

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3113120

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: AGATA IVE CABREIRA CACERES

CPF: 07380104136

Endereço: Avenida Santa Catarina, 1423 apto 301

Atendimento Nº: 3113120

Telefone: (48) 991253015

RG:

Responsável:

Nome: ALEX

CPF: 85370738149

Endereço: Avenida Santa Catarina, 1423 apto 301

Telefone: 5548991253015

RG:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3113120

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, 14/03/2024



CONTRATANTE/RESPONSÁVEL

CONTRATADA

Testemunhas

1- _____
Nome:
CPF nº

2- _____
Nome:
CPF nº

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Ágata Ive Cabreira Cáceres
Nº da Carteira: 7.58.6924
Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Estreito



Data de Nascimento: 27/02/2012 **Nº da Guia:** 15960

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
14/03/2024	10:30:00	Quadra	Aula de educação física

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

Descrição
A aluna estava na educação física, a bola bateu no dedo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Prof Marcia de Educação Física	(48) 3039-8100

Quem prestou primeiros socorros	Data
Rodrigo	14/03/2024

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

Observações
A aluna foi atendida pelo monitor da unidade e foi encaminhada para o 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

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

2 - N° Guia no Prestador 5175485

Atend.: 3113120
V.3.0

Instituto Adventista

1 - Registro ANS 000000	3 - N° Guia Principal	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 15960
4 - Data da Autorização 14/03/2024	5 - Senha 15960	9 - Validade da Carteira 31/12/2024	10 - Nome AGATA IVE CABREIRA CACERES
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira 7586924	11 - Cartão Nacional de Saúde
Dados do Solicitante		13 - Código na Operadora 77858611001414	14 - Nome do Contratado UNIMED GRANDE FLORIANOPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO
15 - Nome do Profissional Solicitante Requisitante Neo Cadastro/Inao Cooperado		16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 2526

21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 14/03/2024	23 - Indicação Clínica CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039	26 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	27 - Cide.Solic. 1	28 - Cide.Aut. 1
2	3	4	5	6	7	8

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
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
3	4	5	6	7	8

Dados do Contratado Executor		29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
Dados do atendimento		32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		36 - Data 1	37 - Hora inicial a 38 - Hora final 1	39 - Tabela 1
3	4	5	6	7

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)		48 - Seq. Ref.	49 - Gr. Falt.	50 - Código na Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
1		3	4	5	6	7	8	9	10

56 - Data de Realização dos Procedimentos em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Observação / Justificativa
1	2	3	4
5	6	7	8
9	10	11	12

59 - Total Procedimentos (R\$)	60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total Materiais (R\$)	62 - Total de OPVIE (R\$)	63 - Total Medicamentos (R\$)	64 - Total Gases Medicinais R\$	65 - Total Geral (R\$)
1	2	3	4	5	6	7

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
1	2	3

69 - Assinatura do Responsável pela Autorização	70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	71 - Assinatura do Contratado
1	2	3

72 - Data de Realização dos Procedimentos em Série	73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	74 - Observação / Justificativa
1	2	3
4	5	6
7	8	9
10	11	12

75 - Total Procedimentos (R\$)	76 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)	77 - Total Materiais (R\$)	78 - Total de OPVIE (R\$)	79 - Total Medicamentos (R\$)	80 - Total Gases Medicinais R\$	81 - Total Geral (R\$)
1	2	3	4	5	6	7

Paciente **AGATA IVE CABREIRA CACERES**

Data Nascto. 27/02/2012 12 Anos

Sexo Feminino

Telefone 991253015

Leito 1

Atendimento **3.113.120**

Prontuário 99.837.582

Dt. Entrada 14/03/2024 11:46:44

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
14/03/2024 12:13	14/03 12:14	Médico	Evolução Médica PA		ALVARO GUIMARAES DE LIMA	CRM 4512

Avaliação: Evolução Médica PA - ORTOPEDIA**Queixa Principal :** Dor na mão E

Relata trauma em jog na escola

Edema IFP

Rx sem laudo

Fratura do 4º QDE

Tala metálica

oriento

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



Paciente: AGATA IVE CABREIRA CACERES	Convênio: Instituto Adventista	Usuário/Matrícula: 7586924	Emissão: Nº atend: 3.113.120 Nº IC: 20.998.326
Categoria: Instituto Adventista			

Prontuário: 99837582 Data entrada: 14/03/2024 11:46:44 Data saída: 14/03/2024 12:19:21 Motivo Alta: Alta melhora
Médico: Dr. ALVARO GUIMARAES DE LIMA (CRM 4512) Tipo atend: 3 - Pronto socorro
Proc Princ: 30722403 Fraturas De Falanges Ou Metacarpianos - Redução Incruenta Espec/Clinica: 1 Clinica Adulto
Tipo acomodação Enfermaria
Data 27/02/2012 Sexo: F
CID Princ: S62.6 Frat de outr dedos
Guia: 15960 Senha: 15960

Dt Conta: 14/03/24 11:48 Dt inicial: 14/03/24 11:46 Dt final: 14/03/24 12:19 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/	14/03/2024 11:46:44	14/03/2024 12:19:21
2	Pronto socorro	ORTOPEDIA	Setor sem acomodação	1/	14/03/2024 11:59:29	14/03/2024 12:19:21
3	Serviços Especiais	RAIO X	Setor sem acomodação	1/	14/03/2024 12:03:00	14/03/2024 12:03:00

Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor
1	14/03/24 12:13	ORTOPEDIA	30711010	Imobilizações Não-Gessadas (Qualquer Segmento)	1,00	4512	ALVARO	Clínico	11,70
2	14/03/24 12:14	ORTOPEDIA	30722403	Fraturas De Falanges Ou Metacarpianos - Redução Incruenta	1,00	4512	ALVARO	Clínico	35,09
Total de Honorários Não Conveniados					2,00				46,79

Materiais

Seq	Código	Descrição	Unid.	Qtde	VI Unit.	VI Total
ORTOPEDIA						
1	78202850	TALA METALICA IMOBILIZACAO 16X250MM	und	1,0000	4,5200	4,52
Total - ORTOPIEDIA -				1,0000		4,52
Total de Materiais				1,0000		4,52

Total geral R\$ 51,31



Paciente: **AGATA IVE CABREIRA CACERES**
Data de Nascimento: 27/02/2012 Idade: 12anos Sexo: F
Data do Exame: 14/03/2024
Solicitante: Dr.(a) ALVARO GUIMARAES DE LIMA
Protocolo: UGF3113120 Senha: 148589

unimedflorianopolis.com.br

Central de Atendimento:
(48) 3288 4100

Informações:
0800 048 3500

RADIOGRAFIA DIGITAL DA MÃO ESQUERDA

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

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

(Protocolo/senha informados após o exame).

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

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

1 / 1


Dr. Pedro Lemos de Luca
CRM/SC 6606



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

De: 14/03/2024 11:46:44 até: 14/03/2024 12:19:21

Atendimento: 3113120

Paciente: AGATA IVE CABREIRA CACERES

Instituto Adventista

Dt Entrada: 14/03/2024 11:46:44

Dt Alta: 14/03/2024 12:19:21

ORTOPEDIA

14/03/2024

Procedimento

Item	Qtde / Dose / UM	Intervalo	Horário do Item	Status	Profissional
FRATURAS DE FALANGES OU METACARPÍANOS - REDUÇÃO	1	Agora (Exames e Procedimentos)	14/03/2024 12:14:00	Administrado	ALVARO GUIMARAES DE LIMA
IMOBILIZAÇÕES NÃO GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO) - TALA	1	Agora (Exames e Procedimentos)	14/03/2024 12:13:00	Administrado	ALVARO GUIMARAES DE LIMA
RX MAO OU QUIRODÁCTILO (DEDO) - 2 INCIDÊNCIAS	1	Agora (Exames e Procedimentos)	14/03/2024 12:03:00	Administrado	FRANCINE POVOAS MARQUES

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3114707

Contratante:**Paciente/Usuário**

Nome: DAVI ABREU CARDOSO

CPF: 14046228962

Endereço: Rua Adhemar da Silva, 935 ap 105

Atendimento Nº: 3114707

Telefone: (48) 988259600

RG:

Responsável:

Nome: TATIANE

CPF: 03367749907

Endereço: Rua Adhemar da Silva, 935 ap 105

Telefone: 48988259600

RG: 5689082

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3114707

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: 3114707

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

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

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

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

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

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

Nome da Acompanhante _____

CPF nº _____

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

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

São José/SC, ____/____/____

CONTRATANTE/RESPONSÁVEL

CONTRATADA

Testemunhas

1- _____
Nome: _____
CPF nº _____

2- _____
Nome: _____
CPF nº _____

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

V.3.0 Atend.: 3114707

2 - N° Guia no Prestador 5178569

Instituto Adventista

1 - Registro ANS 000000	3 - N° Guia Principal	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 15999	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
4 - Data da Autorização 15/03/2024	5 - Senha 15999	6 - Data Validade da Senha 15999	10 - Nome DAVI ABREU CARDOSO	
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira 76586321	9 - Validade da Carteira	
Dados do Solicitante		13 - Código na Operadora 77858611001414	14 - Nome do Contratado UNIMED GRANDE FLORIANOPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO	
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados		15 - Nome do Profissional Solicitante Requisitante Nao Cadastrado/no Cooperado	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 2526
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 15/03/2024	23 - Indicação Clínica	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
1 - 22	24 - Tabela 25	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039	26 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	27 - Qtdde.Solic. 1
2				28 - Qtdde.Aut. 0
3				
4				
5				
Dados do Contratado Executante		29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
Dados do atendimento		32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento				
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		36 - Data	37 - Hora Inicial a 38 - Hora final	39 - Tabela
1				40 - Código do Procedimento
2				41 - Descrição
3				42 - Qtdde.
4				43 - Via
5				44 - Tec.
Identificação do Profissional/Executante(s)		48 - Seq.Ref.	49 - Gr.Part.	50 - Código na Operadora/CPF
				51 - Nome do Profissional
				52 - Conselho Profissional
				53 - Número no Conselho
				54 - UF
				55 - Código CBO
				56 - Data de Realização de Procedimentos em Série
1				57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
2				58 - Observação / Justificativa
3				
4				
5				
				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

Aluno: Davi Abreu Cardoso
Nº da Carteira: 7.58.6321
Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Estreito



Data de Nascimento: 06/09/2012

Nº da Guia: 15999

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
15/03/2024	08:41:00	Quadra	Aula de educação física

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

Descrição
Aluno machucou o dedo da mão esquerda

Testemunha da ocorrência	Telefone
Prof Marcia	(48) 3039-8100

Quem prestou primeiros socorros	Data
Prof Márcia	15/03/2024

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

Observações
Encaminhado ao hospital de referência UNIMED

Ass.:


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

Impresso por: Rodrigo Corvalão

1 de 1

15/03/2024 08:48

Paciente **DAVI ABREU CARDOSO**

Data Nascto. 06/09/2012 11 Anos

Sexo Masculino

Telefone 32712800

Leito 1

Atendimento **3.114.707**

Prontuário 162.767

Dt. Entrada 15/03/2024 18:11:04

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
15/03/2024 19:14	15/03 19:15	Médico	Evolução Médica PA		JULIANO TEIXEIRA DE SA	CRM 17278

Avaliação: Evolução Médica PA - ORTOPEDIA**Queixa Principal :** contusao 4 dd

dor aip

adm limitada

leve aumento de volume

rx sp

repouso

analgesia

orientações

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

Paciente	DAVI ABREU CARDOSO		Atendimento	3.114.707
Data Nascto.	06/09/2012	11 Anos	Prontuário	162.767
Sexo	Masculino		Dt. Entrada	15/03/2024 18:11:04
Telefone	32712800		Convênio	Instituto Adventista Instituto
Leito	1			

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
15/03/2024 19:26	15/03 19:26	Enfermeiro	Anotações de		PAULO EDUARDO DIAS	COREN 453552

Realizado imobilização com tala metálica.



Paciente: DAVI ABREU CARDOSO	Convênio: Instituto Adventista	Usuário/Matrícula: 76586321	Emissão: Nº atend: 3.114.707 Nº IC: 20.998.334
Categoria: Instituto Adventista			

Prontuário: 162767 Data entrada: 15/03/2024 18:11:04 Data saída: 15/03/2024 19:26:24 Motivo Alta: Alta melhor
Médico: Dr. JULIANO TEIXEIRA DE SA (CRM 17278) Tipo atend: 3 - Pronto socorro
Proc Princ: 00000000 0 Espec/Clinica: 1 Clinica Adulto
Tipo acomodação Enfermaria
Data 06/09/2012 Sexo: M
CID Princ: S60.0 Contusao de dedos s/lesao da unha
Guia: 15999 Senha: 15999

Dt Conta: 15/03/24 18:11 Dt inicial: 15/03/24 18:11 Dt final: 15/03/24 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/	15/03/2024 18:11:04	15/03/2024 19:26:24
2	Pronto socorro	ORTOPEDIA	Setor sem acomodação	1/	15/03/2024 18:19:56	15/03/2024 19:26:24
3	Serviços Especiais	RAIO X	Setor sem acomodação	1/	15/03/2024 18:37:00	15/03/2024 18:37:00

Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor
1	15/03/24 19:15	ORTOPEDIA	30711010	Imobilizações Não-Gessadas (Qualquer Segmento)	1,00	17278	JULIANO TEIXEIRA	Clínico	15,21
Total de Honorários Não Conveniados					1,00				15,21

Materiais

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

Total geral R\$**20,96**



Paciente: **DAVI ABREU CARDOSO**
Data de Nascimento: 06/09/2012 Idade: 11anos 6M Sexo: M
Data do Exame: 15/03/2024
Solicitante: Dr.(a) JULIANO TEIXEIRA DE SA
Protocolo: UGF3114707 Senha: 399154

unimedflorianopolis.com.br

Central de Atendimento:
(48) 3288 4100

Informações:
0800 048 3500

RADIOGRAFIA DIGITAL DA MÃO ESQUERDA

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

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

(Protocolo/senha informados após o exame).

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

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

1 / 1


Dr. Gustavo Lemos Pelandré
CRM/SC 12478

