

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3213965

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: BRAYAN RUAN DE OLIVEIRA CASTRO

CPF: 60100049001

Endereço: Avenida Paulo Roberto Vidal, 1455 casa

Atendimento Nº: 3213965

Telefone: (48) 988792000

RG:

Responsável:

Nome: EVANDR

CPF: 02248915020

Endereço: Avenida Paulo Roberto Vidal, 1122 casa 1122

Telefone: 5548988793000

RG:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



prestados e boleto bancário contemplando o valor total do pagamento, através do e-mail caixahospital@unimedflorianopolis.com.br (**CONTRATADA**) para o e-mail indicado na admissão do paciente (**CONTRATANTE**), a fim de que seja quitado no prazo máximo de 72h (setenta e duas horas).

Parágrafo Terceiro. Em caso de inadimplemento, os valores devidos serão acrescidos de multa de 2% (dois por cento) e juros de mora correspondentes a 1% (um por cento) ao mês, calculados *pro rata die*, da data imediatamente após o vencimento até o efetivo pagamento.

Parágrafo Quarto: No caso de atraso ou inadimplemento da dívida por mais de 30 (trinta) dias consecutivos, o(s) **CONTRATANTE(S)** estão cientes de que o débito poderá ser levado a protesto, entregue à firma de cobrança ou ainda ser informado ao Serviço de Proteção ao Crédito (SPC), SERASA Experian e outros, além de estar sujeito à cobrança judicial ou extrajudicial pela **CONTRATADA**, com a incidência de honorários advocatícios, observada a legislação vigente.

Parágrafo Quinto. O(s) **CONTRATANTE(S)** deve(m) notificar a **CONTRATADA**, imediatamente, sobre eventual mudança do e-mail indicado no *caput* desta cláusula.

Cláusula Quinta: O(s) **CONTRATANTE(S)** declara(m) que (i) cumprirão as normas, regulamentos, fluxos e orientações estabelecidos pela **CONTRATADA**; (ii) obedecerão aos direitos dos demais pacientes, funcionários e prestadores de serviços da **CONTRATADA**, tratando-os com civilidade e cortesia; (iii) custodiarão e se responsabilizarão por seus objetos e/ou valores, inclusive do(s) respectivo(s) acompanhante(s) e/ou visitante(s) do paciente; (iv) efetuarão o pagamento particular dos medicamentos de uso ambulatorial, devidamente utilizados durante o atendimento pela **CONTRATADA**, inclusive quando não houver cobertura contratual pelo plano privado de assistência à saúde; (v) acatarão a decisão da **CONTRATADA** para realizar a troca do leito, quando houver necessidade de higienização, desinfecção e/ou manutenção estrutural da acomodação utilizada; (vi) têm ciência de que a **CONTRATADA** possui câmara de vigilância instaladas nas suas dependências, inclusive, que as imagens gravadas são confidenciais e protegidas, nos termos da legislação vigente; (vii) em conformidade com a Lei n.º 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais) concordam que a **CONTRATADA** compartilhe os dados pessoais sensíveis de saúde do paciente com os profissionais integrantes das suas equipes, com médicos indicados pelo próprio paciente e/ou responsável, com a finalidade de possibilitar a adequada prestação de serviços de assistência à saúde ao paciente, bem como à operadora ou seguradora de saúde a qual o paciente estiver vinculado, para fins de auditoria ou autorização prévia dos serviços prescritos; (viii) zelarão e se responsabilizarão por eventuais danos causados de forma dolosa ou culposa aos bens colocados à disposição para o conforto e tratamento do paciente; (ix) assumirão a responsabilidade pela recusa à realização de procedimentos ou tratamentos recomendados pelos profissionais de saúde e pela não atenção às orientações fornecidas pela equipe de saúde da **CONTRATADA**; (x) estão cientes de que as consultas de urgência/emergência, realizadas no Pronto Atendimento da **CONTRATADA**, particular ou convênio, não têm direito a retorno; (xi) devem dar informações completas e precisas sobre o histórico de saúde, doenças prévias, uso de medicamentos, procedimentos médicos anteriores e outros problemas relacionados à saúde do paciente; (xii) têm conhecimento de que o prontuário médico deverá permanecer sob a guarda dos médicos da **CONTRATADA**; (xiii) o **CONTRATANTE/RESPONSÁVEL** será o responsável pelo paciente acima identificado e, por consequência: (xiii.1) dará plena autorização aos médicos da **CONTRATADA** para assistirem e tratarem da sua enfermidade, realizando todos os procedimentos e investigações que julgarem necessários para a preservação da vida, órgãos e funções do paciente; (xiii.2) está ciente de que os médicos assistentes, em conformidade com o artigo 34 do Código de Ética Médica e artigo 9º da Lei nº 8.078/90, explicarão claramente a proposta do procedimento médico ou cirúrgico ao qual o paciente será submetido, inclusive seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas aos procedimentos sugeridos, proporcionando-lhe livre questionamento e respondendo inteira e satisfatoriamente às perguntas porventura existentes;

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

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3213965

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, ____/____/____

Evandro Castro

CONTRATANTE/RESPONSÁVEL

CONTRATADA

Testemunhas

1- _____

Nome:

CPF nº

2- _____

Nome:

CPF nº

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

4 - Data da Autorização 26/06/2024	5 - Senha 19058	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 19058
---------------------------------------	--------------------	----------------------------	--

Dados do Beneficiário	8 - Número da Carteira 72052010	9 - Validade da Carteira 01/10/2025	10 - Nome BRAYAN RUAN DE OLIVEIRA CASTRO	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atend./Atento a RN N
-----------------------	------------------------------------	--	---	-------------------------------	------------------------------

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

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados	21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 26/06/2024	23 - Indicação Clínica
---	----------------------------------	--	------------------------

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

29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

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

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

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

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

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)	48 - Seq. Ref.	49 - Gr. Part.	60 - Código na Operadora	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
--	----------------	----------------	--------------------------	---------------------------	----------------------------	-------------------------	---------	-----------------

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

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

58 - Observação / Justificativa

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

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Brayan Ruan de Oliveira Castro
Nº da Carteirinha: 7.205.2010
Instituição: Colégio Adventista Palhoça



Data de Nascimento: 17/05/2010

Nº da Guia: 19058

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
26/06/2024	17:46:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Antebraço Direito, Mão Direita

Descrição
O aluno estava jogando futebol, caiu com o pulso no chão.

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
Aluno foi prontamente atendido pelo monitor que colocou gelo no local e encaminhado a vice direção, no qual foi feito contato aos responsáveis.

Ass.:


Thiago José Jair Martins

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

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



Paciente: **BRAYAN RUAN DE OLIVEIRA CASTRO**
Data de Nascimento: 17/05/2010 Idade: 14anos 1M Sexo: M
Data do Exame: 26/06/2024
Solicitante: Dr.(a) RANGEL SEGATTI
Protocolo: UGF3213965 Senha: 503504

unimedflorianopolis.com.br

Central de Atendimento:
(48) 3288 4100

Informações:
0800 048 3500

RADIOGRAFIA DIGITAL DO PUNHO DIREITO

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

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

(Protocolo/senha informados após o exame).

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

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


Dr. Gustavo Lemos Pelandré
CRM/SC 12478



Paciente **BRAYAN RUAN DE OLIVEIRA CASTRO**

Data Nascto. 17/05/2010 14 Anos

Sexo Masculino

Telefone 988792000

Leito 1

Atendimento **3.213.965**

Prontuário 99.846.768

Dt. Entrada 26/06/2024 19:32:28

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
26/06/2024 21:20	26/06 21:21	Médico	Evolução Médica PA		RANGEL SEGATTI	CRM 15425

Avaliação: Evolução Médica PA - ORTOPEDIA**Queixa Principal :** TRAUMA DE PUNHO DIREITO
LESAO DE RADIO DISTAL

SH 1

DOR

TALA

ORIENTAÇÕES

RETORNO SN

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

Unimed

Manoel Loureiro, S/N - São José - SC

CNPJ:77858611001414 - Inscrição estadual: - Fone:

(CNES 9671145)

Conta paciente

(77858611001414)

Nota:

Paciente:

Convênio:

Usuário/Matrícula:

BRAYAN RUAN DE OLIVEIRA CASTRO

Instituto Adventista

72052010

Categoria:

Instituto Adventista

Prontuário: 99846768

Data entrada: 26/06/2024 19:32:28

Data saída: 26/06/2024 21:55:00

Motivo Alta: Alta melhor

Médico: Dr. RANGEL SEGATTI (CRM 15425)

Tipo atend: 3 - Pronto socorro

Espec/Clinica: 1 Clínica Adulto

Proc Princ: 30721180

Fraturas E/Ou Luxações Do Punho - Redução Incruenta

Tipo acomodação Enfermaria

Data 17/05/2010

Sexo: M

CID Princ: S52.5 Frat da extremidade distal do radio

Guia: 19058

Senha: 19058

Dt Conta: 26/06/24 19:37

Dt inicial: 26/06/24 19:32

Dt final: 26/06/24 21:55

Refer: 01/08/24

Movimentação do Paciente

Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO	Setor sem acomodação	1/	26/06/2024 19:32:28	26/06/2024 21:55:00
2	Pronto socorro	ORTOPEDIA	Setor sem acomodação	1/	26/06/2024 19:45:58	26/06/2024 21:55:00
3	Serviços Especiais	RAIO X	Setor sem acomodação	1/	26/06/2024 20:39:00	26/06/2024 20:39:00

Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor
1	26/06/24 19:32	PRONTO ATENDIMENTO	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	15425	RANGEL SEGATTI	Clínico	95,58
2	26/06/24 20:43	RAIO X	40803112	Punho	1,00	12478	GUSTAVO LEMOS	Clínico	44,66
3	26/06/24 21:21	ORTOPEDIA	30711037	Membro Superior	1,00	15425	RANGEL SEGATTI	Clínico	15,21
4	26/06/24 21:21	ORTOPEDIA	30721180	Fraturas E/Ou Luxações Do Punho - Redução Incruenta	1,00	15425	RANGEL SEGATTI	Clínico	231,69
Total de Honorários Não Conveniados					4,00				387,14

Materials

Seq	Código	Descrição	Unid.	Qtde	VI Unit.	VI Total
ORTOPEDIA						
1	78988624	ATADURA CREPE 10CMX1,8MT (EM REPOUSO) 13FIO ESTERIL	rl	3,0000	7,6000	22,80
2	78340373	ATADURA GESSADA 10 CM X 3,0 M	rl	2,0000	3,9000	7,80
3	70034664	ATADURA ORTOPEDICA 10 CM X 1,8 M	rl	1,0000	12,8900	12,89
4	70034702	ATADURA ORTOPEDICA 15 CM X 1,8 M	rl	2,0000	12,5500	25,10
5	78202477	MALHA TUBULAR 06 CM X 15 M	cm	200,0000	0,0300	6,00
Total - ORTOPEdia -				208,0000		74,59
Total de Materials				208,0000		74,59

Total geral R\$

461,73

Impresso em 01/07/2024 17:17:01

Pág 1

taina.estevao

FatAct_R7

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3217869

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: BRENDA PRATES DA COSTA

CPF: 10725028955

Endereço: Rua Almerinda Francisco dos Santos,

Atendimento Nº: 3217869

Telefone: (48) 984595658

RG:

Responsável:

Nome: JAQUELI

CPF: 00444692924

Endereço: Avenida Jorge Lacerda, 121

Telefone: 4884595658/84225057

RG: 3779928

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: 3217869

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

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

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

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

Nome da Acompanhante _____

CPF nº _____

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

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

São José/SC, ____/____/____



CONTRATANTE/RESPONSÁVEL

CONTRATADA

Testemunhas

1- _____

Nome:

CPF nº

2- _____

Nome:

CPF nº

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Brenda Prates da Costa
Nº da Carteira: 7.58.5224
Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Estreito

Data de Nascimento: 21/09/2012

Nº da Guia: 19155

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
01/07/2024	15:23:00	Escada	Deslocamento interno

O que aconteceu

Queda de altura (Ex.: escada)

Partes do corpo

Antebraço Direito

Descrição

A aluna estava subindo para sala, onde tropeçou no degrau da escada e torceu o braço.

Testemunha da ocorrência

Jussara

Telefone

(48) 3039-8100

Quem prestou primeiros socorros

Jussara

Data

01/07/2024

Local de atendimento

Endereço

Nº

Bairro

Telefone

HUGF - HOSPITAL UNIMED GRANDE
FLORIANÓPOLIS

Rua Manoel Loureiro

191
0

Barreiros

(48) 3288-4100

Observações

O aluno foi atendido pelo monitor da unidade e encaminhado para HOSPITAL DA UNIMED. Foi comunicado ao responsável via ligação.

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 (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

Atend.: 3217869

2 - N° Guia no Prestador 5385969

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

Atend.: 3217869

1 - Registro ANS
000000

3 - N° Guia Principal

4 - Data da Autorização
01/07/2024

5 - Senha
19155

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
19155

8 - Número da Carteira
7585224

9 - Validade da Carteira
01/07/2024

10 - Nome
BRENDA PRATES DA COSTA

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

13 - Código na Operadora
77858611001414

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

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

16 - Conselho Profissional
6

17 - Número no Conselho
2526

18 - UF
SC

19 - Código CBO
225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caráter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
01/07/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1 22

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
10101039

26 - Descrição
CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

27 - Qlde.Solic.
1

28 - Qlde.Aut.
0

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação do Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

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

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qlde.

43 - Via

44 - Tec.

45 - Fator Red./Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - Seq.Ret.

49 - Gr.Part.

50 - Código na Operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Materiais (R\$)

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Total Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Medicinais R\$

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

01/07/2024

01/07/2024

01/07/2024

Impresso em: 01/07/2024 16:54:26

Página 1

lucimara.cruz

WATE70106

Evolução Paciente

Paciente **BRENDA PRATES DA COSTA**

Data Nascto. 21/09/2012 11 Anos

Sexo Feminino

Telefone 984595658

Leito 1

Atendimento **3.217.869**

Prontuário 99.847.115

Dt. Entrada 01/07/2024 16:44:28

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
01/07/2024 17:46	01/07 18:21	Médico	Evolução Médica PA		LUIZ FERNANDO PEREIRA	CRM 11405

Avaliação: Evolução Médica PA

Avaliação Médica : QUEDA SOBRE O PUNHO DIREITO HOJE
DOR EM RADIO DISTAL E MÃO
RX FRATURA FISÁRIA
TALA AXILOPALMAR
ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

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

Unimed



Manoel Loureiro, S/N - São José - SC

CNPJ:77858611001414 - Inscrição estadual: - Fone:

(CNES 9671145)

Conta paciente

(77858611001414)

Nota:

Paciente:

BRENDA PRATES DA COSTA

Convênio:

Instituto Adventista

Usuário/Matrícula:

7585224

Categoria:

Instituto Adventista

Emissao:

Nº atend: 3.217.869

Nº IC: 20.984.070

Prontuário: 99847115

Data entrada: 01/07/2024 16:44:28

Data saída: 01/07/2024 19:26:22

Motivo Alta: Alta melhor

Médico: Dr. LUIZ FERNANDO PEREIRA (CRM 11405)

Tipo atend: 3 - Pronto socorro

Proc Princ: 30718040

Fratura (Incluindo Descolamento Epifisário) - Redução Incruenta

Espec/Clinica: 1 Clínica Adulto

Tipo acomodação Setor sem acomodação

Data 21/09/2012

Sexo: F

CID Princ: S52.5 Frat da extremidade distal do radio

Guia: 19155

Senha: 19155

Dt Conta: 01/07/24 16:51

Dt inicial: 01/07/24 16:44

Dt final: 01/07/24 19:26

Refer: 01/08/24

Movimentação do Paciente

Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO	Setor sem acomodação	1/	01/07/2024 16:44:28	01/07/2024 19:26:22
2	Pronto socorro	ORTOPEDIA	Setor sem acomodação	1/	01/07/2024 17:01:05	01/07/2024 19:26:22
3	Serviços Especiais	RAIO X	Setor sem acomodação	1/	01/07/2024 17:48:00	01/07/2024 17:48:00

Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor
1	01/07/24 16:44	PRONTO ATENDIMENTO	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	11405	LUIZ FERNANDO	Clínico	73,52
2	01/07/24 17:55	RAIO X	40803112	Punho	1,00	8280	ROBERTO	Clínico	44,66
3	01/07/24 17:56	RAIO X	40803120	Mão Ou Quirodáctilo	1,00	8280	ROBERTO	Clínico	42,18
4	01/07/24 18:23	ORTOPEDIA	30711037	Membro Superior	1,00	11405	LUIZ FERNANDO	Clínico	11,70
5	01/07/24 18:23	ORTOPEDIA	30718040	Fratura (Incluindo Descolamento Epifisário) - Redução Incruenta	1,00	11405	LUIZ FERNANDO	Clínico	130,33
Total de Honorários Não Conveniados					5,00				302,39

Materiais

Seq	Código	Descrição	Unid.	Qtde	VI Unit.	VI Total
ORTOPEDIA						
1	78365678	ATADURA CREPON 06 CM X 1,8 M	rl	2,0000	1,2300	2,46
2	78988780	ATADURA CREPON 15 CM X 1,8 M	rl	3,0000	11,2400	33,72
3	78340373	ATADURA GESSADA 10 CM X 3,0 M	rl	3,0000	3,9000	11,70
4	70034702	ATADURA ORTOPEDICA 15 CM X 1,8 M	rl	3,0000	12,5500	37,65
5	78202477	MALHA TUBULAR 08 CM X 15 M	cm	200,0000	0,0400	8,00
Total - ORTOPEDIA -				211,0000		93,53
Total de Materiais				211,0000		93,53

Total geral R\$

395,92

Impresso em 04/07/2024 00:05:13

Pág 1

taina.estevao

FatAct_R7

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3219117

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: LOUISE ROCHA WECK

CPF: 14914614979

Endereço: Praça Pereira Oliveira, 18 AP. 904

Atendimento Nº: 3219117

Telefone: (48) 988356820

RG:

Responsável:

Nome: CINTIA

CPF: 01633566960

Endereço: Praça Pereira Oliveira, 18 AP. 904

Telefone: 5541999423940

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.

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3219117

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:

2- _____
Nome:

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Louise Rocha Weck
Nº da Carteira: 7.46.6275
Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Centro

Data de Nascimento: 02/07/2012

Nº da Guia: 19181



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
02/07/2024	16:18:00	Ginásio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	2º Dedo Mão Direita

Descrição

Aluna estava jogando vôlei e a bola bateu em cima do dedo e a mesma está sentindo muita dor ao mexer o dedo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Jardson Rocha	(48) 98876-0315

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

Observações

Aluna foi atendida e entrada em contato com os responsáveis.

Ass.: _____

Jardson Rocha

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

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

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

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

Adventista

[illegible]



Paciente: **LOUISE ROCHA WECK**
Data de Nascimento: 02/07/2012 Idade: 12anos Sexo: F
Data do Exame: 02/07/2024
Solicitante: Dr.(a) DANIEL NARLOCH VEIGA
Protocolo: UGF3219117 Senha: 869153

unimedflorianopolis.com.br

Central de Atendimento:
(48) 3288 4100

Informações:
0800 048 3500

RADIOGRAFIA DIGITAL DO 2º QUIRODÁCTILO ESQUERDO

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

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

(Protocolo/senha informados após o exame).

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

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


Dr. Nelson Cabral Junior
CRM/SC 6561



Paciente **LOUISE ROCHA WECK**
Data Nascto. 02/07/2012 12 Anos
Sexo Feminino
Telefone 988356820
Leito 1

Atendimento **3.219.117**
Prontuário 99.847.204
Dt. Entrada 02/07/2024 17:26:05
Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
02/07/2024 17:49	02/07 18:19	Médico	Evolução Médica PA		DANIEL NARLOCH VEIGA	CRM 11649

Avaliação: Evolução Médica PA - ORTOPEDIA

Queixa Principal : PCTE COM TRAUMA HOJE NO 2 QDD
SEM DESVIO
DOR MAIS IFP
EDEMA LEVE E DOR ACENTUADA NA PLAPAÇÃO
SEM OUTRAS QUEIXAS

CD RX 2 QDD : SP
TALA METALICA
RET SN
CUIDADOS

NEGA ALERGIAS

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

