

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



Atendimento: 3249972

**Contratante:**

Paciente/Usuário

Nome: HELENA CARDOSO DOS SANTOS

CPF: 14227455979

Endereço: Servidão Maria Enid Ternes Buchele. ,

Atendimento Nº: 3249972

Telefone: (48) 984123138

RG:

**Responsável:**

Nome: FERNAN

CPF: 00337789908

Endereço: Servidão Maria Enid Ternes Buchele , 533 CASA

Telefone: 5548984123138

RG:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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: 3249972

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CPF nº \_\_\_\_\_

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

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

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

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

\_\_\_\_\_  
CONTRATADA

**Testemunhas**

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

Nome:

CPF nº

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

Nome:

CPF nº



# 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:** 19594

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
05/08/2024	11:22:00	Corredor	brincadeira

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Direito

**Descrição**  
depois do recreio o aluno Olavo deu um chute em o pé direito acabou machucando aluna, no corredor do segundo andar.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Marcos Galvão	(48) 98492-9026

Quem prestou primeiros socorros	Data
Yusdania Rodriguez	05/08/2024

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

**Observações**  
foi colocado gelo no primeiro atendimento , foi comunicado a família o ocorrido e o aluno encaminhado ao hospital.

Ass.:

Rodrigo Corvalão

Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: <https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: [assistenciamedica@clinicaadventista.org.br](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) (não credenciados) com os seguintes dados:  
Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0003-31  
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157  
[assistenciamedica@clinicaadventista.org.br](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [portoalegre.clinicaadventista.org.br](http://portoalegre.clinicaadventista.org.br)



Paciente:	Convênio:	Usuário/Matrícula:	<b>Emissão:</b> Nº atend: 3.249.972 Nº IC: 21.018.461
<b>HELENA CARDOSO DOS SANTOS</b>	<b>Instituto Adventista</b>	<b>7584880</b>	
Categoria:	<b>Instituto Adventista</b>		

Prontuário: 99849925 Data entrada: 05/08/2024 14:49:56 Data saída: 05/08/2024 16:49:17 Motivo Alta: Alta melhora  
Médico: Dr. LUIZ FERNANDO PEREIRA (CRM 11405) Tipo atend: 3 - Pronto socorro  
Proc Princ: 30728134 Lesões Ligamentares Agudas Ao Nível Do Tornozelo - Tratamento Espec/Clinica: 1 Clinica Adulto  
Tipo acomodação Enfermaria  
Data 23/04/2010 Sexo: F  
CID Princ: S93.4 Entorse e distensao do tornozelo  
Guia: 19594 Senha: 19594

Dt Conta: 05/08/24 14:51 Dt inicial: 05/08/24 14:49 Dt final: 05/08/24 16:49 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/	05/08/2024 14:49:56	05/08/2024 16:49:17
2	Pronto socorro	ORTOPEDIA	Setor sem acomodação	1/	05/08/2024 14:59:48	05/08/2024 16:49:17
3	Serviços Especiais	RAIO X	Setor sem acomodação	1/	05/08/2024 15:36:00	05/08/2024 15:36:00

## Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor
1	05/08/24 14:49	PRONTO ATENDIMENTO	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	11405	LUIZ FERNANDO	Clínico	73,52
2	05/08/24 16:00	RAIO X	40804089	Articulação Tibiotársica (Tornozelo)	1,00	8280	ROBERTO	Clínico	42,18
3	05/08/24 16:11	ORTOPEDIA	30711029	Membro Inferior	1,00	11405	LUIZ FERNANDO	Clínico	23,39
4	05/08/24 16:11	ORTOPEDIA	30728134	Lesões Ligamentares Agudas Ao Nível Do Tornozelo - Tratamento Incruento	1,00	11405	LUIZ FERNANDO	Clínico	102,48
<b>Total de Honorários Não Conveniados</b>					<b>4,00</b>				<b>241,57</b>

## Materiais

Seq	Código	Descrição	Unid.	Qtde	VI Unit.	VI Total
<b>ORTOPEDIA</b>						
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 06 CM X 15 M	cm	150,0000	0,0300	4,50
<b>Total - ORTOPEDIA -</b>				<b>164,0000</b>		<b>95,53</b>
<b>Total de Materiais</b>				<b>164,0000</b>		<b>95,53</b>

Total geral R\$

337,10

Paciente **HELENA CARDOSO DOS SANTOS**

Data Nascto. 23/04/2010 14 Anos

Sexo Feminino

Telefone 984123138

Leito 1

Atendimento **3.249.972**

Prontuário 99.849.925

Dt. Entrada 05/08/2024 14:49:56

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
05/08/2024 15:33	05/08 16:08	Médico	Evolução Médica PA		LUIZ FERNANDO PEREIRA	CRM 11405

**Avaliação:** Evolução Médica PA

**Avaliação Médica :** ENTORSE DO TORNOZELO DIREITO HOJE NA ESCOLA  
DOR LIGAMENTAR LATERAL  
RX SEM FRATURAS  
TALA BOTA  
ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL  
USG AMBULATORIAL  
ANAGESIA VO

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

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

De: 05/08/2024 14:49:56 até: 05/08/2024 16:49:17

Atendimento: 3249972

Paciente: HELENA CARDOSO DOS SANTOS

Instituto Adventista

Dt Entrada: 05/08/2024 14:49:56

Dt Alta: 05/08/2024 16:49:17

### ORTOPEDIA

05/08/2024

#### Procedimento

Item	Qtde / Dose / UM	Intervalo	Horário do Item	Status	Professional
LESÕES LIGAMENTARES AGUDAS AO NÍVEL DO TORNOZELO -	1	Agora (Exames e Procedimentos)	05/08/2024 16:11:00	Administrado	LUIZ FERNANDO PEREIRA
MEMBRO INFERIOR - TALA DE PÉ / TORNOZELO	1	Agora (Exames e Procedimentos)	05/08/2024 16:11:00	Administrado	LUIZ FERNANDO PEREIRA
RX ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO) - 2 INCIDÊNCIAS	1	Agora (Exames e Procedimentos)	05/08/2024 15:36:00	Administrado	PAULO AUGUSTO BROCKVELD

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



Atendimento: 3249661

**Contratante:**

Paciente/Usuário

Nome: DANIEL MATIAS DIAS

CPF: 15083294940

Endereço: Travessa Bom Pastor, 164 casa

Atendimento Nº: 3249661

Telefone: (48) 998355617

RG:

**Responsável:**

Nome: RICARDO

CPF: 03474279955

Endereço: RUA AMILTON RUBENS SCHIMIDT, 926 VILA

Telefone: 48984726808

RG:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Atendimento: 3249661

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: 3249661

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

*[Assinatura]*  
CONTRATANTE/RESPONSÁVEL

\_\_\_\_\_  
CONTRATADA

**Testemunhas**

1- \_\_\_\_\_  
Nome:  
CPF nº

2- \_\_\_\_\_  
Nome:  
CPF nº

1 - Registro ANS 000000	3 - N° Guia Principal	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
4 - Data da Autorização 05/08/2024	5 - Senha 7466302	9 - Validade da Carteira 05/08/2024	10 - Nome DANIEL MATIAS DIAS
8 - Número da Carteira 7466302			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 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 Itens Assistenciais Solicitados		
21 - Cartão do Atendimento 2	22 - Data de Solicitação 05/08/2024	23 - Indicação Clínica
24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039	26 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO
27 - Qtd. Solic.	28 - Qtd. Aut.	
2	1	1
3		
4		
5		

Dados do Contratado Executante	
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado
Dados do atendimento	
31 - Código GNES	
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
2										
3										
4										
5										

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)							
48 - Seq. Insr.	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 - / /		

59 - 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 05/08/2024	68 - Assinatura do Contratado 05/08/2024
---	--	---

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Daniel Matias Dias  
**Nº da Carteira:** 7.46.6302  
**Instituição:** Colégio Adventista de Florianópolis - Centro



**Data de Nascimento:** 21/03/2013

**Nº da Guia:** 19581

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
05/08/2024	09:01:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Aluno foi abaixar para pegar uma bola e travou a coluna.	Costas

Descrição
Aluno se abaixou para pegar uma bola e travou a coluna.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Cleiton	(48) 3039-8200

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

Observações
Aluno foi atendido pela monitoria e ligado para o responsável do aluno.

Ass.: \_\_\_\_\_

Jardson Rocha

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

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

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

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



Paciente: <b>DANIEL MATIAS DIAS</b>	Convênio: <b>Instituto Adventista</b>	Usuário/Matrícula: <b>7466302</b>	<b>Emissão:</b> Nº atend: <b>3.249.661</b> Nº IC: <b>21.018.174</b>
Categoria: <b>Instituto Adventista</b>			

Prontuário: 99849904 Data entrada: 05/08/2024 11:45:43 Data saída: 05/08/2024 14:00:00 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 Setor sem acomodação  
Data 21/03/2013 Sexo: M  
CID Princ: M54.2 Cervicalgia  
Guia: 19581 Senha: 19581

Dt Conta: 05/08/24 11:47 Dt inicial: 05/08/24 11:45 Dt final: 05/08/24 14:00 Refer: 01/09/24

**Movimentação do Paciente**

Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO	Setor sem acomodação	1/	05/08/2024 11:45:43	05/08/2024 14:00:00
2	Pronto socorro	ORTOPEDIA	Setor sem acomodação	1/	05/08/2024 11:51:59	05/08/2024 14:00:00
3	Serviços Especiais	RAIO X	Setor sem acomodação	1/	05/08/2024 12:56:00	05/08/2024 12:56:00

**Honorários Não Conveniados**

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor
1	05/08/24 11:45	PRONTO ATENDIMENTO	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	6547	CLAYTON MIGUEL	Clínico	73,52
2	05/08/24 13:42	RAIO X	40802035	Coluna Dorsal - 2 Incidências	1,00	8280	ROBERTO	Clínico	48,99
3	05/08/24 13:43	RAIO X	40802019	Coluna Cervical - 3 Incidências	1,00	8280	ROBERTO	Clínico	44,62
<b>Total de Honorários Não Conveniados</b>					<b>3,00</b>				<b>167,13</b>

**Total geral R\$****167,13**

Paciente	<b>DANIEL MATIAS DIAS</b>		Atendimento	<b>3.249.661</b>
Data Nascto.	21/03/2013	11 Anos	Prontuário	99.849.904
Sexo	Masculino		Dt. Entrada	05/08/2024 11:45:43
Telefone	998355617		Convênio	Instituto Adventista Instituto
Leito	1			

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
05/08/2024 12:53	05/08 13:44	Médico	Evolução Médica PA		CLAYTON MIGUEL COSTA	CRM 6547

**Avaliação:** Evolução Médica PA**Avaliação Médica :** s-Travou a coluna na escola hoje

Nega alergias

Nega comorbidades

o-Do rna coluna cervico dorsal

Rx sp

a-Cervico dorsalgia miogena

p-Ibuprofeno 400 e paracetamol

Repouos do esporte por 1 semana

**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



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

De: 05/08/2024 11:45:43 até: 05/08/2024 14:00:00

Atendimento: 3249661

Paciente: DANIEL MATIAS DIAS

Instituto Adventista

Dt Entrada: 05/08/2024 11:45:43

Dt Alta: 05/08/2024 14:00:00

### ORTOPEDIA

05/08/2024

#### Procedimento

Item	Qtde / Dose / UM	Intervalo	Horário do Item	Status	Professional
RX COLUNA CERVICAL - 3 INCIDÊNCIAS	1	Agora (Exames e Procedimentos)	05/08/2024 12:56:00	Administrado	CARLA DENISE LANGE D AVILA
RX COLUNA DORSAL - 2 Incidências	1	Agora (Exames e Procedimentos)	05/08/2024 12:56:00	Administrado	CARLA DENISE LANGE D AVILA