

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3256270

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: ANA LUIZA DA SILVA DUARTE

CPF: 10324069928

Endereço: Rua dos Canários, 56 CASA

Atendimento Nº: 3256270

Telefone: (48) 991673050

RG: 7472788

Responsável:

Nome: MARIA

CPF: 02087182906

Endereço: Rua Jornalista Orion Augusto Platt, 106 CASA

Telefone: 48984073251

RG: 3091225

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: 3256270

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 de Autorização 12/08/2024 5 - Senha 19832 6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 19832 8 - Nome do Beneficiário 9 - Validade da Carteira 31/12/2024 10 - Nome ANA LUIZA DA SILVA DUARTE

11 - Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento a RN N

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

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

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

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

27 - Cód. Solic. 28 - Data Aut. 29 - Código na Operadora 30 - Nome do Contratado 31 - Código CUES

Dados do Atendimento 32 - Tipo de Atendimento 33 - Indicação de Acidente (evento 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 - Qds. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator Reduções 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)

48 - Identificação do Profissional (Assistente) 49 - Gr. Prof. 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 - Assinatura do Contratado

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

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

69 - Observação / Justificativa

70 - Data de Realização de Procedimentos em Série 71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 72 - Assinatura do Contratado

73 - Data de Realização de Procedimentos em Série 74 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 75 - Assinatura do Contratado

76 - Data de Realização de Procedimentos em Série 77 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 78 - Assinatura do Contratado

79 - Data de Realização de Procedimentos em Série 80 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 81 - Assinatura do Contratado

82 - Data de Realização de Procedimentos em Série 83 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 84 - Assinatura do Contratado

85 - Data de Realização de Procedimentos em Série 86 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 87 - Assinatura do Contratado

88 - Data de Realização de Procedimentos em Série 89 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 90 - Assinatura do Contratado

Impresso em: 12/08/2024 11:09:33 Página 1 bruna.casentito WATE/0106

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Ana Luiza da Silva Duarte
Nº da Carteira: 7.205.396
Instituição: Colégio Adventista Palhoça



Data de Nascimento: 09/04/2012

Nº da Guia: 19832

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
12/08/2024	10:08:00	Escada	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Direito

Descrição
A aluna estava descendo a escada, pisou em falso, e caiu de joelhos. Referiu dor no tornozelo direito, para caminhar.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Bianca Bendik Rodrigues	48998557433

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

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

Ass.:

Glaucia Francini Collaco

Glaucia Collaco
Coordenadora Disciplinar

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 / portalengr.clinicaadventista.org.br

Paciente ANA LUIZA DA SILVA DUARTE

Data Nascto. 09/04/2012 12 Anos

Sexo Feminino

Telefone 991673050

Leito 1

Atendimento 3.256.270

Prontuário 99.652.775

Dt. Entrada 12/08/2024 11:06:42

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
12/08/2024 11:33	12/08 12:02	Médico	Evolução Médica PA		CLAYTON MIGUEL COSTA	CRM 6547

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

FC: PAS: PAD: Temp: 36,1 FR: SatO2:

S: Queda na escola hoje
Nega alergiasO: Dorno tornozelo D
Edema
Rx sp
A: EntorseP:Gelo
Ibuprofeno 400 8/8 horas 4 dias
Repouos 7 dias do esporte**Realizou exame de dengue? :** Não**Fez a prescrição de teste de dengue de forma eletiva ? :** Não**Paciente será reavaliado? :** Não**Paciente foi encaminhado aos programas de Promoção à Saúde? :** Não**Paciente necessita de Exames de Imagem eletivos? :** Sim. Quais?**Radiologia :** Sim**Paciente encaminhado ao Ambulatório do HUGF? :** Não

Unimed

UGF - ADEP - Checagens por Setor/Atendimento (Faturamento)

De: 12/08/2024 11:06:42 até: 12/08/2024 12:07:31

Atendimento: 3256270

Paciente: ANA LUIZA DA SILVA DUARTE

Instituto Adventista

Dt Entrada: 12/08/2024 11:06:42

Dt Alta: 12/08/2024 12:07:31

ORTOPEDIA

12/08/2024

Procedimento

Item	Qtde / Dose / UM	Intervalo	Horário do Item	Status	Profissional
RX ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO) - 2 INCIDÊNCIAS	1	Agora (Exames e Procedimentos)	12/08/2024 11:36:00	Administrado	RAFAEL ABREU DE SOUZA

Impresso em: 14/08/2024 10:46:44

Página 1

taina.estevao

CATE2088



Paciente: **ANA LUIZA DA SILVA DUARTE**

Data de Nascimento: 09/04/2012 Idade: 12anos 4M Sexo: F

Data do Exame: 12/08/2024

Solicitante: Dr.(a) CLAYTON MIGUEL COSTA

Protocolo: UGF3256270 Senha: 649193

unimedflorianopolis.com.br

Central de Atendimento:
(48) 3288 4100

Informações:
0800 048 3500

RADIOGRAFIA DIGITAL DO TORNOZELO DIREITO

Ilhota de osso denso no tálus.

Relações articulares anatômicas.

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. Fábio Vargas Magalhães
CRM/SC 9267



UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3259993

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: ANDY EFRAI JEAN PIERRE

CPF: 80009216936

Endereço: Rua Campeche, 92

Atendimento Nº: 3259993

Telefone: (48) 985895956

RG:

Responsável:

Nome: MARTHA

CPF: 80006182909

Endereço: Rua Campeche, 92

Telefone: 5548988532000

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: 3259993

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: 3259993

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, ____/____/____

Martha

CONTRATANTE/RESPONSÁVEL

CONTRATADA

Testemunhas

1- _____
Nome: _____
CPF nº _____

2- _____
Nome: _____
CPF nº _____

INSTITUTO ADVENTISTA

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

2 - Nº Guia no Prestador 5463609

V.3.0

Atend.: 3259993

1 - Registro ANS 000000	3 - Nº Guia Principal		
4 - Data da Autorização 15/08/2024	5 - Senha 7587204	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Attribuido pela Operadora 7587204
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira 7587204	9 - Validade da Carteira 15/08/2024
10 - Nome ANDY EFRAL JEAN PIERRE		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 Neo Cadastro/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 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 15/08/2024	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.Aut. 1			
Dados do Contratado Executor			
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado		
Dados do Atendimento			
32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo 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 41 - Descrição 42 - Qtdde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator Red./Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)
Identificação do(a) Profissional(s) Executor(es)			
48 - Seq.Rel. 49 - Gr.Part.	50 - Código na Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional
53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série			
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Observação / Justificativa		
59 - Total Procedimentos (R\$)	60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total Materiais (R\$)	62 - Total de OPME (R\$)
63 - Total Medicamentos (R\$)	64 - Total Gases Medicinais R\$	65 - Total Geral (R\$)	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 15/08/2024			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 15/08/2024			
68 - Assinatura do Contratado 15/08/2024			

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Andy Efrai Jean Pierre
Nº da Carteirinha: 7.58.7204
Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Estreito

Data de Nascimento: 10/01/2010

Nº da Guia: 19946

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
15/08/2024	10:43:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Direito

Descrição

Aluno tropeçou e acabou torcendo o tornozelo direito.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Prof. Fran	(48) 3039-8054

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
HUGF - HOSPITAL UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS	Rua Manoel Loureiro	1910	Barreiros	(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 **ANDY EFRAI JEAN PIERRE**

Data Nascto. 10/01/2010 14 Anos

Sexo Masculino

Telefone 998595757

Leito 1

Atendimento **3.259.993**

Prontuário 99.850.731

Dt. Entrada 15/08/2024 14:37:32

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
15/08/2024 15:46	15/08 15:47	Médico	Evolução Médica PA		JULIANO TEIXEIRA DE SA	CRM 17278

Avaliação: Evolução Médica PA - ORTOPEDIA

Queixa Principal : refere entorse de tornozelo d
refere dor e aumento de volume lateral
ef
leve aumento de volume lateral
dor a pal FTA
apoio LIMITADO
rx sem laudo, sp
oriento possibilidade de lesao oculta ao exame de imagem
cdt
tratamento conservador de lesao ligamentar tornozelo
repouso, analgesia,
tala bota 5 D
solicito usg
par de muletas, nao pisar
seguimento amb
orientações

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



Paciente: **ANDY EFRAI JEAN PIERRE**

Data de Nascimento: 10/01/2010 Idade: 14anos 7M Sexo: M

Data do Exame: 15/08/2024

Solicitante: Dr.(a) JULIANO TEIXEIRA DE SA

Protocolo: UGF3259993 Senha: 676814

unimedflorianopolis.com.br

Central de Atendimento:
(48) 3288 4100

Informações:
0800 048 3500

RADIOGRAFIA DIGITAL DO TORNOZELO DIREITO

Estrutura óssea normal.

Relações articulares anatômicas.

Aumento de volume das partes moles do tornozelo.

Ausência de sinais de fraturas.

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

(Protocolo/senha informados após o exame).

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

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


Dr. Pedro Lemos de Luca
CRM/SC 6606



Unimed

Manoel Loureiro, S/N - São José - SC

CNPJ:77858611001414 - Inscrição estadual: - Fone:

(CNES 9671145)

Conta paciente

(77858611001414)

Nota:

Paciente:

Convênio:

Usuário/Matrícula:

ANDY EFRAI JEAN PIERRE

Instituto Adventista

7587204

Categoria:

Instituto Adventista

Prontuário: 99850731

Data entrada: 15/08/2024 14:37:32

Data saída: 15/08/2024 16:36:28

Motivo Alta: Alta melhor

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

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 10/01/2010

Sexo: M

CID Princ: S93.4 Entorse e distensao do tornozelo

Guia: 19946

Senha: 19946

Dt Conta: 15/08/24 14:41

Dt inicial: 15/08/24 14:37

Dt final: 15/08/24 16:36

Refer: 01/10/24

Movimentação do Paciente

Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO	Setor sem acomodação	1/	15/08/2024 14:37:32	15/08/2024 16:36:28
2	Pronto socorro	ORTOPEDIA	Setor sem acomodação	1/	15/08/2024 14:52:51	15/08/2024 16:36:28
3	Serviços Especiais	RAIO X	Setor sem acomodação	1/	15/08/2024 15:12:00	15/08/2024 15:12:00

Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor
1	15/08/24 14:37	PRONTO ATENDIMENTO	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	17278	JULIANO TEIXEIRA	Clínico	73,52
2	15/08/24 15:15	ORTOPEDIA	30711029	Membro Inferior	1,00	17278	JULIANO TEIXEIRA	Clínico	23,39
3	15/08/24 15:15	ORTOPEDIA	30728134	Lesões Ligamentares Agudas Ao Nível Do Tornozelo - Tratamento Incruento	1,00	17278	JULIANO TEIXEIRA	Clínico	102,48
4	15/08/24 15:20	RAIO X	40804089	Articulação Tibiotársica (Tornozelo)	1,00	6606	PEDRO LEMOS DE	Clínico	42,18
Total de Honorários Não Conveniados					4,00				241,57

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
2	78365678	ATADURA CREPON 06 CM X 1,8 M	rl	2,0000	1,2300	2,46
3	78340373	ATADURA GESSADA 10 CM X 3,0 M	rl	4,0000	3,9000	15,60
4	70034664	ATADURA ORTOPEDICA 10 CM X 1,8 M	rl	3,0000	12,8900	38,67
5	78202477	MALHA TUBULAR 06 CM X 15 M	cm	150,0000	0,0300	4,50
Total - ORTOPEDIA -				163,0000		91,63
Total de Materiais				163,0000		91,63

Total geral R\$

333,20

Impresso em 16/08/2024 18:28:40

Pág 1

taina.estevao

FatAct_R7

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3257818

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: ANNA JULYA DIAS

CPF: 13470514909

Endereço: Rua Gentil Sandin , 380 apt 106 bloco 6

Atendimento Nº: 3257818

Telefone: (48) 991198535

RG:

Responsável:

Nome: GESILAN

CPF: 03543660926

Endereço: Rua Gentil Sandin , 380 apt 106 bl 06

Telefone: 5548996450181

RG: 4167592

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 n.º 8.078/90, explicarão claramente a proposta do procedimento médico ou cirúrgico ao qual o paciente será submetido, inclusive seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas aos procedimentos sugeridos, proporcionando-lhe livre questionamento e respondendo inteira e satisfatoriamente às perguntas porventura existentes;

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

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3257818

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.

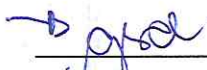
Nome da Acompanhante _____

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	6 - Data Validade da Senha 19869	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 19869
4 - Data da Autorização 13/08/2024	5 - Senha 19869	9 - Validade da Carteira 31/12/2023	10 - Nome ANNA JULYA DIAS
8 - Número da Carteira 7584806		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 Não 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 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 13/08/2024	23 - Indicação Clínica
----------------------------------	--	------------------------

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

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

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

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

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

Dados do Contratado Executante		30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
--------------------------------	--	-------------------------	------------------

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

32 - Tipo de Atendimento				
--------------------------	--	--	--	--

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		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\$)
---	--	----------------	--	---	-----------	----------	-----------	-------------------------	---------------------------	------------------------

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

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

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

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

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

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série									
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável									
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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 Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6									
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Anna Júlya Dias

Nº da Carteirinha: 7.58.4806

Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Estreito

Data de Nascimento: 28/03/2008

Nº da Guia: 19869

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
13/08/2024	09:35:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	1º Dedo Mão Direita

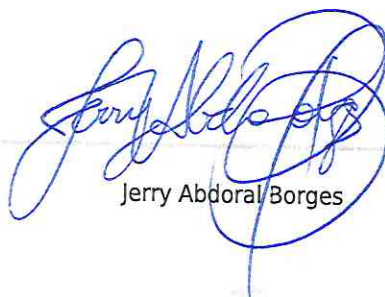
Descrição
Aluna torceu o dedo polegar da mão direita na aula de educação física.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora Fran	(48) 3039-8054

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
HUGF - HOSPITAL UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS	Rua Manoel Loureiro	1910	Barreiros	(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 **ANNA JULYA DIAS**

Data Nascto. 28/03/2008 16 Anos

Sexo Feminino

Telefone 991198535

Leito 1

Atendimento **3.257.818**

Prontuário 99.806.859

Dt. Entrada 13/08/2024 14:36:53

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
13/08/2024 15:37	13/08 15:38	Médico	Evolução Médica PA		DANIEL NARLOCH VEIGA	CRM 11649

Avaliação: Evolução Médica PA - ORTOPEDIA**Queixa Principal :** TRAUMA NO POLEGAR DIREITO HOJE
HANDBALLDOR BASE POLAGR
EDEMA LEVE
SEM DEVIOS

RX : SP

CD TALA METALICA
ANALGESIA
GELO
RET SN

ALERGIA AMOXA

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



Paciente: **ANNA JULYA DIAS**

Data de Nascimento: 28/03/2008 Idade: 16anos 4M Sexo: F

Data do Exame: 13/08/2024

Solicitante: Dr.(a) DANIEL NARLOCH VEIGA

Protocolo: UGF3257818 Senha: 374844

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: 3263865

Contratante:

Paciente/Usuário

Atendimento Nº: 3263865

Nome: BELLA SOPHY FRANCA GARCIA

Telefone: (48) 988592641

CPF: 60212129082

RG:

Endereço: Rua Helmuth Fett, 65 CASA 02

Responsável:

Nome: CAROLIN

Telefone: 5548988592641

CPF: 01074311060

RG:

Endereço: Rua Helmuth Fett, 65 CASA 02

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Atendimento: 3263865

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.

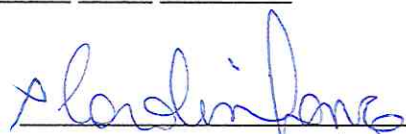
Nome da Acompanhante _____

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 19/08/2024	5 - Senha 20045	6 - Data Validade da Senha 20045	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 20045
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira 7205839	9 - Validade da Carteira 03/06/2022
Dados do Solicitante		10 - Nome BELLA SOPHY FRANCA GARCIA	11 - Cartão Nacional de Saúde
13 - Código na Operadora 77858611001414	14 - Nome do Contratado UNIMED GRANDE FLORIANOPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 2525
15 - Nome do Profissional Solicitante Requisitante Nao Cadastrado/no Cooperado	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 2525	18 - UF SC
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados		23 - Indicação Clínica	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
21 - Cartão de Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 19/08/2024	23 - Indicação Clínica	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039	26 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	27 - Qtd. Solic. 1
2			28 - Qtd. Aut. 0
3			
4			
5			
Dados do Contratado Executante		30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
Dados do atendimento		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
32 - Tipo de Atendimento		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
35 - 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./Acessc. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)
2			
3			
4			
5			
Identificação do(a) Profissional(ais) 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 - / /	3 - / /	5 - / /	7 - / /
2 - / /	4 - / /	6 - / /	8 - / /
59 - Observação / Justificativa			
59 - Total Procedimentos (R\$)	60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total Materiais (R\$)	62 - Total de OPMs (R\$)
63 - Total Medicamentos (R\$)	64 - Total Casos Medicinais R\$	65 - Total Geral (R\$)	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
19/08/2024	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 19/08/2024	68 - Assinatura do Contratado 19/08/2024	

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

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



Data de Nascimento: 30/08/2015

Nº da Guia: 20045

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
19/08/2024	16:46:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	1º Dedo Mão Direita

Descrição
Aluna estava na aula de educação física, um colega chutou a bola bem forte e acertou o dedo dela. Não consegue movimentar.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitor Antônio	(48) 99135-1000
Professor Thallys	(48) 99135-1000

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitor Antônio	19/08/2024

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
Aluna foi atendida com gelo pelo monitor, veio para sala da orientadora que entrou em contato com a mãe e encaminhou para o hospital citado.

Ass.:

Daiane Cristine Leal dos Reis

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 BELLA SOPHY FRANCA GARCIA

Data Nascto. 30/08/2015 8 Anos

Sexo Feminino

Telefone 988592641

Leito 1

Atendimento 3.263.865

Prontuário 99.785.728

Dt. Entrada 19/08/2024 20:03:09

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
19/08/2024 20:48	19/08 21:23	Médico	Evolução Médica PA		LUIZ FERNANDO PEREIRA	CRM 11405

Avaliação: Evolução Médica PA

Avaliação Médica : trauma em hiperextensão do polegar direito hoje por bolada na escola dor e hematoma volar

RX SEM FRATURA

TALA LUVA INCLUINDO POLEGAR

ANALGESIA VO

ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

Realizou exame de dengue? : Não

Fez a prescrição de teste de dengue de forma eletiva ? : Não

Paciente será reavaliado? : Sim



Paciente: **BELLA SOPHY FRANCA GARCIA**
Data de Nascimento: 30/08/2015 Idade: 8anos 11M Sexo: F
Data do Exame: 19/08/2024
Solicitante: Dr.(a) LUIZ FERNANDO PEREIRA
Protocolo: UGF3263865 Senha: 325682

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. Roberto Guimarães Tiezzi
CRM/SC 8280



Unimed

Manoel Loureiro, S/N - São José - SC

CNPJ:77858611001414 - Inscrição estadual: - Fone:

(CNES 9671145)

Conta paciente

(77858611001414)

Nota:

Paciente:

Convênio:

Usuário/Matrícula:

BELLA SOPHY FRANCA GARCIA

Instituto Adventista

7205939

Categoria:

Instituto Adventista

Prontuário: 99785728

Data entrada: 19/08/2024 20:03:09

Data saída: 19/08/2024 21:56:59

Motivo Alta: Alta melhora

Médico: Dr. LUIZ FERNANDO PEREIRA (CRM 11405)

Tipo atend: 3 - Pronto socorro

Espec/Clinica: 1 Clínica Adulto

Proc Princ: 00000000

0

Tipo acomodação Enfermaria

Data 30/08/2015

Sexo: F

CID Princ: S63.6 Entorse e distensao de dedos

Guia: Não informada,20045

Senha:

Dt Conta: 19/08/24 20:05

Dt inicial: 19/08/24 20:03

Dt final: 19/08/24 21:56

Refer: 31/08/24

Movimentação do Paciente

Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO	Setor sem acomodação	1/	19/08/2024 20:03:09	19/08/2024 21:56:59
2	Pronto socorro	ORTOPEDIA	Setor sem acomodação	1/	19/08/2024 20:19:25	19/08/2024 21:56:59
3	Serviços Especiais	RAIO X	Setor sem acomodação	1/	19/08/2024 20:51:00	19/08/2024 20:51:00

Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor
1	19/08/24 20:03	PRONTO ATENDIMENTO	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	11405	LUIZ FERNANDO	Clínico	95,58
2	19/08/24 21:21	RAIO X	40803120	Mão Ou Quirodáctilo	1,00	8280	ROBERTO	Clínico	42,18
3	19/08/24 21:26	ORTOPEDIA	30711037	Membro Superior	1,00	11405	LUIZ FERNANDO	Clínico	15,21
Total de Honorários Não Conveniados					3,00				152,97

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	1,0000	11,2400	11,24
3	78340373	ATADURA GESSADA 10 CM X 3,0 M	rl	1,0000	3,9000	3,90
4	70858837	ATADURA GESSADA 15CMX3,0MT 156.911	rl	1,0000	7,4700	7,47
5	70034702	ATADURA ORTOPEDICA 15 CM X 1,8 M	rl	4,0000	12,5500	50,20
6	78202477	MALHA TUBULAR 06 CM X 15 M	cm	200,0000	0,0300	6,00
Total - ORTOPEdia -					209,0000	94,01
Total de Materiais					209,0000	94,01

Total geral R\$

246,98

Impresso em 20/08/2024 10:08:19

Pág 1

priscilacarla.s

FatAct_R7

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3264372

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: DAVI CESAR COUTINHO DE CASTRO

CPF: 15421710912

Endereço: rua daos Juazeiros , 63 casa

Atendimento Nº: 3264372

Telefone: (48) 988089166

RG:

Responsável:

Nome: CINTIA

CPF: 03316263900

Endereço: Rua dos juazeiro , 63 casa

Telefone: 48988089166

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: 3264372

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	
20/08/2024		20060	
Dados do Beneficiário		6 - Data Validade da Senha	
8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira	
7205274		20/08/2024	
10 - Nome		11 - Cartão Nacional de Saúde	
DAVI CESAR COUTINHO DE CASTRO			
12 - Atendimento a RN		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	
Requisitante Nao Cadastrado/no Cooperado		6	
17 - Número no Conselho		18 - UF	
2526		SC	
19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
225125			
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento		22 - Data da Solicitação	
2		20/08/2024	
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela			
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição	
1 22		10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	
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 (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	
1		39 - Tabela	
2		40 - Código do Procedimento	
3		41 - Descrição	
4			
5			
42 - Qlde.		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. 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 - / /		3 - / /	
2 - / /		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	
		20/08/2024	
68 - Assinatura do Contratado			
20/08/2024			

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Davi Cesar Coutinho de Castro
Nº da Carteira: 7.205.274
Instituição: Colégio Adventista Palhoça



Data de Nascimento: 06/01/2013

Nº da Guia: 20060

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
20/08/2024	09:13:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Coxa Direita, Pé Direito, Tornozelo Direito

Descrição

O aluno estava em aula de educação física, e em uma disputa de bola, caiu de lado referindo dor no quadril e tornozelo.

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Hemili - Monitora	20/08/2024

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.

Ass.:

Glauca Francini Collaco

Glauca Collaco
Coordenadora Disciplinar

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 **DAVI CESAR COUTINHO DE CASTRO**

Data Nascto. 06/01/2013 11 Anos

Sexo Masculino

Telefone 988089166

Leito 1

Atendimento **3.264.372**

Prontuário 99.791.277

Dt. Entrada 20/08/2024 10:42:57

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
20/08/2024 11:52	20/08 11:54	Médico	Evolução Médica PA		LEANDRO DAVID DOS SANTOS	CRM 22137

Avaliação: Evolução Médica PA - ORTOPEDIA

Queixa Principal : ENTORSE DO TORNOZELO DIREITO HÁ 1 DIA,
DOR + EDEMA NA REGIÃO LATERAL DO TNZ
DOR NO LTFA.

RX NORMAL

CD TTO LESAO LIGAMENTAR, IMOBILIZAÇÃO COM ROBOFOOT

&#x200B;USO ORAL

- IBUPROFENO 100MG /ML -----1 FR

TOMAR 20 GOTAS VIA ORAL 8/8 HORAS

&#x200B;APLICAR COMPRESSA COM GELO, 20 MIN, 4 X AO DIA.

BOTA ROBOFOOT 10 DIAS.

Tornozeleira Ortopédica Aircast Soft Cast com Tala Lateral

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



Paciente: **DAVI CESAR COUTINHO DE CASTRO**
Data de Nascimento: 06/01/2013 Idade: 11anos 7M Sexo: M
Data do Exame: 20/08/2024
Solicitante: Dr.(a) LEANDRO DAVID DOS SANTOS
Protocolo: UGF3264372 Senha: 285714

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

RADIOGRAFIA DIGITAL DO TORNOZELO 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

Unimed

Manoel Loureiro, S/N - São José - SC

CNPJ:77858611001414 - Inscrição estadual: - Fone:

(CNES 9671145)

Conta paciente

(77858611001414)

Nota:

Paciente:

Convênio:

Usuário/Matrícula:

DAVI CESAR COUTINHO DE CASTRO

Instituto Adventista

7205274

Categoria:

Instituto Adventista

Prontuário: 99791277

Data entrada: 20/08/2024 10:42:57

Data saída: 20/08/2024 11:59:17

Motivo Alta: Alta melhora

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

Tipo atend: 3 - Pronto socorro

Espec/Clinica: 1 Clinica Adulto

Proc Princ: 30728134

Lesões Ligamentares Agudas Ao Nível Do Tornozelo - Tratamento

Tipo acomodação Enfermaria

Data 06/01/2013

Sexo: M

CID Princ: S93.4 Entorse e distensao do tornozelo

Guia: 20060

Senha: 20060

Dt Conta: 20/08/24 10:44

Dt inicial: 20/08/24 10:42

Dt final: 20/08/24 11:59

Refer: 01/10/24

Movimentação do Paciente

Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO	Setor sem acomodação	1/	20/08/2024 10:42:57	20/08/2024 11:59:17
2	Pronto socorro	ORTOPEDIA	Setor sem acomodação	1/	20/08/2024 10:55:11	20/08/2024 11:59:17
3	Serviços Especiais	RAIO X	Setor sem acomodação	1/	20/08/2024 11:11:00	20/08/2024 11:11:00

Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor
1	20/08/24 10:42	PRONTO ATENDIMENTO	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	22137	LEANDRO DAVID	Clínico	73,52
2	20/08/24 11:11	ORTOPEDIA	30728134	Lesões Ligamentares Agudas Ao Nível Do Tornozelo - Tratamento Incruento	1,00	22137	LEANDRO DAVID	Clínico	102,48
3	20/08/24 11:38	RAIO X	40804089	Articulação Tibiotársica (Tornozelo)	1,00	20087	MARCIO	Clínico	42,18
Total de Honorários Não Conveniados					3,00				218,18

Total geral R\$

218,18

Impresso em 22/08/2024 14:55:19

Pág 1

taina.estevao

FatAct_R7

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3253579

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: DAVI FILIPPE ALVES DA SILVA

CPF: 12655887913

Endereço: Rua Coronel Américo, 515 casa

Atendimento Nº: 3253579

Telefone: (48) 991021551

RG:

Responsável:

Nome: POLLYAN

CPF: 00640251951

Endereço: Rua Coronel Américo, 515 casa

Telefone: 48984551380

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.

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3253579

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: Davi Filipe Alves da Silva

Nº da Carteirinha: 7.58.6752

Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Estreito

Data de Nascimento: 16/10/2014

Nº da Guia: 19748



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
08/08/2024	15:09:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu

Partes do corpo

Durante a Educação Física um colega chutou o pé do aluno. Tornozelo Esquerdo

Descrição

Durante a Educação Física um colega chutou o pé do aluno. Foi posto gelol no local.

Testemunha da ocorrência

Prof Marcia

Telefone

(95) 99153-1202

Quem prestou primeiros socorros

Yusdania Rodriguez Montero

Data

08/08/2024

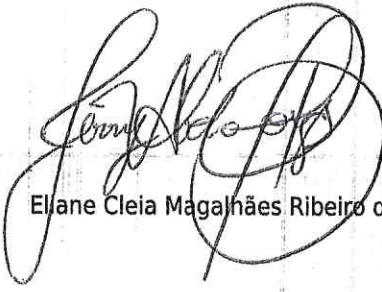
Local de atendimento

Outro (Não Credenciado)

Observações

O aluno se encontrava na Educação Física quando um colega chutou sem querer seu tornozelo. Foi passado gelol no momento para diminuir a dor.

Ass.:


Elane Cleia Magalhães Ribeiro de Almeida

Paciente **DAVI FILIPPE ALVES DA SILVA**

Data Nascto. 16/10/2014 9 Anos

Sexo Masculino

Telefone 991021551

Leito 1

Atendimento **3.253.579**

Prontuário 99.850.215

Dt. Entrada 08/08/2024 16:22:21

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
08/08/2024 17:29	08/08 17:30	Médico	Evolução Médica PA		JULIANO TEIXEIRA DE SA	CRM 17278

Avaliação: Evolução Médica PA - ORTOPEDIA

Queixa Principal : refere entorse de tornozelo esq
refere dor e aumento de volume lateral
ef
leve aumento de volume lateral
dor a pal FTA
apoio LIMITADO
rx sem laudo, sp
oriento possibilidade de lesao oculta ao exame de imagem
cdt
tratamento conservador de lesao ligamentar tornozelo
repouso, analgesia,
tala bota
par de muletas, nao pisar
seguimento amb
orientações

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:

DAVI FILIPPE ALVES DA SILVA

Instituto Adventista

7586752

Categoria:

Instituto Adventista

Prontuário: 99850215

Data entrada: 08/08/2024 16:22:21

Data saída: 08/08/2024 18:01:56

Motivo Alta: Alta melhor

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

Tipo atend: 3 - Pronto socorro

Espec/Clinica: 1 Clínica Adulto

Proc Princ: 30728134

Lesões Ligamentares Agudas Ao Nível Do Tornozelo - Tratamento

Tipo acomodação Enfermaria

Data 16/10/2014

Sexo: M

CID Princ: S93.4 Entorse e distensao do tornozelo

Guia: 19748

Senha: 19748

Dt Conta: 08/08/24 16:24

Dt inicial: 08/08/24 16:22

Dt final: 08/08/24 18:01

Refer: 31/08/24

Movimentação do Paciente

Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO	Setor sem acomodação	1/	08/08/2024 16:22:21	08/08/2024 18:01:56
2	Pronto socorro	ORTOPEDIA	Setor sem acomodação	1/	08/08/2024 16:33:19	08/08/2024 18:01:56
3	Serviços Especiais	RAIO X	Setor sem acomodação	1/	08/08/2024 17:09:00	08/08/2024 17:09:00

Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor
1	08/08/24 16:22	PRONTO ATENDIMENTO	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	17278	JULIANO TEIXEIRA	Clínico	73,52
2	08/08/24 17:15	RAIO X	40804089	Articulação Tibiotársica (Tornozelo)	1,00	6606	PEDRO LEMOS DE	Clínico	42,18
3	08/08/24 17:26	ORTOPEDIA	30711029	Membro Inferior	1,00	17278	JULIANO TEIXEIRA	Clínico	23,39
4	08/08/24 17:27	ORTOPEDIA	30728134	Lesões Ligamentares Agudas Ao Nível Do Tornozelo - Tratamento Incruento	1,00	17278	JULIANO TEIXEIRA	Clínico	102,48
Total de Honorários Não Conveniados					4,00				241,57

Materiais

Seq	Código	Descrição	Unid.	Qtde	VI Unit.	VI Total
ORTOPEDIA						
1	78988780	ATADURA CREPON 15 CM X 1,8 M	rl	3,0000	11,2400	33,72
2	70858837	ATADURA GESSADA 15CMX3,0MT 156.911	rl	2,0000	7,4700	14,94
3	70034702	ATADURA ORTOPEDICA 15 CM X 1,8 M	rl	3,0000	12,5500	37,65
4	78202477	MALHA TUBULAR 10 CM X 15 M	cm	150,0000	0,0500	7,50
Total - ORTOPEDIA -				158,0000		93,81
Total de Materiais				158,0000		93,81

Total geral R\$

335,38

Impresso em 09/08/2024 10:53:49

Pág 1

taina.estevao

FatAct_R7

Unimed

UGF - ADEP - Checagens por Setor/Atendimento (Faturamento)

De: 08/08/2024 16:22:21 até: 08/08/2024 18:01:56

Atendimento: 3253579

Paciente: DAVI FILIPPE ALVES DA SILVA

Instituto Adventista

Dt Entrada: 08/08/2024 16:22:21

Dt Alta: 08/08/2024 18:01:56

ORTOPEDIA

08/08/2024

Procedimento

Item	Qtde / Dose / UM	Intervalo	Horário do Item	Status	Profissional
LESÕES LIGAMENTARES AGUDAS AO NÍVEL DO TORNOZELO -	1	Agora (Exames e Procedimentos)	08/08/2024 17:27:00	Administrado	JULIANO TEIXEIRA DE SA
MEMBRO INFERIOR - TALA DE PÉ / TORNOZELO	1	Agora (Exames e Procedimentos)	08/08/2024 17:26:00	Administrado	JULIANO TEIXEIRA DE SA
RX ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO) - 2 INCIDÊNCIAS	1	Agora (Exames e Procedimentos)	08/08/2024 17:09:00	Administrado	CARLA DENISE LANGE D AVILA

Impresso em: 09/08/2024 10:59:22

Página 1

taina.estevao

CATE2088



Paciente: **DAVI FILIPPE ALVES DA SILVA**
Data de Nascimento: 16/10/2014 Idade: 9anos 9M Sexo: M
Data do Exame: 08/08/2024
Solicitante: Dr.(a) JULIANO TEIXEIRA DE SA
Protocolo: UGF3253579 Senha: 706914

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 traço de fratura.
Partes moles normais.

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: 3252461

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: EDUARDA MEIRA GARCIA LEAL

CPF: 13631033931

Endereço: rua Padova , 200 apt 3

Atendimento Nº: 3252461

Telefone: (48) 999760257

RG:

Responsável:

Nome: ARCIO

CPF: 08037336824

Endereço: rua padova , 200

Telefone: 5548999296910

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: 3252461

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: 3252461

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.

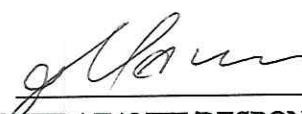
Nome da Acompanhante _____

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

WATE70106

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Eduarda Meira Garcia Leal
Nº da Carteira: 7.205.1151
Instituição: Colégio Adventista Palhoça

Data de Nascimento: 15/08/2006

Nº da Guia: 19467.002



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
07/08/2024	15:52:00	Ginásio	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Esquerdo

Descrição

A aluna estava jogando handebol e torceu o pé esquerdo.

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Thiago Martins	31/07/2024

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

Motivo do Retorno

Encaminhada para Reavaliação

76.726.884/0135-30

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

Ass.: _____

31 Samuel S. Henrique

Glauca Francini Collaco

Glauca Collaco
Coordenadora Disciplinar

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 / portaladventista.org.br

Paciente **EDUARDA MEIRA GARCIA LEAL**

Data Nascto. 15/08/2006 17 Anos

Sexo Feminino

Telefone 999760257

Leito 1

Atendimento **3.252.461**

Prontuário 99.849.549

Dt. Entrada 07/08/2024 16:20:09

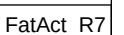
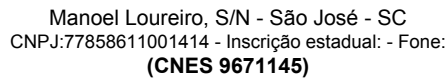
Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
07/08/2024 16:39	07/08 16:41	Médico	Evolução Médica PA		JULIANO TEIXEIRA DE SA	CRM 17278

Avaliação: Evolução Médica PA - ORTOPEDIA

Queixa Principal : retorna
mantem dor e aumento de volume lateral
sem empastamento panturrilha
rx previo sp
repouso
analgesia
seguimento amb

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



UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3267294

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: EMILLY SOUZA DE ANDRADE

CPF: 12290619914

Endereço: COLETOR ZEFERINO DA COSTA, 38

Atendimento Nº: 3267294

Telefone: (48) 999483207

RG: 3322441

Responsável:

Nome: CLAUDIN

CPF: 67882994987

Endereço: rua coletor zeferino geronimo da costa, 38 casa

Telefone: 48996145878

RG: 2308858

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: 3267294

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 _____

Atend.: 3267294

V.3.0

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

2 - N° Guia no Prestador 5476877

Instituto Adventista

3 - N° Guia Principal

000000

4 - Data da Autorização

22/08/2024

5 - Senha

19419001

6 - Data Validade da Senha

19419001

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

19419001

8 - Número da Carteira

7894589

9 - Validade da Carteira

30/07/2024

10 - Nome

EMILLY SOUZA DE ANDRADE

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

N

13 - Código na Operadora

77858611001414

14 - Nome do Contratado

UNIMED GRANDE FLORIANOPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

15 - Nome do Profissional Solicitante

Requisitante Nao Cadastrado/nao Cooperado

16 - Conselho Profissional

6

17 - Número no Conselho

2526

18 - UF

SC

19 - Código CBO

225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caráter do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

22/08/2024

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

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

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\$)

48 - Seq. Ref.

49 - Gr. Part.

50 - Código na Operadora/CPPF

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

22/08/2024

22/08/2024

Impresso em: 22/08/2024 16:59:05

Página 1

diogo.petry

WATE70106

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Emily Souza de Andrade
Nº da Carteirinha: 7.58.4589
Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Estreito



Data de Nascimento: 15/12/2008

Nº da Guia: 19419.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
22/08/2024	15:15:29	Quadra	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Pé Esquerdo, Tornozelo Esquerdo

Descrição
Aluna possivelmente teve uma torção no tornozelo no jogo ao pular

Testemunha da ocorrência	Telefone
Prof. Elias	(48) 3039-8100

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

Motivo do Retorno
Retorno para reavaliação de estado clínico da paciente.

Ass.:


Arno Silveira
Téc. curso de Assistente
JUVENAL ARNO SILVEIRA

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 **EMILLY SOUZA DE ANDRADE**

Data Nascto. 15/12/2008 15 Anos

Sexo Feminino

Telefone 999483207

Leito 1

Atendimento **3.267.294**

Prontuário 78.225

Dt. Entrada 22/08/2024 16:56:25

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
22/08/2024 17:53	22/08 17:55	Médico	Evolução Médica PA		JULIANO TEIXEIRA DE SA	CRM 17278

Avaliação: Evolução Médica PA - ORTOPEDIA

Queixa Principal : refere entorse de tornozelo esq ha 25 dias
refere dor e aumento de volume lateral
ef
leve aumento de volume lateral
dor a pal FTA
apoio LIMITADO
panturrilhas livres
rx sem laudo, sp
oriento possibilidade de lesao oculta ao exame de imagem
cdt
repouso, analgesia,
usg
seguimento amb
att 20 dias esporte
orientações

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

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3256343

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: HELENA CARDOSO DOS SANTOS

CPF: 14227455979

Endereço: Servidão Maria Enid Ternes Buchele, ,

Atendimento Nº: 3256343

Telefone: (48) 984123138

RG:

Responsável:

Nome: ALEXAN

CPF: 01603306960

Endereço: Servidão Maria Enid Ternes Buchele, 533 CASA

Telefone: 5548991418231

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: 3256343

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: 3256343

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 Cardoso dos Santos
Nº da Carteira: 7.58.4880
Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Estreito



Data de Nascimento: 23/04/2010 **Nº da Guia:** 19833

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
12/08/2024	10:02:00	piso 02	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Tornozelo Direito

Descrição

o aluno Olavo atingiu o tornozelo Direito da aluna Helena Cardoso devido a uma brincadeira .

Testemunha da ocorrência

Marcos Galvão

Yusdania

Telefone

(48) 98492-9026

(48) 98492-9026

Quem prestou primeiros socorros

Marcos Galvão

Data

12/08/2024

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

Observações

o aluno Olavo atingiu o tornozelo Direito da aluna Helena Cardoso devido a uma brincadeira .

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

Instituto Adventista

2 - N° Guia no Prestador 5456959

1 - Registro ANS 000000		3 - N° Guia Principal		6 - Data Validade da Senha 19833		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 19833		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N	
4 - Data da Autorização 12/08/2024		5 - Senha 19833		9 - Validade da Carteira 31/08/2025		10 - Nome HELENA CARDOSO DOS SANTOS					
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira 7584880		13 - Código na Operadora 77858611001414		14 - Nome do Contratado UNIMED GRANDE FLORIANOPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO					
Requisitante Não Cadastrado/nao Cooperado		15 - Nome do Profissional Solicitante		16 - Conselho Profissional 6		17 - Número no Conselho 2526		18 - UF SC		19 - Código CBO 225125	
20 - Assinatura do Profissional Solicitante											
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados		21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 12/08/2024		23 - Indicação Clínica					
24 - Tabela 22		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039		26 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		27 - Qtde.Solic. 1		28 - Qtde.Aut. 1			
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			
36 - Data 1		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\$)	
48 - Seq.Ref.		49 - Gr.Part.		50 - Código na Operadora/CPP		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							
12/08/2024		12/08/2024		12/08/2024							

Impresso em: 12/08/2024 12:06:38 Página 1 diogo.petry WATE70106

Paciente **HELENA CARDOSO DOS SANTOS**

Data Nascto. 23/04/2010 14 Anos

Sexo Feminino

Telefone 984123138

Leito 1

Atendimento **3.256.343**

Prontuário 99.849.925

Dt. Entrada 12/08/2024 12:05:34

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
12/08/2024 13:44	12/08 13:47	Médico	Evolução Médica PA		CLAYTON MIGUEL COSTA	CRM 6547

Avaliação: Evolução Médica PA**Avaliação Médica :** s-Paciente retorna na Emergência

Nega comorbidades e nega alergis

o-USG tornozelo D sem alterações

Sem edema

SEm equimose

dor napalpação ligamentar

a-Emntorse grau I

p-Gelo

Repouso do esporte 15 dias

FSt

Realizou exame de dengue? : Não**Fez a prescrição de teste de dengue de forma eletiva ? :** Não**Paciente será reavaliado? :** Não**Paciente foi encaminhado aos programas de Promoção à Saúde? :** Não**Paciente necessita de Exames de Imagem eletivos? :** Não**Paciente encaminhado ao Ambulatório do HUGF? :** Não

Unimed		Manoel Loureiro, S/N - São José - SC CNPJ:77858611001414 - Inscrição estadual: - Fone: (CNES 9671145)				Conta paciente (77858611001414) Nota:			
Paciente:		Convênio:		Usuário/Matrícula:		Emissão:			
HELENA CARDOSO DOS SANTOS		Instituto Adventista		7584880		Nº atend: 3.256.343 Nº IC: 21.026.161			
Categoria:									
Instituto Adventista									
Prontuário: 99849925		Data entrada: 12/08/2024 12:05:34		Data saída: 12/08/2024 14:05:44		Motivo Alta: Alta melhora			
Médico: Dr. CLAYTON MIGUEL COSTA (CRM 6547)						Tipo atend: 3 - Pronto socorro			
Proc Princ: 00000000 0						Espec/Clinica: 1 Clinica Adulto			
		Tipo acomodação Enfermaria							
Data 23/04/2010		Sexo: F							
CID Princ: S93.4 Entorse e distensao do tornozelo									
Guia: 19833		Senha: 19833							
Dt Conta: 12/08/24 12:05		Dt inicial: 12/08/24 12:05		Dt final: 12/08/24 14:05		Refer: 01/10/24			
Movimentação do Paciente									
Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída			
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO	Setor sem acomodação	1/	12/08/2024 12:05:34	12/08/2024 14:05:44			
2	Pronto socorro	ORTOPEDIA	Setor sem acomodação	1/	12/08/2024 12:17:08	12/08/2024 14:05:44			
Honorários Não Conveniados									
Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor
1	12/08/24 12:05	PRONTO ATENDIMENTO	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	6547	CLAYTON MIGUEL	Clínico	73,52
Total de Honorários Não Conveniados					1,00		73,52		
Total geral R\$									73,52
Impresso em 14/08/2024 11:21:02									
Pág 1									
taina.estevao									
FatAct_R7									

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3256353

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: INGRIDY SANTOS NASCIMENTO

CPF: 14167292912

Endereço: Rua Arquipélago, 26 CASA

Atendimento Nº: 3256353

Telefone: (48) 988115402

RG:

Responsável:

Nome: MARIA

CPF: 88092534500

Endereço: Rua Arquipélago, 26

Telefone: 5548988115402

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: 3256353

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.

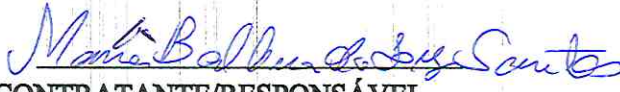
Nome da Acompanhante _____

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 12/08/2024	5 - Senha 19836	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 19836
---------------------------------------	--------------------	----------------------------	--

8 - Número da Carteira 7465532	9 - Validade da Carteira 09/06/2025	10 - Nome INGRIDY SANTOS NASCIMENTO	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
-----------------------------------	--	--	-------------------------------	----------------------------

Dados do Solicitante	
13 - Código na Operadora 77859611001414	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 Items Assistenciais Solicitados					
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 12/08/2024	23 - Indicação Clínica			

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

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 - Qtd. 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 - 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 12/08/2024	68 - Assinatura do Contratado 12/08/2024
---	--	---

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Ingridy Santos Nascimento

Nº da Carteirinha: 7.46.5532

Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Centro

Data de Nascimento: 03/04/2010

Nº da Guia: 19836

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
12/08/2024	10:41:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Pé Esquerdo

Descrição

Aluna torceu o pé esquerdo na atividade na quadra.

Testemunha da ocorrência

Danerson Ferreira dos Santos

Telefone

(48) 3039-8200

Quem prestou primeiros socorros

Danerson Ferreira Dos Santos

Data

12/08/2024

Local de atendimento

HUGF - HOSPITAL UNIMED GRANDE
FLORIANÓPOLIS

Endereço

Rua Manoel Loureiro

Nº

191
0

Bairro

Barreiros

Telefone

(48) 3288-4100

Observações

Assim que a aluna torceu o pé foi atendida pelo monitor.

Ass.:

Jardson Rocha

Unimed

Evolução Paciente

Paciente	INGRIDY SANTOS NASCIMENTO			Atendimento	3.256.353	
Data Nascto.	03/04/2010	14 Anos		Prontuário	99.850.474	
Sexo	Feminino			Dt. Entrada	12/08/2024 12:19:50	
Telefone	988115402			Convênio	Instituto Adventista Instituto	
Leito	1					

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
12/08/2024 12:55	12/08 13:13	Médico	Evolução Médica PA		CLAYTON MIGUEL COSTA	CRM 6547

Avaliação: Evolução Médica PA

Avaliação Médica : Sinais Vitais Triagem:

FC: PAS: PAD: Temp: 36,4 FR: 15 SatO2:

S: Torceu o pé na escola hoje
Nega aleergias

O: Dorno tornozelo E
Rx semfraturas

A: Entorse tornozelo E

P:Gelo
Pé elevado
Repouos do esporte por 10 dias
Ibuprofeno 400
Paracetamol 500

Realizou exame de dengue? : Não

Fez a prescrição de teste de dengue de forma eletiva ? : Não

Paciente será reavaliado? : Não

Paciente foi encaminhado aos programas de Promoção à Saúde? : Não

Paciente necessita de Exames de Imagem eletivos? : Sim. Quais?

Radiologia : Sim

Paciente encaminhado ao Ambulatório do HUGF? : Não

Impresso em: 19/08/2024 11:07:48

Página 1

taina.estevao

CATE23

Documento assinado digitalmente conforme a ICP-Brasil, MP 2.200-2/2001 no sistema certificado SBIS-SRES-068 por CLAYTON MIGUEL COSTA, às 10:26-03:00 de 19/08/2024 - Válida



Paciente: **INGRIDY SANTOS NASCIMENTO**
Data de Nascimento: 03/04/2010 Idade: 14anos 4M Sexo: F
Data do Exame: 12/08/2024
Solicitante: Dr.(a) CLAYTON MIGUEL COSTA
Protocolo: UGF3256353 Senha: 205090

unimedflorianopolis.com.br

Central de Atendimento:
(48) 3288 4100

Informações:
0800 048 3500

RADIOGRAFIA DIGITAL DO TORNOZELO 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. Roberto Guimarães Tiezzi
CRM/SC 8280



Unimed

Manoel Loureiro, S/N - São José - SC

CNPJ:77858611001414 - Inscrição estadual: - Fone:

(CNES 9671145)

Conta paciente

(77858611001414)

Nota:

Emissao:

Nº atend:

3.256.353

Nº IC:

21.026.093

Paciente:

INGRIDY SANTOS NASCIMENTO

Convênio:

Instituto Adventista

Usuário/Matrícula:

7465532

Categoria:

Instituto Adventista

Prontuário: 99850474

Data entrada: 12/08/2024 12:19:50

Data saída: 12/08/2024 13:19:59

Motivo Alta: Alta melhora

Médico: Dr. CLAYTON MIGUEL COSTA (CRM 6547)

Tipo atend: 3 - Pronto socorro

Espec/Clinica: 1 Clinica Adulto

Proc Princ: 00000000

0

Tipo acomodação Enfermaria

Data 03/04/2010

Sexo: F

CID Princ: S93.4 Entorse e distensao do tornozelo

Guia: 19836

Senha: 19836

Dt Conta: 12/08/24 12:23

Dt inicial: 12/08/24 12:19

Dt final: 12/08/24 13:19

Refer: 01/10/24

Movimentação do Paciente

Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO	Setor sem acomodação	1/	12/08/2024 12:19:50	12/08/2024 13:19:59
2	Pronto socorro	ORTOPEDIA	Setor sem acomodação	1/	12/08/2024 12:30:36	12/08/2024 13:19:59
3	Serviços Especiais	RAIO X	Setor sem acomodação	1/	12/08/2024 12:59:00	12/08/2024 12:59:00

Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor
1	12/08/24 12:19	PRONTO ATENDIMENTO	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	6547	CLAYTON MIGUEL	Clínico	73,52
2	12/08/24 13:03	RAIO X	40804089	Articulação Tibiotársica (Tornozelo)	1,00	8280	ROBERTO	Clínico	42,18
Total de Honorários Não Conveniados					2,00				115,70

Total geral R\$

115,70

Impresso em 19/08/2024 11:12:55

Pág 1

taina.estevao

FatAct_R7

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3261319

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: JULIA PETRY PANISSON

CPF: 15016204950

Endereço: Rua do Copo de Leite, 600 casa

Atendimento N°: 3261319

Telefone: (48) 988384696

RG:

Responsável:

Nome: LUANA

CPF: 06234923933

Endereço: Rua do Copo de Leite, 600 casa

Telefone: 5548988384696

RG: 5393229

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: 3261319

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: 3261319

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.

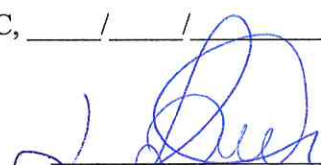
Nome da Acompanhante _____

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: Júlia Petry Panisson
Nº da Carteira: 7.205.2155
Instituição: Colégio Adventista Palhoça

Data de Nascimento: 22/09/2011

Nº da Guia: 20008

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
16/08/2024	15:39:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Pé Esquerdo

Descrição
A aluna estava correndo na educação física e torceu o pé esquerdo.

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

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 pelo professor, colocado gelo e entrado em contato com responsáveis.

Ass.:

Thiago José Jair Martins

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

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

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

2 - N° Guia no Prestador 5465861

Instituto Adventista

1 - Registro ANS 000000		3 - N° Guia Principal		6 - Data Validade da Senha 20008		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 20008		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N	
4 - Data da Autorização 16/08/2024		5 - Senha 20008		9 - Validade da Carteira 16/08/2024		10 - Nome JULIA PETRY PANISSON					
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira 72052155		13 - Nome do Contratado UNIMED GRANDE FLORIANOPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO		14 - Nome do Profissional 2526		15 - Código CBO 225125		16 - Assinatura do Profissional Solicitante	
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 - Data da Solicitação 16/08/2024		22 - Data da Solicitação 16/08/2024		23 - Indicação Clínica					
21 - Caráter do Atendimento 2		24 - Tabela 25		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 - Tipo de Consulta		32 - Tipo de Atendimento		33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada)		34 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
35 - Código na Operadora		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\$)		48 - Seq.Rei.		49 - Gr.Part.		50 - Código na Operadora/CNPJ		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 - Data da Assinatura do Contratado		70 - Data da Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
71 - Data da Assinatura do Beneficiário ou Responsável		72 - Data da Assinatura do Beneficiário ou Responsável		73 - Data da Assinatura do Beneficiário ou Responsável		74 - Data da Assinatura do Beneficiário ou Responsável		75 - Data da Assinatura do Beneficiário ou Responsável		76 - Data da Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
77 - Data da Assinatura do Beneficiário ou Responsável		78 - Data da Assinatura do Beneficiário ou Responsável		79 - Data da Assinatura do Beneficiário ou Responsável		80 - Data da Assinatura do Beneficiário ou Responsável		81 - Data da Assinatura do Beneficiário ou Responsável		82 - Data da Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
83 - Data da Assinatura do Beneficiário ou Responsável		84 - Data da Assinatura do Beneficiário ou Responsável		85 - Data da Assinatura do Beneficiário ou Responsável		86 - Data da Assinatura do Beneficiário ou Responsável		87 - Data da Assinatura do Beneficiário ou Responsável		88 - Data da Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
89 - Data da Assinatura do Beneficiário ou Responsável		90 - Data da Assinatura do Beneficiário ou Responsável		91 - Data da Assinatura do Beneficiário ou Responsável		92 - Data da Assinatura do Beneficiário ou Responsável		93 - Data da Assinatura do Beneficiário ou Responsável		94 - Data da Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
95 - Data da Assinatura do Beneficiário ou Responsável		96 - Data da Assinatura do Beneficiário ou Responsável		97 - Data da Assinatura do Beneficiário ou Responsável		98 - Data da Assinatura do Beneficiário ou Responsável		99 - Data da Assinatura do Beneficiário ou Responsável		100 - Data da Assinatura do Beneficiário ou Responsável	

Paciente **JULIA PETRY PANISSON**

Data Nascto. 22/09/2011 12 Anos

Sexo Feminino

Telefone 988384696

Leito 1

Atendimento **3.261.319**

Prontuário 99.740.040

Dt. Entrada 16/08/2024 16:43:39

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
16/08/2024 17:49	16/08 17:51	Médico	Evolução Médica PA		LEANDRO DAVID DOS SANTOS	CRM 22137

Avaliação: Evolução Médica PA - ORTOPEDIA

Queixa Principal : ENTORSE DO TORNOZELO ESQUERDO HÁ 1 DIA,
DOR + EDEMA NA REGIÃO LATERAL DO TNZ
DOR NO LTFA.

RX NORMAL

CD TTO LESAO LIGAMENTAR,

&#x200B;USO ORAL

&#x200B;

&#x200B;1- ARFLEX 200MG ----- 1 CX

&#x200B;TOMAR 1 CP VIA ORAL 1 X AO DIA 6 DIAS.

&#x200B;APLICAR COMPRESSA COM GELO, 20 MIN, 4 X AO DIA.

Tornozeleira Ortopédica Aircast Soft Cast com Tala Lateral 15 DIAS

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



Paciente: **JULIA PETRY PANISSON**

Data de Nascimento: 22/09/2011 Idade: 12anos 10M Sexo: F

Data do Exame: 16/08/2024

Solicitante: Dr.(a) LEANDRO DAVID DOS SANTOS

Protocolo: UGF3261319 Senha: 327282

unimedflorianopolis.com.br

Central de Atendimento:
(48) 3288 4100

Informações:
0800 048 3500

RADIOGRAFIA DIGITAL PÉ ESQUERDO

Estrutura óssea preservada.

Relações articulares conservadas.

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. Joel Susumu Nishi Kajimura
CRM/SC 12071





Paciente: **JULIA PETRY PANISSON**

Data de Nascimento: 22/09/2011 Idade: 12anos 10M Sexo: F

Data do Exame: 16/08/2024

Solicitante: Dr.(a) LEANDRO DAVID DOS SANTOS

Protocolo: UGF3261319 Senha: 327282

unimedflorianopolis.com.br

Central de Atendimento:
(48) 3288 4100

Informações:
0800 048 3500

RADIOGRAFIA DIGITAL TORNOZELO ESQUERDO

Estrutura óssea preservada.

Relações articulares conservadas.

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. Joel Susumu Nishi Kajimura
CRM/SC 12071



Unimed

Manoel Loureiro, S/N - São José - SC

CNPJ:77858611001414 - Inscrição estadual: - Fone:

(CNES 9671145)

Conta paciente

(77858611001414)

Nota:

Emissao:

Nº atend: 3.261.319

Nº IC: 21.031.941

Paciente:

Convênio:

Usuário/Matrícula:

JULIA PETRY PANISSON

Instituto Adventista

72052155

Categoria:

Instituto Adventista

Prontuário: 99740040

Data entrada: 16/08/2024 16:43:39

Data saída: 16/08/2024 17:54:59

Motivo Alta: Alta melhora

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

Tipo atend: 3 - Pronto socorro

Proc Princ: 30728134

Lesões Ligamentares Agudas Ao Nível Do Tornozelo - Tratamento

Espec/Clinica: 1 Clinica Adulto

Tipo acomodação Enfermaria

Data 22/09/2011

Sexo: F

CID Princ: S93.4 Entorse e distensao do tornozelo

Guia: Não informada,20008

Senha:

Dt Conta: 16/08/24 16:44

Dt inicial: 16/08/24 16:43

Dt final: 16/08/24 17:54

Refer: 31/08/24

Movimentação do Paciente

Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO	Setor sem acomodação	1/	16/08/2024 16:43:39	16/08/2024 17:54:59
2	Pronto socorro	ORTOPEDIA	Setor sem acomodação	1/	16/08/2024 17:04:37	16/08/2024 17:54:59
3	Serviços Especiais	RAIO X	Setor sem acomodação	1/	16/08/2024 17:25:00	16/08/2024 17:25:00

Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor
1	16/08/24 16:43	PRONTO ATENDIMENTO	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	22137	LEANDRO DAVID	Clínico	73,52
2	16/08/24 17:26	ORTOPEDIA	30728134	Lesões Ligamentares Agudas Ao Nível Do Tornozelo - Tratamento Incruento	1,00	22137	LEANDRO DAVID	Clínico	102,48
3	16/08/24 17:33	RAIO X	40804089	Articulação Tibiotársica (Tornozelo)	1,00	12071	JOEL SUSUMU	Clínico	42,18
4	16/08/24 17:34	RAIO X	40804097	Pé Ou Pododáctilo	1,00	12071	JOEL SUSUMU	Clínico	43,84
5	16/08/24 17:34	RAIO X	40804135	Incidência Adicional De Membro Inferior	1,00	12071	JOEL SUSUMU	Clínico	16,98
Total de Honorários Não Conveniados					5,00				279,00

Total geral R\$

279,00

Impresso em 20/08/2024 09:34:22

Pág 1

priscilacarla.s

FatAct_R7



Atendimento: 3266088

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: MARINA ELOAH DA SILVA OLIVEIRA MEDEIROS

CPF: 53581383829

Endereço: Rua Araci Vaz Callado, 1677 apto 104 bl

Atendimento Nº: 3266088

Telefone: (48) 984924460

RG:

Responsável:

Nome: CLAUDIA

CPF: 29399631850

Endereço: Rua Rosa Mendes, 85 APTO 42

Telefone: 5548984924460

RG: 409349847

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: 3266088

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: 3266088

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 21/08/2024	5 - Senha 7587216	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 7587216
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira 7587216	9 - Validade da Carteira 21/08/2024
		10 - Nome MARINA ELOAH DA SILVA OLIVEIRA MEDEIROS MOTA	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 Items Assistenciais Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 21/08/2024	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.Aut. 1			
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado		
Dados do Contratado Executante			
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 - Seq. Ref. 49 - Gr. Part.	50 - Código na Operadora/CPP	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 OME (R\$)
63 - Total Medicamentos (R\$)	64 - Total Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 21/08/2024	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 21/08/2024	68 - Assinatura do Contratado 21/08/2024	

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Marina Eloah da Silva Oliveira Medeiros Mota
Nº da Carteira: 7.58.7216
Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Estreito



Data de Nascimento: 04/10/2017

Nº da Guia: 20167

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
21/08/2024	15:47:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Pé Direito

Descrição

Aluna tropeçou e torceu o pé direito

Testemunha da ocorrência

Prof. Thiago

Telefone

(48) 3039-8054

Local de atendimento

HUGF - HOSPITAL UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS

Endereço

Rua Manoel Loureiro

Nº

191
0

Bairro

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	MARINA ELOAH DA SILVA OLIVEIRA MEDEIROS MOTA	
Data Nascto.	04/10/2017	6 Anos
Sexo	Feminino	
Telefone	984924460	
Leito	1	

Atendimento	3.266.088
Prontuário	99.688.455
Dt. Entrada	21/08/2024 17:06:49
Convênio	Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
21/08/2024 18:20	21/08 18:22	Médico	Evolução Médica PA		JULIANO TEIXEIRA DE SA	CRM 17278

Avaliação: Evolução Médica PA - ORTOPEDIA

Queixa Principal : refere entorse de tornozelo D
refere dor e aumento de volume lateral
ef
discreto aumento de volume lateral
sem dor a palpação
apoio completo sem dor

cdt
repouso, analgesia,
orientações

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: MARINA ELOAH DA SILVA OLIVEIRA MEDEIROS MOTA Convênio: Instituto Adventista Usuário/Matrícula: 7587216		Emissao: Nº atend: 3.266.088 Nº IC: 21.037.445																																				
Categoria: Instituto Adventista																																						
Prontuário: 99688455 Data entrada: 21/08/2024 17:06:49 Data saída: 21/08/2024 18:22:00 Motivo Alta: Alta melhora Médico: Dr. JULIANO TEIXEIRA DE SA (CRM 17278) Tipo atend: 3 - Pronto socorro Proc Princ: 00000000 0 Tipo acomodação Setor sem acomodação Espec/Clinica: 1 Clinica Adulto Data 04/10/2017 Sexo: F CID Princ: S93.4 Entorse e distensao do tornozelo Guia: 20167 Senha: 20167																																						
Dt Conta: 21/08/24 17:09 Dt inicial: 21/08/24 17:06 Dt final: 21/08/24 18:22 Refer: 01/10/24																																						
Movimentação do Paciente <table><tr><th>Seq</th><th>Classificação</th><th>Setor</th><th>Acomodação</th><th>Unidade</th><th>Dt. Entrada</th><th>Dt. Saída</th></tr><tr><td>1</td><td>Pronto socorro</td><td>PRONTO ATENDIMENTO</td><td>Setor sem acomodação</td><td>1/</td><td>21/08/2024 17:06:49</td><td>21/08/2024 18:22:00</td></tr><tr><td>2</td><td>Pronto socorro</td><td>ORTOPEDIA</td><td>Setor sem acomodação</td><td>1/</td><td>21/08/2024 17:29:44</td><td>21/08/2024 18:22:00</td></tr></table>							Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída	1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO	Setor sem acomodação	1/	21/08/2024 17:06:49	21/08/2024 18:22:00	2	Pronto socorro	ORTOPEDIA	Setor sem acomodação	1/	21/08/2024 17:29:44	21/08/2024 18:22:00											
Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída																																
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO	Setor sem acomodação	1/	21/08/2024 17:06:49	21/08/2024 18:22:00																																
2	Pronto socorro	ORTOPEDIA	Setor sem acomodação	1/	21/08/2024 17:29:44	21/08/2024 18:22:00																																
Honorários Não Conveniados <table><tr><th>Seq</th><th>Dt Conta</th><th>Setor</th><th>Código</th><th>Descrição</th><th>Qtde</th><th>Crn</th><th>Médico</th><th>Função</th><th>Valor</th></tr><tr><td>1</td><td>21/08/24 17:06</td><td>PRONTO ATENDIMENTO</td><td>10101039</td><td>Em Pronto Socorro</td><td>1,00</td><td>17278</td><td>JULIANO TEIXEIRA</td><td>Clínico</td><td>73,52</td></tr><tr><td colspan="5">Total de Honorários Não Conveniados</td><td>1,00</td><td></td><td></td><td></td><td>73,52</td></tr></table>									Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor	1	21/08/24 17:06	PRONTO ATENDIMENTO	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	17278	JULIANO TEIXEIRA	Clínico	73,52	Total de Honorários Não Conveniados					1,00				73,52
Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor																													
1	21/08/24 17:06	PRONTO ATENDIMENTO	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	17278	JULIANO TEIXEIRA	Clínico	73,52																													
Total de Honorários Não Conveniados					1,00				73,52																													
Total geral R\$									73,52																													

Impresso em 22/08/2024 16:33:21

Pág 1

taina.estevao

FatAct_R7

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3264301

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: MIGUEL KRETZER WILBERT

CPF: 13325739911

Endereço: RUA FIRENZE, 73 APTO 403

Atendimento Nº: 3264301

Telefone: (48) 991166208

RG:

Responsável:

Nome: KARINE

CPF: 91552567915

Endereço: rua firenzer, 73 apto 403

Telefone: 5548991041133

RG: 3250970

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: 3264301

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.

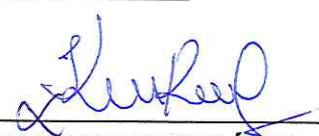
Nome da Acompanhante _____

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 20/08/2024 5 - Senha 20056 6 - Data Validade da Senha

8 - Número da Carteira 72051235 9 - Validade da Carteira 07/06/2025 10 - Nome MIGUEL KRETZER WILBERT 11 - Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento a RN N

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

15 - Nome do Profissional Solicitante 16 - Conselho Profissional 6 17 - Número no Conselho 2526 18 - UF SC 19 - Código CBO 225125 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 21 - Caracter do Atendimento 2 22 - Data da Solicitação 20/08/2024 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

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 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 - Seqüência 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 20/08/2024 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 20/08/2024 68 - Assinatura do Contratado 20/08/2024

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Miguel Kretzer Wilbert
Nº da Carteirinha: 7.205.1235
Instituição: Colégio Adventista Palhoça



Data de Nascimento: 11/09/2012

Nº da Guia: 20056

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
20/08/2024	08:50:00	Escada	Deslocamento interno

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Tornozelo Direito

Descrição

O aluno estava descendo a escada e torceu o tornozelo.

Testemunha da ocorrência

Thiago José Jair Martins

Telefone

(48) 08830-9594

Local de atendimento

HUGF - HOSPITAL UNIMED GRANDE
FLORIANÓPOLIS

Endereço

Rua Manoel Loureiro

Nº

191
0

Bairro

Barreiros

Telefone

(48) 3288-4100

Observações

O aluno foi atendido pela monitoria.

Ass.:

Thiago José Jair Martins

Paciente **MIGUEL KRETZER WILBERT**

Data Nascto. 11/09/2012 11 Anos

Sexo Masculino

Telefone 991166208

Leito 1

Atendimento **3.264.301**

Prontuário 213.925

Dt. Entrada 20/08/2024 10:07:34

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
20/08/2024 11:37	20/08 11:39	Médico	Evolução Médica PA		LEANDRO DAVID DOS SANTOS	CRM 22137

Avaliação: Evolução Médica PA - ORTOPEDIA

Queixa Principal : ENTORSE DO TORNOZELO DIREITO HÁ 1 DIA,
DOR + EDEMA NA REGIÃO LATERAL DO TNZ
DOR NO LTFA.

RX NORMAL

CD TTO LESAO LIGAMENTAR, IMOBILIZAÇÃO COM ROBOFOOT

&#x200B;USO ORAL

&#x200B;

&#x200B;1- NIMESULIDA 100MG -----1 OCP

&#x200B;TOMAR 1 CP VIA ORAL 12/12 HORAS 5 DIAS

​APLICAR COMPRESSA COM GELO, 20 MIN, 4 X AO DIA.
BOTA ROBOFOOT 15 DIAS.**Encaminhamento ao Ambulatório UGF? :** Não**Acionado sobreaviso da Ortopedia? :** Não**Solicitado exames de imagem? :** Sim. Quais?**Radiologia :** Sim



Paciente: **MIGUEL KRETZER WILBERT**

Data de Nascimento: 11/09/2012 Idade: 11anos 11M Sexo: M

Data do Exame: 20/08/2024

Solicitante: Dr.(a) LEANDRO DAVID DOS SANTOS

Protocolo: UGF3264301 Senha: 600676

unimedflorianopolis.com.br

Central de Atendimento:
(48) 3288 4100

Informações:
0800 048 3500

RADIOGRAFIA DIGITAL DO TORNOZELO DIREITO

Estrutura óssea normal.

Relações articulares anatômicas.

Pequena ossificação adjacente ao maléolo lateral da fíbula e ao tálus.

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

Márcio Custódio Oselame

Dr. Márcio Custódio Oselame
CRM/SC 20087





Paciente: **MIGUEL KRETZER WILBERT**

Data de Nascimento: 11/09/2012 Idade: 11anos 11M Sexo: M

Data do Exame: 20/08/2024

Solicitante: Dr.(a) LEANDRO DAVID DOS SANTOS

Protocolo: UGF3264301 Senha: 600676

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.

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

Unimed

Manoel Loureiro, S/N - São José - SC

CNPJ:77858611001414 - Inscrição estadual: - Fone:

(CNES 9671145)

Conta paciente

(77858611001414)

Nota:

Emissao:

Nº atend: 3.264.301

Nº IC: 21.035.455

Paciente:

Convênio:

Usuário/Matrícula:

MIGUEL KRETZER WILBERT

Instituto Adventista

72051235

Categoria:

Instituto Adventista

Prontuário: 213925

Data entrada: 20/08/2024 10:07:34

Data saída: 20/08/2024 11:46:40

Motivo Alta: Alta melhora

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

Tipo atend: 3 - Pronto socorro

Proc Princ: 30728134

Lesões Ligamentares Agudas Ao Nível Do Tornozelo - Tratamento

Espec/Clinica: 1 Clinica Adulto

Tipo acomodação Enfermaria

Data 11/09/2012

Sexo: M

CID Princ: S93.4 Entorse e distensao do tornozelo

Guia: 20056

Senha: 20056

Dt Conta: 20/08/24 10:09

Dt inicial: 20/08/24 10:07

Dt final: 20/08/24 11:46

Refer: 01/10/24

Movimentação do Paciente

Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO	Setor sem acomodação	1/	20/08/2024 10:07:34	20/08/2024 11:46:40
2	Pronto socorro	ORTOPEDIA	Setor sem acomodação	1/	20/08/2024 10:16:25	20/08/2024 11:46:40
3	Serviços Especiais	RAIO X	Setor sem acomodação	1/	20/08/2024 10:55:00	20/08/2024 10:55:00

Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor
1	20/08/24 10:07	PRONTO ATENDIMENTO	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	22137	LEANDRO DAVID	Clínico	73,52
2	20/08/24 10:55	ORTOPEDIA	30728134	Lesões Ligamentares Agudas Ao Nível Do Tornozelo - Tratamento Incruento	1,00	22137	LEANDRO DAVID	Clínico	102,48
3	20/08/24 11:14	RAIO X	40804097	Pé Ou Pododáctilo	1,00	20087	MARCIO	Clínico	43,84
4	20/08/24 11:15	RAIO X	40804089	Articulação Tibiotársica (Tornozelo)	1,00	20087	MARCIO	Clínico	42,18
5	20/08/24 11:15	RAIO X	40804135	Incidência Adicional De Membro Inferior	1,00	20087	MARCIO	Clínico	16,98
Total de Honorários Não Conveniados					5,00				279,00

Total geral R\$

279,00

Impresso em 22/08/2024 15:38:09

Pág 1

taina.estevao

FatAct_R7

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3264385

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: PEDRO EDSON JORDAO

CPF: 14156328988

Endereço: Rua Varese, 206 CASA

Atendimento Nº: 3264385

Telefone: (48) 9 9815-5163

RG: 7143704

Responsável:

Nome: MAGDA

CPF: 03461447951

Endereço: Rua Varese, 206 CASA

Telefone: 5548998155163

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: 3264385

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: Pedro Edson Jordão
Nº da Carteirinha: 7.205.242
Instituição: Colégio Adventista Palhoça



Data de Nascimento: 04/07/2012

Nº da Guia: 20061

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
20/08/2024	09:22:00	Escada	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Direito

Descrição

Estava descendo a escada e torceu o pé. Referiu dor no local e dificuldade para caminhar.

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Salomão - Monitor	20/08/2024

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.

Ass.:

Glauçya Francini Collaco

Glauçya Collaco
Coordenadora Disciplinar

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	PEDRO EDSON JORDAO		Atendimento	3.264.385
Data Nascto.	04/07/2012	12 Anos	Prontuário	151.435
Sexo	Masculino		Dt. Entrada	20/08/2024 10:49:35
Telefone	9 8421-0714		Convênio	Instituto Adventista Instituto
Leito	1			

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
20/08/2024 11:58	20/08 11:58	Médico	Evolução Médica PA		LEANDRO DAVID DOS SANTOS	CRM 22137

Avaliação: Evolução Médica PA - ORTOPEDIA

Queixa Principal : ENTORSE DO TORNOZELO DIREITO HÁ 1 DIA,
DOR + EDEMA NA REGIÃO LATERAL DO TNZ
DOR NO LTFA.

RX NORMAL

CD TTO LESAO LIGAMENTAR, IMOBILIZAÇÃO COM ROBOFOOT

​USO ORAL

​

​1- ARFLEX 200MG ----- 1 CX

​TOMAR 1 CP VIA ORAL 1 X AO DIA 6 DIAS.

​APLICAR COMPRESSA COM GELO, 20 MIN, 4 X AO DIA.

BOTA ROBOFOOT 15 DIAS.

Tornozeleira Ortopédica Aircast Soft Cast com Tala Lateral

Encaminhamento ao Ambulatório UGF? : Não

Acionado sobreaviso da Ortopedia? : Não

Solicitado exames de imagem? : Sim. Quais?



Paciente: **PEDRO EDSON JORDAO**

Data de Nascimento: 04/07/2012 Idade: 12anos 1M Sexo: M

Data do Exame: 20/08/2024

Solicitante: Dr.(a) LEANDRO DAVID DOS SANTOS

Protocolo: UGF3264385 Senha: 293350

unimedflorianopolis.com.br

Central de Atendimento:
(48) 3288 4100

Informações:
0800 048 3500

RADIOGRAFIA DIGITAL DO TORNOZELO DIREITO

Estrutura óssea normal.

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

Unimed

Manoel Loureiro, S/N - São José - SC

CNPJ:77858611001414 - Inscrição estadual: - Fone:

(CNES 9671145)

Conta paciente

(77858611001414)

Nota:

Paciente:

Convênio:

Usuário/Matrícula:

PEDRO EDSON JORDAO

Instituto Adventista

7205242

Categoria:

Instituto Adventista

Prontuário: 151435

Data entrada: 20/08/2024 10:49:35

Data saída: 20/08/2024 12:01:54

Motivo Alta: Alta melhora

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

Tipo atend: 3 - Pronto socorro

Espec/Clinica: 1 Clinica Adulto

Proc Princ: 30728134

Lesões Ligamentares Agudas Ao Nível Do Tornozelo - Tratamento

Tipo acomodação Enfermaria

Data 04/07/2012

Sexo: M

CID Princ: S93.4 Entorse e distensao do tornozelo

Guia: 20061

Senha: 20061

Dt Conta: 20/08/24 10:50

Dt inicial: 20/08/24 10:49

Dt final: 20/08/24 12:01

Refer: 01/10/24

Movimentação do Paciente

Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO	Setor sem acomodação	1/	20/08/2024 10:49:35	20/08/2024 12:01:54
2	Pronto socorro	ORTOPEDIA	Setor sem acomodação	1/	20/08/2024 11:00:37	20/08/2024 12:01:54
3	Serviços Especiais	RAIO X	Setor sem acomodação	1/	20/08/2024 11:13:00	20/08/2024 11:13:00

Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor
1	20/08/24 10:49	PRONTO ATENDIMENTO	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	22137	LEANDRO DAVID	Clínico	73,52
2	20/08/24 11:13	ORTOPEDIA	30728134	Lesões Ligamentares Agudas Ao Nível Do Tornozelo - Tratamento Incruento	1,00	22137	LEANDRO DAVID	Clínico	102,48
3	20/08/24 11:41	RAIO X	40804089	Articulação Tibiotársica (Tornozelo)	1,00	20087	MARCIO	Clínico	42,18
Total de Honorários Não Conveniados					3,00				218,18

Total geral R\$

218,18

Impresso em 22/08/2024 15:05:56

Pág 1

taina.estevao

FatAct_R7

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3270665

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: PEDRO LUCAS PIUCO DE MORAES

CPF: 15052639996

Endereço: Rua Antônio Alfredo dos Santos, 196

Atendimento Nº: 3270665

Telefone: (48) 984924965

RG:

Responsável:

Nome: GIZELLE

CPF: 82016895004

Endereço: Rua Antônio Alfredo dos Santos, 196 casa 1

Telefone: 5548984924965

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: 3270665

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 26/08/2024		5 - Senha 20340	
6 - Data Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuido pela Operadora 20340	
8 - Número da Carteira 7585798		9 - Validade da Carteira 01/09/2024	
10 - Nome PEDRO LUCAS PUICO DE MORAES		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 Neo Cadastreador/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 26/08/2024	
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. 0	
29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado	
Dados do Contratado Executante			
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 41 - Descrição 42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator Red./Acrsc. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)	
48 - Seq. Ref.		49 - Gr.Pat.	
50 - Código na Operadora/CPF		51 - Nome do Profissional	
52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho	
54 - UF		55 - Código CBO	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
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 26/08/2024		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 26/08/2024	
68 - Assinatura do Contratado 26/08/2024			

Impresso em: 26/08/2024 17:43:25

Página 1

bruna.caseniro

WATE/70106

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Pedro Lucas Piuco de Moraes

Nº da Carteira: 7.58.5798

Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Estreito

Data de Nascimento: 24/06/2012

Nº da Guia: 20340



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
26/08/2024	16:51:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu

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

Partes do corpo

2º Dedo Mão Esquerda

Descrição

Aluno recebeu uma bolada no dedo na aula de educação física

Testemunha da ocorrência

Prof. Márcia

Telefone

(48) 3039-8054

Local de atendimento

Endereço

HUGF - HOSPITAL UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS

Rua Manoel Loureiro

Nº

Bairro

Telefone

191
0

Barreiros

(48) 3288-4100

Observações

Encaminhado para o hospital de referência Unimed.

Ass.:

Jerry Abdoral Borges

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

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

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

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

Paciente **PEDRO LUCAS PIUCO DE MORAES**

Data Nascto. 24/06/2012 12 Anos

Sexo Masculino

Telefone 984924965

Leito 1

Atendimento **3.270.665**

Prontuário 99.851.653

Dt. Entrada 26/08/2024 17:35:46

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
26/08/2024 18:04	26/08 18:15	Médico	Evolução Médica PA		LUIZ FERNANDO PEREIRA	CRM 11405

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

FC: 83 PAS: PAD: Temp: 37,2 FR: SatO2: 99

S: TRAUMA EM HIPEREXTENSÃO DO 2 QDE HOJE POR BOLADA

O: DOR EM IFP

A: RX PEQUENA FRATURA AVULSÃO DO FLEXOR DA FALANGE MÉDIA DO 2 QDE

P:TALA METALICA. ANALGESIA VO, ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

Realizou exame de dengue? : Não**Fez a prescrição de teste de dengue de forma eletiva ? :** Não**Paciente será reavaliado? :** Sim



Paciente: **PEDRO LUCAS PIUCO DE MORAES**
Data de Nascimento: 24/06/2012 Idade: 12anos 2M Sexo: M
Data do Exame: 26/08/2024
Solicitante: Dr.(a) LUIZ FERNANDO PEREIRA
Protocolo: UGF3270665 Senha: 104275

unimedflorianopolis.com.br

Central de Atendimento:
(48) 3288 4100

Informações:
0800 048 3500

RADIOGRAFIA DIGITAL DO 2º QUIDORÁCTILO 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. Roberto Guimarães Tiezzi
CRM/SC 8280



UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3250636

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: SAMUEL BONAZZI ESPINDOLA

CPF: 14764498995

Endereço: Rua tie preto , 45 casa

Atendimento Nº: 3250636

Telefone: (48) 996324228

RG:

Responsável:

Nome: ISMAEL

CPF: 07489969905

Endereço: Rua Manoel Fermiano de Melo , 504 CASA

Telefone: 48984384774

RG: 5001625

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



prestados e boleto bancário contemplando o valor total do pagamento, através do e-mail caixahospital@unimedflorianopolis.com.br (**CONTRATADA**) para o e-mail indicado na 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: 3250636

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, ____/____/____

Ismael Espindola
CONTRATANTE/RESPONSÁVEL

CONTRATADA

Testemunhas

1- _____
Nome: _____
CPF nº _____

2- _____
Nome: _____
CPF nº _____

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Samuel Bonazzi Espindola
Nº da Carteirainha: 7.205.1994
Instituição: Colégio Adventista Palhoça



Data de Nascimento: 28/04/2011

Nº da Guia: 19414.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
05/08/2024	17:58:55	Escada	Deslocamento interno

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

5º Dedo Mão Esquerda

Descrição

O aluno bateu com a mão no corrimão. Deslocamento do 5º dedo, referiu dor no local e inchaço.

Testemunha da ocorrência

Bianca Bendik Rodrigues

Bianca Bendik Rodrigues

Telefone

48998557433

48998557433

Quem prestou primeiros socorros

Glaucya Collaço

Data

30/07/2024

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

Motivo do Retorno

Encaminhamento para reavaliação médica.

Ass.:

Glaucya Francini Collaco

Paciente **SAMUEL BONAZZI ESPINDOLA**

Data Nascto. 28/04/2011 13 Anos

Sexo Masculino

Telefone 996324228

Leito 1

Atendimento **3.250.636**

Prontuário 99.849.427

Dt. Entrada 06/08/2024 08:32:02

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
06/08/2024 09:32	06/08 09:32	Médico	Evolução Médica PA		LEANDRO DAVID DOS SANTOS	CRM 22137

Avaliação: Evolução Médica PA - ORTOPEDIA**Queixa Principal :** FRATURA DA BASE DA FALANGE PROXIMAL DO 5º DEDO.

rx controle ok

CD: REDUÇÃO INCRUENTA + IMOBILIZAÇÃO + TRATAMENTO CONSERVADOR.

ORIENTO ACOMPANHAR COM ORTOPEDISTA PEDIÁTRICO

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: 3.250.636

Nº IC: 21.019.181

Paciente:

Convênio:

Usuário/Matrícula:

SAMUEL BONAZZI ESPINDOLA

Instituto Adventista

72051994

Categoria:

Instituto Adventista

Prontuário: 99849427

Data entrada: 06/08/2024 08:32:02

Data saída: 06/08/2024 10:00:00

Motivo Alta: Alta melhor

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

Tipo atend: 3 - Pronto socorro

Espec/Clinica: 1 Clínica Adulto

Proc Princ: 30722420

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

Tipo acomodação Setor sem acomodação

Data 28/04/2011

Sexo: M

CID Princ: S62.7 Frat mult de dedos

Guia: 19414001

Senha: 19414001

Dt Conta: 06/08/24 08:33

Dt inicial: 06/08/24 08:32

Dt final: 06/08/24 10:00

Refer: 01/10/24

Movimentação do Paciente

Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO	Setor sem acomodação	1/	06/08/2024 08:32:02	06/08/2024 10:00:00
2	Pronto socorro	ORTOPEDIA	Setor sem acomodação	1/	06/08/2024 08:42:06	06/08/2024 10:00:00
3	Serviços Especiais	RAIO X	Setor sem acomodação	1/	06/08/2024 08:52:00	06/08/2024 08:52:00

Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor
1	06/08/24 08:32	PRONTO ATENDIMENTO	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	22137	LEANDRO DAVID	Clínico	73,52
2	06/08/24 08:52	ORTOPEDIA	30722420	Fraturas E/Ou Luxações De Falanges (Interfalangeanas) - Redução Incruenta	1,00	22137	LEANDRO DAVID	Clínico	62,94
3	06/08/24 09:24	RAIO X	40803120	Mão Ou Quirodáctilo	1,00	20087	MARCIO	Clínico	42,18
4	06/08/24 09:24	RAIO X	40803147	Incidência Adicional De Membro Superior	1,00	20087	MARCIO	Clínico	16,98
Total de Honorários Não Conveniados					4,00				195,62

Materiais

Seq	Código	Descrição	Unid.	Qtde	VI Unit.	VI Total
ORTOPEDIA						
1	78340373	ATADURA GESSADA 10 CM X 3,0 M	rl	2,0000	3,9000	7,80
2	78340373	ATADURA GESSADA 8cm	rl	4,0000	6,0700	24,28
3	70034702	ATADURA ORTOPEDICA 15 CM X 1,8 M	rl	1,0000	12,5500	12,55
4	70034648	ATADURA ORTOPEDICA 8cm	rl	4,0000	2,8200	11,28
5	78202477	MALHA TUBULAR 06 CM X 15 M	cm	150,0000	0,0300	4,50
Total - ORTOPEdia -				161,0000		60,41
Total de Materiais				161,0000		60,41

Total geral R\$

256,03

Impresso em 09/08/2024 09:52:01

Pág 1

taina.estevao

FatAct_R7



Paciente: **SAMUEL BONAZZI ESPINDOLA**

Data de Nascimento: 28/04/2011 Idade: 13anos 3M Sexo: M

Data do Exame: 06/08/2024

Solicitante: Dr.(a) LEANDRO DAVID DOS SANTOS

Protocolo: UGF3250636 Senha: 633014

unimedflorianopolis.com.br

Central de Atendimento:
(48) 3288 4100

Informações:
0800 048 3500

RADIOGRAFIA DIGITAL DA MÃO ESQUERDA

Relações articulares anatômicas.

Partes moles sem alterações radiográficas.

Pequena fratura na cortical medial da base da falange proximal do quinto dedo.

Marcio Custodio 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

Unimed

UGF - ADEP - Checagens por Setor/Atendimento (Faturamento)

De: 06/08/2024 08:32:02 até: 06/08/2024 10:00:00

Atendimento: 3250636

Paciente: SAMUEL BONAZZI ESPINDOLA

Instituto Adventista

Dt Entrada: 06/08/2024 08:32:02

Dt Alta: 06/08/2024 10:00:00

ORTOPEDIA

06/08/2024

Procedimento

Item	Qtde / Dose / UM	Intervalo	Horário do Item	Status	Profissional
FRATURAS E/OU LUXAÇÕES DE FALANGES (INTERFALANGEANAS)	1	Agora (Exames e Procedimentos)	06/08/2024 08:52:00	Administrado	LEANDRO DAVID DOS SANTOS
INCIDÊNCIA ADICIONAL DE MEMBRO SUPERIOR	1	Agora (Exames e Procedimentos)	06/08/2024 08:52:00	Administrado	MAKIAN HERCILIO DA SILVA
RX MAO OU QUIRODÁCTILO (DEDO) - 2 INCIDÊNCIAS	1	Agora (Exames e Procedimentos)	06/08/2024 08:52:00	Administrado	MAKIAN HERCILIO DA SILVA

Impresso em: 09/08/2024 09:55:30

Página 1

taina.estevao

CATE2088

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3264398

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: SAMUEL BONAZZI ESPINDOLA

CPF: 14764498995

Endereço: Rua tie preto , 45 casa

Atendimento Nº: 3264398

Telefone: (48) 996324228

RG:

Responsável:

Nome: ISMAEL

CPF: 07489969905

Endereço: Rua Manoel Fermiano de Melo , 504 CASA

Telefone: 48984384774

RG: 5001625

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: 3264398

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.

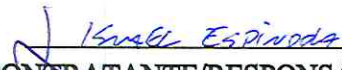
Nome da Acompanhante _____

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 0000000	3 - Nº Guia Principal
-----------------------------	-----------------------

4 - Data da Autorização 20/08/2024	5 - Senha 19414002	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuido pela Operadora 19414002
---------------------------------------	-----------------------	----------------------------	---

Dados do Beneficiário	8 - Número da Carteira 72051994	9 - Validade da Carteira 20/08/2024	10 - Nome SAMUEL BONAZZI ESPINDOLA
-----------------------	------------------------------------	--	---------------------------------------

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 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 20/08/2024	23 - Indicação Clínica
---	----------------------------------	--	------------------------

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039	26 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	27 - Qtdde Solic. 1	28 - Qtdde Aut. 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 - Qtdde.	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. Aut.	49 - Cr. 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 20/08/2024
--

Samuel Espindola

68 - Assinatura do Contratado 20/08/2024

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Samuel Bonazzi Espindola
Nº da Carteira: 7.205.1994
Instituição: Colégio Adventista Palhoça



Data de Nascimento: 28/04/2011

Nº da Guia: 19414.002

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
20/08/2024	09:31:37	Escada	Deslocamento interno

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

Descrição
O aluno bateu com a mão no corrimão. Deslocamento do 5º dedo, referiu dor no local e inchaço.

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Glauca Collaço	30/07/2024

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

Motivo do Retorno
Encaminhamento para reavaliação médica. Autorizado.

76.726.884/0135-30
Inst. Adv. Sul Bras. de Educação
Colégio Adventista Palhoça
Av. Raulino Pagani, 420
Pagani - CEP: 88.132-199
PALHOÇA-SC

Ass.: _____

Glauca Collaço
Coordenadora Disciplinar

Glauca Francini Collaço

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 ou portalonline.clinicaadventista.org.br

Paciente **SAMUEL BONAZZI ESPINDOLA**

Data Nascto. 28/04/2011 13 Anos

Sexo Masculino

Telefone 996324228

Leito 1

Atendimento **3.264.398**

Prontuário 99.849.427

Dt. Entrada 20/08/2024 10:56:06

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
20/08/2024 12:12	20/08 12:12	Médico	Evolução Médica PA		LEANDRO DAVID DOS SANTOS	CRM 22137

Avaliação: Evolução Médica PA - ORTOPEDIA**Queixa Principal :** FRATURA 5º DEDO MÃO ESQUERDA. HÁ 3 SEMANAS.

RETIRO GESSO.

RX CONTROLE OKL.

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



Paciente: **SAMUEL BONAZZI ESPINDOLA**

Data de Nascimento: 28/04/2011 Idade: 13anos 3M Sexo: M

Data do Exame: 20/08/2024

Solicitante: Dr.(a) LEANDRO DAVID DOS SANTOS

Protocolo: UGF3264398 Senha: 882479

unimedflorianopolis.com.br

Central de Atendimento:
(48) 3288 4100

Informações:
0800 048 3500

RADIOGRAFIA DIGITAL DA MÃO ESQUERDA

Relações articulares anatômicas.

Partes moles sem alterações radiográficas.

Pequena fratura na cortical medial da base da falange proximal do quinto dedo em consolidação.

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: 3263837

Contratante:

Paciente/Usuário

Atendimento Nº: 3263837

Nome: SARA SERAFIM DE SOUZA

Telefone: (48) 984289020

CPF: 13200471905

RG:

Endereço: rua fernanda de souza , 370 kitnet

Responsável:

Nome: ALINE

Telefone: 554884633175

CPF: 04135774903

RG: 38795078

Endereço: rua fernanda de souza , 370 kitnet

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.**

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3263837

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 Aline Seeglin P.
CONTRATANTE/RESPONSÁVEL

CONTRATADA

Testemunhas

1- _____

Nome:

CPF nº

2- _____

Nome:

CPF nº

INSTITUTO ADVENTISTA

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

2 - Nº Guia no Prestador 5470431

Atend.: 3263837

V.3.0

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

4 - Data da Autorização 19/08/2024	5 - Senha 72051599	6 - Data Validade da Senha 72051599
---------------------------------------	-----------------------	--

Dados do Beneficiário		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 72051599		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N	
8 - Número da Carteira 72051599		9 - Validade da Carteira 19/08/2024		10 - Nome SARA SERAFIM DE SOUZA			

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

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 Item Assistencial Solicitados		21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 19/08/2024		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	
-------------------	--	--	--	--	--	------------------------	--	----------------------	--

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

Dados do Contratado Execuante		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 38 - Hora Inicial a 38 - Hora final		37 - Tabela 39 - Tabela		40 - Código do Procedimento 41 - Descrição		42 - Qtdde. 43 - Via		44 - Tec. 45 - Fator Red/Acresc.		46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)	
---	--	--	--	----------------------------	--	---	--	-------------------------	--	-------------------------------------	--	---	--

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

Identificação do(a) Profissional(s) Executante(s)		48 - Seq.Req. 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 - Assinatura do Responsável pela Autorização 19/08/2024		59 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 19/08/2024		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 19/08/2024		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 19/08/2024		68 - Assinatura do Contratado 19/08/2024		69 - Assinatura do Contratado 19/08/2024		70 - Assinatura do Contratado 19/08/2024		71 - Assinatura do Contratado 19/08/2024		72 - Assinatura do Contratado 19/08/2024		73 - Assinatura do Contratado 19/08/2024		74 - Assinatura do Contratado 19/08/2024		75 - Assinatura do Contratado 19/08/2024	
---	--	--	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

Impresso em: 19/08/2024 19:35:35		Página 1		fernanda.aparec		WATE70106	
----------------------------------	--	----------	--	-----------------	--	-----------	--

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

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



Data de Nascimento: 10/03/2017

Nº da Guia: 20053

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
19/08/2024	17:51:00	Playground (Ex.: parquinho)	Brincando

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Esquerdo, Tornozelo Esquerdo

Descrição

A aluna estava brincando no parquinho, pulou de um brinquedo e torceu o pé. Referiu dor no local.

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Hemili - Monitora	19/08/2024

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.

Ass.:

Glaucya Francini Collaco

Glaucya Collaco
Coordenadora Disciplinar

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 **SARA SERAFIM DE SOUZA**

Data Nascto. 10/03/2017 7 Anos

Sexo Feminino

Telefone 984289020

Leito 1

Atendimento **3.263.837**

Prontuário 99.851.034

Dt. Entrada 19/08/2024 19:33:13

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
19/08/2024 19:56	19/08 20:41	Médico	Evolução Médica PA		LUIZ FERNANDO PEREIRA	CRM 11405

Avaliação: Evolução Médica PA - ORTOPEDIA

Queixa Principal : ENTORSE DO TORNOZELO E PÉ ESQUERDOS
DOR EM MALÉOLO LATERAL E BASE DO 5 MTTE
RX FRATURA FISÁRIA DO MALEOLO LATERAL
TALA BOTA
ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL
ANALGESIA VO, NÃO PISAR

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 5M Sexo: F

Data do Exame: 19/08/2024

Solicitante: Dr.(a) LUIZ FERNANDO PEREIRA

Protocolo: UGF3263837 Senha: 399793

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. Roberto Guimarães Tiezzi
CRM/SC 8280



Unimed

Manoel Loureiro, S/N - São José - SC

CNPJ:77858611001414 - Inscrição estadual: - Fone:

(CNES 9671145)

Conta paciente

(77858611001414)

Nota:

Paciente:

Convênio:

Usuário/Matrícula:

SARA SERAFIM DE SOUZA

Instituto Adventista

72051599

Categoria:

Instituto Adventista

Prontuário: 99851034

Data entrada: 19/08/2024 19:33:13

Data saída: 19/08/2024 21:11:56

Motivo Alta: Alta melhor

Médico: Dr. LUIZ FERNANDO PEREIRA (CRM 11405)

Tipo atend: 3 - Pronto socorro

Espec/Clinica: 1 Clínica Adulto

Proc Princ: 30718040

Fratura (Incluindo Descolamento Epifisário) - Redução Incruenta

Tipo acomodação Setor sem acomodação

Data 10/03/2017

Sexo: F

CID Princ: S82.6 Frat do maleolo lateral

Guia: Não informada,72051599

Senha: 20053

Dt Conta: 19/08/24 19:35

Dt inicial: 19/08/24 19:33

Dt final: 19/08/24 21:11

Refer: 31/08/24

Movimentação do Paciente

Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO	Setor sem acomodação	1/	19/08/2024 19:33:13	19/08/2024 21:11:56
2	Pronto socorro	ORTOPEDIA	Setor sem acomodação	1/	19/08/2024 19:43:52	19/08/2024 21:11:56
3	Serviços Especiais	RAIO X	Setor sem acomodação	1/	19/08/2024 19:59:00	19/08/2024 19:59:00

Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor
1	19/08/24 19:33	PRONTO ATENDIMENTO	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	11405	LUIZ FERNANDO	Clínico	95,58
2	19/08/24 20:24	RAIO X	40804097	Pé Ou Pododáctilo	1,00	8280	ROBERTO	Clínico	43,84
3	19/08/24 20:26	RAIO X	40804089	Articulação Tibiotársica (Tornozelo)	1,00	8280	ROBERTO	Clínico	42,18
4	19/08/24 20:45	ORTOPEDIA	30711029	Membro Inferior	1,00	11405	LUIZ FERNANDO	Clínico	30,41
5	19/08/24 20:45	ORTOPEDIA	30718040	Fratura (Incluindo Descolamento Epifisário) - Redução Incruenta	1,00	11405	LUIZ FERNANDO	Clínico	169,43
Total de Honorários Não Conveniados					5,00				381,44

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	1,0000	11,2400	11,24
3	78340373	ATADURA GESSADA 10 CM X 3,0 M	rl	2,0000	3,9000	7,80
4	70034702	ATADURA ORTOPEDICA 15 CM X 1,8 M	rl	2,0000	12,5500	25,10
5	78202477	MALHA TUBULAR 06 CM X 15 M	cm	100,0000	0,0300	3,00
Total - ORTOPEdia -				107,0000		62,34
Total de Materiais				107,0000		62,34

Total geral R\$

443,78

Impresso em 20/08/2024 10:00:49

Pág 1

priscilacarla.s

FatAct_R7

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3270663

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: SARA SERAFIM DE SOUZA

CPF: 13200471905

Endereço: rua fernanda de souza , 370 kitnet

Atendimento Nº: 3270663

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



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: 3270663

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, ____/____/____

Aline Seraphim P.
CONTRATANTE/RESPONSÁVEL

CONTRATADA

Testemunhas

1- _____
Nome: _____
CPF nº _____

2- _____
Nome: _____
CPF nº _____

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

4 - Data da Autorização 26/08/2024	5 - Senha 20053001	6 - Data Validade da Senha
---------------------------------------	-----------------------	----------------------------

8 - Número da Carteira 72051599	9 - Validade da Carteira 19/08/2024	10 - Nome SARA SERAFIM DE SOUZA
------------------------------------	--	------------------------------------

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

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

21 - Cartão do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 26/08/2024	23 - Indicação Clínica
---------------------------------	--	------------------------

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

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
--------------------------	---	-----------------------	--

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

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Observação / Justificativa
---	--	---------------------------------

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

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

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

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



Data de Nascimento: 10/03/2017

Nº da Guia: 20053.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
26/08/2024	16:39:55	Playground (Ex.: parquinho)	Brincando

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Esquerdo, Tornozelo Esquerdo

Descrição

A aluna estava brincando no parquinho, pulou de um brinquedo e torceu o pé. Referiu dor no local.

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Hemili - Monitora	19/08/2024

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

Motivo do Retorno

Encaminhamento para reavaliação médica. Autorizado.

76.726.884/0135-30

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

Ass.:

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 / nortalegre.clinicaadventista.org.br

Paciente **SARA SERAFIM DE SOUZA**

Data Nascto. 10/03/2017 7 Anos

Sexo Feminino

Telefone 984289020

Leito 1

Atendimento **3.270.663**

Prontuário 99.851.034

Dt. Entrada 26/08/2024 17:35:42

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
26/08/2024 17:51	26/08 18:07	Médico	Evolução Médica PA		LUIZ FERNANDO PEREIRA	CRM 11405

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

FC: 103 PAS: PAD: Temp: 36,4 FR: SatO2: 96

S: VEM COM PAR DE MULETA, COM TALA QUEBRADA E SUJA

O: RETIRO TALA, RX CONTROLE

A: SEM QUEIXAS ALGICAS

P: RX CONTROLE OK. ORIENTAÇÕES

Realizou exame de dengue? : Não**Fez a prescrição de teste de dengue de forma eletiva ? :** Não**Paciente será reavaliado? :** Sim



Paciente: **SARA SERAFIM DE SOUZA**

Data de Nascimento: 10/03/2017 Idade: 7anos 5M Sexo: F

Data do Exame: 26/08/2024

Solicitante: Dr.(a) LUIZ FERNANDO PEREIRA

Protocolo: UGF3270663 Senha: 917520

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.

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



UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3254278

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: SOFIA ESPITALHER MUCCINI

CPF: 13849187950

Endereço: Rua Assis Brasil, 6578 CASA

Atendimento Nº: 3254278

Telefone: (48) 999153120

RG: 8155389

Responsável:

Nome: CARMEN

CPF: 76457249000

Endereço: Rua Assis Brasil, 6578 CASA

Telefone: 48999153120

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.

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3254278

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, ____/____/____

Sandra Egz. Talle
CONTRATANTE/RESPONSÁVEL

CONTRATADA

Testemunhas

1- _____
Nome: _____
CPF nº _____

2- _____
Nome: _____
CPF nº _____

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

4 - Data da Autorização 09/08/2024	5 - Senha 72052068	6 - Data Validade da Senha
---------------------------------------	-----------------------	----------------------------

Dados do Beneficiário	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 72052068
-----------------------	---

8 - Número da Carteira 72052068	9 - Validade da Carteira 09/08/2024	10 - Nome SOFIA ESPITALHER MUCCINI	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 09/08/2024	23 - Indicação Clínica
--	-----------------------------------	--	------------------------

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

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 - Qtdde.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red/Acrusc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
---	--	--	----------------	-------------	----------	-----------	------------------------	---------------------------	------------------------

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

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)	48 - Seq. Ref. 49 - Gr.Part.	50 - Código na Operadora/CPP	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 OPM (R\$)	63 - Total Medicamentos (R\$)	64 - Total Gases Medicinais R\$	65 - Total Geral (R\$)
--------------------------------	-----------------------------------	----------------------------	-------------------------	-------------------------------	---------------------------------	------------------------

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

Impresso em: 09/08/2024 11:05:38	Página 1	fernanda.aparec	WATE70106
----------------------------------	----------	-----------------	-----------

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Sofia Espitalher Muccini
Nº da Carteira: 7.205.2068
Instituição: Colégio Adventista Palhoça



Data de Nascimento: 19/03/2012

Nº da Guia: 19786

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
09/08/2024	09:33:00	Quadra	Aula de educação física

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

Descrição

A aluna estava em aula de educação física, jogando com raquetes, e o dedo começou a inchar. A aluna referiu dor no local.

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

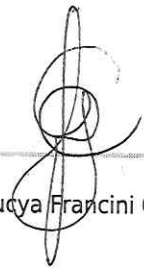
Quem prestou primeiros socorros	Data
Hemili Monitora	09/08/2024

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.

Ass.:


Glaucia Francini Collaço
Coordenadora Disciplinar

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 / portal.legre.clinicaadventista.org.br

Paciente **SOFIA ESPITALHER MUCCINI**

Data Nascto. 19/03/2012 12 Anos

Sexo Feminino

Telefone 999153120

Leito 1

Atendimento **3.254.278**

Prontuário 160.507

Dt. Entrada 09/08/2024 11:02:25

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
09/08/2024 11:37	09/08 11:38	Médico	Evolução Médica PA		TICIANO DOZZA POSSER	CRM 23068

Avaliação: Evolução Médica PA - ORTOPEDIA**Queixa Principal :** dor 2qdd

contusao jogando / dor adm

leve edema / dor local / tendoes íntegros

rx: sem frat

hd: contusao ligamentar

cd: paracetamol / orien

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



Paciente: **SOFIA ESPITALHER MUCCINI**
Data de Nascimento: 19/03/2012 Idade: 12anos 4M Sexo: F
Data do Exame: 09/08/2024
Solicitante: Dr.(a) TICIANO DOZZA POSSER
Protocolo: UGF3254278 Senha: 183487

unimedflorianopolis.com.br

Central de Atendimento:
(48) 3288 4100

Informações:
0800 048 3500

RADIOGRAFIA DIGITAL DO SEGUNDO QUIRODÁCTILO DIREITO

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

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

(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. Luiz Carlos Mattos dos Santos
CRM/SC 15871



Unimed

UGF - ADEP - Checagens por Setor/Atendimento (Faturamento)

De: 09/08/2024 11:02:25 até: 09/08/2024 11:44:32

Atendimento: 3254278

Paciente: SOFIA ESPITALHER MUCCINI

Instituto Adventista

Dt Entrada: 09/08/2024 11:02:25

Dt Alta: 09/08/2024 11:44:32

ORTOPEDIA

09/08/2024

Procedimento

Item	Qtde / Dose / UM	Intervalo	Horário do Item	Status	Profissional
RX MAO OU QUIRODÁCTILO (DEDO) - 2 INCIDÊNCIAS	1	Agora (Exames e Procedimentos)	09/08/2024 11:38:00	Administrado	RAFAEL ABREU DE SOUZA

Impresso em: 14/08/2024 10:21:14

Página 1

taina.estevao

CATE2088

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3265780

Contratante:

Paciente/Usuário

Atendimento Nº: 3265780

Nome: SOFIA ESPITALHER MUCCINI

Telefone: (48) 999153120

CPF: 13849187950

RG: 8155389

Endereço: Rua Assis Brasil, 6578 CASA

Responsável:

Nome: CARMEN

Telefone: 48999153120

CPF: 76457249000

RG:

Endereço: Rua Assis Brasil, 6578 CASA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



prestados e boleto bancário contemplando o valor total do pagamento, através do e-mail caixahospital@unimedflorianopolis.com.br (**CONTRATADA**) para o e-mail indicado na admissão do paciente (**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: 3265780

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	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuido pela Operadora 72052068
4 - Data da Autorização 21/08/2024	5 - Senha 72052068	10 - Nome SOFIA ESPITALHER MUCCINI	12 - Atendimento a RN N
8 - Número da Carteira 72052068		9 - Validade da Carteira 21/08/2024	11 - Cartão Nacional de Saúde

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 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 21/08/2024
23 - Indicação Clínica	24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039
26 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	27 - Qtdde.Solic. 1
28 - Qtdde.Aut. 1	

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 - Qtdde.
43 - Via	44 - Tec.
45 - Fator Red./Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)
47 - Valor Total (R\$)	

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)	
48 - Seg.Reg.	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 - / /	2 - / /
3 - / /	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						
21/08/2024						
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável						
Sofia Espitalher Muccini						
68 - Assinatura do Contratado						
21/08/2024						

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Sofia Espitalher Muccini
Nº da Carteira: 7.205.2068
Instituição: Colégio Adventista Palhoça



Data de Nascimento: 19/03/2012

Nº da Guia: 20156

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
21/08/2024	11:49:00	Sala de Aula	Aula de outras matérias

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Esquerdo

Descrição
A aluna estava em sala de aula e torceu o tornozelo sozinha.

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

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

Observações
Foi atendida pela monitoria e encaminhada a coordenação disciplinar.

Ass.:

Thiago José Jair Martins

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

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

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

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

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

Unimed

Evolução Paciente

Paciente	SOFIA ESPITALHER MUCCINI			Atendimento	3.265.780	
Data Nascto.	19/03/2012	12 Anos		Prontuário	160.507	
Sexo	Feminino			Dt. Entrada	21/08/2024 13:27:12	
Telefone	999153120			Convênio	Instituto Adventista Instituto	
Leito	1					

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
21/08/2024 14:29	21/08 14:30	Médico	Evolução Médica PA		JULIANO TEIXEIRA DE SA	CRM 17278

Avaliação: Evolução Médica PA - ORTOPEDIA

Queixa Principal : refere entorse de tornozelo esq
refere dor e aumento de volume lateral
ef
leve aumento de volume lateral
dor a pal FTA
apoio LIMITADO
rx sem laudo, sp
oriento possibilidade de lesao oculta ao exame de imagem
cdt
tratamento conservador de lesao ligamentar tornozelo esq
repouso, analgesia,
tala bota
par de muletas, nao pisar
seguimento amb
att 10 d
orientações

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

Impresso em: 22/08/2024 15:59:05

Página 1

taina.estevao

CATE23

Unimed

Manoel Loureiro, S/N - São José - SC

CNPJ:77858611001414 - Inscrição estadual: - Fone:

(CNES 9671145)

Conta paciente

(77858611001414)

Nota:

Emissao:

Nº atend: 3.265.780

Nº IC: 21.037.083

Paciente:

Convênio:

Usuário/Matrícula:

SOFIA ESPITALHER MUCCINI

Instituto Adventista

72052068

Categoria:

Instituto Adventista

Prontuário: 160507

Data entrada: 21/08/2024 13:27:12

Data saída: 21/08/2024 14:57:32

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 Enfermaria

Data 19/03/2012

Sexo: F

CID Princ: S93.4 Entorse e distensao do tornozelo

Guia: 20156

Senha: 20156

Dt Conta: 21/08/24 13:29

Dt inicial: 21/08/24 13:27

Dt final: 21/08/24 14:57

Refer: 01/10/24

Movimentação do Paciente

Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO	Setor sem acomodação	1/	21/08/2024 13:27:12	21/08/2024 14:57:32
2	Pronto socorro	ORTOPEDIA	Setor sem acomodação	1/	21/08/2024 13:40:50	21/08/2024 14:57:32
3	Serviços Especiais	RAIO X	Setor sem acomodação	1/	21/08/2024 14:17:00	21/08/2024 14:17:00

Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor
1	21/08/24 13:27	PRONTO ATENDIMENTO	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	17278	JULIANO TEIXEIRA	Clínico	73,52
2	21/08/24 14:20	RAIO X	40804089	Articulação Tibiotársica (Tornozelo)	1,00	12478	GUSTAVO LEMOS	Clínico	42,18
3	21/08/24 14:28	ORTOPEDIA	30711029	Membro Inferior	1,00	17278	JULIANO TEIXEIRA	Clínico	23,39
Total de Honorários Não Conveniados					3,00				139,09

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
2	78365678	ATADURA CREPON 06 CM X 1,8 M	rl	2,0000	1,2300	2,46
3	78340373	ATADURA GESSADA 10 CM X 3,0 M	rl	5,0000	3,9000	19,50
4	70034664	ATADURA ORTOPEDICA 10 CM X 1,8 M	rl	3,0000	12,8900	38,67
5	78202477	MALHA TUBULAR 10 CM X 15 M	cm	1,0000	0,0500	0,05
Total - ORTOPEdia -				15,0000		91,08
Total de Materiais				15,0000		91,08

Total geral R\$

230,17

Impresso em 22/08/2024 16:16:43

Pág 1

taina.estevao

FatAct_R7



Paciente: **SOFIA ESPITALHER MUCCINI**
Data de Nascimento: 19/03/2012 Idade: 12anos 5M Sexo: F
Data do Exame: 21/08/2024
Solicitante: Dr.(a) JULIANO TEIXEIRA DE SA
Protocolo: UGF3265780 Senha: 805295

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 traço de fratura.
Partes moles normais.

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

Aline Falqueto
Dra. Aline Falqueto Pelandré
CRM/SC 24788



UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3261423

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: SOPHIA HESS ALMEIDA

CPF: 11426360975

Endereço: Rua Francisca Inês da Costa, 218 casa

Atendimento Nº: 3261423

Telefone: (48) 9 91114019

RG:

Responsável:

Nome: ELIZEU

CPF: 04534148933

Endereço: Rua Francisca Inês da Costa, 218 casa

Telefone: 4891114019

RG: 4050443

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: 3261423

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: 3261423

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.: 3261423

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

2 - Nº Guia no Prestador 5466075

1 - Registro ANS
000000

3 - Nº Guia Principal

4 - Data da Autorização
16/08/2024

5 - Senha
20004

6 - Data Validade da Senha
20004

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira
7465701

9 - Validade da Carteira
16/08/2024

10 - Nome
SOPHIA HESS ALMEIDA

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

13 - Código na Operadora
77858611001414

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

15 - Nome do Profissional Solicitante
Requisitante Nao Cadastrado/nao Cooperado

16 - Conselho Profissional
6

17 - Número no Conselho
2526

18 - UF
SC

19 - Código CBO
225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caráter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
16/08/2024

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.
0

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

36 - Data
1

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.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 - 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 Responsável

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

853 - Data

854 - Data

855 - Data

856 - Data

857 - Data

858 - Data

859 - Data

860 - Data

861 - Data

862 - Data

863 - Data

864 - Data

865 - Data

866 - Data

867 - Data

868 - Data

869 - Data

870 - Data

871 - Data

872 - Data

873 - Data

874 - Data

875 - Data

876 - Data

877 - Data

878 - Data

879 - Data

880 - Data

881 - Data

882 - Data

883 - Data

884 - Data

885 - Data

886 - Data

887 - Data

888 - Data

889 - Data

890 - Data

891 - Data

892 - Data

893 - Data

894 - Data

895 - Data

896 - Data

897 - Data

898 - Data

899 - Data

900 - Data

901 - Data

902 - Data

903 - Data

904 - Data

905 - Data

906 - Data

907 - Data

908 - Data

909 - Data

910 - Data

911 - Data

912 - Data

913 - Data

914 - Data

915 - Data

916 - Data

917 - Data

918 - Data

919 - Data

920 - Data

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Sophia Hess Almeida

Nº da Carteirinha: 7.46.5701

Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Centro

Data de Nascimento: 21/08/2012

Nº da Guia: 20004



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
16/08/2024	14:35:00	Ginásio	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Mão Esquerda

Descrição

A aluna chocou o dedo com a bola.

Testemunha da ocorrência

Cleber Pires

Telefone

(48) 3039-8200

Quem prestou primeiros socorros

Cleber Pires

Data

16/08/2024

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

A aluna foi atendida pelo monitor e entramos em contato com a família.

Ass.:

Juliana Penna de Alcântara de Melo

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 **SOPHIA HESS ALMEIDA**

Data Nascto. 21/08/2012 11 Anos

Sexo Feminino

Telefone 9 91114019

Leito 1

Atendimento **3.261.423**

Prontuário 135.669

Dt. Entrada 16/08/2024 19:07:19

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
16/08/2024 20:06	16/08 20:07	Médico	Evolução Médica PA		LEANDRO DAVID DOS SANTOS	CRM 22137

Avaliação: Evolução Médica PA - ORTOPEDIA**Queixa Principal :** TRAUMA EM 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA, FUTEBOL.

DOR + EDEMA + EQUIMOSE.

RX: DISCRETA AVULSÃO UNGUEAL BASE VOLAR DA FALANGE INTERMEDIA..

TALA METALICA

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



Paciente: **SOPHIA HESS ALMEIDA**

Data de Nascimento: 21/08/2012 Idade: 11anos 11M Sexo: F

Data do Exame: 16/08/2024

Solicitante: Dr.(a) LEANDRO DAVID DOS SANTOS

Protocolo: UGF3261423 Senha: 863950

unimedflorianopolis.com.br

Central de Atendimento:
(48) 3288 4100

Informações:
0800 048 3500

RADIOGRAFIA DIGITAL MÃO ESQUERDA

Estrutura óssea preservada.

Relações articulares conservadas.

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. Joel Susumu Nishi Kajimura
CRM/SC 12071



Unimed

Manoel Loureiro, S/N - São José - SC

CNPJ:77858611001414 - Inscrição estadual: - Fone:

(CNES 9671145)

Conta paciente

(77858611001414)

Nota:

Paciente:

Convênio:

Usuário/Matrícula:

SOPHIA HESS ALMEIDA

Instituto Adventista

7465701

Categoria:

Instituto Adventista

Prontuário: 135669

Data entrada: 16/08/2024 19:07:19

Data saída: 16/08/2024 20:25:44

Motivo Alta: Alta melhora

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

Tipo atend: 3 - Pronto socorro

Espec/Clinica: 1 Clínica Adulto

Proc Princ: 30722420

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

Tipo acomodação Enfermaria

Data 21/08/2012

Sexo: F

CID Princ: S62.6 Frat de outr dedos

Guia: Não informada,20004

Senha:

Dt Conta: 16/08/24 19:08

Dt inicial: 16/08/24 19:07

Dt final: 16/08/24 20:25

Refer: 31/08/24

Movimentação do Paciente

Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO	Setor sem acomodação	1/	16/08/2024 19:07:19	16/08/2024 20:25:44
2	Pronto socorro	ORTOPEDIA	Setor sem acomodação	1/	16/08/2024 19:18:58	16/08/2024 20:25:44
3	Serviços Especiais	RAIO X	Setor sem acomodação	1/	16/08/2024 19:51:00	16/08/2024 19:51:00

Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor
1	16/08/24 19:07	PRONTO ATENDIMENTO	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	22137	LEANDRO DAVID	Clínico	95,58
2	16/08/24 19:53	ORTOPEDIA	30711010	Imobilizações Não-Gessadas (Qualquer Segmento)	1,00	22137	LEANDRO DAVID	Clínico	15,21
3	16/08/24 19:53	ORTOPEDIA	30722420	Fraturas E/Ou Luxações De Falanges (Interfalangeanas) - Redução Incruenta	1,00	22137	LEANDRO DAVID	Clínico	81,82
4	16/08/24 20:11	RAIO X	40803147	Incidência Adicional De Membro Superior	1,00	12071	JOEL SUSUMU	Clínico	16,98
5	16/08/24 20:11	RAIO X	40803120	Mão Ou Quirodáctilo	1,00	12071	JOEL SUSUMU	Clínico	42,18
Total de Honorários Não Conveniados					5,00				251,77

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\$

256,21

Impresso em 20/08/2024 09:52:33

Pág 1

priscilacarla.s

FatAct_R7