

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



**Aluno:** Valentina Loth Guedes  
**Nº da Carteira:** 7.205.164  
**Instituição:** Colégio Adventista Palhoça

**Data de Nascimento:** 17/02/2016

**Nº da Guia:** 12009

| Data da Ocorrência | Horário  | Local | Atividade                         |
|--------------------|----------|-------|-----------------------------------|
| 23/06/2023         | 09:12:00 | Pátio | Intervalo ( <b>Ex.: recreio</b> ) |

| O que aconteceu   | Partes do corpo                           |
|---|---|
| Choque com dispositivo fixo ( <b>Ex.: bateu na parede, carteira</b> ) | Rosto, Gengiva, Lábios, Dentes Superiores |

**Descrição**  
durante o intervalo aluno escorregou e caiu com o rosto no chão, quebrou 3 dentes superiores, corte no lábio superior e sangramento no nariz, foi feita a aplicação de gelo no local.

| Testemunha da ocorrência | Telefone        |
|--------------------------|-----------------|
| Bianca Bendik Rodrigues  | (48) 99855-7433 |

| Local de atendimento   | Endereço | Nº | Bairro | Telefone                          |
|--|----------|----|--------|-----------------------------------|
| Emergências Odontológicas Ama - Ligar Para (41) 3240-2918 ou (41) 99895-0157 | ..       | 0  | 0      | (41) 3240-2918<br>(41) 99895-0157 |

LETICIA

**Observações**  
o aluno foi atendido pelo monitor e encaminhado ao setor de orientação, ligamos para os responsáveis.

Ass.:

Bianca Bendik Rodrigues

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

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

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

Atend.: 2881210

Instituto Adventista

2 - N° Guia no Prestador 4731585

|                                       |                       |                            |  |
|---------------------------------------|-----------------------|----------------------------|--|
| 1 - Registro ANS<br>000000            | 3 - N° Guia Principal |                            |  |
| 4 - Data da Autorização<br>23/06/2023 | 5 - Senha<br>12009    | 6 - Data Validade da Senha | 7 - Número da Guia Atribuido pela Operadora<br>12009 |

|                       |  |  |                                    |                               |                            |
|-----------------------|--|--|------------------------------------|-------------------------------|----------------------------|
| Dados do Beneficiário |  | 9 - Validade da Carteira<br>30/06/2023 | 10 - Nome<br>VALENTINA LOTH GUEDES | 11 - Cartão Nacional de Saúde | 12 - Atendimento a RN<br>N |
|-----------------------|--|--|------------------------------------|-------------------------------|----------------------------|

|                      |  |                                    |   |
|----------------------|--|------------------------------------|---|
| Dados do Solicitante |  | 13 - Código na Operadora<br>300638 | 14 - Nome do Contratado<br>Unidade Centro |
|----------------------|--|------------------------------------|---|

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

|   |  |                        |
|---|--|------------------------|
| Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados |  |                        |
| 21 - Caráter do Atendimento<br>2  | 22 - Data da Solicitação<br>23/06/2023 | 23 - Indicação Clínica |

| 24 - Tabela | 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial | 26 - Descrição | 27 - Qtde.Solic.           | 28 - Qtde.Aut. |
|-------------|--|----------------|----------------------------|----------------|
| 1           | 22   | 10101039       | CONSULTA EM PRONTO SOCORRO | 1              |
| 2           |  |                |                            |                |
| 3           |  |                |                            |                |
| 4           |  |                |                            |                |
| 5           |  |                |                            |                |

|                                |                         |                  |
|--------------------------------|-------------------------|------------------|
| Dados do Contratado Executante |                         | 31 - Código CNES |
| 29 - Código na Operadora       | 30 - Nome do Contratado |                  |

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

| Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados |                     |                 |             |                             |                |            |          |           |                        |                           |                        |
|---|---------------------|-----------------|-------------|-----------------------------|----------------|------------|----------|-----------|------------------------|---------------------------|------------------------|
| 36 - Data   | 37 - Hora inicial a | 38 - Hora final | 39 - Tabela | 40 - Código do Procedimento | 41 - Descrição | 42 - Qtde. | 43 - Via | 44 - Tec. | 45 - Fator Red/Acresc. | 46 - Valor Unitário (R\$) | 47 - Valor Total (R\$) |
| 1   |                     |                 |             |                             |                |            |          |           |                        |                           |                        |
| 2   |                     |                 |             |                             |                |            |          |           |                        |                           |                        |
| 3   |                     |                 |             |                             |                |            |          |           |                        |                           |                        |
| 4   |                     |                 |             |                             |                |            |          |           |                        |                           |                        |
| 5   |                     |                 |             |                             |                |            |          |           |                        |                           |                        |

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

|   |     |     |     |     |     |     |     |     |      |  |  |
|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|--|--|
| 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série |     |     |     |     |     |     |     |     |      | 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável |  |
| 1 -   | 2 - | 3 - | 4 - | 5 - | 6 - | 7 - | 8 - | 9 - | 10 - |  |  |
|   |     |     |     |     |     |     |     |     |      |  |  |

|                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 58 - Observação / Justificativa |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

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

|   |  |   |
|---|--|---|
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável<br>23/06/2023 | 68 - Assinatura do Contratado<br>23/06/2023 |
|---|--|---|

# CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS - PRONTO ATENDIMENTO

## Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: VALENTINA LOTH GUEDES

CPF: 12497007950

Endereço: Rua das Figueiras, 947 casa

Atendimento Nº: 2881210

Telefone: (48) 99111-0156

RG:

## Responsável:

Nome: ADRIANA

CPF: 03571976908

Endereço: RUA DAS FIGUEIRAS, 947 CASA

Telefone: 48991110156

RG: 4183053

**CONTRATADA: UNIMED GRANDE FLORIANOPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO;** pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 77.858.611/0015-03, Rua Madalena Barbi, nº 204, Centro, Florianópolis, Estado de Santa Catarina, CEP 88015-190, neste ato representada por seu representante legal abaixo assinado.

### CLÁUSULA PRIMEIRA: Do Objeto

1.1. Constitui-se objeto do presente instrumento, a prestação de serviços médicos e ambulatoriais pela CONTRATADA ao CONTRATANTE/PACIENTE acima qualificado, nas dependências da CONTRATADA situada no endereço indicado no preâmbulo deste contrato, bem como, fora das dependências caso haja necessidade.

### CLÁUSULA SEGUNDA: Das Obrigações e Responsabilidades do CONTRATANTE

1-2.2. Pelo contrato ora firmado, o CONTRATANTE e/ou Responsável, na forma prevista no art. 264 e seguintes do Código Civil, obriga-se a:

a) Assumir todas as despesas particulares ou não cobertas pelo plano de saúde como: serviços médicos, complemento de honorários médicos, fisioterapia, órteses, próteses, materiais, medicamentos, tratamento hospitalar e/ ou ambulatorial, despesas extraordinárias com acompanhante e refeições; ligações telefônicas externas, bem como todo e qualquer ônus decorrente dos serviços de acompanhamento, remoção e outras se utilizadas.

b) Assumir as despesas decorrentes de extravio do enxoval e danos ao patrimônio da CONTRATADA, desde que devidamente comprovados; c) Quitar imediatamente as despesas decorrentes do atendimento na ocasião de alta médica, alta administrativa do paciente do Pronto Atendimento, ou da transferência para prestador de serviço médico-hospitalar.

2.2. É obrigatório a permanência de um responsável durante toda a estadia da criança e/ou adolescente na instituição, de acordo com Estatuto da Criança e do Adolescente - Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990.

2.3. A contratação é vinculada ao Plano de Saúde contratado pelo paciente. A CONTRATADA obedecerá às normas previstas no contrato que disciplina os atendimentos aos usuários, ressalvando a indicação do procedimento médico-hospitalar e seu respectivo tratamento.

2.4. A contratação em caráter particular, não é vinculada a nenhum plano, mas sim, aos serviços efetivamente adquiridos, bem como a indicação do procedimento médico ambulatorial e seu respectivo tratamento.

2.5. É de responsabilidade do CONTRATANTE/PACIENTE e/ou RESPONSÁVEL trazer, para uso durante o atendimento médico-ambulatorial, produtos para higiene pessoal, tais como, por exemplo, dentre outros: creme dental, escova de dente, pente ou escova para cabelo, sabonete líquido, creme e lâmina para barbear, hidratante para pele, shampoo, condicionador, absorvente íntimo, fraldas descartáveis (quando seu uso for necessário).

### CLÁUSULA TERCEIRA: Das obrigações e Responsabilidades da CONTRATADA

3.1. Pelo contratado ora firmado, a CONTRATADA:

a) Reserva-se o direito de emitir boleto bancário de cobrança cujo valor será correspondente ao serviço prestado, no caso de não efetuado o pagamento das despesas estabelecidas na Cláusula Segunda.

b) Na hipótese de inadimplência superior a 30 (trinta) dias, poderá registrar, nos Cadastros de Proteção ao Crédito (SPC, SERASA e afins), obedecendo às normas estabelecidas em lei, os débitos do CONTRATANTE.

c) Obedecer a normas previstas no contrato que disciplina os atendimentos aos usuários do respectivo convênio, caso o CONTRATANTE estiver vinculado a Plano de Saúde.

d) Qualquer objeto que tenha sido esquecido, extraviado ou perdido pelo CONTRATANTE, e localizado nas dependências da CONTRATADA, mediante prova, ficará à disposição daquele pelo prazo de 30 (trinta) dias, findos os quais, serão descartados ou doados por parte da CONTRATADA.

### CLÁUSULA QUARTA: Da apresentação de despesas

4.1. Todas as despesas referidas na Cláusula Segunda serão apresentadas pela CONTRATADA e deverão ser quitadas, imediatamente pelo(a) CONTRATANTE/PACIENTE e/ou RESPONSÁVEL/CONTRATANTE. Nessa oportunidade a CONTRATADA apresentará a fatura/nota fiscal dos serviços prestados.

### CLÁUSULA QUINTA: Disposições gerais

5.1. Neste presente ato, o responsável dá plena autorização dos médicos da CONTRATADA para assistirem e tratarem a

enfermidade realizando todos os procedimentos e investigações necessárias para preservação da saúde e da vida do paciente, conforme disposto no artigo 39- da Lei n.º 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor).

5.2. Os médicos da CONTRATADA atenderão ao disposto no artigo 34 do Código de Ética Médica e ao art. 6º, inciso III, art. 31 e art. 39, inciso VI, todos do Código de Defesa do Consumidor (Lei n.º 8.078/90), explicando claramente a proposta do procedimento médico ou cirúrgico, seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas ao procedimento, proporcionando livre questionamento e respondendo inteira e satisfatoriamente as perguntas. Igualmente, em caso iminente de risco de morte, de acordo com artigo 22 do Código de Ética Médica, serão efetuados todos e quaisquer procedimentos médicos sem esclarecimento e/ou consentimento prévio.

5.3. Após a alta hospitalar, o paciente deverá liberar o leito em até 30 (trinta) minutos. Caso o período de tolerância seja ultrapassado o(a) CONTRATANTE incidirá multa diária no valor de R\$ 200,00 ( duzentos reais).

**CLÁUSULA SEXTA: Do foro**

6.1. Fica eleito o foro da Comarca de Florianópolis/SC para dirimir quaisquer dúvidas do presente contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja. Assim, por estarem as partes perfeitamente ajustadas entre si, assinam o presente instrumento em duas vias de igual teor e forma para os efeitos do art. 221 do Código Civil, na presença de duas testemunhas abaixo assinadas e identificadas.

Florianópolis, SC, \_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.



CONTRATANTE (OU RESPONSÁVEL)

Unimed Grande Florianópolis Coop. Trab. Médico  
CONTRATADA

Testemunhas

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

Nome:

CPF:

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

Nome:

CPF:

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

O abaixo assinado ADRIANA CARLA LOTH GUEDES, responsável pela paciente VALENTINA LOTH GUEDES, dará plena autorização aos médicos da COOP PA - FILIAL CENTRO da Unimed Grande Florianópolis, conforme disposto no artigo 39, IV, da Lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor), para assistirem e tratarem de sua enfermidade realizando todos os procedimentos e investigações que julgarem necessárias, para preservação da saúde e da vida do paciente.

Os médicos da COOP PA - FILIAL CENTRO, atendendo ao disposto no artigo 34 do Código de Ética Médica e artigo 9º da Lei 9.078/90, explicarão claramente a proposta do procedimento médico ou cirúrgico, seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas aos procedimentos, proporcionando livre questionamento e respondendo inteira e satisfatoriamente as perguntas.

Outrossim, em caso iminente 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 consentimentos prévios.

O prontuário médico deve permanecer sob a guarda dos médicos desta UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO. Solicitamos que seja devolvido. Em caso de perda ou extravio, será impressa 2ª via de documentos.

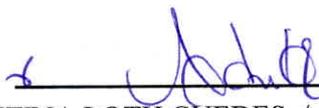
Tratando-se de menor paciente, conforme o artigo 12 da Lei nº 8.069/90 (Estatuto da Criança e do Adolescente), é obrigatória a permanência de um dos pais ou responsável legal durante toda a estadia da criança e/ou adolescente na instituição.

Declara ADRIANA CARLA LOTH GUEDES ser responsável solidário (art. 264 e ss do Código Civil) pelo pagamento das despesas que, desde já, declara estar ciente, e que as mesmas serão cobradas conforme cobertura contratual. Sendo os atendimentos **particulares, não cobertos, não autorizados e não quitados na totalidade pelo paciente e/ou responsável a cobrança será realizada conforme estabelecida no presente termo.**

Assim, caso não seja efetuado o pagamento no final do atendimento, a Unimed poderá exigir nota promissória ou, em caso negativo, autoriza o responsável, desde já, a emissão de boleto bancário de cobrança, o qual deverá ser pago em 30 (trinta) dias. **No caso de inadimplência, respeitado o prazo, o nome do responsável será inscrito nos serviços de proteção ao crédito.**

Ressalta que é de responsabilidade do paciente e/ou responsável legal a veracidade dos dados informados no atendimento, bem como a atualização, para envio/realização das cobranças.

**Informa que consultas realizadas nas Unidades de Pronto Atendimento, particular ou convênio não tem direito a retorno.**



VALENTINA LOTH GUEDES / ADRIANA CARLA LOTH GUEDES



Paciente **VALENTINA LOTH GUEDES**  
 Data Nascto. 17/02/2016      7 Anos  
 Sexo Feminino  
 Endereço Rua das Figueiras , 947 casa  
 Município Palhoca  
 Telefone 99111-0156

Atendimento **2.881.210**  
 Carteirainha:  
 Convênio Instituto Adventista  
 Cat. / Plano Instituto Adventista - Único  
 Prontuário 99750835  
 Data 23/06/2023 11:13:25  
 Tipo Acomod Enfermaria

### Termo de Responsabilidade

O abaixo assinado ADRIANA CARLA LOTH GUEDES, responsável pelo paciente VALENTINA LOTH GUEDES, dará a plena autorização aos médicos da COOP PA - FILIAL CENTRO da Unimed Grande Florianópolis, conforme disposto no artigo 39, IV, da Lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor), para assistirem e tratarem de sua enfermidade realizando todos os procedimentos e investigações que julgarem necessárias, para preservação da saúde e da vida do paciente.

Os médicos da COOP PA - FILIAL CENTRO, atendendo ao disposto no artigo 34 do Código de Ética Médica e artigo 9º da Lei 8.078/90, explicarão claramente a proposta do procedimento médico ou cirúrgico, seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas ao procedimento, proporcionando livre questionamento e respondendo inteira e satisfatoriamente as perguntas. Outrossim, em caso iminente 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 prévios.

O prontuário médico deve permanecer sob a guarda dos médicos desta UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO. Solicitamos que seja devolvido. Em caso de perda ou extravio, será impressa 2ª via deste documento, e os gastos pertinentes ao atendimento serão cobrados conforme cobertura contratual.

**Informamos que consultas realizadas nas Unidades de Pronto Atendimento, particular ou convênio não tem direito a retorno.**

\_\_\_\_\_  
 VALENTINA LOTH GUEDES

*o*   
 ADRIANA CARLA LOTH GUEDES

## PRONTO ATENDIMENTO UC

*hego sergios*

Florianópolis, 23 de junho de 2023

CONFERÊNCIA  
 DATA 23/06/23  
 ENFERMAGEM  
 DATA 23/06/23  
 AUTORIZAÇÃO

**PROCEDIMENTO**

*[Signature]*  
 Drª Lizana Arend Henrique  
 Pediatra RQE 10008  
 CRM/SC 11674  
 Unimed Grande Florianópolis

*P = 24.91g      FC: 93      SAT: 100%      TAX: 36.3°C*