Unimed

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA

Atendimento: 3513386

Contratante:

Paciente/Usuário **Atendimento Nº:** 3513386

Nome: JOAO LUCAS CASTRO DE LIMA **Telefone:** (48) 998168006

CPF: 05170288247 **RG:**

Endereço: Rua Bernadina Basilissa da Silva , 79 ap

Responsável:

Nome: JOAO **Telefone:** 5592982433400

CPF: 50982567200 **RG:**

Endereço: Rua Bernadina Basilissa da Silva , 79 ap 201

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.° 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 adimissão do paciente

(**CONTRATANTE**), a fim de que seja quitado no prazo máximo de 72h (setenta e duas horas).

Parágrafo Terceiro. Em caso de inadimplemento, os valores devidos serão acrescidos de multa de 2% (dois por cento) e juros de mora correspondentes a 1% (um por cento) ao mês, calculados *pro rata die*, da data imediatamente após o vencimento até o efetivo pagamento.

Parágrafo Quarto: No caso de atraso ou inadimplemento da dívida por mais de 30 (trinta) dias consecutivos, o(s) **CONTRATANTE(S)** estão cientes de que o débito poderá ser levado a protesto, entregue à firma de cobrança ou ainda ser informado ao Serviço de Proteção ao Crédito (SPC), SERASA Experian e outros, além de estar sujeito à cobrança judicial ou extrajudicial pela **CONTRATADA**, com a incidência de honorários advocatícios, observada a legislação vigente.

Parágrafo Quinto. O(s) **CONTRATANTE(S)** deve(m) notificar a **CONTRATADA,** imediatamente, sobre eventual mudança do e-mail indicado no *caput* desta cláusula.

Cláusula Quinta: O(s) **CONTRATANTE(S)** declara(m) que **(i)** cumprirão as normas, regulamentos, fluxos e orientações estabelecidos pela **CONTRATADA**; **(ii)** obedecerão aos direitos dos demais pacientes, funcionários e prestadores de serviços da **CONTRATADA**, tratando-os com civilidade e cortesia; **(iii)** custodiarão e se responsabilizarão por seus objetos e/ou valores, inclusive do(s) respectivo(s) acompanhante(s) e/ou visitante(s) do paciente; **(iv)** efetuarão o pagamento particular dos medicamentos de uso ambulatorial, devidamente utilizados durante o atendimento pela **CONTRATADA**, inclusive quando não houver cobertura contratual pelo plano privado de assistência à saúde; **(v)** acatarão a decisão da **CONTRATADA** para realizar a troca do leito, quando houver necessidade de higienização, desinfecção e/ou manutenção estrutural da acomodação utilizada; **(vi)** têm ciência de que a **CONTRATADA** possui câmara de vigilância instaladas nas suas dependências, inclusive, que as imagens gravadas são confidenciais e protegidas, nos termos da legislação vigente; **(vii)** em conformidade com a Lei n.° 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 9° da Lei n° 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.

Unimed

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA

Atendimento: 3513386

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- _____ 2- _____

Nome: Nome:

CPF nº CPF nº

Instituto Adventista

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

V.3.0

Atend.: 3513386

2 - Nº Guia no Prestador 5908849

1 - Registro ANS	3 - Nº Guia Principal		
4 - Data da Autorização 29/04/2025	5 - Senha 27831	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 27831

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
72051565	16/02/2024	JOAO LUCAS CASTRO DE LIMA		N

Dados do Solicitante

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

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

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	29/04/2025	

	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	1
2					
3					
4					
5					

Dados do Contratado Executante

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

Dados do atendimento

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

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

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

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq.Ref.	49 - Gr.Part.	50 - Código na Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série **57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável**

1 - __/__/__ 3 - __/__/__ 5 - __/__/__ 7 - __/__/__ 9 - __/__/__

2 - __/__/__ 4 - __/__/__ 6 - __/__/__ 8 - __/__/__ 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	68 - Assinatura do Contratado
__/__/__	29/04/2025	29/04/2025

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: João Lucas Castro de Lima
Nº da Carteirinha: 7.205.1565
Instituição: Colégio Adventista Palhoça

Data de Nascimento: 26/05/2010 **Nº da Guia:** 27831

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
29/04/2025	09:46:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Direito, Tornozelo Direito

Descrição

O aluno torceu o tornozelo durante a educação física.

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 encaminhado a Vice direção que fez o contato com os responsáveis.

Ass.: Thiago Martins
Vice-diretor

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 (não credenciados) com os seguintes dados:
Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0003-31
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / portoalegre.clinicaadventista.org.br

Evolução Paciente

Paciente	**JOAO LUCAS CASTRO DE LIMA**	Atendimento	**3.513.386**
Data Nascto.	26/05/2010 14 Anos	Prontuário	99.835.089
Sexo	Masculino	Dt. Entrada	29/04/2025 13:29:37
Telefone	998168006	Convênio	Instituto Adventista Instituto
Leito	1		

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
29/04/2025 14:55	29/04 15:18	Médico	Evolução Médica PA		DANIEL NARLOCH VEIGA	CRM 11649

Evolução Médica PA Adulto - ORTOPEDIA

Queixa Principal : Sinais Vitais Triagem:
FC: 58 PAS: 108 PAD: 43 Temp: 36,2 FR: 18 SatO2: 100

S: PCTE COM ENTORSE DE TNZ D HÁ 1 DIA
DOR LOCAL

O:

A:

P:
Exame físico : SEM EDEMAS
OR LATERAL TNZ E PERNA DIR
SEMDOR BASE 5

Conduta : RX PERNA E TNZ D : SP
ANALGESIA
GELO
CUIDADS
RET SN
Encaminhamento ao Ambulatório UGF? : não

Paciente: **JOAO LUCAS CASTRO DE LIMA**
Data de Nascimento: 26/05/2010 Idade: 14anos 11M Sexo: M
Data do Exame: 29/04/2025
Solicitante: Dr.(a) DANIEL NARLOCH VEIGA
Protocolo: UGF3513386 Senha: 424080

unimedflorianopolis.com.br
Central de Atendimento: (48) 3288 4100
Informações: 0800 048 3500

RADIOGRAFIA DIGITAL DO TORNOZELO/PÉ DIREITO

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

Dr. Nelson Cabral Junior
CRM/SC 6561

Exame completo e laudo médico disponíveis em **www.unimedflorianopolis.com.br**
(Protocolo/senha informados após o exame).
Responsável Técnico Dr. Fabio Vargas Magalhães CRM/SC 9267 RQE 10139
Diretor Técnico Dr. Gustavo Lemos Pelandré CRM/SC 12478 RQE 7811

ACREDITADO PLENO
HOSPITAL UNIMED
ONA

Paciente: **JOAO LUCAS CASTRO DE LIMA**
Data de Nascimento: 26/05/2010 Idade: 14anos 11M Sexo: M
Data do Exame: 29/04/2025
Solicitante: Dr.(a) DANIEL NARLOCH VEIGA
Protocolo: UGF3513386 Senha: 424080

unimedflorianopolis.com.br
Central de Atendimento: (48) 3288 4100
Informações: 0800 048 3500

RADIOGRAFIA DIGITAL DO TORNOZELO/PÉ DIREITO

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

Dr. Nelson Cabral Junior
CRM/SC 6561

Exame completo e laudo médico disponíveis em **www.unimedflorianopolis.com.br**
(Protocolo/senha informados após o exame).
Responsável Técnico Dr. Fabio Vargas Magalhães CRM/SC 9267 RQE 10139
Diretor Técnico Dr. Gustavo Lemos Pelandré CRM/SC 12478 RQE 7811

ACREDITADO PLENO
HOSPITAL UNIMED
ONA

Unimed

Manoel Loureiro, S/N - São José - SC
CNPJ:77858611001414 - Inscrição estadual: - Fone:
(CNES 9671145)

Conta paciente

(77858611001414)

Nota:

Emissao:

N° atend: **3.513.386**

Nº IC: **21.343.660**

Paciente:	Convênio:	Usuário/Matrícula:
JOAO LUCAS CASTRO DE LIMA	**Instituto Adventista**	**72051565**

Categoria:

Instituto Adventista

Prontuário: 99835089 Data entrada: 29/04/2025 13:29:37 Data saída: 29/04/2025 15:23:04 Motivo Alta: Alta melhora

Médico: Dr. DANIEL NARLOCH VEIGA (CRM 11649) Tipo atend: 3 - Pronto socorro

Proc Princ: 00000000 0 Espec/Clinica: 1 Clinica Adulto

Tipo acomodação Enfermaria

Data 26/05/2010 Sexo: M

CID Princ: S90.9 Traum superf do tornozelo e do pe NE

Guia: **27831** Senha: 27831

Dt Conta: 29/04/25 13:32 Dt inicial: 29/04/25 13:29 Dt final: 29/04/25 15:23 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 13:29:37	29/04/2025 15:23:04
2	Pronto socorro	ORTOPEDIA	Setor sem acomodação	1/	29/04/2025 13:37:03	29/04/2025 15:23:04
3	Serviços Especiais	RAIO X	Setor sem acomodação	1/	29/04/2025 14:55:00	29/04/2025 14:55:00

Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crm	Médico	Função	Valor
1	29/04/25 13:29	PRONTO ATENDIMENTO	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	11649	DANIEL NARLOCH	Clínico	100,32
2	29/04/25 15:04	RAIO X	40804070	Perna	1,00	6561	NELSON CABRAL	Clínico	48,88
3	29/04/25 15:04	RAIO X	40804089	Articulação Tibiotársica (Tornozelo)	1,00	6561	NELSON CABRAL	Clínico	44,25
	Total de Honorários Não Conveniados				**3,00**				**193,45**

Total geral R$ **193,45**

Unimed

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA

Atendimento: 3494486

Contratante:

Paciente/Usuário **Atendimento Nº:** 3494486

Nome: JOAO PEDRO AMARO BARROS COELHO **Telefone:** (48) 999218257

CPF: 14027716906 **RG:**

Endereço: Rua Luiz Gonzaga Valente , 725 CASA

Responsável:

Nome: MARLI **Telefone:** 5548999218257

CPF: 41763890953 **RG:** 1311792

Endereço: Rua Luiz Gonzaga Valente , 725 CASA

CONTRATADA: UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o n.° 77.858.611/0014-14, estabelecida na Rua Manoel Loureiro, n.° 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 adimissão do paciente

(**CONTRATANTE**), a fim de que seja quitado no prazo máximo de 72h (setenta e duas horas).

Parágrafo Terceiro. Em caso de inadimplemento, os valores devidos serão acrescidos de multa de 2% (dois por cento) e juros de mora correspondentes a 1% (um por cento) ao mês, calculados *pro rata die*, da data imediatamente após o vencimento até o efetivo pagamento.

Parágrafo Quarto: No caso de atraso ou inadimplemento da dívida por mais de 30 (trinta) dias consecutivos, o(s) **CONTRATANTE(S)** estão cientes de que o débito poderá ser levado a protesto, entregue à firma de cobrança ou ainda ser informado ao Serviço de Proteção ao Crédito (SPC), SERASA Experian e outros, além de estar sujeito à cobrança judicial ou extrajudicial pela **CONTRATADA**, com a incidência de honorários advocatícios, observada a legislação vigente.

Parágrafo Quinto. O(s) **CONTRATANTE(S)** deve(m) notificar a **CONTRATADA,** imediatamente, sobre eventual mudança do e-mail indicado no *caput* desta cláusula.

Cláusula Quinta: O(s) **CONTRATANTE(S)** declara(m) que **(i)** cumprirão as normas, regulamentos, fluxos e orientações estabelecidos pela **CONTRATADA**; **(ii)** obedecerão aos direitos dos demais pacientes, funcionários e prestadores de serviços da **CONTRATADA**, tratando-os com civilidade e cortesia; **(iii)** custodiarão e se responsabilizarão por seus objetos e/ou valores, inclusive do(s) respectivo(s) acompanhante(s) e/ou visitante(s) do paciente; **(iv)** efetuarão o pagamento particular dos medicamentos de uso ambulatorial, devidamente utilizados durante o atendimento pela **CONTRATADA**, inclusive quando não houver cobertura contratual pelo plano privado de assistência à saúde; **(v)** acatarão a decisão da **CONTRATADA** para realizar a troca do leito, quando houver necessidade de higienização, desinfecção e/ou manutenção estrutural da acomodação utilizada; **(vi)** têm ciência de que a **CONTRATADA** possui câmara de vigilância instaladas nas suas dependências, inclusive, que as imagens gravadas são confidenciais e protegidas, nos termos da legislação vigente; **(vii)** em conformidade com a Lei n.° 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 9° da Lei n° 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.

Unimed

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA

Atendimento: 3494486

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, _____/_____/_____

Marli Machado

CONTRATANTE/RESPONSÁVEL _____ **CONTRATADA**

Testemunhas

1- _____
Nome:
CPF nº

2- _____
Nome:
CPF nº

Instituto Adventista

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

V.3.0

Atend.: 3494486

2 - N° Guia no Prestador 5877900

1 - Registro ANS	3 - N° Guia Principal

4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
11/04/2025	27333		27333

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
27333	31/05/2025	JOAO PEDRO AMARO BARROS COELHO		N

Dados do Solicitante

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

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

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	11/04/2025	

	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	1
2					
3					
4					
5					

Dados do Contratado Executante

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

Dados do atendimento

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

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

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

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq.Ref.	49 - Gr.Part.	50 - Código na Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série **57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável**

1 - __/__/__ ____ 3 - __/__/__ ____ 5 - __/__/__ ____ 7 - __/__/__ ____ 9 - __/__/__ ____

2 - __/__/__ ____ 4 - __/__/__ ____ 6 - __/__/__ ____ 8 - __/__/__ ____ 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	68 - Assinatura do Contratado
__/__/__	11/04/2025 Myarli Amaral	11/04/2025

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: João Pedro Amaro Barros Coelho
Nº da Carteirinha: 7.58.5347
Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Estreito

Data de Nascimento: 12/03/2014 **Nº da Guia:** 27333

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
11/04/2025	13:34:00	Sala de Aula	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (**Ex.: bateu na parede, carteira**)	5º Dedo Mão Esquerda

Descrição

Aluno tropeçou sozinho e acabou batendo o dedo mindinho na carteira.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitor Diego	(48) 3039-8054

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

Observações

Encaminhado ao hospital de referência Unimed

Ass.:

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 **(não credenciados) com os seguintes dados:**
Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0003-31
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / portoalegre.clinicaadventista.org.br

Evolução Paciente

Paciente	**JOAO PEDRO AMARO BARROS COELHO**	Atendimento	**3.494.486**
Data Nascto.	12/03/2014 11 Anos	Prontuário	99.548.971
Sexo	Masculino	Dt. Entrada	11/04/2025 15:25:55
Telefone	96765282	Convênio	Instituto Adventista Instituto
Leito	1		

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
11/04/2025 17:40	11/04 17:44	Médico	Evolução Médica PA		EDUARDO HUBBE BUSS	CRM 34767

Evolução Médica PA Adulto - ORTOPEDIA

Queixa Principal : trauma em 5° dedo
leve deformidade em abdução

Exame físico : neurovascular preservado
rx com fx base do 5° dedo
Conduta : assepsia, anestesia, redução e imobilização
oriento paciente sobre cuidados e necessidade de manter imobilização por 30 dias
acompanhamento no ambulatorio da mão
Encaminhamento ao Ambulatório UGF? : sim
Se sim, qual área? : Mãos e MMSS
Se encaminhado para o Ambulatório - NECESSITA DE BREVIDADE NO AGENDAMENTO? : sim
Motivo : fratura da base da falange do 5° dedo

Documento assinado digitalmente conforme a ICP-Brasil, MP 2.200-2/2001 no sistema certificado SBIS-SRES-068 por EDUARDO HUBBE BUSS, às 17:47-03:00 de 11/04/2025 - Válida

Paciente: **JOAO PEDRO AMARO BARROS COELHO**
Data de Nascimento: 12/03/2014 Idade: 11anos Sexo: M
Data do Exame: 11/04/2025
Solicitante: Dr.(a) EDUARDO HUBBE BUSS
Protocolo: UGF3494486 Senha: 777597

unimedflorianopolis.com.br
Central de Atendimento: (48) 3288 4100
Informações: 0800 048 3500

RADIOGRAFIA DIGITAL MÃO ESQUERDA

Controle de fratura na base da falange proximal do 5º dedo com tala gessada.

Dr. Joel Susumu Nishi Kajimura
CRM/SC 12071

ACREDITADO PLENO
HOSPITAL UNIMED
ONA

Paciente: **JOAO PEDRO AMARO BARROS COELHO**
Data de Nascimento: 12/03/2014 Idade: 11anos Sexo: M
Data do Exame: 11/04/2025
Solicitante: Dr.(a) EDUARDO HUBBE BUSS
Protocolo: UGF3494486 Senha: 777597

unimedflorianopolis.com.br
Central de Atendimento: (48) 3288 4100
Informações: 0800 048 3500

RADIOGRAFIA DIGITAL 5º QDE

Fratura transversa na base da falange proximal do 5º dedo, envolvendo fise. Aumento de partes moles.

Relações articulares conservadas.

Dr. Joel Susumu Nishi Kajimura
CRM/SC 12071

ACREDITADO PLENO
HOSPITAL UNIMED
ONA

Unimed

Manoel Loureiro, S/N - São José - SC
CNPJ:77858611001414 - Inscrição estadual: - Fone:
(CNES 9671145)

Conta paciente

(77858611001414)

Nota:

Emissao:

N° atend: **3.494.486**
Nº IC: **21.323.333**

Paciente:	Convênio:	Usuário/Matrícula:
JOAO PEDRO AMARO BARROS COELHO	**Instituto Adventista**	**27333**

Categoria:
Instituto Adventista

Prontuário: 99548971 Data entrada: 11/04/2025 15:25:55 Data saída: 11/04/2025 17:44:40 Motivo Alta: Alta melhora
Médico: Dr. EDUARDO HUBBE BUSS (CRM 34767) Tipo atend: 3 - Pronto socorro
Proc Princ: 31403026 Bloqueio De Nervo Periférico Espec/Clinica: 1 Clinica Adulto
Tipo acomodação Apartamento
Data 12/03/2014 Sexo: M
CID Princ: S62.6 Frat de outr dedos
Guia: **27333** Senha: 27333

Dt Conta: 11/04/25 15:27 Dt inicial: 11/04/25 15:25 Dt final: 11/04/25 17:44 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/	11/04/2025 15:25:55	11/04/2025 17:44:40
2	Pronto socorro	ORTOPEDIA	Setor sem acomodação	1/	11/04/2025 15:40:44	11/04/2025 17:44:40
3	Serviços Especiais	RAIO X	Setor sem acomodação	1/	11/04/2025 15:55:00	11/04/2025 15:55:00

Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crm	Médico	Função	Valor
1	11/04/25 15:25	PRONTO ATENDIMENTO	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	34767	EDUARDO HUBBE	Clínico	100,32
2	11/04/25 16:21	RAIO X	40803120	Mão Ou Quirodáctilo	1,00	12478	GUSTAVO LEMOS	Clínico	44,25
3	11/04/25 17:02	ORTOPEDIA	30711037	Membro Superior	1,00	34767	EDUARDO HUBBE	Clínico	12,27
4	11/04/25 17:02	ORTOPEDIA	30722420	Fraturas E/Ou Luxações De Falanges (Interfalangeanas) - Redução Incruenta	1,00	34767	EDUARDO HUBBE	Clínico	66,03
5	11/04/25 17:03	ORTOPEDIA	31403026	Bloqueio De Nervo Periférico	1,00	34767	EDUARDO HUBBE	Clínico	136,74
6	11/04/25 17:38	RAIO X	40803120	Mão Ou Quirodáctilo	1,00	12478	GUSTAVO LEMOS	Clínico	44,25
	Total de Honorários Não Conveniados				**6,00**				**403,86**

Materiais

Seq	Código	Descrição	Unid.	Qtde	Vl Unit.	Vl Total
		ORTOPEDIA				
1	70014370	AGULHA HIPODERMICA 4	un	1,0000	1,9100	1,91
2	78313589	AGULHA 13 X 0,45 MM (26G) C/ DISPOSITIVO DE SEGURANÇA (4658301BR)	und	1,0000	8,9900	8,99
3	78988624	ATADURA CREPE 10CMX1,8MT (EM REPOUSO) 13FIO ESTERIL	rl	3,0000	7,6000	22,80
4	78340373	ATADURA GESSADA 10 CM X 3,0 M	rl	1,0000	3,9000	3,90
5	70034664	ATADURA ORTOPEDICA P	rl	1,0000	12,8900	12,89
6	70034702	ATADURA ORTOPEDICA 15 CM X 1,8 M	rl	1,0000	12,5500	12,55
7	78202477	MALHA TUBULAR 08 CM X 15 M	cm	1.500,0000	0,0400	60,00
8	70705305	SERINGA S/ AGULHA 5ML	un	1,0000	2,9200	2,92
		Total - ORTOPEDIA -		**1.509,0000**		**125,96**
		Total de Materiais		**1.509,0000**		**125,96**

Medicamentos

Seq	Código	Descrição	Unid.	Qtde	Vl Unit.	Vl Total
		ORTOPEDIA				
1	0000070644	CLORIDRATO DE LIDOCAINA20 MG/ML SOL INJ CX 100 AMP VD INC X 5 ML	amp	1,0000	5,67	5,67
		Total - ORTOPEDIA -		**1,0000**		**5,67**
		Total de Medicamentos		**1,0000**		**5,67**

Total geral R$ **535,49**

Unimed

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA

Atendimento: 3501064

Contratante:

Paciente/Usuário **Atendimento Nº:** 3501064

Nome: JOAO PEDRO MARCON JAK **Telefone:** (48) 991153407

CPF: 10174781989 **RG:** 6837012

Endereço: Rua Vinte e Quatro de Abril , 3080 CASA

Responsável:

Nome: CLAUDE **Telefone:** 5548991672905

CPF: 03304934936 **RG:**

Endereço: Rua Vinte e Quatro de Abril , 3080 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.° 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 adimissão do paciente

(**CONTRATANTE**), a fim de que seja quitado no prazo máximo de 72h (setenta e duas horas).

Parágrafo Terceiro. Em caso de inadimplemento, os valores devidos serão acrescidos de multa de 2% (dois por cento) e juros de mora correspondentes a 1% (um por cento) ao mês, calculados *pro rata die*, da data imediatamente após o vencimento até o efetivo pagamento.

Parágrafo Quarto: No caso de atraso ou inadimplemento da dívida por mais de 30 (trinta) dias consecutivos, o(s) **CONTRATANTE(S)** estão cientes de que o débito poderá ser levado a protesto, entregue à firma de cobrança ou ainda ser informado ao Serviço de Proteção ao Crédito (SPC), SERASA Experian e outros, além de estar sujeito à cobrança judicial ou extrajudicial pela **CONTRATADA**, com a incidência de honorários advocatícios, observada a legislação vigente.

Parágrafo Quinto. O(s) **CONTRATANTE(S)** deve(m) notificar a **CONTRATADA,** imediatamente, sobre eventual mudança do e-mail indicado no *caput* desta cláusula.

Cláusula Quinta: O(s) **CONTRATANTE(S)** declara(m) que **(i)** cumprirão as normas, regulamentos, fluxos e orientações estabelecidos pela **CONTRATADA**; **(ii)** obedecerão aos direitos dos demais pacientes, funcionários e prestadores de serviços da **CONTRATADA**, tratando-os com civilidade e cortesia; **(iii)** custodiarão e se responsabilizarão por seus objetos e/ou valores, inclusive do(s) respectivo(s) acompanhante(s) e/ou visitante(s) do paciente; **(iv)** efetuarão o pagamento particular dos medicamentos de uso ambulatorial, devidamente utilizados durante o atendimento pela **CONTRATADA**, inclusive quando não houver cobertura contratual pelo plano privado de assistência à saúde; **(v)** acatarão a decisão da **CONTRATADA** para realizar a troca do leito, quando houver necessidade de higienização, desinfecção e/ou manutenção estrutural da acomodação utilizada; **(vi)** têm ciência de que a **CONTRATADA** possui câmara de vigilância instaladas nas suas dependências, inclusive, que as imagens gravadas são confidenciais e protegidas, nos termos da legislação vigente; **(vii)** em conformidade com a Lei n.° 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 9° da Lei n° 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.

Unimed

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA

Atendimento: 3501064

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

Instituto Adventista

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

V.3.0

Atend.: 3501064

2 - Nº Guia no Prestador 5888403

1 - Registro ANS	3 - Nº Guia Principal		
4 - Data da Autorização 17/04/2025	5 - Senha 27524	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 27524

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
27524	31/05/2025	JOAO PEDRO MARCON JAK		N

Dados do Solicitante

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

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

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	17/04/2025	

	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	0
2					
3					
4					
5					

Dados do Contratado Executante

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

Dados do atendimento

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

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

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

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq.Ref.	49 - Gr.Part.	50 - Código na Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série **57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável**

1 - __/__/__ ____ 3 - __/__/__ ____ 5 - __/__/__ ____ 7 - __/__/__ ____ 9 - __/__/__ ____

2 - __/__/__ ____ 4 - __/__/__ ____ 6 - __/__/__ ____ 8 - __/__/__ ____ 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	68 - Assinatura do Contratado
__/__/__	17/04/2025	17/04/2025

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: João Pedro Marcon Jak
Nº da Carteirinha: 7.205.892
Instituição: Colégio Adventista Palhoça

Data de Nascimento: 05/10/2007 | **Nº da Guia:** 27524

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
17/04/2025	12:31:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Esquerdo

Descrição
Esta em aula de educação física, jogando vôlei e em um movimento de salto sentiu forte dor no tornozelo esquerdo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Hemili	(48) 3083-9450
Hemili	(48) 3083-9450

Quem prestou primeiros socorros	Data
Glaucya Collaço	17/04/2025

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

Observações
Foi aplicado gelo no local e feito contato com a família para encaminhamento médico.

Ass.: _____
Glaucya Francini Collaco

76.726.884/0135-30
INST. ADV. SUL BRAS. DE EDUCAÇÃO
COLÉGIO ADVENTISTA
Av. Raulino Pagani , Nº 420
CEP:88132-199 - Pagani
Palhoça/SC

Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: https://sistemas.usb.org.br/ama **(para prestadores) ou E-mail:** assistenciamedica@clinicaadventista.org.br **(não credenciados) com os seguintes dados:**
Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0003-31
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / portoalegre.clinicaadventista.org.br

Evolução Paciente

Paciente	**JOAO PEDRO MARCON JAK**	Atendimento	**3.501.064**
Data Nascto.	05/10/2007 17 Anos	Prontuário	99.620.122
Sexo	Masculino	Dt. Entrada	17/04/2025 13:17:30
Telefone	991153407	Convênio	Instituto Adventista Instituto
Leito	1		

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
17/04/2025 14:24	17/04 14:25	Médico	Evolução Médica PA		EDUARDO HUBBE BUSS	CRM 34767

Evolução Médica PA Adulto - ORTOPEDIA

Queixa Principal : dor em tornozelo apos jogo de volei
nega alergias
Exame físico : dor em tibial posterior e lig deltoide
Conduta : oriento aine + gelo + repouso
USG eletivo
Encaminhamento ao Ambulatório UGF? : não

Documento assinado digitalmente conforme a ICP-Brasil, MP 2.200-2/2001 no sistema certificado SBIS-SRES-068 por EDUARDO HUBBE BUSS, às 14:31-03:00 de 17/04/2025 - Válida

Paciente: **JOAO PEDRO MARCON JAK**
Data de Nascimento: 05/10/2007 Idade: 17anos 6M Sexo: M
Data do Exame: 17/04/2025
Solicitante: Dr.(a) ALVARO GUIMARAES DE LIMA
Protocolo: UGF3501064 Senha: 689983

unimedflorianopolis.com.br
Central de Atendimento: (48) 3288 4100
Informações: 0800 048 3500

RADIOGRAFIA DIGITAL DO TORNOZELO ESQUERDO

Estrutura óssea normal.
Relações articulares anatômicas
Ausência de traço de fratura.
Partes moles normais.

Dr. Nelson Cabral Junior
CRM/SC 6561

ACREDITADO PLENO
HOSPITAL UNIMED
ONA

Manoel Loureiro, S/N - São José - SC
CNPJ:77858611001414 - Inscrição estadual: - Fone:
(CNES 9671145)

Conta paciente

(77858611001414)

Nota:

Emissao:

N° atend: **3.501.064**

Nº IC: **21.330.358**

Paciente:	Convênio:	Usuário/Matrícula:
JOAO PEDRO MARCON JAK	**Instituto Adventista**	**27524**

Categoria:

Instituto Adventista

Prontuário: 99620122 Data entrada: 17/04/2025 13:17:30 Data saída: 17/04/2025 14:26:09 Motivo Alta: Alta melhora

Médico: Dr. EDUARDO HUBBE BUSS (CRM 34767) Tipo atend: 3 - Pronto socorro

Proc Princ: 30728134 Lesões Ligamentares Agudas Ao Nível Do Tornozelo - Tratamento Espec/Clinica: 1 Clinica Adulto

Tipo acomodação Enfermaria

Data 05/10/2007 Sexo: M

CID Princ: M65.9 Sinovite e tenossinovite NE

Guia: **27524** Senha: 27524

Dt Conta: 17/04/25 13:18 Dt inicial: 17/04/25 13:17 Dt final: 17/04/25 14:26 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/	17/04/2025 13:17:30	17/04/2025 14:26:09
2	Pronto socorro	ORTOPEDIA	Setor sem acomodação	1/	17/04/2025 13:24:21	17/04/2025 14:26:09
3	Serviços Especiais	RAIO X	Setor sem acomodação	1/	17/04/2025 13:40:00	17/04/2025 13:40:00

Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crm	Médico	Função	Valor
1	17/04/25 13:17	PRONTO ATENDIMENTO	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	34767	EDUARDO HUBBE	Clínico	100,32
2	17/04/25 14:00	RAIO X	40804089	Articulação Tibiotársica (Tornozelo)	1,00	6606	PEDRO LEMOS DE	Clínico	44,25
3	17/04/25 14:22	ORTOPEDIA	30728134	Lesões Ligamentares Agudas Ao Nível Do Tornozelo - Tratamento Incruento	1,00	34767	EDUARDO HUBBE	Clínico	107,52
				Total de Honorários Não Conveniados	**3,00**				**252,09**

Total geral R$ **252,09**

Unimed

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA

Atendimento: 3490270

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: LARA SANTOS DE CARVALHO

CPF: 16045171900

Endereço: Rua Princesa Isabel , 230

Atendimento Nº: 3490270

Telefone: (48) 984888496

RG:

Responsável:

Nome: GABRIEL

CPF: 09150356933

Endereço: Rua Princesa Isabel , 230

Telefone: 5548984888496

RG:

CONTRATADA: UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o n.° 77.858.611/0014-14, estabelecida na Rua Manoel Loureiro, n.° 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 adimissão do paciente

Unimed

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA

Atendimento: 3490270

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, _____/_____/_____

Gabriela dos Santos

CONTRATANTE/RESPONSÁVEL _____ **CONTRATADA**

Testemunhas

1- _____
Nome:
CPF nº

2- _____
Nome:
CPF nº

Instituto Adventista

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

V.3.0

Atend.: 3490270

2 - Nº Guia no Prestador 5870958

1 - Registro ANS	3 - Nº Guia Principal

4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
08/04/2025	27154		27154

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
7587632	08/04/2025	LARA SANTOS DE CARVALHO		N

Dados do Solicitante

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

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

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	08/04/2025	

	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	0
2					
3					
4					
5					

Dados do Contratado Executante

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

Dados do atendimento

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

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

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

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq.Ref.	49 - Gr.Part.	50 - Código na Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série **57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável**

1 - __/__/__	3 - __/__/__	5 - __/__/__	7 - __/__/__	9 - __/__/__
2 - __/__/__	4 - __/__/__	6 - __/__/__	8 - __/__/__	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	68 - Assinatura do Contratado
__/__/__	08/04/2025	08/04/2025

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Lara Santos de Carvalho
Nº da Carteirinha: 7.58.7632
Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Estreito

Data de Nascimento: 12/07/2010 **Nº da Guia:** 27154

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
08/04/2025	09:40:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
bateou o dedão da mão direita e joelho	Joelho Direito, 1º Dedo Mão Direita

Descrição

a aluna estava na aula de educação física e bateu o dedão da mão direita com a bola e o caio acabando batendo o joelho com o chão.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Yusdania	(48) 3039-8054

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

Observações

foi colocado gelo e direcionado para atendimento ao hopital.

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 **(não credenciados) com os seguintes dados:**
Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0003-31
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / portoalegre.clinicaadventista.org.br

Evolução Paciente

Paciente	**LARA SANTOS DE CARVALHO**	Atendimento	**3.490.270**
Data Nascto.	12/07/2010 14 Anos	Prontuário	99.870.965
Sexo	Feminino	Dt. Entrada	08/04/2025 10:48:19
Telefone	984888496	Convênio	Instituto Adventista Instituto
Leito	1		

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
08/04/2025 11:46	08/04 11:47	Médico	Evolução Médica PA		LEANDRO DAVID DOS SANTOS	CRM 22137

Evolução Médica PA Adulto - ORTOPEDIA

Queixa Principal : TRAUMA EM JOELHO E ENTORSE DO POLEGAR DIREITO HOJE, VOLEIBOL.

DOR + EDEMA NA REGIÃO MF DO POLEGAR DIREITO.
ESCORIAÇAO EM JOELHO DIREITO

RX OK,.

IMOBILIZAÇÃO DO POLEGAR
Encaminhamento ao Ambulatório UGF? : não

Documento assinado digitalmente conforme a ICP-Brasil, MP 2.200-2/2001 no sistema certificado SBIS-SRES-068 por LEANDRO DAVID DOS SANTOS, às 21:41-03:00 de 09/04/2025 - Válida

Paciente: **LARA SANTOS DE CARVALHO**
Data de Nascimento: 12/07/2010 Idade: 14anos 8M Sexo: F
Data do Exame: 08/04/2025
Solicitante: Dr.(a) LEANDRO DAVID DOS SANTOS
Protocolo: UGF3490270 Senha: 634475

unimedflorianopolis.com.br
Central de Atendimento: (48) 3288 4100
Informações: 0800 048 3500

RADIOGRAFIA DIGITAL DO Iº QUIRODÁCTILO DIREITO

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

Dr. Márcio Custódio Oselame
CRM/SC 20087

Exame completo e laudo médico disponíveis em **www.unimedflorianopolis.com.br**
(Protocolo/senha informados após o exame).
Responsável Técnico Dr. Fabio Vargas Magalhães CRM/SC 9267 RQE 10139
Diretor Técnico Dr. Gustavo Lemos Pelandré CRM/SC 12478 RQE 7811

Paciente: **LARA SANTOS DE CARVALHO**
Data de Nascimento: 12/07/2010 Idade: 14anos 8M Sexo: F
Data do Exame: 08/04/2025
Solicitante: Dr.(a) LEANDRO DAVID DOS SANTOS
Protocolo: UGF3490270 Senha: 634475

unimedflorianopolis.com.br
Central de Atendimento: (48) 3288 4100
Informações: 0800 048 3500

RADIOGRAFIA DIGITAL DO JOELHO DIREITO

Alinhamento articular mantido.
Estrutura óssea normal.
Pequena enostose na porção central da tíbia proximal.
Interlinhas articulares preservadas.
Partes moles sem alterações radiográficas.

Dr. Márcio Custódio Oselame
CRM/SC 20087

ACREDITADO PLENO ONA
HOSPITAL UNIMED

Manoel Loureiro, S/N - São José - SC
CNPJ:77858611001414 - Inscrição estadual: - Fone:
(CNES 9671145)

Conta paciente

(77858611001414)

Nota:

Emissao:

N° atend: **3.490.270**
Nº IC: **21.318.894**

Paciente:	Convênio:	Usuário/Matrícula:
LARA SANTOS DE CARVALHO	**Instituto Adventista**	**7587632**

Categoria:
Instituto Adventista

Prontuário: 99870965 Data entrada: 08/04/2025 10:48:19 Data saída: 08/04/2025 12:00:19 Motivo Alta: Alta melhora
Médico: Dr. LEANDRO DAVID DOS SANTOS (CRM 22137) Tipo atend: 3 - Pronto socorro
Proc Princ: 30719119 Lesões Ligamentares - Redução Incruenta Espec/Clinica: 1 Clinica Adulto
Tipo acomodação Setor sem acomodação
Data 12/07/2010 Sexo: F
CID Princ: S60.9 Traum superf NE do punho e da mao
Guia: **27154** Senha: 27154

Dt Conta: 08/04/25 10:50 Dt inicial: 08/04/25 10:48 Dt final: 08/04/25 12:00 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/	08/04/2025 10:48:19	08/04/2025 12:00:19
2	Pronto socorro	ORTOPEDIA	Setor sem acomodação	1/	08/04/2025 10:57:00	08/04/2025 12:00:19
3	Serviços Especiais	RAIO X	Setor sem acomodação	1/	08/04/2025 11:15:00	08/04/2025 11:15:00

Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crm	Médico	Função	Valor
1	08/04/25 10:48	PRONTO ATENDIMENTO	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	22137	LEANDRO DAVID	Clínico	100,32
2	08/04/25 11:15	ORTOPEDIA	30711037	Membro Superior	1,00	22137	LEANDRO DAVID	Clínico	12,27
3	08/04/25 11:15	ORTOPEDIA	30719119	Lesões Ligamentares - Redução Incruenta	1,00	22137	LEANDRO DAVID	Clínico	107,52
4	08/04/25 11:18	RAIO X	40803120	Mão Ou Quirodáctilo	1,00	20087	MARCIO	Clínico	44,25
5	08/04/25 11:18	RAIO X	40804054	Joelho	1,00	20087	MARCIO	Clínico	45,99
	Total de Honorários Não Conveniados				**5,00**				**310,35**

Materiais

Seq	Código	Descrição	Unid.	Qtde	Vl Unit.	Vl Total
		PRONTO ATENDIMENTO				
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	1,0000	1,2300	1,23
		Total - PRONTO ATENDIMENTO -		**2,0000**		**8,83**
		Total de Materiais		**2,0000**		**8,83**

Total geral R$ **319,18**