

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3279309

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: BENICIO RAMOS COSER

CPF: 14487282900

Endereço: Rua Najla Carone Goedert, 835 casa

Atendimento Nº: 3279309

Telefone: (48) 991572777

RG:

Responsável:

Nome: MARCOS

CPF: 00781153964

Endereço: Servidão Belarmino Antônio da Silva, 419 CASA

Telefone: 04884590903

RG: 4305338

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: 3279309

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: 3279309

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

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

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

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

Nome da Acompanhante _____
CPF nº _____

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

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

São José/SC, ____/____/____



CONTRATANTE/RESPONSÁVEL

CONTRATADA

Testemunhas

1- _____
Nome: _____
CPF nº _____

2- _____
Nome: _____
CPF nº _____

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

Atend.: 3279309

2 - N° Guia no Prestador 5498738

Instituto Adventista

1 - Registro ANS 000000	3 - N° Guia Principal	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 20633	12 - Atendimento a RN N
4 - Data da Autorização 03/09/2024	5 - Senha 20633	6 - Data Validade da Senha	
Dados do Beneficiário		9 - Validade da Carteira 01/01/2027	11 - Cartão Nacional de Saúde
8 - Número da Carteira 20633	10 - Nome BENICIO RAMOS COSER		
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	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 03/09/2024	23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 1 22	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039	26 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	27 - Qtdde.Solic. 1
28 - Qtdde.Aut. 1			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			
43			
44			
45			
46			
47			
48			
49			
50			
51			
52			
53			
54			
55			
56			
57			
58			
59			
60			
61			
62			
63			
64			
65			
66			
67			
68			
69			
70			
71			
72			
73			
74			
75			
76			
77			
78			
79			
80			
81			
82			
83			
84			
85			
86			
87			
88			
89			
90			
91			
92			
93			
94			
95			
96			
97			
98			
99			
100			

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Benício Ramos Coser
Nº da Carteira: 7.205.919
Instituição: Colégio Adventista Palhoça



Data de Nascimento: 10/02/2013

Nº da Guia: 20633

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
03/09/2024	16:49:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Direito

Descrição

O aluno estava jogando futebol e sentiu dor no joelho quando colocou o pé para frente.

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

O aluno foi atendido pela monitoria que colocou gelo no local.

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

Paciente **BENICIO RAMOS COSER**

Data Nascto. 10/02/2013 11 Anos

Sexo Masculino

Telefone 991572777

Leito 1

Atendimento **3.279.309**

Prontuário 99.852.384

Dt. Entrada 03/09/2024 19:58:02

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
03/09/2024 20:50	03/09 20:51	Médico	Evolução Médica PA		KEITH LUCIA KOTANI	CRM 13910

Avaliação: Evolução Médica PA - REAVALIAÇÃO**Reavaliação :** SEM FRATURA

OSGOOD SCHLATTER

Plano : REAVAL EM 2 SEMANAS

SOLICITO RMM

ENFAIXAMENTO

REPOUSO

RETORNO

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

Paciente **BENICIO RAMOS COSER**

Data Nascto. 10/02/2013 11 Anos

Sexo Masculino

Telefone 991572777

Leito 1

Atendimento **3.279.309**

Prontuário 99.852.384

Dt. Entrada 03/09/2024 19:58:02

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
03/09/2024 20:38	03/09 20:39	Médico	Evolução Médica PA		KEITH LUCIA KOTANI	CRM 13910

Avaliação: Evolução Médica PA - ORTOPEDIA**Queixa Principal :** QUEDA COM TRAUMA DIRETO NO JOELHO DIREITOEF> MECANISMO EXTENSOR INTEGRO
BPP NEUROVACS OK SEMD EFICITS

SEM INTABILIDADES GROSSEIRAS

RX

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

Unimed

Evolução Paciente

Paciente	BENICIO RAMOS COSER			Atendimento	3.279.309	
Data Nascto.	10/02/2013	11 Anos		Prontuário	99.852.384	
Sexo	Masculino			Dt. Entrada	03/09/2024 19:58:02	
Telefone	991572777			Convênio	Instituto Adventista Instituto	
Leito	1					

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
03/09/2024 21:04	03/09 21:04	Enfermeiro	Anotações de		PAULO EDUARDO DIAS	COREN 453552

Realizado imobilização com enfaixamento de joelho.

Impresso em: 05/09/2024 12:06:57

Página 1

taina.estevao

CATE23

Documento assinado digitalmente conforme a ICP-Brasil, MP 2.200-2/2001 no sistema certificado SBIS-SRES-068 por PAULO EDUARDO DIAS, às 06:26-03:00 de 04/09/2024 - Válida



Paciente: **BENICIO RAMOS COSER**

Data de Nascimento: 10/02/2013 Idade: 11anos 6M Sexo: M

Data do Exame: 03/09/2024

Solicitante: Dr.(a) KEITH LUCIA KOTANI

Protocolo: UGF3279309 Senha: 510968

unimedflorianopolis.com.br

Central de Atendimento:
(48) 3288 4100

Informações:
0800 048 3500

RADIOGRAFIA DIGITAL DO JOELHO DIREITO

Fragmentação da tuberosidade anterior da tíbia, podendo estar associado a doença de Osgood-Schlatter.

Corticais ósseas íntegras.

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: 3279216

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: LARA ARAUJO FORNARI

CPF: 14060508900

Endereço: Avenida Cruz e Souza, 441 apto 1002

Atendimento Nº: 3279216

Telefone: (48) 998468840

RG: 8438698

Responsável:

Nome: FABIO

CPF: 93230001915

Endereço: Rua Brasilpinho, 261 APTO 602

Telefone: 5548998468840

RG: 3080399

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: 3279216

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: 3279216

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 Atribuído pela Operadora	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
4 - Data da Autorização 03/09/2024	5 - Senha 20634	9 - Validade da Carteira 03/09/2024	10 - Nome LARA ARAUJO FORNARI		
Dados do Beneficiário 8 - Número da Carteira 7585607					
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/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 Mens Assistenciais Solicitados 21 - Cartão do Atendimento 2 22 - Data da Solicitação 03/09/2024					
23 - Indicação Clínica					
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039					
26 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO					
27 - Qtd.Solic. 1					
28 - Qtd.Aut. 1					
29 - Valor Unitário (R\$)					
30 - Valor Total (R\$)					
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 (incidente 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\$)					
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s) 48 - Seqüel. 49 - Gr.Pat. 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 Opje (R\$)					
63 - Total Medicamentos (R\$)					
64 - Total Gases Medicinais R\$					
65 - Total Geral (R\$)					
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 03/09/2024					
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 03/09/2024					
68 - Assinatura do Contratado 03/09/2024					

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Lara Araujo Fornari
Nº da Carteirinha: 7.58.5607
Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Estreito



Data de Nascimento: 25/04/2013

Nº da Guia: 20634

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
03/09/2024	16:51:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Tornozelo Direito

Descrição

torsão a aluna teve contato com sua colega no qual veio atingir o tornozelo direito. A aluna estava participando da aula educação física.

Testemunha da ocorrência

Guilherme

Telefone

(48) 3039-8100

Quem prestou primeiros socorros

Guilherme

Data

03/09/2024

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 PELO MONITOR DA UNIDADE E AVISAMOS A FAMILIA VIA SISTEMA SECRETARIA .

Ass.:

Marcos S. Goleão
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 **LARA ARAUJO FORNARI**

Data Nascto. 25/04/2013 11 Anos

Sexo Feminino

Telefone 998468840

Leito 1

Atendimento **3.279.216**

Prontuário 99.716.711

Dt. Entrada 03/09/2024 18:02:48

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
03/09/2024 18:40	03/09 18:40	Médico	Evolução Médica PA		KEITH LUCIA KOTANI	CRM 13910

Avaliação: Evolução Médica PA - ORTOPEDIA**Queixa Principal :** entorse dor tornozelo hj

ef> dor edema base 5º mtt
bpp neurovacs ok sem deficits

rx

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

Paciente **LARA ARAUJO FORNARI**

Data Nascto. 25/04/2013 11 Anos

Sexo Feminino

Telefone 998468840

Leito 1

Atendimento **3.279.216**

Prontuário 99.716.711

Dt. Entrada 03/09/2024 18:02:48

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
03/09/2024 19:00	03/09 19:02	Médico	Evolução Médica PA		KEITH LUCIA KOTANI	CRM 13910

Avaliação: Evolução Médica PA - REAVALIAÇÃO**Reavaliação :** RX FX DO 5º MTT**Plano :** ANALGESIA

REPOUSO

TALA

ATM

RETORNO SN

RETORNO AMBULATORIAL EM 2 SEMANAS

PAI E PACIENTE CIENTES E DE ACORDO

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



Paciente: **LARA ARAUJO FORNARI**

Data de Nascimento: 25/04/2013 Idade: 11anos 4M Sexo: F

Data do Exame: 03/09/2024

Solicitante: Dr.(a) KEITH LUCIA KOTANI

Protocolo: UGF3279216 Senha: 785294

unimedflorianopolis.com.br

Central de Atendimento:
(48) 3288 4100

Informações:
0800 048 3500

RADIOGRAFIA DIGITAL DO TORNOZELO/PÉ DIREITO

Fratura da base do 5º metatarso.

Demais estruturas ósteo-articulares preservadas.

Aumento do volume das partes moles.

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

(Protocolo/senha informados após o exame).

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

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


Dr. Nelson Cabral Junior
CRM/SC 6561





Paciente: **LARA ARAUJO FORNARI**

Data de Nascimento: 25/04/2013 Idade: 11anos 4M Sexo: F

Data do Exame: 03/09/2024

Solicitante: Dr.(a) KEITH LUCIA KOTANI

Protocolo: UGF3279216 Senha: 785294

unimedflorianopolis.com.br

Central de Atendimento:
(48) 3288 4100

Informações:
0800 048 3500

RADIOGRAFIA DIGITAL DO TORNOZELO/PÉ DIREITO

Fratura da base do 5º metatarso.

Demais estruturas ósteo-articulares preservadas.

Aumento do volume das partes moles.

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

(Protocolo/senha informados após o exame).

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

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


Dr. Nelson Cabral Junior
CRM/SC 6561



Unimed



Manoel Loureiro, S/N - São José - SC

CNPJ:77858611001414 - Inscrição estadual: - Fone:

(CNES 9671145)

Conta paciente

(77858611001414)

Nota:

Paciente:

LARA ARAUJO FORNARI

Convênio:

Instituto Adventista

Usuário/Matrícula:

7585607

Categoria:

Instituto Adventista

Emissao:

Nº atend: 3.279.216

Nº IC: 21.051.379

Prontuário: 99716711

Data entrada: 03/09/2024 18:02:48

Data saída: 03/09/2024 19:41:45

Motivo Alta: Alta melhora

Médico: Dra. KEITH LUCIA KOTANI (CRM 13910)

Tipo atend: 3 - Pronto socorro

Proc Princ: 00000000 0

Espec/Clinica: 1 Clinica Adulto

Tipo acomodação Setor sem acomodação

Data 25/04/2013

Sexo: F

CID Princ: S93.4 Entorse e distensao do tornozelo

Guia: 20634

Senha: 20634

Dt Conta: 03/09/24 18:03

Dt inicial: 03/09/24 18:02

Dt final: 03/09/24 19:41

Refer: 30/09/24

Movimentação do Paciente

Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO	Setor sem acomodação	1/	03/09/2024 18:02:48	03/09/2024 19:41:45
2	Pronto socorro	ORTOPEDIA	Setor sem acomodação	1/	03/09/2024 18:19:51	03/09/2024 19:41:45
3	Serviços Especiais	RAIO X	Setor sem acomodação	1/	03/09/2024 18:26:00	03/09/2024 18:26:00
4	Centro cirúrgico	CENTRO CIRURGICO	Setor sem acomodação	1/	03/09/2024 18:58:32	03/09/2024 18:58:32

Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor
1	03/09/24 18:02	PRONTO ATENDIMENTO	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	13910	KEITH LUCIA	Clínico	73,52
2	03/09/24 18:53	RAIO X	40804097	Pé Ou Pododáctilo	1,00	6561	NELSON CABRAL	Clínico	43,84
3	03/09/24 18:53	RAIO X	40804089	Articulação Tibiotársica (Tornozelo)	1,00	6561	NELSON CABRAL	Clínico	42,18
4	03/09/24 18:58	ORTOPEDIA	30711029	Membro Inferior	1,00	13910	KEITH LUCIA	Clínico	23,39
5	03/09/24 18:59	ORTOPEDIA	30728096	Fratura De Tornozelo - Tratamento Conservador	1,00	13910	KEITH LUCIA	Clínico	88,00
Total de Honorários Não Conveniados					5,00				270,93

Materiais

Seq	Código	Descrição	Unid.	Qtde	VI Unit.	VI Total
ORTOPEDIA						
1	78988624	ATADURA CREPE 10CMX1,8MT (EM REPOUSO) 13FIO ESTERIL	rl	2,0000	7,6000	15,20
2	78988780	ATADURA CREPON 15 CM X 1,8 M	rl	2,0000	11,2400	22,48
3	70858845	ATADURA GESSADA 20 CM X 4,0 M	rl	2,0000	6,8800	13,76
4	70034664	ATADURA ORTOPEDICA 10 CM X 1,8 M	rl	1,0000	12,8900	12,89
5	70034702	ATADURA ORTOPEDICA 15 CM X 1,8 M	rl	1,0000	12,5500	12,55
6	70034729	ATADURA ORTOPEDICA 20 CM X 1,8 M	rl	1,0000	16,7300	16,73
7	78202477	MALHA TUBULAR 08 CM X 15 M	cm	120,0000	0,0400	4,80
Total - ORTOPEDIA -				129,0000		98,41
Total de Materiais				129,0000		98,41

Total geral R\$

369,34

Impresso em 05/09/2024 18:27:37

Pág 1

taina.estevao

FatAct_R7

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3279729

Contratante:

Paciente/Usuário

Atendimento Nº: 3279729

Nome: DANIEL MATOS MADEIRA

Telefone: (48) 996509856

CPF: 11830716980

RG:

Endereço: Rua vereador jacob knabben da silva ,

Responsável:

Nome: VANDER

Telefone: 48996509856

CPF: 02629153916

RG: 2815873

Endereço: rua capri , 390 ap 103

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: 3279729

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 inadimplência, 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: 3279729

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.

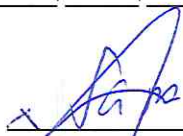
Nome da Acompanhante _____

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 04/09/2024	5 - Senha 20642	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 20642
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira 72051288	9 - Validade da Carteira 30/06/2025
Dados do Solicitante		10 - Nome DANIEL MATOS MADEIRA	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
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	21 - Cartão do Atendimento
22 - Data da Solicitação 04/09/2024	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039	26 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO
27 - Qtd. Solic. 1	28 - Qtd. Aut. 0	29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado
Dados do Contratado Executante		31 - Código CNES	32 - Tipo de Atendimento
33 - Indicação de Acidente (paciente 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./Acessc.
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 OPMs (R\$)	63 - Total Medicamentos (R\$)	64 - Total Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado	69 - Assinatura do Profissional

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Daniel Matos Madeira
Nº da Carteirinha: 7.205.1288
Instituição: Colégio Adventista Palhoça

Data de Nascimento: 20/05/2008

Nº da Guia: 20642



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
04/09/2024	08:36:00	Quadra	Aula de outras matérias

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

Descrição

O aluno estava jogando futebol e em uma dividida de bola o colega chutou o seu dedo.

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Miqueias - Pastor	04/09/2024

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

Observações

Foi aplicado gelo no local.

16.726.884/0135-30
Inst. Adv. Sul Bras. de Educação
Colégio Adventista Palhoça
Av. Raulino Pagani, 420
Pagani - CEP: 88.132-199
PALHOÇA-SC

ASS.: _____

Glautya 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 / portalegre.clinicaadventista.org.br

Paciente **DANIEL MATOS MADEIRA**

Data Nascto. 20/05/2008 16 Anos

Sexo Masculino

Telefone 996509856

Leito 1

Atendimento **3.279.729**

Prontuário 99.675.149

Dt. Entrada 04/09/2024 09:29:21

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
04/09/2024 09:52	04/09 10:11	Médico	Evolução Médica PA		MARCOS ANTONIO THEREZA FILHO	CRM 21942

Avaliação: Evolução Médica PA - ORTOPEDIA**Queixa Principal :** PRONTO ATENDIMENTO - ORTOPEDIA

Daniel, 16 anos
Acompanhante mãe

HMA: trauma direto no halux esquerdo ontem

HMP: nega alergiasou comrobidades

Exame físico:
tolera carga total, claudicação diuscret
dor a palpação, edema leve no doros e equimose leve na IF do halux
mobilidade rpeservada apesnar da dor

Radiografia: sem evidencias de frautars

HD: contusao ou fratura salter I

Conduta:
baruk
analegsgia
ATM para educaçã física
orientações
reavlaição se piora ou petsitencia dos sintomas

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



Paciente: **DANIEL MATOS MADEIRA**

Data de Nascimento: 20/05/2008 Idade: 16anos 3M Sexo: M

Data do Exame: 04/09/2024

Solicitante: Dr.(a) MARCOS ANTONIO THEREZA FILHO

Protocolo: UGF3279729 Senha: 736942

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. Gustavo Lemos Pelandré
CRM/SC 12478



