



| | | | | |
|--------------|---------------------------------------|---------|--------------|------------------------------|
| Paciente | GABRIEL SCHMIDT FERNANDES | | Atendimento | 2.918.594 |
| Data Nascto. | 28/04/2007 | 16 Anos | Carteirinha: | 72051198 |
| Sexo | Masculino | | Convênio | Instituto Adventista |
| Endereço | Rua José Silveira de Souza , 537 CASA | | Cat. / Plano | Instituto Adventista - Único |
| Município | Palhoca | | Prontuário | 99674981 |
| Telefone | 999084419 | | Data | 02/08/2023 20:46:42 |
| | | | Tipo Acomod | Setor sem acomodação |

Termo de Responsabilidade

O abaixo assinado CEILAN ISABEL SCHMIDT, responsável pelo paciente GABRIEL SCHMIDT FERNANDES, dará a plena autorização aos médicos da COOP HOSPITAL - FILIAL BARREIROS da Unimed Grande Florianópolis, conforme disposto no artigo 39,IV, da Lei 8.087/90 (Código de Defesa do Consumidor), para assistirem e tratarem de sua enfermidade realizando todos os procedimentos e investigações necessárias, para preservação da saúde e da vida do paciente. Os médicos do PRONTO ATENDIMENTO, 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 artigo 22 Código de Ética Médica, serão efetuados todos e quaisquer procedimento médicos sem esclarecimento prévios. O prontuário médico deve permanecer sob guarda dos médicos desta UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO. Solicitando que seja devolvido.

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 de criança e/ou adolescente na instituição. Declara 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 à cobrança será realizada conforme estabelecida no presente termo.** Assim, caso não seja efetuado o pagamento no final do atendimento ou em caso de negativo, autoriza o responsável, desde já, a emissão de boleto bancário de cobrança, o qual devera 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 na Unidade de Pronto Atendimento, particular ou convênio não tem direito a retorno.**

Em razão da situação de calamidade pública desencadeada pela pandemia de SARS-CoV-2 (Covid-19), e diante da possibilidade do surgimento de situações de esgotamento de recursos para assistir os pacientes, que, neste momento pandêmico, necessitem de cuidados de UTI, ESTOU CIENTE que o hospital poderá fazer uso dos critérios estabelecidos no protocolo de triagem¹ de forma a identificar quais pacientes terão prioridade na alocação de recursos, independente da doença apresentada (pandêmica ou não pandêmica).

São José,

GABRIEL SCHMIDT FERNANDES
Assinatura Paciente

CEILAN ISABEL SCHMIDT
Assinatura Responsável

Guilherme Zanette Deolinda - CRM 16841
Assinatura Médico



org.br/fileadmin/user_upload/amb/2020/abril/24/Protocolo_AMIB_de_alocacao_de_recursos_em_esgotamento_durante_a_pandemia_por_COVID-19.pdf

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: GABRIEL SCHMIDT FERNANDES

CPF: 08502654950

Endereço: Rua José Silveira de Souza , 537 CASA

Atendimento N°: 2918594

Telefone: (48) 999084419

RG:

Responsável:

Nome: CEILAN

CPF: 64336085900

Endereço: Rua José Silveira de Souza , 537 CASA

Telefone: 4899908-4419

RG: 2089281

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

CLÁUSULA PRIMEIRA - DEFINIÇÕES

1.1. Para fins do disposto neste contrato, as seguintes palavras e expressões terão o significado atribuído a elas nesta Cláusula.

- a) **Acidente pessoal:** é o evento súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.
- b) **Alta médica:** Ato médico que determina o encerramento da modalidade de assistência que vinha sendo prestada ao doente até o momento, por cura, melhora, inalteração, a pedido ou transferência.
- c) **Assistência médico-ambulatorial:** compreende atendimento médico, com realização de todos os procedimentos necessários, incluindo os de rotina, urgência ou emergência; assistência farmacêutica, de enfermagem, de nutrição e outras, quando indicadas.
- d) **Assistência hospitalar:** compreende todos os recursos de diagnóstico e tratamento disponíveis necessários ao atendimento; honorários dos profissionais; utilização de sala de cirurgia, material e serviços do centro cirúrgico e instalações correlatas; medicamentos receitados e outros materiais utilizados, sangue e hemoderivados; serviços de enfermagem; serviços gerais; fornecimento de roupa hospitalar; alimentação com observância das dietas prescritas; procedimentos especiais, como hemodiálise, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, endoscopia e outros necessários ao adequado atendimento.
- e) **Atendimento ou procedimento eletivo:** termo usado para designar os atendimentos e procedimentos médicos que podem ser programados, ou seja, que não são considerados de urgência e emergência.
- f) **Autorização prévia:** mecanismo de regulação utilizado pelas operadoras de planos de saúde que consiste na avaliação da cobertura antes da realização de determinados procedimentos de saúde.
- g) **Beneficiário:** a pessoa física inscrita em plano privado de assistência à saúde, que possui direitos e deveres definidos no instrumento jurídico firmado com a operadora, para garantia de acesso à cobertura contratada.
- h) **Carência:** período corrido e ininterrupto, determinado em contrato de plano de saúde, contado a partir da data de início da vigência do contrato, durante o qual o beneficiário paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.
- i) **Cobertura Parcial Temporária (CPT):** período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, durante o qual fica suspensa a cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, relacionados exclusivamente às Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) declaradas pelo beneficiário por ocasião da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.
- j) **Diretrizes de Utilização (DUT):** estabelecem os critérios, baseados nas melhores evidências científicas disponíveis, a serem observados para que sejam asseguradas as coberturas de alguns procedimentos e eventos especificamente indicados no Rol.
- k) **Diretrizes Clínicas (DC):** visam a melhor prática clínica, abordando manejos e orientações mais amplas, baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis, e também definem a cobertura mínima obrigatória.
- l) **Doença ou lesão preexistente (DLP):** doença ou lesão que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão a um plano privado de assistência à saúde.
- m) **Emergência:** situação que implica risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, declarada em declaração do médico assistente.

n) **Exame:** procedimento complementar solicitado pelo médico, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do beneficiário.

o) **Exclusão de cobertura:** situação na qual, de acordo com a legislação e o contrato, procedimento e/ou evento em saúde não são de cobertura obrigatória pela operadora de plano privado de assistência à saúde.

p) **Prótese:** peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.

q) **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde:** cobertura obrigatória e taxativa de procedimentos e eventos em saúde que deve ser garantida por operadora de plano privado de assistência à saúde de acordo com a segmentação do plano de saúde contratado.

r) **Urgência:** evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

CLÁUSULA SEGUNDA - PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

2.1. Os serviços ora contratados serão prestados diretamente por profissionais da **CONTRATADA** e por profissionais que, não estando incluídos nas categorias referidas na subcláusula 2.2, sejam admitidos nas dependências da **CONTRATADA** para prestar serviços.

2.2. Para os efeitos deste contrato, consideram-se profissionais da **CONTRATADA**:

a) membro de seu corpo clínico;

b) profissional que tenha vínculo de emprego com a **CONTRATADA**;

c) profissional autônomo que, eventual ou permanentemente, preste serviço à **CONTRATADA**, ou seja, autorizado por esta a fazê-lo.

2.3. Equipara-se ao profissional autônomo definido na letra "c" da subcláusula 3.2 empresa, grupo, sociedade ou conglomerado de profissionais que exerçam atividades na área de saúde, nas dependências da **CONTRATADA**.

CLÁUSULA TERCEIRA - OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE

3.1. Dar informações completas e precisas sobre seu histórico de saúde, doenças prévias, uso de medicamentos, procedimentos médicos progressos (anteriores) e outros problemas relacionados à sua saúde;

3.2. Conhecer e respeitar as normas e regulamentos da **CONTRATADA**;

3.3. Zelar e responsabilizar-se por eventuais danos causados de forma dolosa ou culposa a bens colocados à sua disposição para seu conforto e tratamento, assim como solicitar que seus visitantes e acompanhantes também o façam;

3.4. Respeitar os direitos dos demais pacientes, funcionários e prestadores de serviços da instituição, tratand-os com civilidade e cortesia;

3.5. Assumir responsabilidades pela recusa a procedimentos ou tratamentos recomendados e pela não atenção às orientações fornecidas pela equipe de saúde;

3.6. Participar do seu plano de tratamento e alta hospitalar ou indicar quem o possa fazer;

3.7. Efetuar o pagamento integral referente à assistência médica ambulatorial e/ou hospitalar, contratada em caráter particular, ou decorrente de negativa de cobertura pela operadora de plano de saúde, por motivo de carência, cobertura parcial temporária, inexistência de cobertura no rol de eventos e procedimentos em saúde ou no contrato, entre outros motivos;

3.8. Acompanhar os pedidos de autorização prévia realizados à operadora, assim como eventuais negativas, se beneficiário de plano privado de assistência à saúde;

3.9. Arcar com a diferença de preço e a complementação de honorários médicos e hospitalares, caso opte por padrão de acomodação superior na internação, que não esteja previsto no seu contrato de plano de saúde;

3.10. Manter acompanhante em tempo integral no caso de paciente criança ou adolescente menor de 18 (dezoito) anos; idoso a partir dos 60 (sessenta) anos de idade; e, pessoa com deficiência e/ou outras necessidades especiais;

3.11. Providenciar produtos para realização de higiene pessoal, tais como: sabonete, creme dental, escova de dente, xampu, aparelho de barbear, absorvente íntimo, fralda descartável (se necessário), entre outros.

3.12. O **CONTRATANTE** responsabiliza-se pelo pagamento particular de medicamentos de uso ambulatorial, devidamente utilizados durante o atendimento, que não possuem cobertura contratual pelo plano privado de assistência à saúde.

CLÁUSULA QUARTA - OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

- 4.1. Garantir atendimento por equipe profissional composta por médicos e demais profissionais de saúde qualificados e inscritos nos respectivos conselhos de classe, em número adequado à capacidade de atendimento, assim como pessoal de apoio em quantidade adequada para o desenvolvimento das demais atividades assistenciais;
- 4.2. Prestar atendimento ao paciente com elevado padrão de eficiência e estrita observância ao Código de Ética das respectivas categorias profissionais;
- 4.3. Realizar, por intermédio de seus profissionais, procedimentos clínicos em regime ambulatorial, assim como exames complementares para diagnóstico e tratamento;
- 4.4. Garantir de forma imediata o acesso do paciente aos serviços e procedimentos necessários à preservação da vida, órgãos e funções, em caso de urgência ou emergência, independente de autorização prévia da operadora, se eventualmente o paciente for beneficiário de plano privado de assistência à saúde;
- 4.5. Zelar pelo correto preenchimento e guarda do prontuário do paciente, na forma e prazo determinado pela legislação vigente;
- 4.6. Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação;
- 4.7. Justificar ao paciente ou ao seu representante legal, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato profissional previsto neste contrato;
- 4.8. Esclarecer ao paciente sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos;
- 4.9. Respeitar a decisão do paciente, ao consentir ou recusar prestação de assistência à saúde, salvo em casos de iminente morte ou obrigação legal;
- 4.10. Recolher impostos, taxas e demais emolumentos que incidem sobre a prestação de serviços;
- 4.11. Garantir o direito a um acompanhante nos casos de crianças e adolescentes menores de 18 (dezoito) anos; idosos a partir dos 60 (sessenta) anos de idade; e, pessoa com deficiência e/ou outras necessidades especiais;

CLÁUSULA QUINTA - VALOR E FORMA DE PAGAMENTO

5.1. PACOTES DE PRONTO ATENDIMENTO

5.1.1. **Pronto Atendimento Geral e Ortopédico:** no atendimento particular, o **CONTRATANTE** pagará à **CONTRATADA** o valor de **R\$ 550,00 (quinhentos e cinquenta reais)**, correspondente ao pacote de pronto atendimento, que inclui: **a)** consulta médica; **b)** taxa de sala ambulatorial/emergência/observação; **c)** oxigênio; **d)** taxa de curativo; **e)** materiais hospitalares; **f)** materiais hospitalares reembolsáveis.; **g)** medicamentos; e, **h)** Ecg Convencional De Até 12 Derivações **i)** os exames de raios-X indicados abaixo:

- 40802051-Coluna lombo-sacra-3 incidências
- 40802060-Coluna Lombo-sacra-5 incidências
- 40802078-Sacro Coccix
- 40802086-coluna Dorso-Lombar para Escoliose
- 40802116-Incidência Adicional de Coluna
- 40803015-Esterno
- 40803031-Costelas-Por Hemitórax
- 40803058-Omoplata ou Escápula
- 40803090-Cotovelo
- 40803112-Punho
- 40803120-Mão ou Quirodáctilo
- 40803147-Incidência adicional de Membro superior
- 40804046-Coxa
- 40804097-Pé ou Pododáctilo
- 40804135-Incidência Adicional de Membro Inferior
- 40805018-Tórax-1 Incidência
- 40805026-Tórax-2 Incidências

5.2. EXCLUSÃO DE COBERTURA

5.2.1. Ficam expressamente excluídos dos pacotes de pronto atendimento: a) medicamentos de alto custo, antibióticos, polivitamínicos e quimioterápicos/antineoplásicos; b) órteses, próteses e materiais especiais (OPME); c) materiais de alto custo; d) hemoterapia; e) exames de imagem (

tomografia computadorizada, ultrassonografia, ressonância magnética, entre outros); f) exames laboratoriais; e, g) todos os demais procedimentos ambulatoriais.

5.3. O pagamento das despesas do atendimento ambulatorial de urgência/emergência será realizado em dinheiro, cartão de débito ou cartão de crédito, a critério do **CONTRATANTE**.

5.3.1. O valor das despesas poderá ser parcelado em até 4 (quatro) vezes, sem juros, no cartão de crédito (Visa, Master, Elo ou Hipercard).

5.4. Caso o paciente evolua para internação, fica desde já consignado os valores das diárias:

a) **Apartamento:** R\$ 882,89 (oitocentos e oitenta e dois reais e oitenta e nove centavos);

b) **Enfermaria:** R\$ 630,49 (seiscentos e trinta reais e quarenta e nove centavos);

c) **UTI Adulto:** R\$ 3.024,22 (três mil e vinte e quatro reais e vinte e dois centavos);

d) **UTI Pediátrica:** R\$ 3.224,54 (três mil duzentos e vinte e quatro reais e cinquenta e quatro centavos).

5.5. Considerando o caráter de urgência/emergência, a obtenção do valor exato dos demais serviços e procedimentos será possível somente após a finalização do atendimento de urgência/emergência.

5.6. A **CONTRATADA** fica autorizada a efetuar a cobrança judicial ou extrajudicial contra o **CONTRATANTE** caso este deixe de efetuar o pagamento, bem como efetuar a inscrição nos órgãos de proteção ao crédito.

5.7. Em caso de falta de pagamento, 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.

CLÁUSULA SEXTA - SEGURANÇA DA INFORMAÇÃO E PROTEÇÃO DE DADOS

6.1. Em razão do que dispõe a Lei Geral de Proteção de Dados n.º 13.709/2018 (LGPD), as partes concordam que, no âmbito da execução do contrato, a **CONTRATADA** realizará atividades de tratamento de dados pessoais relacionadas a pessoas naturais identificadas ou identificáveis, e declara que, cumprirá, inclusive quando aplicável, a Constituição Federal, o Código de Defesa do Consumidor, o Código Civil, o Marco Civil da Internet (Lei Federal n.º 12.965/2014), seu decreto regulamentador (Decreto n.º 8.771/2016), a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei Federal n.º 13.709/2018) e demais normas regulamentadoras que envolvam proteção de dados e a privacidade de seus titulares.

6.2. Para o propósito deste contrato, será considerado dado pessoal, qualquer informação relativa a uma pessoa singular identificada ou identificável, acessados pela **CONTRATADA** através de documentos disponibilizados ou da coleta direta de dados.

6.3. A **CONTRATADA** somente poderá tratar os dados pessoais a que tenha acesso em razão de suas atribuições sob o contrato com o objetivo exclusivo de alcançar as finalidades diretamente relacionadas à execução do seu objeto e ao cumprimento das suas obrigações contratuais, sendo vedado o tratamento de dados pessoais para quaisquer outras finalidades não expressamente previstas neste contrato.

6.4. A **CONTRATADA** deverá utilizar meios para limitar o acesso às informações dentro de sua organização apenas aos funcionários que indispensavelmente necessitem conhecê-los para a consecução das atividades e objetivos descritos neste instrumento, conforme a legislação vigente e as restrições contidas neste contrato.

6.5. As partes acordam, ainda, que a responsabilidade da **CONTRATADA** estará limitada às hipóteses em que:

(a) descumprir as obrigações da legislação de proteção de dados; ou

(b) não tenha, de alguma forma, adotado as medidas de segurança, técnicas e administrativas razoáveis e esperadas aptas a proteger os dados pessoais de acessos não autorizados e de situações acidentais ou ilícitas de destruição, perda, alteração, comunicação ou qualquer forma de tratamento inadequado ou ilícito, nos moldes do que dispõe a LGPD.

6.6. Para os fins a que se destina este contrato, o tratamento de dados pessoais realizado pela **CONTRATADA** será considerado irregular quando deixar de observar a legislação ou quando não fornecer a segurança que o titular dele pode esperar, consideradas as circunstâncias relevantes, entre as quais:

(a) o modo pelo qual é realizado;

(b) o resultado e os riscos que razoavelmente dele se esperam;

(c) as técnicas de tratamento de dados pessoais disponíveis à época em que foi realizado.

6.7. Caso o titular dos dados questione a **CONTRATADA** sobre o tratamento de seus dados pessoais ou solicite o exercício de quaisquer de seus direitos previstos na legislação aplicável, serão tomadas as medidas indicadas para auxiliá-lo no atendimento de tais requisições nos termos da legislação aplicável.

6.8. Caso a **CONTRATADA** tenha conhecimento da ocorrência de qualquer tipo de tratamento de dados pessoais não autorizados, indevido ou incompatível com a legislação aplicável ou com os termos deste contrato, accidental ou doloso, incluindo, mas não se limitando, a acessos e compartilhamentos não autorizados e quaisquer tipos de incidentes de segurança da informação, deverá, em prazo não superior a 48 (quarenta e oito) horas contadas da ciência da ocorrência do incidente, notificar o titular dos dados por escrito e de forma detalhada, com a apresentação de todas as informações disponíveis sobre tal ocorrência, devendo a comunicação conter, no mínimo, as informações mencionadas no artigo 48 §1º da Lei n.º 13.709/2018, sem prejuízo de outras informações que lhes forem requeridas pelo titular dos dados.

6.9. Em caso de incidente, a **CONTRATADA** deverá investigar e adotar as medidas adequadas para garantir a segurança dos dados pessoais e para atenuar os seus eventuais efeitos negativos sobre o titular afetado, além de prevenir quaisquer futuros incidentes ou violações de dados pessoais.

CLÁUSULA SÉTIMA - CONDIÇÕES GERAIS

7.1. A **CONTRATADA** possui câmeras de vigilância instaladas nas suas dependências. As imagens gravadas são confidenciais e protegidas, nos termos da legislação vigente.

7.2. A **CONTRATANTE** não se responsabiliza por objetos pessoais de pacientes e acompanhantes.

7.3. Não é permitido: **a)** o uso de celular durante os atendimentos; **b)** fumar nas dependências da **CONTRATADA**; **c)** gravar a imagem, voz ou fotografar pacientes e/ou colaboradores da equipe assistencial da **CONTRATADA**; **d)** a entrada com qualquer bebida ou alimento.

7.4. A abstenção do exercício de qualquer direito ou faculdade estabelecida no presente Instrumento constituir-se-á como ato de mera liberalidade, não inovando, criando direitos ou precedentes a serem invocados, assim como não prejudicando o exercício de direitos neste contemplados e eventualmente não exercidos pelas Partes.

CLÁUSULA OITAVA - FORO

8.1. 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



1 - Registro ANS 000000

3 - Nº Guia Principal

6 - Data Validade da Senha

7 - Numero da Guia Atribuido pela Operadora

12 - Atendimento a RN N

4 - Data da Autorização 02/08/2023

5 - Senha 12526

9 - Validade da Carteira 31/05/2024

10 - Nome Beneficiário GABRIEL SCHMIDT FERNANDES

11 - Cartão Nacional de Saude

12 - Atendimento a RN N

8 - Numero da Carteira 72051198

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora 77858611001414

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

16 - Conselho Profissional 6

17 - Numero no Conselho 2526

18 - UF SC

19 - Código CBO 225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

15 - Nome do Profissional Solicitante

Requisitante Não Cadastrado/nao Cooperado

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Nens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento 2

22 - Data da Solicitação 02/08/2023

23 - Indicação Clínica

26 - Descrição

27 - Qtd. Solic. 1

28 - Qtd. Aut. 0

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039

26 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

1

2

3

4

5

Dados do Contratado Executorante

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

42 - Qtd.

43 - Via 44 - Tec.

45 - Fator Red./Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

36 - Data

37 - Hora Inicial a 38 - Hora final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

1

2

3

4

5

Identificação do(s) Profissional(is) Executorante(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

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Materiais (R\$)

62 - Total de QPME (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

69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

72 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

74 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

75 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

76 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

77 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

78 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

79 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

80 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

81 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

82 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

83 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

84 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

85 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

86 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

87 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

88 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

89 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

90 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

91 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

92 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

93 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

94 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

95 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

96 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

97 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

98 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

99 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

100 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

101 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

102 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

103 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

104 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

105 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

106 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

107 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

108 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

109 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

110 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

111 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

112 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

113 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

114 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

115 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

116 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

117 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

118 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

119 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

120 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

121 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

122 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

123 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

124 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

125 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

126 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

127 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

128 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

129 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

130 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

131 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

132 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

133 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

134 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

135 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

136 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

137 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

138 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

139 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

140 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

141 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

142 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

143 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

144 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

145 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

146 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

147 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

148 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

149 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

150 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

151 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

152 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

153 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

154 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

155 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

156 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

157 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

158 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

159 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

160 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

161 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

162 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

163 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

164 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

165 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

166 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

167 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

168 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

169 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

170 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

171 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

172 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

173 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

174 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

175 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

176 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

177 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

178 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

179 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

180 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

181 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

182 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

183 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

184 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

185 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

186 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

187 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

188 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

189 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

190 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

191 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

192 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

193 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

194 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

195 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

196 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

197 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

198 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

199 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

200 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

201 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

202 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

203 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

204 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

205 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

206 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

207 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

208 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

209 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

210 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

211 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

212 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

213 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

214 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

215 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

216 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

217 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

218 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

219 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

220 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

221 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

222 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

223 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

224 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

225 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

226 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

227 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

228 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

229 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

230 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

231 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

232 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

233 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

234 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

235 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

236 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

237 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

238 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

239 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

240 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

241 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

242 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

243 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

244 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

245 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

246 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

247 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

248 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

249 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

250 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

251 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável



AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Gabriel Schmidt Fernandes
Nº da Carteira: 7.205.1198
Instituição: Colégio Adventista Palhoça

Data de Nascimento: 28/04/2007

Nº da Guia: 12526

| Data da Ocorrência | Horário | Local | Atividade |
|--------------------|----------|---------|------------------------------------|
| 02/08/2023 | 18:42:00 | Ginásio | Atividades esportivas fora de aula |

O que aconteceu

Choque com terceiros (**Ex.: entre dois alunos**)

Partes do corpo

Tornozelo Direito

Descrição

Aluno estava jogando handebol e trombo com outro colega.

Testemunha da ocorrência

Bianca Bendik Rodrigues

Bianca Bendik Rodrigues

Telefone

48998557433

48998557433

Local de atendimento

HUGF - HOSPITAL UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS

Endereço

Rua Manoel Loureiro

Nº

191
0

Bairro

Barreiros

Telefone

(48) 3288-4100

Observações

Aluno foi socorrido pelo prof. Thiago, foi colocado gelo.

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 (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

