



Paciente	VIKTOR ELYESER FERREIRA DO AMARAL		Atendimento	2.954.005
Data Nascto.	25/01/2011	12 Anos	Carteirinha:	7586776
Sexo	Masculino		Convênio	Instituto Adventista
Endereço	Rua Adélio Longo , 1083 CASA 2		Cat. / Plano	Instituto Adventista - Único
Município	Sao Jose		Prontuário	99822396
Telefone	984857820		Data	14/09/2023 10:39:09
			Tipo Acomod	Setor sem acomodação

Termo de Responsabilidade

O abaixo assinado MICHELE DA SILVA MACHADO, responsável pelo paciente VIKTOR ELYESER FERREIRA DO AMARAL, 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.

VIKTOR ELYESER FERREIRA DO AMARAL

MICHELE DA SILVA MACHADO

PRONTO ATENDIMENTO UC

Florianópolis, 14 de setembro de 2023

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado MICHELE DA SILVA MACHADO, responsável pela paciente VIKTOR ELYESER FERREIRA DO AMARAL, 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 MICHELE DA SILVA MACHADO 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.



VIKTOR ELYESER FERREIRA DO AMARAL / MICHELE DA SILVA MACHADO

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS - PRONTO ATENDIMENTO

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: VIKTOR ELYESER FERREIRA DO AMARAL

CPF:

Endereço: Rua Adélio Longo, 1083 CASA 2

Atendimento Nº: 2954005

Telefone: (48) 984857820

RG:

Responsável:

Nome: MICHELE

CPF: 00278458009

Endereço: Rua Coletor Irineu Comelli, 963 CASA

Telefone: 48984857820

RG: 407920705

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 nº 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, ressaltando 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).

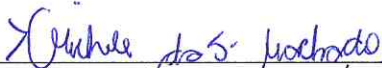
5.2. Os médicos da CONTRATADA atenderão ao disposto no artigo 34 do Código de Ética Médica e ao art. 6º, inciso III, art. 31 e art. 39, inciso VI, todos do Código de Defesa do Consumidor (Lei n.º 8.078/90), explicando claramente a proposta do procedimento médico ou cirúrgico, seus benefícios, riscos, 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:

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

V.3.0

Atend.: 2954005

2 - N° Guia no Prestador 4861211

Instituto Adventista

1 - Registro ANS 000000	3 - N° Guia Principal	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 13353	12 - Atendimento a RN N
4 - Data da Autorização 14/09/2023	5 - Senha 13353	6 - Data Validade da Senha 13353	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 7586776	9 - Validade da Carteira 14/09/2023	10 - Nome VIKTOR ELYESER FERREIRA DO AMARAL	11 - Cartão Nacional de Saúde
Dados do Solicitante			
13 - Código na Operadora 300638	14 - Nome do Contratado Unidade Centro	15 - Nome do Profissional Solicitante Requisitante Não Cadastrado/Inao 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 14/09/2023	23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 22	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039	26 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	27 - Qtdde.Solic. 1
28 - Qtdde-Aut. 1			
29			
30			
31			
32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 1	37 - Hora inicial a 38 - Hora final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento
41 - Descrição	42 - Qtdde.	43 - Via	44 - Tec.
45 - Fator Red./Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)	
48 - Seq.Ref.	49 - Gr.Part.	50 - Código na Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Vicktor Elyeser Ferreira do Amaral

Nº da Carteira: 7.58.6776

Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Estreito

Data de Nascimento: 25/01/2011

Nº da Guia: 13353



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
14/09/2023	09:19:00	Sala de Aula	Aula de outras matérias

O que aconteceu	Partes do corpo
Falta de ar.	Torax

Descrição
O Aluno se queixa de dores no peito e falta de ar.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Mônica.	(48) 3039-8100

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
PA INFANTIL UNIMED UNID.CENTRO - MENORES DE 15 ANOS EXCLUSIVO	Rua Madalena Barbi	204	Centro	(48) 3216-8222

Observações
O Aluno foi atendido pelo monitor da unidade e encaminhado para o hospital Unimed. Foi comunicado a mãe 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

