Manoel Loureiro, S/N - São José - SC CNPJ:77858611001414 - Inscrição estadual: - Fone: (CNES 9671145)					Conta paciente (77858611001414) Nota:				
Paciente:		Convênio:		Usuário/Matrícula:					
MARYAH SCHUTZ DOS SANTOS		Instituto Adventista		72051180					
Categoria:									
Instituto Adventista									
Prontuário: 99853700 Data entrada: 18/09/2024 15:18:05 Data saída: 18/09/2024 16:07:00 Motivo Alta: Alta melhora Médico: Dr. MARCELO TROMMER MARTELLI (CRM 32309) Tipo atend: 3 - Pronto socorro Proc Princ: 00000000 0 Espec/Clinica: 1 Clinica Adulto Tipo acomodação Setor sem acomodação Data 02/10/2012 Sexo: F CID Princ: S34.0 Concussao e edema da medula lombar Guia: 21098 Senha: 21098									
Dt Conta: 18/09/24 15:22 Dt inicial: 18/09/24 15:18 Dt final: 18/09/24 16:07 Refer: 01/11/24									
Movimentação do Paciente									
Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída			
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO	Setor sem acomodação	1/	18/09/2024 15:18:05	18/09/2024 16:07:00			
2	Pronto socorro	ORTOPEDIA	Setor sem acomodação	1/	18/09/2024 15:35:56	18/09/2024 16:07:00			
3	Serviços Especiais	RAIO X	Setor sem acomodação	1/	18/09/2024 15:41:00	18/09/2024 15:41:00			
Honorários Não Conveniados									
Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor
1	18/09/24 15:18	PRONTO ATENDIMENTO	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	32309	MARCELO	Clínico	73,52
2	18/09/24 16:04	RAIO X	40804011	Bacia	1,00	12478	GUSTAVO LEMOS	Clínico	44,12
3	18/09/24 16:07	RAIO X	40802051	Coluna Lombo-Sacra -3 Incidências	1,00	15871	LUIZ CARLOS	Clínico	51,06
Total de Honorários Não Conveniados					3,00				168,70
Total geral R\$									168,70
Impresso em 19/09/2024 17:06:37									
Pág 1									
taina.estevao									
FatAct_R7									



Paciente: **MARYAH SCHUTZ DOS SANTOS**
Data de Nascimento: 02/10/2012 Idade: 11anos 11M Sexo: F
Data do Exame: 18/09/2024
Solicitante: Dr.(a) MARCELO TROMMER MARTELLI
Protocolo: UGF3295007 Senha: 945456

unimedflorianopolis.com.br

Central de Atendimento:
(48) 3288 4100

Informações:
0800 048 3500

RADIOGRAFIA DIGITAL DA BACIA

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





Paciente: **MARYAH SCHUTZ DOS SANTOS**
Data de Nascimento: 02/10/2012 Idade: 11anos 11M Sexo: F
Data do Exame: 18/09/2024
Solicitante: Dr.(a) MARCELO TROMMER MARTELLI
Protocolo: UGF3295007 Senha: 945456

unimedflorianopolis.com.br

Central de Atendimento:
(48) 3288 4100

Informações:
0800 048 3500

RADIOGRAFIA DIGITAL DA COLUNA LOMBAR

Alinhamento normal da coluna lombar.
Corpos vertebrais de forma, densidade, estrutura e contornos normais.
Discos intervertebrais com altura preservada.
Pedículos íntegros.
Articulações zigapófiseas sem significativa alteração radiográfica.

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



UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3295440

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: NATHALY RIBEIRO DE OLIVEIRA

CPF: 14370412994

Endereço: Rua Durval Melquíades de Souza, 779

Atendimento Nº: 3295440

Telefone: (48) 991704272

RG:

Responsável:

Nome: SIMONE

CPF: 16123945823

Endereço: Rua Durval Melquíades de Souza, 779 apto 301

Telefone: 5548998044677

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

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3295440

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

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

- (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

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 5527436

Atend.: 3295440

V.3.0

1 - Registro ANS 000000	3 - Nº Guia Principal
4 - Data da Autorização 18/09/2024	5 - Senha 21121
6 - Data Validade da Senha 21121	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 21121
Dados do Beneficiário	
8 - Número da Carteira 7464005	9 - Validade da Carteira 01/01/2025
10 - Nome NATHALY RIBEIRO DE OLIVEIRA	
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 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 18/09/2024	23 - Indicação Clínica
-----------------------------------	--	------------------------

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

2

3

4

5

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

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

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados	
36 - Data 1	37 - Hora inicial a 38 - Hora final 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição 42 - Qtda. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator Red./Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)

2

3

4

5

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

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

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

58 - Observação / Justificativa

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

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 18/09/2024	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 18/09/2024	68 - Assinatura do Contratado 18/09/2024
---	--	---

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Nathaly Ribeiro de Oliveira
Nº da Carteirinha: 7.46.4005
Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Centro



Data de Nascimento: 07/05/2010

Nº da Guia: 21121

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
18/09/2024	17:24:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Corpo estranho (Ex.: cisco no olho, engoliu moeda)	Mão Direita, Mão Esquerda, 1º Dedo Mão Esquerda, 3º Dedo Mão Esquerda, 1º Dedo Mão Direita, 2º Dedo Mão Direita

Descrição

Aluna estava na educação física, quando foi recepcionar uma bola e pegou de mau jeito.

Testemunha da ocorrência

Professor Anderson

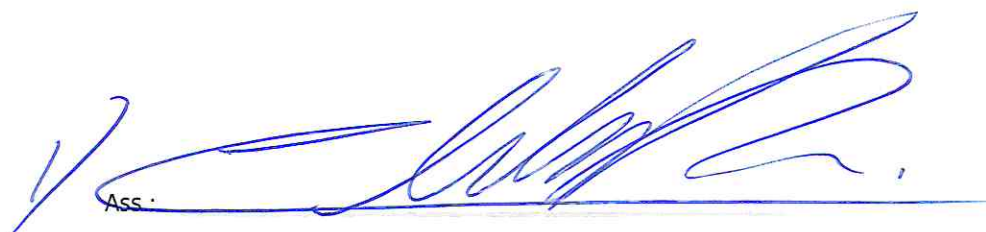
Telefone

(48) 3039-8200

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações

Foi atendida pelo professor, entrou em contato com os pais e encaminhada para o Pronto Atendimento Hospitalar.

Ass. 

Jardson Rocha

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

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

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

Paciente **NATHALY RIBEIRO DE OLIVEIRA**

Data Nascto. 07/05/2010 14 Anos

Sexo Feminino

Telefone 991704272

Leito 1

Atendimento **3.295.440**

Prontuário 99.788.589

Dt. Entrada 18/09/2024 21:40:29

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
18/09/2024 23:17	18/09 23:18	Médico	Evolução Médica PA		TICIANO DOZZA POSSER	CRM 23068

Avaliação: Evolução Médica PA - ORTOPEDIA**Queixa Principal :** DOR POLEGARES

CONTUSAO NO VOLEI

TENDORES OK / SEM EDEMA / SEM EQUIMOSE

RX: SEM ALT

HD: CONTUSAO

CD: ORIENTAÇÕES / PARACETAMOL

Encaminhamento ao Ambulatório UGF? : Não**Acionado sobreaviso da Ortopedia? :** Não**Solicitado exames de imagem? :** Não

Unimed

Manoel Loureiro, S/N - São José - SC

CNPJ:77858611001414 - Inscrição estadual: - Fone:

(CNES 9671145)

Conta paciente

(77858611001414)

Nota:

Emissao:

Nº atend:

3.295.440

Nº IC:

21.068.862

Paciente:

Convênio:

Usuário/Matrícula:

NATHALY RIBEIRO DE OLIVEIRA

Instituto Adventista

7464005

Categoria:

Instituto Adventista

Prontuário: 99788589

Data entrada: 18/09/2024 21:40:29

Data saída: 18/09/2024 23:18:00

Motivo Alta: Alta melhora

Médico: Dr. TICIANO DOZZA POSSER (CRM 23068)

Tipo atend: 3 - Pronto socorro

Espec/Clinica: 1 Clinica Adulto

Proc Princ: 30726174

Lesões Ligamentares Agudas - Tratamento Incruento

Tipo acomodação Enfermaria

Data 07/05/2010

Sexo: F

CID Princ: M25.5 Dor articular

Guia: 21121

Senha: 21121

Dt Conta: 18/09/24 21:41

Dt inicial: 18/09/24 21:40

Dt final: 18/09/24 23:18

Refer: 01/11/24

Movimentação do Paciente

Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO	Setor sem acomodação	1/	18/09/2024 21:40:29	18/09/2024 23:18:00
2	Pronto socorro	ORTOPEDIA	Setor sem acomodação	1/	18/09/2024 21:50:49	18/09/2024 23:18:00
3	Serviços Especiais	RAIO X	Setor sem acomodação	1/	18/09/2024 22:42:00	18/09/2024 22:42:00

Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor
1	18/09/24 21:40	PRONTO ATENDIMENTO	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	23068	TICIANO DOZZA	Clínico	95,58
2	18/09/24 22:43	ORTOPEDIA	30726174	Lesões Ligamentares Agudas - Tratamento Incruento	1,00	23068	TICIANO DOZZA	Clínico	97,02
3	18/09/24 22:58	RAIO X	40803120	Mão Ou Quirodáctilo	1,00	12478	GUSTAVO LEMOS	Clínico	42,18
4	18/09/24 22:58	RAIO X	40803120	Mão Ou Quirodáctilo	1,00	12478	GUSTAVO LEMOS	Clínico	42,18
Total de Honorários Não Conveniados					4,00				276,96

Total geral R\$

276,96

Impresso em 19/09/2024 17:19:39

Pág 1

taina.estevao

FatAct_R7



Paciente: **NATHALY RIBEIRO DE OLIVEIRA**
Data de Nascimento: 07/05/2010 Idade: 14anos 4M Sexo: F
Data do Exame: 18/09/2024
Solicitante: Dr.(a) TICIANO DOZZA POSSER
Protocolo: UGF3295440 Senha: 802233

unimedflorianopolis.com.br

Central de Atendimento:
(48) 3288 4100

Informações:
0800 048 3500

RADIOGRAFIA DIGITAL DO 1o QDT DAS MÃOS

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





Paciente: **NATHALY RIBEIRO DE OLIVEIRA**
Data de Nascimento: 07/05/2010 Idade: 14anos 4M Sexo: F
Data do Exame: 18/09/2024
Solicitante: Dr.(a) TICIANO DOZZA POSSER
Protocolo: UGF3295440 Senha: 802233

unimedflorianopolis.com.br

Central de Atendimento:
(48) 3288 4100

Informações:
0800 048 3500

RADIOGRAFIA DIGITAL DO 1o QDT DAS MÃOS

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





Atendimento: 3296706

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: SARA SERAFIM DE SOUZA

CPF: 13200471905

Endereço: rua fernanda de souza , 370 kitnet

Atendimento Nº: 3296706

Telefone: (48) 984289020

RG:

Responsável:

Nome: ALINE

CPF: 04135774903

Endereço: rua fernanda de souza , 370 kitnet

Telefone: 554884633175

RG: 38795078

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

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3296706

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 (**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.**

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3296706

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

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

- (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, ____/____/____

Aline Serapim P.
CONTRATANTE/RESPONSÁVEL

CONTRATADA

Testemunhas

1- _____

Nome:

CPF nº

2- _____

Nome:

CPF nº

Instituto Adventista

1 - Registro ANS 000000	3 - N° Guia Principal	6 - Data Validade da Senha 21186	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 21186	12 - Atendimento a RN N
4 - Data da Autorização 19/09/2024	5 - Senha 21186	10 - Nome SARA SERAFIM DE SOUZA	11 - Cartão Nacional de Saúde	
8 - Número da Carteira 72051599	9 - Validade da Carteira 19/09/2024	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 2526	
13 - Código na Operadora 77858611001414	14 - Nome do Contratado UNIMED GRANDE FLORIANOPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO	18 - UF SC	19 - Código CBO 225125	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
15 - Nome do Profissional Solicitante Requisitante Nao Cadastrado/nao Cooperado	21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 19/09/2024	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.Autl. 1
2				
3				
4				
5				
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES		

32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
Dados do atendimento				
36 - Data	37 - Hora Inicial a 38 - Hora final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição
1				
2				
3				
4				

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

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Observação / Justificativa
1 - / /	3 - / /	
2 - / /	4 - / /	
	5 - / /	
	6 - / /	
	7 - / /	
	8 - / /	
	9 - / /	
	10 - / /	

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				
/ /	19/09/2024	19/09/2024				

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Sara Serafim de Souza
Nº da Carteira: 7.205.1599
Instituição: Colégio Adventista Palhoça

Data de Nascimento: 10/03/2017

Nº da Guia: 21186



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
19/09/2024	17:54:00	Pátio	Saída

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Mão Direita, 1º Dedo Mão Direita

Descrição

A aluna bateu o polegar direito no chão.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Bianca Bendik Rodrigues	48998557433
Bianca Bendik Rodrigues	48998557433

Quem prestou primeiros socorros	Data
Samuel	19/09/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
PA INFANTIL UNIMED UNID.CENTRO - MENORES DE 15 ANOS EXCLUSIVO	Rua Madalena Barbi	204	Centro	(48) 3216-8222

Observações

Foi aplicado gelo no local; os responsáveis foram avisados.

Ass.:

P/ Samuel S. Henrique

Glaucya Francini Collaco

16.726.864/0135-30
INST. ADV. SUL BRAS. DE EDUCAÇÃO
COLÉGIO ADVENTISTA
Av. Raulino Pagani, Nº 420
CEP: 88132-199 - Palhoça/SC

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

Paciente **SARA SERAFIM DE SOUZA**

Data Nascto. 10/03/2017 7 Anos

Sexo Feminino

Telefone 984289020

Leito 1

Atendimento **3.296.706**

Prontuário 99.851.034

Dt. Entrada 19/09/2024 19:43:13

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
19/09/2024 19:57	19/09 20:11	Médico	Evolução Médica PA		EDUARDO HUBBE BUSS	CRM 34767

Avaliação: Evolução Médica PA - ORTOPEDIA

Queixa Principal : trauma em polegar na escola
relato de dor no polegar
no momento sem dor para mobilizar, testes tendineos sem lesões
neurovascular preservado

rx sem fx ou lx

oriento sobre o caso, gelo local e analgesia se necessário

Encaminhamento ao Ambulatório UGF? : Não**Acionado sobreaviso da Ortopedia? :** Não**Solicitado exames de imagem? :** Sim. Quais?**Radiologia :** Sim



Paciente: **SARA SERAFIM DE SOUZA**

Data de Nascimento: 10/03/2017 Idade: 7anos 6M Sexo: F

Data do Exame: 19/09/2024

Solicitante: Dr.(a) EDUARDO HUBBE BUSS

Protocolo: UGF3296706 Senha: 504891

unimedflorianopolis.com.br

Central de Atendimento:
(48) 3288 4100

Informações:
0800 048 3500

RADIOGRAFIA DIGITAL DO POLEGAR DIREITO

Estrutura óssea normal.

Relações articulares anatômicas.

Partes moles sem alterações radiográficas.

Ausência de sinais de fraturas.

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

(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:

Emissao:

Nº atend: 3.296.706

Nº IC: 21.070.086

Paciente:

Convênio:

Usuário/Matrícula:

SARA SERAFIM DE SOUZA

Instituto Adventista

72051599

Categoria:

Instituto Adventista

Prontuário: 99851034

Data entrada: 19/09/2024 19:43:13

Data saída: 19/09/2024 20:12:01

Motivo Alta: Alta melhora

Médico: Dr. EDUARDO HUBBE BUSS (CRM 34767)

Tipo atend: 3 - Pronto socorro

Espec/Clinica: 1 Clinica Adulto

Proc Princ: 00000000

0

Tipo acomodação Setor sem acomodação

Data 10/03/2017

Sexo: F

CID Princ: S60.0 Contusao de dedos s/lesao da unha

Guia: 21186

Senha: 21186

Dt Conta: 19/09/24 19:43

Dt inicial: 19/09/24 19:43

Dt final: 19/09/24 20:12

Refer: 01/11/24

Movimentação do Paciente

Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO	Setor sem acomodação	1/	19/09/2024 19:43:13	19/09/2024 20:12:01
2	Pronto socorro	ORTOPEDIA	Setor sem acomodação	1/	19/09/2024 19:51:57	19/09/2024 20:12:01
3	Serviços Especiais	RAIO X	Setor sem acomodação	1/	19/09/2024 19:56:00	19/09/2024 19:56:00

Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crm	Médico	Função	Valor
1	19/09/24 19:43	PRONTO ATENDIMENTO	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	34767	EDUARDO HUBBE	Clínico	95,58
2	19/09/24 20:02	ORTOPEDIA	30711010	Imobilizações Não-Gessadas (Qualquer Segmento)	1,00	34767	EDUARDO HUBBE	Clínico	15,21
3	19/09/24 20:10	RAIO X	40803120	Mão Ou Quirodáctilo	1,00	6606	PEDRO LEMOS DE	Clínico	42,18
Total de Honorários Não Conveniados					3,00				152,97

Total geral R\$

152,97

Impresso em 24/09/2024 10:58:36

Pág 1

taina.estevao

FatAct_R7



Atendimento: 3298040

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: ISABELA MELLO RIBEIRO

CPF: 12044885921

Endereço: Rua Itaguaçu, 701 ap 701

Atendimento Nº: 3298040

Telefone: (48) 999087124

RG:

Responsável:

Nome: CRISTIA

CPF: 41635426200

Endereço: Rua Itaguaçu, 701 APTO 701

Telefone: 4899087124

RG: 76797

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

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3298040

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 (**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.

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3298040

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

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

(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.

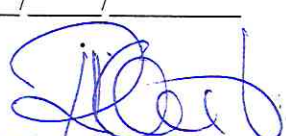
Nome da Acompanhante _____

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
21/09/2024

5 - Senha
21066

8 - Número da Carteira
21066

9 - Validade da Carteira
05/10/2025

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

21 - Caráter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
21/09/2024

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

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

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

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qlde.

43 - Via

44 - Tec.

45 - Fator Red./Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - Seq.Ref.

49 - Gr.Part.

50 - Código na Operadora/GPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Numero 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

68 - Assinatura do Contratado

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
21066

10 - Nome
ISABELA MELLO RIBEIRO

18 - UF
SC

19 - Código CBO
225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

31 - Código CNES

Atend.: 3298040

2 - N° Guia no Prestador 5532191

Impresso em: 21/09/2024 12:56:29

Página 1

diogo.petry

WATE70106

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Isabela Mello Ribeiro
Nº da Carteira: 7.58.7210
Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Estreito



Data de Nascimento: 03/02/2015

Nº da Guia: 21066

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
17/09/2024	19:39:00	Quadra	Saída

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Pé Esquerdo

Descrição

a aluna estava de patins , foi entrar na quadra descoberta e acabou torcendo o pé esquerdo.

Testemunha da ocorrência

Monitor Guilherme

Monitor Marquinhos

Telefone

(48) 3039-8100

(48) 3039-8100

Quem prestou primeiros socorros

Monitor Guilherme

Data

17/09/2024

Local de atendimento

HUGF - HOSPITAL UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS

Endereço

Rua Manoel Loureiro

Nº

191
0

Bairro

Barreiros

Telefone

(48) 3288-4100

Observações

aluna foi atendida pelo monitor da unidade colocamos gelo e avisado a família. e encaminhado ao hospital unimed.

Ass.:

Marcos Jobão de Moraes
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 **ISABELA MELLO RIBEIRO**

Data Nascto. 03/02/2015 9 Anos

Sexo Feminino

Telefone 999087124

Leito 1

Atendimento **3.298.040**

Prontuário 99.853.941

Dt. Entrada 21/09/2024 12:54:24

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
21/09/2024 13:57	21/09 14:00	Médico	Evolução Médica PA		MARIA ELISA DA SILVA OLIVEIRA	CRM 20753

Avaliação: Evolução Médica PA - ORTOPEDIA

Queixa Principal : Paciente acompanhada da mãe que relata que a paciente fx a perna E na terça-feira. Foi atendida em clinica de ortopedia e colocaram gesso. Mãe deseja trocar por gesso sintética.

Ao exame: bota gessada esq, mobiliza ativamente os dedos, bpp

Orientações

Oriento que não há gesso sintético disponível no hospital mas a mesma pode trocar em clinicas de ortopedia

AM ed física

Seguimento com ortopedista pediátrico

Oriento sinais de alarme e retorno precoce SN

Encaminhamento ao Ambulatório UGF? : Não

Acionado sobreaviso da Ortopedia? : Não

Solicitado exames de imagem? : Não

Unimed

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

Conta paciente
(77858611001414)
Nota:
Emissao:
Nº atend: 3.298.040
Nº IC: 21.071.496

Paciente:
ISABELA MELLO RIBEIRO

Convênio:
Instituto Adventista

Usuário/Matrícula:
7587210

Categoria:
Instituto Adventista

Prontuário: 99853941
Médico: Dra. MARIA ELISA DA SILVA OLIVEIRA (CRM 20753)
Proc Princ: 00000000 0
Data 03/02/2015
CID Princ: S82.9 Frat da perna parte NE
Guia: 21066

Data entrada: 21/09/2024 12:54:24
Data saída: 21/09/2024 14:06:16
Tipo acomodação Enfermaria
Sexo: F
Senha: 21066

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

Dt Conta: 21/09/24 12:55
Dt inicial: 21/09/24 12:54
Dt final: 21/09/24 14:06
Refer: 01/11/24

Movimentação do Paciente

Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO	Setor sem acomodação	1/	21/09/2024 12:54:24	21/09/2024 14:06:16
2	Pronto socorro	ORTOPEDIA	Setor sem acomodação	1/	21/09/2024 13:52:26	21/09/2024 14:06:16
3	Centro cirúrgico	CENTRO CIRURGICO	Setor sem acomodação	1/	21/09/2024 14:05:20	21/09/2024 14:05:20

Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crm	Médico	Função	Valor
1	21/09/24 12:54	PRONTO ATENDIMENTO	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	20753	MARIA ELISA DA	Clínico	95,58
2	21/09/24 14:06	CENTRO CIRURGICO	30728096	Fratura De Tornozelo - Tratamento Conservador	1,00	20753	MARIA ELISA DA	Clínico	88,00
Total de Honorários Não Conveniados					2,00				183,58

Total geral R\$183,58

Impresso em 24/09/2024 11:27:29

Pág 1

taina.estevao

FatAct_R7

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3300107

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: EVA SANDELA RODRIGUES MATOS

CPF:

Endereço: Rua Benta Soares Luiz, 262 ap a306

Atendimento Nº: 3300107

Telefone: (48) 988748544

RG:

Responsável:

Nome: FERNAN

CPF: 00871873290

Endereço: Rua Benta Soares Luiz, 262 ap a306

Telefone: 5548988748544

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

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3300107

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 (**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**.

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3300107

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nome da Acompanhante _____

CPF nº _____

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

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

São José/SC, ____/____/____


CONTRATANTE/RESPONSÁVEL

CONTRATADA

Testemunhas

1- _____

Nome:

CPF nº

2- _____

Nome:

CPF nº

1 - Registro ANS 000000	3 - Nº Guia Principal
----------------------------	-----------------------

4 - Data da Autorização 23/09/2024	5 - Senha 21305	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 21305
---------------------------------------	--------------------	----------------------------	--

Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 7587072	9 - Validade da Carteira 28/01/2025	10 - Nome EVA SANDELA RODRIGUES MATOS	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 bens Assistenciais Solicitados					
21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 23/09/2024	23 - Indicação Clínica			

24 - Tabela 22	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
----	----	----	----	----	----	----

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 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

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

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)					
48 - Seq/Kel.	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 - Valor Unitário (R\$)	57 - Valor Total (R\$)
---------	-----------------	---------------------------	------------------------

55 - Data de Realização de Procedimentos em Série					
56 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	59 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	60 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	61 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa					
---------------------------------	--	--	--	--	--

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

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Eva Sandela Rodrigues Matos

Nº da Carteirinha: 7.58.7052

Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Estreito



Data de Nascimento: 21/08/2013

Nº da Guia: 21305

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
23/09/2024	17:24:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Pé Esquerdo, Tornozelo Esquerdo

Descrição

Aluna estava fazendo exercício de aquecimento e acabou virando sozinha o pé esquerdo, ocasionando na torção do mesmo

Testemunha da ocorrência

Monitor Marquinhos

Telefone

(48) 3039-8054

Local de atendimento

Endereço

Nº

Bairro

Telefone

HUGF - HOSPITAL UNIMED GRANDE
FLORIANÓPOLIS

Rua Manoel Loureiro

191
0

Barreiros

(48) 3288-4100

Observações

Encaminhada ao 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 **EVA SANDELA RODRIGUES MATOS**

Data Nascto. 21/08/2013 11 Anos

Sexo Feminino

Telefone 988748544

Leito 1

Atendimento **3.300.107**

Prontuário 99.854.142

Dt. Entrada 23/09/2024 18:50:15

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
23/09/2024 19:17	23/09 19:57	Médico	Evolução Médica PA		LUIZ FERNANDO PEREIRA	CRM 11405

Avaliação: Evolução Médica PA - ORTOPEDIA**Queixa Principal :** ENTORSE DO TORNOZELO ESQUERDO HOJE
DOR E MALÉOLO LATERAL

RX sem laudo

TALA BOTA

ANALGESIA VO

ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

Encaminhamento ao Ambulatório UGF? : Não**Acionado sobreaviso da Ortopedia? :** Não**Solicitado exames de imagem? :** Não

Unimed



Manoel Loureiro, S/N - São José - SC

CNPJ:77858611001414 - Inscrição estadual: - Fone:

(CNES 9671145)

Conta paciente

(77858611001414)

Nota:

Paciente:

EVA SANDELA RODRIGUES MATOS

Convênio:

Instituto Adventista

Usuário/Matrícula:

7587052

Categoria:

Instituto Adventista

Prontuário: 99854142

Data entrada: 23/09/2024 18:50:15

Data saída: 23/09/2024 20:43:46

Motivo Alta: Alta melhor

Médico: Dr. LUIZ FERNANDO PEREIRA (CRM 11405)

Tipo atend: 3 - Pronto socorro

Proc Princ: 30728134

Lesões Ligamentares Agudas Ao Nível Do Tornozelo - Tratamento

Espec/Clinica: 1 Clínica Adulto

Tipo acomodação Setor sem acomodação

Data 21/08/2013

Sexo: F

CID Princ: S93.4 Entorse e distensao do tornozelo

Guia: 21305

Senha: 21305

Dt Conta: 23/09/24 18:53

Dt inicial: 23/09/24 18:50

Dt final: 23/09/24 20:43

Refer: 01/11/24

Movimentação do Paciente

Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO	Setor sem acomodação	1/	23/09/2024 18:50:15	23/09/2024 20:43:46
2	Pronto socorro	ORTOPEDIA	Setor sem acomodação	1/	23/09/2024 19:10:51	23/09/2024 20:43:46
3	Serviços Especiais	RAIO X	Setor sem acomodação	1/	23/09/2024 19:18:00	23/09/2024 19:18:00

Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor
1	23/09/24 18:50	PRONTO ATENDIMENTO	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	11405	LUIZ FERNANDO	Clínico	73,52
2	23/09/24 19:52	RAIO X	40804089	Articulação Tibiotársica (Tornozelo)	1,00	8280	ROBERTO	Clínico	42,18
3	23/09/24 19:59	ORTOPEDIA	30711029	Membro Inferior	1,00	11405	LUIZ FERNANDO	Clínico	30,41
4	23/09/24 19:59	ORTOPEDIA	30728134	Lesões Ligamentares Agudas Ao Nível Do Tornozelo - Tratamento Incruento	1,00	11405	LUIZ FERNANDO	Clínico	133,22
Total de Honorários Não Conveniados					4,00				279,33

Materiais

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	70852553	ATADURA CREPE 20CMX1,8MT (EM REPOUSO) 13FIO ESTERIL	rl	1,0000	27,7300	27,73
3	78988780	ATADURA CREPON 15 CM X 1,8 M	rl	2,0000	11,2400	22,48
4	70858845	ATADURA GESSADA 20 CM X 4,0 M	rl	2,0000	6,8800	13,76
5	70034664	ATADURA ORTOPEDICA 10 CM X 1,8 M	rl	1,0000	12,8900	12,89
6	70034702	ATADURA ORTOPEDICA 15 CM X 1,8 M	rl	1,0000	12,5500	12,55
7	70034729	ATADURA ORTOPEDICA 20 CM X 1,8 M	rl	1,0000	16,7300	16,73
8	78202477	MALHA TUBULAR 08 CM X 15 M	cm	120,0000	0,0400	4,80
Total - ORTOPEDIA -				130,0000		126,14
Total de Materiais				130,0000		126,14

Total geral R\$

405,47

Impresso em 25/09/2024 17:51:45

Pág 1

taina.estevao

FatAct_R7



Paciente: **EVA SANDELA RODRIGUES MATOS**
Data de Nascimento: 21/08/2013 Idade: 11anos 1M Sexo: F
Data do Exame: 23/09/2024
Solicitante: Dr.(a) LUIZ FERNANDO PEREIRA
Protocolo: UGF3300107 Senha: 346684

unimedflorianopolis.com.br

Central de Atendimento:
(48) 3288 4100

Informações:
0800 048 3500

RADIOGRAFIA DIGITAL DO TORNOZELO ESQUERDO

Estrutura óssea normal.
Relações articulares anatômicas.
Ausência de sinais de fraturas.
Aumento de volume de partes moles.

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. Roberto Guimarães Tiezzi
CRM/SC 8280



UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3301216

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: ALICE COUTINHO SOARES

CPF: 11683513916

Endereço: Rua Batista Independente, 44 CASA

Atendimento Nº: 3301216

Telefone: (48) 984593685

RG: 7356798

Responsável:

Nome: GABRIEL

CPF: 05275477945

Endereço: Rua Santos Saraiva, 647

Telefone: 4884593685

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 (**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.



Atendimento: 3301216

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

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

- (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

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

2 - Nº Guia no Prestador 5538042

Atend.: 3301216

V.3.0

1 - Registro ANS 000000	3 - Nº Guia Principal		
4 - Data da Autorização 24/09/2024	5 - Senha 21355	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 21355
Dados do Beneficiário		9 - Validade da Carteira 01/03/2026	10 - Nome ALICE COUTINHO SOARES
8 - Número da Carteira 7584593		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
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 24/09/2024	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			
Dados do Contratado			
29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
Dados do atendimento			
32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 1	37 - Hora inicial a 38 - Hora final 2	39 - Tabela 3	40 - Código do Procedimento 4
41 - Descrição 5		42 - Qtd. 1	43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator Red./Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)
Identificação do(a) Profissional(a) Executante(s)			
48 - Seqüel.	49 - G./Part.	60 - Código na Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional
52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho	54 - UF
55 - Código CBO			
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série			
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
1 - / /	3 - / /	5 - / /	7 - / /
2 - / /	4 - / /	6 - / /	8 - / /
9 - / /		10 - / /	
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total Procedimentos (R\$)		60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total Materiais (R\$)
62 - Total de OPRME (R\$)		63 - Total Medicamentos (R\$)	64 - Total Gases Medicinais R\$
65 - Total Geral (R\$)			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
24/09/2024		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 24/09/2024	
68 - Assinatura do Contratado		24/09/2024	

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Alice Coutinho Soares
Nº da Carteirinha: 7.58.4593
Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Estreito



Data de Nascimento: 14/08/2010 **Nº da Guia:** 21355

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
24/09/2024	14:58:00	Sala de Aula	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Esquerdo

Descrição

Aluna se torço o pé na aula de educação física , o pé inflamou um pouco .

Testemunha da ocorrência

Yusdania Rodriguez Montero

Telefone

(48) 3039-8100

Quem prestou primeiros socorros

Yusdania Rodriguez Montero

Data

24/09/2024

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 por a monitora Yusdania , foi colocado gelo no pé e foi ligado pra sua mãe. sera direcionado o atendimento para o hospital.

Ass.:

Jerry Abdoral Borges

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

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

Paciente **ALICE COUTINHO SOARES**

Data Nascto. 14/08/2010 14 Anos

Sexo Feminino

Telefone 984593685

Leito 1

Atendimento **3.301.216**

Prontuário 99.766.191

Dt. Entrada 24/09/2024 16:32:53

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
24/09/2024 18:43	24/09 18:45	Médico	Evolução Médica PA		DANIEL NARLOCH VEIGA	CRM 11649

Avaliação: Evolução Médica PA - ORTOPEDIA**Queixa Principal :** ENTORSE DE TNZ ESQUERDO HOJE
DOR LOCALLEVE EDEMA
NA PALPAÇÃO SEM DORES
DOR MAIS NOS MOVIMENTOS EXTREMOS NO TNZ
SEM DOR NOS MALEOLOS E FIB PROXIMAL OU BASE 5
PILLINGS -RX TNZ / PERNA / PE ESQ : SP (PARECEU PQ FISSURA NO MALEOLO MEDIAL MAS SEM CORRELAÇÃO
CLINICATALA
SEM CARGA
RET 7 DIAS PARA REAVALIAR
ANALGESIA
ORIENTAÇÕES**Encaminhamento ao Ambulatório UGF? :** Não**Acionado sobreaviso da Ortopedia? :** Não**Solicitado exames de imagem? :** Sim. Quais?**Radiologia :** Sim

Unimed

Manoel Loureiro, S/N - São José - SC

CNPJ:77858611001414 - Inscrição estadual: - Fone:

(CNES 9671145)

Conta paciente

(77858611001414)

Nota:

Emissao:

Nº atend: 3.301.216

Nº IC: 21.074.811

Paciente:

ALICE COUTINHO SOARES

Convênio:

Instituto Adventista

Usuário/Matrícula:

7584593

Categoria:

Instituto Adventista

Prontuário: 99766191

Data entrada: 24/09/2024 16:32:53

Data saída: 24/09/2024 19:31:13

Motivo Alta: Alta melhora

Médico: Dr. DANIEL NARLOCH VEIGA (CRM 11649)

Tipo atend: 3 - Pronto socorro

Espec/Clinica: 1 Clinica Adulto

Proc Princ: 00000000

0

Tipo acomodação Enfermaria

Data 14/08/2010

Sexo: F

CID Princ: S90.9 Traum superf do tornozelo e do pe NE

Guia: 21355

Senha: 21355

Dt Conta: 24/09/24 16:35

Dt inicial: 24/09/24 16:32

Dt final: 24/09/24 19:31

Refer: 01/11/24

Movimentação do Paciente

Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO	Setor sem acomodação	1/	24/09/2024 16:32:53	24/09/2024 19:31:13
2	Pronto socorro	ORTOPEDIA	Setor sem acomodação	1/	24/09/2024 17:15:44	24/09/2024 19:31:13
3	Serviços Especiais	RAIO X	Setor sem acomodação	1/	24/09/2024 17:23:00	24/09/2024 17:23:00

Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor
1	24/09/24 16:32	PRONTO ATENDIMENTO	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	11649	DANIEL NARLOCH	Clínico	73,52
2	24/09/24 17:32	RAIO X	40804135	Incidência Adicional De Membro Inferior	1,00	6561	NELSON CABRAL	Clínico	16,98
3	24/09/24 17:33	RAIO X	40804089	Articulação Tibiotársica (Tornozelo)	1,00	6606	PEDRO LEMOS DE	Clínico	42,18
4	24/09/24 17:34	RAIO X	40804097	Pé Ou Pododáctilo	1,00	6606	PEDRO LEMOS DE	Clínico	43,84
5	24/09/24 18:18	RAIO X	40804070	Perna	1,00	6606	PEDRO LEMOS DE	Clínico	46,59
6	24/09/24 18:18	RAIO X	40804135	Incidência Adicional De Membro Inferior	1,00	6561	NELSON CABRAL	Clínico	16,98
7	24/09/24 18:19	RAIO X	40804089	Articulação Tibiotársica (Tornozelo)	1,00	6606	PEDRO LEMOS DE	Clínico	42,18
8	24/09/24 18:41	ORTOPEDIA	30711029	Membro Inferior	1,00	11649	DANIEL NARLOCH	Clínico	23,39
Total de Honorários Não Conveniados					8,00				305,66

Total geral R\$

305,66

Impresso em 25/09/2024 18:29:44

Pág 1

taina.estevao

FatAct_R7



Paciente: **ALICE COUTINHO SOARES**

Data de Nascimento: 14/08/2010 Idade: 14anos 1M Sexo: F

Data do Exame: 24/09/2024

Solicitante: Dr.(a) DANIEL NARLOCH VEIGA

Protocolo: UGF3301216 Senha: 376032

unimedflorianopolis.com.br

Central de Atendimento:
(48) 3288 4100

Informações:
0800 048 3500

RADIOGRAFIA DIGITAL DO PÉ 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





Paciente: **ALICE COUTINHO SOARES**

Data de Nascimento: 14/08/2010 Idade: 14anos 1M Sexo: F

Data do Exame: 24/09/2024

Solicitante: Dr.(a) DANIEL NARLOCH VEIGA

Protocolo: UGF3301216 Senha: 376032

unimedflorianopolis.com.br

Central de Atendimento:
(48) 3288 4100

Informações:
0800 048 3500

RADIOGRAFIA DIGITAL DO TORNOZELO ESQUERDO

Alinhamento articular mantido.

Estrutura óssea normal.

Interlinhas articulares preservadas.

Partes moles sem alterações radiográficas.

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

(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: **ALICE COUTINHO SOARES**

Data de Nascimento: 14/08/2010 Idade: 14anos 1M Sexo: F

Data do Exame: 24/09/2024

Solicitante: Dr.(a) DANIEL NARLOCH VEIGA

Protocolo: UGF3301216 Senha: 376032

unimedflorianopolis.com.br

Central de Atendimento:
(48) 3288 4100

Informações:
0800 048 3500

RADIOGRAFIA DIGITAL DA PERNA ESQUERDA

Estrutura óssea normal.

Relações articulares anatômicas.

Partes moles sem alterações radiográficas.

Ausência de sinais de fraturas.

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: **ALICE COUTINHO SOARES**

Data de Nascimento: 14/08/2010 Idade: 14anos 1M Sexo: F

Data do Exame: 24/09/2024

Solicitante: Dr.(a) DANIEL NARLOCH VEIGA

Protocolo: UGF3301216 Senha: 376032

unimedflorianopolis.com.br

Central de Atendimento:
(48) 3288 4100

Informações:
0800 048 3500

RADIOGRAFIA DIGITAL DO TORNOZELO DIREITO

Alinhamento articular mantido.

Estrutura óssea normal.

Interlinhas articulares preservadas.

Partes moles sem alterações radiográficas.

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

(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



UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3304018

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: BERNARDO SANTOS CARVALHO

CPF: 53877356877

Endereço: Rua Otávio do Patrocínio Medeiros, 131

Atendimento Nº: 3304018

Telefone: (48) 991019274

RG:

Responsável:

Nome: ADILSON

CPF: 34539358880

Endereço: Rua Otávio do Patrocínio Medeiros, 131 apto 101

Telefone: 5548991019274

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

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3304018

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 (**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**.

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3304018

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

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

- (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 26/09/2024 5 - Senha 21486 6 - Data Validade da Senha 7 - Número da Guia Atribuido pela Operadora 21486

8 - Número da Carteira 7567308 9 - Validade da Carteira 26/09/2024 10 - Nome BERNARDO SANTOS CARVALHO 11 - Cartão Nacional de Saúde N 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 Requistante 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 Bens Assistenciais Solicitados 21 - Cartão do Atendimento 2 22 - Data da Solicitação 26/09/2024 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

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

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 / / 26/09/2024 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 68 - Assinatura do Contratado 26/09/2024

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Bernardo Santos Carvalho

Nº da Carteira: 7.58.7308

Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Estreito



Data de Nascimento: 26/06/2014

Nº da Guia: 21486

Data da Ocorrência: 26/09/2024
Horário: 17:47:00
Local: Quadra

Atividade: Aula de educação física

O que aconteceu

Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)

Partes do corpo

5º Dedo Mão Direita

Descrição

Aluno foi pegar a bola de basquete e acabou batendo o dedo mindinho.

Testemunha da ocorrência

Prof. Márcia

Telefone

(48) 3039-8054

Local de atendimento

HUGF - HOSPITAL UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS

Endereço

Rua Manoel Loureiro

Nº Bairro

1910 Barreiros

Telefone

(48) 3288-4100

Observações

Encaminhado ao 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 **BERNARDO SANTOS CARVALHO**

Data Nascto. 26/06/2014 10 Anos

Sexo Masculino

Telefone 991019274

Leito 1

Atendimento **3.304.018**

Prontuário 99.854.447

Dt. Entrada 26/09/2024 19:34:34

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
26/09/2024 20:41	26/09 20:42	Médico	Evolução Médica PA		JULIANO TEIXEIRA DE SA	CRM 17278

Avaliação: Evolução Médica PA - ORTOPEDIA**Queixa Principal :** contusao 5 qdd

dor aip

adm completa

leve aumento de volume

rx sp

repouso

analgesia

imob

Encaminhamento ao Ambulatório UGF? : Não**Acionado sobreaviso da Ortopedia? :** Não**Solicitado exames de imagem? :** Não



Paciente: **BERNARDO SANTOS CARVALHO**
Data de Nascimento: 26/06/2014 Idade: 10anos 3M Sexo: M
Data do Exame: 26/09/2024
Solicitante: Dr.(a) JULIANO TEIXEIRA DE SA
Protocolo: UGF3304018 Senha: 775132

unimedflorianopolis.com.br

Central de Atendimento:
(48) 3288 4100

Informações:
0800 048 3500

RADIOGRAFIA DIGITAL DA MÃO DIREITA

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

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

(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:

Emissao:

Nº atend: 3.304.018

Nº IC: 21.077.672

Paciente:

Convênio:

Usuário/Matrícula:

BERNARDO SANTOS CARVALHO

Instituto Adventista

7587308

Categoria:

Instituto Adventista

Prontuário: 99854447

Data entrada: 26/09/2024 19:34:34

Data saída: 26/09/2024 20:52:07

Motivo Alta: Alta melhora

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

Tipo atend: 3 - Pronto socorro

Espec/Clinica: 1 Clinica Adulto

Proc Princ: 00000000 0

Tipo acomodação Setor sem acomodação

Data 26/06/2014

Sexo: M

CID Princ: S60.0 Contusao de dedos s/lesao da unha

Guia: 21486

Senha: 21486

Dt Conta: 26/09/24 19:37

Dt inicial: 26/09/24 19:34

Dt final: 26/09/24 20:52

Refer: 01/11/24

Movimentação do Paciente

Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO	Setor sem acomodação	1/	26/09/2024 19:34:34	26/09/2024 20:52:07
2	Pronto socorro	ORTOPEDIA	Setor sem acomodação	1/	26/09/2024 20:03:30	26/09/2024 20:52:07
3	Serviços Especiais	RAIO X	Setor sem acomodação	1/	26/09/2024 20:16:00	26/09/2024 20:16:00

Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor
1	26/09/24 19:34	PRONTO ATENDIMENTO	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	17278	JULIANO TEIXEIRA	Clínico	95,58
2	26/09/24 20:18	ORTOPEDIA	30711010	Imobilizações Não-Gessadas (Qualquer Segmento)	1,00	17278	JULIANO TEIXEIRA	Clínico	15,21
3	26/09/24 20:43	RAIO X	40803120	Mão Ou Quirodáctilo	1,00	6606	PEDRO LEMOS DE	Clínico	42,18
Total de Honorários Não Conveniados					3,00				152,97

Materiais

Seq	Código	Descrição	Unid.	Qtde	VI Unit.	VI Total
ORTOPEDIA						
1	78365678	ATADURA CREPON 06 CM X 1,8 M	rl	1,0000	1,2300	1,23
2	78308488	TALA METALICA ALUMINIO 12 MM X 250 MM	und	1,0000	3,2100	3,21
Total - ORTOPEDIA -				2,0000		4,44
Total de Materiais				2,0000		4,44

Total geral R\$

157,41

Impresso em 27/09/2024 15:04:19

Pág 1

taina.estevao

FatAct_R7