

## UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3493533

(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**.

**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.

## UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3493533

**Contratante:**

Paciente/Usuário

Atendimento Nº: 3493533

Nome: DAVI HORST MARTINS

Telefone: (48) 988750539

CPF: 15472585783

RG:

Endereço: Rua Apolônio Barbosa Rodrigues , 87

**Responsável:**

Nome: JANE

Telefone: 48999549216

CPF: 00528432974

RG:

Endereço: Rua Apolônio Barbosa Rodrigues , 87 casa

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Parágrafo Segundo.** No caso de evolução do atendimento de urgência/emergência para internação e não havendo quitação das respectivas despesas, a **CONTRATADA** enviará, a cada 5 (cinco) dias uteis, a descrição dos serviços prestados e boleto bancário contemplando o valor total do pagamento, através do e-mail caixahospital@unimedflorianopolis.com.br (**CONTRATADA**) para o e-mail indicado na admissão do paciente

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Davi Horst Martins  
**Nº da Carteira:** 7.205.1027  
**Instituição:** Colégio Adventista Palhoça



**Data de Nascimento:** 19/03/2008

**Nº da Guia:** 27263

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
10/04/2025	11:14:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Abdomen

**Descrição**  
Durante a educação física o aluno caiu na quadra, sentindo dores na região do abdômen.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Thiago José Jair Martins	(48) 98830-9594

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

**Observações**  
O aluno foi atendido pela professora e encaminhado ao Vice-diretor que entrou em contato com responsáveis.

Ass.:

Thiago José Jair Martins

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



1 - Registro ANS	3 - N° Guia Principal		
4 - Data da Autorização 10/04/2025	5 - Senha 27263	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuido pela Operadora 27263

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 72051027	9 - Validade da Carteira 31/12/2022	10 - Nome DAVI HORST MARTINS	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
------------------------------------	--	---------------------------------	-------------------------------	----------------------------

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora 77858611001414	14 - Nome do Contratado UNIMED GRANDE FLORIANOPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO
--	---

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

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 10/04/2025	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

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNF
--------------------------	-------------------------	-----------------

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

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 10/04/2025 <i>David Horst</i>	68 - Assinatura do Contratado 10/04/2025
---	---	---

Paciente	DAVI HORST MARTINS		Atendimento	3.493.533
Data Nascto.	19/03/2008	17 Anos	Prontuário	99.783.159
Sexo	Masculino		Dt. Entrada	10/04/2025 19:25:08
Telefone	988750539		Convênio	Instituto Adventista Instituto
Leito	1			

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
10/04/2025 20:46	10/04 20:47	Médico	Evolução Médica PA		JULIANO TEIXEIRA DE SA	CRM 17278

### Evolução Médica PA Adulto - ORTOPEDIA

**Queixa Principal :** Sinais Vitais Triagem:

FC: 78 PAS: 125 PAD: 110 Temp: 35 FR: 16 SatO2: 100

trauma na escola  
dor ilíaco esq  
apoio completo  
rx sp  
repouso  
analgesia  
retorno sn

**Encaminhamento ao Ambulatório UGF? :** não



Paciente: **DAVI HORST MARTINS**  
Data de Nascimento: 19/03/2008 Idade: 17anos Sexo: M  
Data do Exame: 10/04/2025  
Solicitante: Dr.(a) JULIANO TEIXEIRA DE SA  
Protocolo: UGF3493533 Senha: 232707

[unimedflorianopolis.com.br](http://unimedflorianopolis.com.br)

Central de Atendimento:  
(48) 3288 4100

Informações:  
0800 048 3500

## RADIOGRAFIA DIGITAL DA BACIA

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](http://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





Paciente: <b>DAVI HORST MARTINS</b>	Convênio: <b>Instituto Adventista</b>	Usuário/Matrícula: <b>72051027</b>
Categoria: <b>Instituto Adventista</b>		

**Emissão:**

Nº atend: **3.493.533**  
 Nº IC: **21.322.358**

Prontuário: 99783159	Data entrada: 10/04/2025 19:25:08	Data saída: 10/04/2025 20:47:00	Motivo Alta: Alta melhora
Médico: Dr. JULIANO TEIXEIRA DE SA (CRM 17278)			Tipo atend: 3 - Pronto socorro
Proc Princ: 00000000	0	Tipo acomodação Apartamento	Espec/Clinica: 1 Clinica Adulto
Data 19/03/2008			Sexo: M
CID Princ: S30.0 Contusao do dorso e da pelve			
Guia: 27263	Senha: 27263		

Dt Conta: 10/04/25 19:26 Dt inicial: 10/04/25 19:25 Dt final: 10/04/25 20:47 Refer: 30/04/25

**Movimentação do Paciente**

Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO	Setor sem acomodação	1/	10/04/2025 19:25:08	10/04/2025 20:47:00
2	Pronto socorro	ORTOPEDIA	Setor sem acomodação	1/	10/04/2025 19:47:27	10/04/2025 20:47:00
3	Serviços Especiais	RAIO X	Setor sem acomodação	1/	10/04/2025 20:19:00	10/04/2025 20:19:00

**Honorários Não Conveniados**

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor
1	10/04/25 19:25	PRONTO ATENDIMENTO	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	17278	JULIANO TEIXEIRA	Clínico	130,42
2	10/04/25 20:34	RAIO X	40804011	Bacia	1,00	6606	PEDRO LEMOS DE	Clínico	46,29
<b>Total de Honorários Não Conveniados</b>					<b>2,00</b>				<b>176,71</b>

**Total geral R\$**

**176,71**

Paciente **EDUARDO PEREIRA DA SILVA**

Data Nascto. 17/06/2013 11 Anos

Sexo Masculino

Telefone 996074375

Leito 1

Atendimento **3.511.802**

Prontuário 99.872.641

Dt. Entrada 28/04/2025 11:26:32

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
28/04/2025 12:01	28/04 12:24	Médico	Evolução Médica PA		CLAYTON MIGUEL COSTA	CRM 6547

**Evolução Médica PA Adulto - ORTOPEDIA****Queixa Principal :** s-Queda com trauma no joelho E hoje

Nega alergias

Nega comorbidade s

**Exame físico :** o-Sem derrame

Sem edema

Sem flogose

Sem deformidades

Rx sp

a-Contusão joelho

**Conduta :** p-Gelo

Ibuprofeno gotas

REpouso 7 dias

**Encaminhamento ao Ambulatório UGF? :** não**Acionado sobreaviso da Ortopedia? :** não**Solicitado exames de imagem? :** sim**Se sim, quais? :** Radiologia



Paciente: **EDUARDO PEREIRA DA SILVA**  
Data de Nascimento: 17/06/2013 Idade: 11anos 10M Sexo: M  
Data do Exame: 28/04/2025  
Solicitante: Dr.(a) CLAYTON MIGUEL COSTA  
Protocolo: UGF3511802 Senha: 433981

[unimedflorianopolis.com.br](http://unimedflorianopolis.com.br)

Central de Atendimento:  
(48) 3288 4100

Informações:  
0800 048 3500

## RADIOGRAFIA DIGITAL DO JOELHO ESQUERDO

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](http://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. Roberto Guimarães Tiezzi  
CRM/SC 8280





Paciente: <b>EDUARDO PEREIRA DA SILVA</b>	Convênio: <b>Instituto Adventista</b>	Usuário/Matrícula: <b>72051913</b>
Categoria: <b>Instituto Adventista</b>		

**Emissão:**

Nº atend: **3.511.802**  
 Nº IC: **21.342.008**

Prontuário: 99872641    Data entrada: 28/04/2025 11:26:32    Data saída: 28/04/2025 12:28:09    Motivo Alta: Alta melhora  
 Médico: Dr. CLAYTON MIGUEL COSTA (CRM 6547)    Tipo atend: 3 - Pronto socorro  
 Proc Princ: 00000000    0    Tipo acomodação Enfermaria    Espec/Clinica: 1    Clinica Adulto  
 Data 17/06/2013    Sexo: M  
 CID Princ: S80.0 Contusao do joelho  
 Guia: **27781**    Senha: 27781

Dt Conta: 28/04/25 11:28    Dt inicial: 28/04/25 11:26    Dt final: 28/04/25 12:28    Refer: 30/04/25

**Movimentação do Paciente**

Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO	Setor sem acomodação	1/	28/04/2025 11:26:32	28/04/2025 12:28:09
2	Pronto socorro	ORTOPEDIA	Setor sem acomodação	1/	28/04/2025 11:36:16	28/04/2025 12:28:09
3	Serviços Especiais	RAIO X	Setor sem acomodação	1/	28/04/2025 12:05:00	28/04/2025 12:05:00

**Honorários Não Conveniados**

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor
1	28/04/25 11:26	PRONTO ATENDIMENTO	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	6547	CLAYTON MIGUEL	Clínico	100,32
2	28/04/25 12:19	RAIO X	40804054	Joelho	1,00	15871	LUIZ CARLOS	Clínico	45,99
<b>Total de Honorários Não Conveniados</b>					<b>2,00</b>				<b>146,31</b>

**Total geral R\$**

**146,31**



Atendimento: 3511802

**Contratante:**

Paciente/Usuário

Nome: EDUARDO PEREIRA DA SILVA

CPF: 11137175990

Endereço: Rua Najla Carone Goedert, 615 APTO

Atendimento Nº: 3511802

Telefone: (48) 996074375

RG:

**Responsável:**

Nome: ANDREIA

CPF: 00764470906

Endereço: Avenida Valdemar Schmidt, 745 ap04

Telefone: 5548996074375

RG: 4007170

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Parágrafo Segundo.** No caso de evolução do atendimento de urgência/emergência para internação e não havendo quitação das respectivas despesas, a **CONTRATADA** enviará, a cada 5 (cinco) dias úteis, a descrição dos serviços prestados e boleto bancário contemplando o valor total do pagamento, através do e-mail caixahospital@unimedflorianopolis.com.br (**CONTRATADA**) para o e-mail indicado na admissão do paciente

## UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3511802

(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 tratem 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.

**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.

## UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3511802

**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 indicara 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, 28/04/2012

  
CONTRATANTE/RESPONSÁVEL

\_\_\_\_\_  
CONTRATADA

**Testemunhas**

1- \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF nº \_\_\_\_\_

2- \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF nº \_\_\_\_\_



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

2 - N° Guia no Prestador 5906022

Instituto Adventista

1 - Registro ANS	3 - N° Guia Principal	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
4 - Data da Autorização 28/04/2025	5 - Senha	9 - Validade da Carteira 28/04/2025	10 - Nome EDUARDO PEREIRA DA SILVA	19 - Código CBO 225125	N
Dados do Beneficiário		14 - Nome do Contratado UNIMED GRANDE FLORIANOPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
8 - Número da Carteira 72051913	13 - Código na Operadora 77858611001414	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 2526		
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados		23 - Indicação Clínica			
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 28/04/2025				
24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 22	26 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	27 - Qtdde.Solic. 1	28 - Qtdde.Aut. 0	
Dados do Contratado Executante		31 - Código CNES			
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado				
Dados do atendimento		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento			
32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta			
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados					
36 - Data 1	37 - Hora inicial a 38 - Hora final 2	39 - Tabela 3	40 - Código do Procedimento 4	41 - Descrição 5	42 - Qtdde. 6
43 - Via 7		44 - Tec. 8	45 - Fator Red./Acresc. 9	46 - Valor Unitário (R\$) 10	47 - Valor Total (R\$)
48 - Seq.Ref. 18		49 - Gr.Part. 51	50 - Código na Operadora/CPE 52	53 - Conselho Profissional 54	55 - Código CBO 56
66 - Data de Realização de Procedimentos em Série 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
1 - / /	2 - / /	3 - / /	4 - / /	5 - / /	6 - / /
7 - / /	8 - / /	9 - / /	10 - / /		
58 - Observação / Justificativa					
60 - Total Procedimentos (R\$)		61 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)	62 - Total de OPMEY (R\$)	63 - Total Medicamentos (R\$)	64 - Total Gases Medicinais R\$
65 - Assinatura do Responsável pela Autorização		66 - Assinatura de Responsável ou Responsável	67 - Assinatura de Responsável	68 - Assinatura do Contratado	69 - Total Geral (R\$)
/ /		28/04/2025	28/04/2025	28/04/2025	



# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Eduardo Pereira da Silva  
**Nº da Carteira:** 7.205.1913  
**Instituição:** Colégio Adventista Palhoça



**Data de Nascimento:** 17/06/2013

**Nº da Guia:** 27781

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
28/04/2025	10:08:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros ( <b>Ex.: entre dois alunos</b> )	Joelho Esquerdo

## Descrição

Durante a aula o aluno caiu e um colega caiu por cima do seu joelho.

## Testemunha da ocorrência

Geovana Martins

## Telefone

(48) 99935-1000

Geovana Martins

(48) 99935-1000

## Quem prestou primeiros socorros

Geovana Martins

## Data

28/04/2025

## Local de atendimento

HUGF - HOSPITAL UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS

## Endereço

Rua Manoel Loureiro

## Nº

1910

## Bairro

Barreiros

## Telefone

(48) 3288-4100

## Observações

Foi aplicado gelo no local e comunicado a responsável.

Ass.:

  
Geovana Santos Martins

**Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link:**

**<https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: [assistenciamedica@clinicaadventista.org.br](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)





Atendimento: 3486252

**Contratante:**

Paciente/Usuário

Nome: HELENA CARDOSO DOS SANTOS

CPF: 14227455979

Endereço: Servidão Maria Enid Ternes Buchele, ,

Atendimento Nº: 3486252

Telefone: (48) 984123138

RG: \_\_\_\_\_

**Responsável:**

Nome: FERNAN

CPF: 00337789908

Endereço: Servidão Maria Enid Ternes Buchele, 533 CASA

Telefone: 5548984123138

RG: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Parágrafo Segundo.** No caso de evolução do atendimento de urgência/emergência para internação e não havendo quitação das respectivas despesas, a **CONTRATADA** enviará, a cada 5 (cinco) dias úteis, a descrição dos serviços prestados e boleto bancário contemplando o valor total do pagamento, através do e-mail caixahospital@unimedflorianopolis.com.br (**CONTRATADA**) para o e-mail indicado na admissão do paciente

## UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3486252

(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 tratem 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 n.º 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.

**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.

## UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3486252

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

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

Nome da Acompanhante \_\_\_\_\_

CPF nº \_\_\_\_\_

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

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

São José/SC, \_\_\_\_\_

  
CONTRATANTE/RESPONSÁVEL

\_\_\_\_\_  
CONTRATADA

**Testemunhas**

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

Nome:

CPF nº

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

Nome:

CPF nº







# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Helena Cardoso dos Santos

Nº da Carteira: \_\_\_\_\_

Instituição: Colégio Adventista de  
Florianópolis - Estreito

Data de Nascimento: 23/04/2010

Nº da Guia: \_\_\_\_\_



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
03/04/2025	09:00	Quadra	Educação Física

O que aconteceu	Partes do corpo
Durante o salto em atividade física caiu sobre o pé de apoio	Tornozelo direito

**Descrição**  
Aluna saltou e caiu sobre o pé de apoio vindo a torcer o tornozelo direito

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora Francielle garcia	48 3039-8100

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Yusdania	03/04/2025

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
HGUF - HOSPITAL UNIMED GRANDE FPOLIS				

**Observações**  
ALUNA FOI ATENDIDA PELA MONITORA VINDO A COLOCAR GELO NO LOCAL CONTUNDIDO E ALUNA CONTINUOU EM SALA DE AULA. PORÉM, SENTE DORES NO LOCAL AFETADO

Ass.:

Juvenal Arno Silveira - Vice Financeiro

**ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)**

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12  
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorrião - Curitiba - Paraná - 80730-070  
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824  
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br



Paciente	HELENA CARDOSO DOS SANTOS		Atendimento	3.486.252
Data Nascto.	23/04/2010	14 Anos	Prontuário	99.849.925
Sexo	Feminino		Dt. Entrada	03/04/2025 20:51:42
Telefone	984123138		Convênio	Instituto Adventista Instituto
Leito	1			

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
03/04/2025 23:29	03/04 23:30	Médico	Evolução Médica PA		RAFAEL ABREU MANSUR	CRM 19068

## Evolução Médica PA Adulto - ORTOPEDIA

**Queixa Principal :** Sinais Vitais Triagem:

FC: 92 PAS: 117 PAD: 79 Temp: 36,2 FR: 16 SatO2: 100

S:

O:

A:

P:

**Exame físico :** entorse tornozelo D hj ao pular em volei

dor em reg mal laetral

o:edmea minimo

sem hematoams

sem dor em dial ou em base 5mtt

thompson regaente

desiocnrforot sorbe trajeto LTFA

rx:sem laudo,sem sinais fraturas

c:roeintos orbe lesoes coultas ao rx

analegsai

ctala

oreintacoes

reaval cm coelha pe e tnzl se neecessario

**Encaminhamento ao Ambulatório UGF? :** não

**Acionado sobreaviso da Ortopedia? :** não

**Solicitado exames de imagem? :** não



Paciente: **HELENA CARDOSO DOS SANTOS**  
Data de Nascimento: 23/04/2010 Idade: 14anos 11M Sexo: F  
Data do Exame: 03/04/2025  
Solicitante: Dr.(a) RAFAEL ABREU MANSUR  
Protocolo: UGF3486252 Senha: 72849

[unimedflorianopolis.com.br](http://unimedflorianopolis.com.br)

Central de Atendimento:  
(48) 3288 4100

Informações:  
0800 048 3500

## RADIOGRAFIA DIGITAL DO TORNOZELO DIREITO

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

Exame completo e laudo médico disponíveis em [www.unimedflorianopolis.com.br](http://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





Paciente: <b>HELENA CARDOSO DOS SANTOS</b>	Convênio: <b>Instituto Adventista</b>	Usuário/Matrícula: <b>7584880</b>	<b>Emissão:</b> Nº atend: <b>3.486.252</b> Nº IC: <b>21.314.800</b>
Categoria: <b>Instituto Adventista</b>			

Prontuário: 99849925	Data entrada: 03/04/2025 20:51:42	Data saída: 04/04/2025 00:03:21	Motivo Alta: Alta melhor
Médico: Dr. RAFAEL ABREU MANSUR (CRM 19068)	Proc Princ: 30728134		Tipo atend: 3 - Pronto socorro
Lesões Ligamentares Agudas Ao Nível Do Tornozelo - Tratamento			Espec/Clinica: 1 Clínica Adulto
Tipo acomodação Enfermaria			
Data 23/04/2010	Sexo: F		
CID Princ: S93.4 Entorse e distensao do tornozelo			
Guia: 0032025	Senha: 0032025		

Dt Conta: 03/04/25 21:01 Dt inicial: 03/04/25 20:51 Dt final: 04/04/25 00:03 Refer: 30/04/25

## Movimentação do Paciente

Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO	Setor sem acomodação	1/	03/04/2025 20:51:42	04/04/2025 00:03:21
2	Pronto socorro	ORTOPEDIA	Setor sem acomodação	1/	03/04/2025 21:17:31	04/04/2025 00:03:21
3	Serviços Especiais	RAIO X	Setor sem acomodação	1/	03/04/2025 22:24:22	03/04/2025 22:24:22

## Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor
1	03/04/25 20:51	PRONTO ATENDIMENTO	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	19068	RAFAEL ABREU	Clínico	130,42
2	03/04/25 22:24	RAIO X	40804089	Articulação Tibiotársica (Tornozelo)	1,00	6606	PEDRO LEMOS DE	Clínico	44,25
3	03/04/25 23:12	ORTOPEDIA	30711029	Membro Inferior	1,00	19068	RAFAEL ABREU	Clínico	31,90
4	03/04/25 23:32	ORTOPEDIA	30728134	Lesões Ligamentares Agudas Ao Nível Do Tornozelo - Tratamento Incruento	1,00	19068	RAFAEL ABREU	Clínico	139,78
<b>Total de Honorários Não Conveniados</b>					<b>4,00</b>				<b>346,35</b>

## Materiais

Seq	Código	Descrição	Unid.	Qtde	VI Unit.	VI Total
<b>ORTOPEDIA</b>						
1	70014370	AGULHA HIPODERMICA 4	un	1,0000	1,9100	1,91
2	78988780	ATADURA CREPON 15 CM X 1,8 M	rl	4,0000	11,2400	44,96
3	70858837	ATADURA GESSADA 15CMX3,0MT 156.911	rl	3,0000	7,4700	22,41
4	70034702	ATADURA ORTOPEDICA 15 CM X 1,8 M	rl	3,0000	12,5500	37,65
5	70139148	CATETER IV C/ DISPOSITIVO DE SEGURANCA Nº 20	un	1,0000	12,0000	12,00
6	78202477	MALHA TUBULAR ALGODA	cm	150,0000	0,0500	7,50
7	70705330	SERINGA 10ml	und	1,0000	3,9300	3,93
<b>Total - ORTOPEDIA -</b>				<b>163,0000</b>		<b>130,36</b>
<b>Total de Materiais</b>				<b>163,0000</b>		<b>130,36</b>

## Medicamentos

Seq	Código	Descrição	Unid.	Qtde	VI Unit.	VI Total
<b>ORTOPEDIA</b>						
1	0000036845	CLORIDRATO DE TRAMADOL 100 MG (50MG/ML) SOL. INJ. CX. 60 AMP X 2 ML	amp	1,0000	6,47	6,47
2	0000039774	METROFARMA (metoclopramida) 5 MG/ML 2ML AMP.	amp	1,0000	1,05	1,05
3	0000042206	SOLUCAO DE CLORETO DE SODIO BBRAUN 9 MG/ML SOL INJ IV CX 20 FA PLAS	fr	2,0000	8,48	16,96
<b>Total - ORTOPEDIA -</b>				<b>4,0000</b>		<b>24,48</b>
<b>Total de Medicamentos</b>				<b>4,0000</b>		<b>24,48</b>

**Total geral R\$ 501,19**



Atendimento: 3513588

**Contratante:**

Paciente/Usuário

Nome: IGOR PEREIRA RODRIGUES ANTONIO

CPF: 14804988904

Endereço: Rua Santos Dumont , 810 apto 101

Atendimento Nº: 3513588

Telefone: (47) 988480155

RG:

**Responsável:**

Nome: JESSICA

CPF: 06100224232

Endereço: Rua Santos Dumont , 810 apto 101

Telefone: 5547988480155

RG:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Parágrafo Segundo.** No caso de evolução do atendimento de urgência/emergência para internação e não havendo quitação das respectivas despesas, a **CONTRATADA** enviará, a cada 5 (cinco) dias úteis, a descrição dos serviços prestados e boleto bancário contemplando o valor total do pagamento, através do e-mail caixahospital@unimedflorianopolis.com.br (**CONTRATADA**) para o e-mail indicado na admissão do paciente

## UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3513588

(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 tratem 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.

**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.

## UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3513588

**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 indicara 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, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Tessieia Dornelas Fonseca  
CONTRATANTE/RESPONSÁVEL

\_\_\_\_\_  
CONTRATADA

**Testemunhas**

1- \_\_\_\_\_  
Nome:  
CPF nº

2- \_\_\_\_\_  
Nome:  
CPF nº







# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



**Aluno:** Igor Pereira Rodrigues Antonio  
**Nº da Carteira:** 7.205.2323  
**Instituição:** Colégio Adventista Palhoça

**Data de Nascimento:** 24/02/2019

**Nº da Guia:** 27856

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
29/04/2025	14:19:00	Sala de Aula	Chegada

## O que aconteceu

Queda de mesmo nível

## Partes do corpo

Antebraço Direito, Mão Direita

## Descrição

O aluno estava caminhando pela sala e quando foi se apoiar em duas mesas, a mão direita foi em falso e o aluno caiu sozinho em cima do braço direito. Em ligação com o responsável, nos comunicou que o aluno já quebrou uma outra vez o braço direito.

## Testemunha da ocorrência

Geovana Martins

Geovana Martins

## Telefone

(48) 99935-1000

(48) 99935-1000

## Quem prestou primeiros socorros

Geovana Martins

## Data

29/04/2025

## Local de atendimento

HUGF - HOSPITAL UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS

## Endereço

Rua Manoel Loureiro

## Nº Bairro

191 Barreiros

## Telefone

(48) 3288-4100

## Observações

Comunicamos a família para um encaminhamento médico.

Ass.:

Geovana Santos Martins

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

1950

1950

1950

1950

1950

1950

1950

1950

1950

1950

1950

1950

1950

1950

1950

1950

1950

1950

1950

1950

1950

1950

1950

1950

1950

1950

1950

1950

1950

1950

1950

1950

1950

1950

1950

1950

1950

1950

1950

Paciente **IGOR PEREIRA RODRIGUES ANTONIO**

Data Nascto. 24/02/2019 6 Anos

Sexo Masculino

Telefone 988480155

Leito 1

Atendimento **3.513.588**

Prontuário 99.872.789

Dt. Entrada 29/04/2025 15:29:03

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
29/04/2025 16:00	29/04 16:28	Médico	Evolução Médica PA		DANIEL NARLOCH VEIGA	CRM 11649

**Evolução Médica PA Adulto - ORTOPEDIA****Queixa Principal :** QUEDA NOCOLEGIO

DOR ANTEBRAÇO DIR

SEM DESVIOS CLINICOS IMPOSTANES

EDEMA

**Conduta :** RX ANTEBRAÇO DIR : FRATURA DE RADI OE ULNA COM DESVIO DENTRO DE LIMITES ACEITAVESI PARA IDADE

TALA AXILOPALMAR

RET 1 SEMANA PARA CONTROLE

CIENTE DE POSSIVEIS EVOLUÇÕES ( ORIENTAÇÕES À MAE )

ANALGESIA

**Encaminhamento ao Ambulatório UGF? :** não



Paciente: **IGOR PEREIRA RODRIGUES ANTONIO**  
Data de Nascimento: 24/02/2019 Idade: 6anos 2M Sexo: M  
Data do Exame: 29/04/2025  
Solicitante: Dr.(a) DANIEL NARLOCH VEIGA  
Protocolo: UGF3513588 Senha: 121177

[unimedflorianopolis.com.br](http://unimedflorianopolis.com.br)

Central de Atendimento:  
(48) 3288 4100

Informações:  
0800 048 3500

## RADIOGRAFIA DIGITAL DO ANTEBRAÇO/PUNHO DIREITO

Fraturas completas nas diáfises do rádio e da ulna.  
Demais estruturas ósteo-articulares preservadas.

Exame completo e laudo médico disponíveis em [www.unimedflorianopolis.com.br](http://www.unimedflorianopolis.com.br)

(Protocolo/senha informados após o exame).

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

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

  
Dr. Nelson Cabral Junior  
CRM/SC 6561





Paciente: **IGOR PEREIRA RODRIGUES ANTONIO**  
Data de Nascimento: 24/02/2019 Idade: 6anos 2M Sexo: M  
Data do Exame: 29/04/2025  
Solicitante: Dr.(a) DANIEL NARLOCH VEIGA  
Protocolo: UGF3513588 Senha: 121177

[unimedflorianopolis.com.br](http://unimedflorianopolis.com.br)

Central de Atendimento:  
(48) 3288 4100

Informações:  
0800 048 3500

## RADIOGRAFIA DIGITAL DO ANTEBRAÇO/PUNHO DIREITO

Fraturas completas nas diáfises do rádio e da ulna.  
Demais estruturas ósteo-articulares preservadas.

Exame completo e laudo médico disponíveis em [www.unimedflorianopolis.com.br](http://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. Nelson Cabral Junior  
CRM/SC 6561





Paciente: <b>IGOR PEREIRA RODRIGUES ANTONIO</b>	Convênio: <b>Instituto Adventista</b>	Usuário/Matrícula: <b>27856</b>	<b>Emissão:</b> Nº atend: <b>3.513.588</b> Nº IC: <b>21.343.945</b>
Categoria: <b>Instituto Adventista</b>			

Prontuário: 99872789	Data entrada: 29/04/2025 15:29:03	Data saída: 29/04/2025 18:05:49	Motivo Alta: Alta melhor
Médico: Dr. DANIEL NARLOCH VEIGA (CRM 11649)	Tipo atend: 3 - Pronto socorro		Espec/Clinica: 1 Clínica Adulto
Proc Princ: 00000000	0	Tipo acomodação Apartamento	
Data 24/02/2019	Sexo: M		
CID Princ: S62.8 Frat de outr partes e de partes NE punho mao			
Guia: 27856	Senha: 27856		

Dt Conta: 29/04/25 15:32 Dt inicial: 29/04/25 15:29 Dt final: 29/04/25 18:05 Refer: 30/04/25

## Movimentação do Paciente

Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO	Setor sem acomodação	1/	29/04/2025 15:29:03	29/04/2025 18:05:49
2	Pronto socorro	ORTOPEDIA	Setor sem acomodação	1/	29/04/2025 15:38:06	29/04/2025 18:05:49
3	Serviços Especiais	RAIO X	Setor sem acomodação	1/	29/04/2025 16:02:00	29/04/2025 16:02:00

## Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor
1	29/04/25 15:29	PRONTO ATENDIMENTO	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	11649	DANIEL NARLOCH	Clínico	100,32
2	29/04/25 16:15	RAIO X	40803104	Antebraço	1,00	6561	NELSON CABRAL	Clínico	45,99
3	29/04/25 16:16	RAIO X	40803112	Punho	1,00	6561	NELSON CABRAL	Clínico	46,86
4	29/04/25 16:22	ORTOPEDIA	30712017	Áxilo-Palmar Ou Pendente	1,00	11649	DANIEL NARLOCH	Clínico	24,54
5	29/04/25 16:24	ORTOPEDIA	30720087	Fratura De Antebraço - Tratamento Conservador	1,00	11649	DANIEL NARLOCH	Clínico	49,09
<b>Total de Honorários Não Conveniados</b>					<b>5,00</b>				<b>266,80</b>

## Materiais

Seq	Código	Descrição	Unid.	Qtde	VI Unit.	VI Total
<b>ORTOPEDIA</b>						
1	78988624	ATADURA CREPE 10CMX1,8MT (EM REPOUSO) 13FIO ESTERIL	rl	1,0000	7,6000	7,60
2	78365678	ATADURA CREPON 06 CM X 1,8 M	rl	4,0000	1,2300	4,92
3	78340373	ATADURA GESSADA 10 CM X 3,0 M	rl	2,0000	3,9000	7,80
4	70034664	ATADURA ORTOPEDICA P	rl	3,0000	12,8900	38,67
5	70034702	ATADURA ORTOPEDICA 15 CM X 1,8 M	rl	1,0000	12,5500	12,55
6	78202477	MALHA TUBULAR ALGODA	cm	200,0000	0,0300	6,00
<b>Total - ORTOPEDIA -</b>				<b>211,0000</b>		<b>77,54</b>
<b>Total de Materiais</b>				<b>211,0000</b>		<b>77,54</b>

**Total geral R\$**

**344,34**

Paciente	<b>ISADORA OLIVEIRA MARIA</b>		Atendimento	<b>3.502.063</b>
Data Nascto.	05/09/2013	11 Anos	Prontuário	99.794.708
Sexo	Feminino		Dt. Entrada	18/04/2025 15:38:59
Telefone	996751001		Convênio	Instituto Adventista Instituto
Leito	1			

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
18/04/2025 16:24	18/04 16:24	Médico	Evolução		LUCAS DELUNARD O ACERBI	CRM 28636

paciente com entorse aguda de tornozelo esquerdo

rx sem alt

cd. analgesia



Paciente: **ISADORA OLIVEIRA MARIA**  
Data de Nascimento: 05/09/2013 Idade: 11anos 7M Sexo: F  
Data do Exame: 18/04/2025  
Solicitante: Dr.(a) LUCAS DELUNARDO ACERBI  
Protocolo: UGF3502063 Senha: 988933

[unimedflorianopolis.com.br](http://unimedflorianopolis.com.br)

Central de Atendimento:  
(48) 3288 4100

Informações:  
0800 048 3500

## RADIOGRAFIA DIGITAL TORNOZELO DIREITO

Estrutura óssea preservada.

Relações articulares conservadas.

Pequeno aumento de partes moles perimaleolar lateral.

Exame completo e laudo médico disponíveis em [www.unimedflorianopolis.com.br](http://www.unimedflorianopolis.com.br)

(Protocolo/senha informados após o exame).

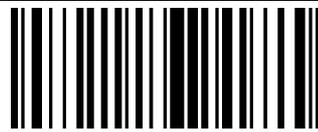
Responsável Técnico Dr. Fabio Vargas Magalhães CRM/SC 9267 RQE 10139

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

1 / 1

  
Dr. Joel Susumu Nishi Kajimura  
CRM/SC 12071





Paciente: <b>ISADORA OLIVEIRA MARIA</b>	Convênio: <b>Instituto Adventista</b>	Usuário/Matrícula: <b>7586662</b>
Categoria: <b>Instituto Adventista</b>		

**Emissão:**

Nº atend: **3.502.063**  
 Nº IC: **21.331.335**

Prontuário: 99794708    Data entrada: 18/04/2025 15:38:59    Data saída: 18/04/2025 16:26:20    Motivo Alta: Alta melhora  
 Médico: Dr. LUCAS DELUNARDO ACERBI (CRM 28636)    Tipo atend: 3 - Pronto socorro  
 Proc Princ: 00000000    0    Tipo acomodação Enfermaria    Espec/Clinica: 1    Clinica Adulto  
 Data 05/09/2013    Sexo: F  
 CID Princ: S90.0 Contusao do tornozelo  
 Guia: **27487**    Senha: 27487

Dt Conta: 18/04/25 15:40    Dt inicial: 18/04/25 15:38    Dt final: 18/04/25 16:26    Refer: 30/04/25

**Movimentação do Paciente**

Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO	Setor sem acomodação	1/	18/04/2025 15:38:59	18/04/2025 16:26:20
2	Pronto socorro	ORTOPEDIA	Setor sem acomodação	1/	18/04/2025 16:08:37	18/04/2025 16:26:20
3	Serviços Especiais	RAIO X	Setor sem acomodação	1/	18/04/2025 16:16:00	18/04/2025 16:16:00

**Honorários Não Conveniados**

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor
1	18/04/25 15:38	PRONTO ATENDIMENTO	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	28636	LUCAS	Clínico	130,42
2	18/04/25 16:21	RAIO X	40804089	Articulação Tibiotársica (Tornozelo)	1,00	12071	JOEL SUSUMU	Clínico	44,25
<b>Total de Honorários Não Conveniados</b>					<b>2,00</b>				<b>174,67</b>

**Total geral R\$**

**174,67**



Atendimento: 3502063

**Contratante:**

Paciente/Usuário

Nome: ISADORA OLIVEIRA MARIA

CPF: 11017926980

Endereço: Rua Maria Júlia da Luz, 953 Casa

Atendimento Nº: 3502063

Telefone: (48) 996751001

RG:

**Responsável:**

Nome: JACKSO

CPF: 06801244973

Endereço: Rua Maria Júlia da Luz, 953

Telefone: 5548996172114

RG: 39766535

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Parágrafo Segundo.** No caso de evolução do atendimento de urgência/emergência para internação e não havendo quitação das respectivas despesas, a **CONTRATADA** enviará, a cada 5 (cinco) dias úteis, a descrição dos serviços prestados e boleto bancário contemplando o valor total do pagamento, através do e-mail caixahospital@unimedflorianopolis.com.br (**CONTRATADA**) para o e-mail indicado na admissão do paciente

## UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3502063

(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.

**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.



Atendimento: 3502063

**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 indicara 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.

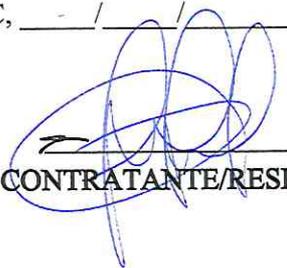
Nome da Acompanhante \_\_\_\_\_

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



1 - Registro ANS 3 - Nº Guia Principal

4 - Data da Autorização 18/04/2025 5 - Senha 27487

6 - Data Validade da Senha 27487

7 - Número da Guia Atribuido pela Operadora 27487

8 - Número da Carteira 7586662

9 - Validade da Carteira 18/04/2025

10 - Nome ISADORA OLIVEIRA MARIA

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora 77898611001414

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

15 - Nome do Profissional Solicitante

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 - Caracter do Atendimento 2

22 - Data da Solicitação 18/04/2025

23 - Indicação Clínica

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

26 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

27 - Qtd. Solic. 1

28 - Qtds. Aut. 1

29 - Código CNES

Dados do Contratado/Execuante

30 - Nome do Contratado

Dados do atendimento

31 - Tipo de Atendimento

32 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

33 - Tipo de Consulta

34 - Motivo da Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

35 - Hora Inicial a 38 - Hora final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtd.

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

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data da 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 OPMs (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

18/04/2025

18/04/2025

18/04/2025

18/04/2025

18/04/2025



# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Isadora Oliveira Maria  
Nº da Carteira: 7.58.6662  
Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Estreito



Data de Nascimento: 05/09/2013

Nº da Guia: 27487

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
16/04/2025	16:06:00	Sala de Aula	Intervalo (Ex.: recreio)

## O que aconteceu

## Partes do corpo

Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)

Tornozelo Esquerdo

## Descrição

Aluna machucou pé esquerdo em baixo da porta do banheiro.

## Testemunha da ocorrência

Mônica

## Telefone

(48) 3039-8054

## Quem prestou primeiros socorros

Natan

## Data

16/04/2025

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 e encaminhado para a Unimed Hospital de referência.

Ass.:

Jerry Abdoral Borges

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)

