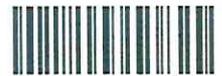


UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3493458

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: SAMUEL HENRIQUE DE SOUZA SCHWENGBER

CPF: 15970754935

Endereço: Avenida Josué Di Bernardi , 918

Atendimento Nº: 3493458

Telefone: (48) 999152414

RG:

Responsável:

Nome: TARCISI

CPF: 47747200978

Endereço: Avenida Josué Di Bernardi , 920 CASA

Telefone: 5548999913451

RG: 908390

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

UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3493458

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
10/04/2025

5 - Senha
27285

6 - Data Validade da Senha

7 - Numero da Guia Atribuido pela Operadora
27285

8 - Número da Carteira
7584432

9 - Validade da Carteira
20/03/2025

10 - Nome
SAMUEL HENRIQUE DE SOUZA SCHWENGBER

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 - Numero no Conselho
2526

18 - UF
SC

19 - Código CBO
225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Cartão do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
10/04/2025

23 - Indicação Clínica

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

26 - Descrição
CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

27 - Qtd. Solic.
1

28 - Qtd. Aut.
1

Dados do Contratado / Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

31 - Código CNES

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data
1

37 - Hora Inicial a 38 - Hora final
39 - Tabela
40 - Código do Procedimento
41 - Descrição

42 - Qtd.

43 - Via

44 - Tec.

45 - Fator Red./Agressc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(s) Executante(s)
48 - Seq.Ref.
49 - Gr.Part.
60 - Código na Operadora/CPF
51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

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

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Materiais (R\$)

62 - Total de 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

68 - Assinatura do Contratado
10/04/2025

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Samuel Henrique de Souza Schwengber
Nº da Carteira: 7.58.4432
Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Estreito

Data de Nascimento: 04/04/2012

Nº da Guia: 27285

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
10/04/2025	16:36:00	Corredor	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu

Queda de mesmo nível

Partes do corpo

Antebraço Esquerdo, Mão Esquerda

Descrição

Aluno escorregou e caiu com a mão esquerda apoiando o corpo.

Testemunha da ocorrência

Coord. Jota

Telefone

(48) 3039-8054

Local de atendimento

HUGF - HOSPITAL UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS

Endereço

Rua Manoel Loureiro

Nº

191
0

Bairro

Barreiros

Telefone

(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

Paciente	SAMUEL HENRIQUE DE SOUZA SCHWENGBER		Atendimento	3.493.458
Data Nascto.	04/04/2012	13 Anos	Prontuário	133.461
Sexo	Masculino		Dt. Entrada	10/04/2025 17:32:06
Telefone	999152414		Convênio	Instituto Adventista Instituto
Leito	1			

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
10/04/2025 18:27	10/04 18:29	Médico	Evolução Médica PA		JULIANO TEIXEIRA DE SA	CRM 17278

Evolução Médica PA Adulto - ORTOPEDIA

Queixa Principal : trauma punho esq

sem aumento de volume

dor a palp da fise

rx sem laudo, possivel fratura sh1

repouso

analgesia

imobilização

tratamento conservador

Encaminhamento ao Ambulatório UGF? : não



Paciente: **SAMUEL HENRIQUE DE SOUZA SCHWENGBER**

Data de Nascimento: 04/04/2012 Idade: 13anos Sexo: M

Data do Exame: 10/04/2025

Solicitante: Dr.(a) JULIANO TEIXEIRA DE SA

Protocolo: UGF3493458 Senha: 822806

unimedflorianopolis.com.br

Central de Atendimento:
(48) 3288 4100

Informações:
0800 048 3500

RADIOGRAFIA DIGITAL DO PUNHO ESQUERDO

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

(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: SAMUEL HENRIQUE DE SOUZA SCHWENGBER	Convênio: Instituto Adventista	Usuário/Matrícula: 7584432	Emissão: Nº atend: 3.493.458 Nº IC: 21.322.313
Categoria: Instituto Adventista			

Prontuário: 133461	Data entrada: 10/04/2025 17:32:06	Data saída: 10/04/2025 18:56:51	Motivo Alta: Alta melhora
Médico: Dr. JULIANO TEIXEIRA DE SA (CRM 17278)	Proc Princ: 30721180		Fraturas E/Ou Luxações Do Punho - Redução Incruenta
	Tipo acomodação Enfermaria		Espec/Clinica: 1 Clínica Adulto
Data: 04/04/2012	Sexo: M		
CID Princ: S60.2 Contusao de outr partes do punho e da mao	Guia: 27285		
	Senha: 27285		

Dt Conta: 10/04/25 17:33 Dt inicial: 10/04/25 17:32 Dt final: 10/04/25 18:56 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 17:32:06	10/04/2025 18:56:51
2	Pronto socorro	ORTOPEDIA	Setor sem acomodação	1/	10/04/2025 17:41:41	10/04/2025 18:56:51
3	Serviços Especiais	RAIO X	Setor sem acomodação	1/	10/04/2025 17:56:00	10/04/2025 17:56:00

Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor
1	10/04/25 17:32	PRONTO ATENDIMENTO	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	17278	JULIANO TEIXEIRA	Clínico	100,32
2	10/04/25 18:07	RAIO X	40803112	Punho	1,00	6606	PEDRO LEMOS DE	Clínico	46,86
3	10/04/25 18:32	ORTOPEDIA	30721180	Fraturas E/Ou Luxações Do Punho - Redução Incruenta	1,00	17278	JULIANO TEIXEIRA	Clínico	186,99
Total de Honorários Não Conveniados					3,00				334,17

Materiais

Seq	Código	Descrição	Unid.	Qtde	VI Unit.	VI Total
PRONTO ATENDIMENTO						
1	78988624	ATADURA CREPE 10CMX1,8MT (EM REPOUSO) 13FIO ESTERIL	rl	5,0000	7,6000	38,00
2	78340373	ATADURA GESSADA 10 CM X 3,0 M	rl	3,0000	3,9000	11,70
3	70034664	ATADURA ORTOPEDICA P	rl	4,0000	12,8900	51,56
4	78202477	MALHA TUBULAR 08 CM X 15 M	cm	200,0000	0,0400	8,00
Total - PRONTO ATENDIMENTO -				212,0000		109,26
Total de Materiais				212,0000		109,26

Total geral R\$ 443,43



Paciente: **VINICIUS LOSTADA DA CUNHA**
Data de Nascimento: 27/04/2010 Idade: 15anos Sexo: M
Data do Exame: 29/04/2025
Solicitante: Dr.(a) DANIEL NARLOCH VEIGA
Protocolo: UGF3513568 Senha: 465526

unimedflorianopolis.com.br

Central de Atendimento:
(48) 3288 4100

Informações:
0800 048 3500

RADIOGRAFIA DIGITAL DA MÃO ESQUERDA

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

(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



UGF - Contrato De Prestação De Serviços Hospitalares - PA



Atendimento: 3513568

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: VINICIUS LOSTADA DA CUNHA

CPF: 11244544973

Endereço: Rua Adelino Vicente Melo, 250 CASA

Atendimento Nº: 3513568

Telefone: (48) 996341180

RG:

Responsável:

Nome: VITOR

CPF: 11244551910

Endereço: Rua Adelino Vicente Melo, 250 CASA

Telefone: 5548996341180

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: 3513568

(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: 3513568

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

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPSADT

2 - Nº Guia no Prestador 5909164

Atend.: 3513568

V.3.0

Instituto Adventista

1 - Registro ANS 3 - Nº Guia Principal

4 - Data da Autorização 29/04/2025 5 - Senha 27824 6 - Data Validade da Senha 7 - Número da Guia Atribuido pela Operadora 27824

Dados do Beneficiário 8 - Número da Carteira 72052242 9 - Validade da Carteira 29/04/2025 10 - Nome VINICIUS LOSTADA DA CUNHA 11 - Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento a RN N

Dados do Solicitante 13 - Código na Operadora 77838611001414 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 - Caráter do Atendimento 2 22 - Data da Solicitação 29/04/2025 23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 26 - Descrição 27 - Qtd. Solic. 28 - Qtd. Aut. 1 1 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 1 1

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

Dados de 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 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator Red./Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

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

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

58 - Observação / Justificativa

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

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 29/04/2025 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 29/04/2025 68 - Assinatura do Contratado 29/04/2025

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Vinicius Lostada da Cunha
Nº da Carteira: 7.205.2242
Instituição: Colégio Adventista Palhoça

Data de Nascimento: 27/04/2010

Nº da Guia: 27824

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
29/04/2025	09:15:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu

Trauma (**Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro**)

Partes do corpo

Mão Esquerda, 4º Dedo Mão Esquerda

Descrição

A bola bateu em seu dedo, durante a educação física.

Testemunha da ocorrência

Thiago José Jair Martins

Telefone

(48) 98830-9594

Local de atendimento

HUGF - HOSPITAL UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS

Endereço

Rua Manoel Loureiro

Nº

191
0

Bairro

Barreiros

Telefone

(48) 3288-4100

Observações

O aluno foi encaminhado ao Vice-diretor que fez contato com a família.

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

Paciente VINICIUS LOSTADA DA CUNHA

Data Nascto. 27/04/2010 15 Anos

Sexo Masculino

Telefone 996341180

Leito 1

Atendimento 3.513.568

Prontuário 99.872.786

Dt. Entrada 29/04/2025 15:14:09

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
29/04/2025 16:10	29/04 16:47	Médico	Evolução Médica PA		DANIEL NARLOCH VEIGA	CRM 11649

Evolução Médica PA Adulto - ORTOPEDIA**Queixa Principal :** Sinais Vitais Triagem:

FC: 60 PAS: 130 PAD: 53 Temp: 36,5 FR: 16 SatO2: 100

S: TRAUMANO 4 QDE HÁ 1 DIA

O:

A:

P:

Exame físico : DOR OCAL EDEMA IFP

SEM DESVIOS

Conduta : RX 4 QDE /MAO : PQ FISSURA DORSAL

TALA METALICA

RET 2 SEMANAS

ANALGESIA

Encaminhamento ao Ambulatório UGF? : não



Paciente: VINICIUS LOSTADA DA CUNHA	Convênio: Instituto Adventista	Usuário/Matrícula: 72052242	Emissão: Nº atend: 3.513.568 Nº IC: 21.343.930
Categoria: Instituto Adventista			

Prontuário: 99872786	Data entrada: 29/04/2025 15:14:09	Data saída: 29/04/2025 18:17:48	Motivo Alta: Alta melhor
Médico: Dr. DANIEL NARLOCH VEIGA (CRM 11649)	Proc Princ: 30722403	Fraturas De Falanges Ou Metacarpianos - Redução Incruenta	Tipo atend: 3 - Pronto socorro
Data: 27/04/2010		Sexo: M	Espec/Clinica: 1 Clínica Adulto
CID Princ: S62.8 Frat de outr partes e de partes NE punho mao	Guia: 27824	Senha: 27824	

Dt Conta: 29/04/25 15:16 Dt inicial: 29/04/25 15:14 Dt final: 29/04/25 18:17 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 15:14:09	29/04/2025 18:17:48
2	Pronto socorro	ORTOPEDIA	Setor sem acomodação	1/	29/04/2025 15:21:50	29/04/2025 18:17:48
3	Serviços Especiais	RAIO X	Setor sem acomodação	1/	29/04/2025 16:11:00	29/04/2025 16:11:00

Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor
1	29/04/25 15:14	PRONTO ATENDIMENTO	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	11649	DANIEL NARLOCH	Clínico	100,32
2	29/04/25 16:33	RAIO X	40803147	Incidência Adicional De Membro Superior	1,00	6561	NELSON CABRAL	Clínico	17,81
3	29/04/25 16:33	RAIO X	40803120	Mão Ou Quirodáctilo	1,00	6561	NELSON CABRAL	Clínico	44,25
4	29/04/25 16:50	ORTOPEDIA	30711010	Imobilizações Não-Gessadas (Qualquer Segmento)	1,00	11649	DANIEL NARLOCH	Clínico	12,27
5	29/04/25 16:50	ORTOPEDIA	30722403	Fraturas De Falanges Ou Metacarpianos - Redução Incruenta	1,00	11649	DANIEL NARLOCH	Clínico	36,81
Total de Honorários Não Conveniados					5,00				211,46

Materiais

Seq	Código	Descrição	Unid.	Qtde	VI Unit.	VI Total
ORTOPEDIA						
1	78365678	ATADURA CREPON 06 CM X 1,8 M	rl	1,0000	1,2300	1,23
2	78202850	TALA METALICA IMOBILIZACAO 16X250MM	und	1,0000	4,5200	4,52
Total - ORTOPIEDIA -				2,0000		5,75
Total de Materiais				2,0000		5,75

Total geral R\$

217,21



Atendimento: 3485677

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: VIVIAN TELLES DE LIMA

CPF: 15191935993

Endereço: Rua Virgilino Ferreira de Souza , 206 AP

Atendimento Nº: 3485677

Telefone: (48) 998290523

RG:

Responsável:

Nome: VIERY

CPF: 05446141946

Endereço: Rua Virgilino Ferreira de Souza , 206 APTO 905

Telefone: 4884394899

RG: 52353028

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

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

V.3.0
Atend.: 3485677

2 - N° Guia no Prestador 5863367

Instituto Adventista		3 - N° Guia Principal		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 0012025		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N	
1 - Registro ANS		5 - Senha 0012025		6 - Data Validade da Senha 0012025		10 - Nome VIVIAN TELLES DE LIMA			
4 - Data da Autorização 03/04/2025		8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira		17 - Número no Conselho 2526		19 - Código CBO 225125	
Dados do Beneficiário		10 - Nome VIVIAN TELLES DE LIMA		16 - Conselho Profissional 6		20 - Assinatura do Profissional Solicitante			
Dados do Solicitante		14 - Nome do Contratado UNIMED GRANDE FLORIANOPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO		23 - Indicação Clínica		27 - Cide.Solic. 1		28 - Cide.Aut. 0	
15 - Nome do Profissional Solicitante Requisitante Nao Cadastrado/nao Cooperado		22 - Data da Solicitação 03/04/2025		26 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		31 - Código CNES			
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados		21 - Caráter do Atendimento 2		30 - Nome do Contratado		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento			
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039		29 - Código na Operadora		32 - Tipo de Atendimento		34 - Tipo de Consulta			
Dados do Contratado Executante		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		36 - Data 37 - Hora inicial a 38 - Hora final		39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição		42 - Qide. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator Red./Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$)	
48 - Seq.Ref. 49 - Gr.Part. 50 - Código na Operadora/GPF		51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho		54 - UF 55 - Código CBO	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observação / Justificativa		59 - Total Procedimentos (R\$)		60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)	
61 - Total Materiais (R\$)		62 - Total de 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 03/04/2025		68 - Assinatura do Contratado 03/04/2025		69 - Data		70 - Hora	

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Vivian Telles Lima
N° da Carteira: _____
Instituição: Colégio Adventista de
Florianópolis - Estreito
Data de Nascimento: 28/10/2013

N° da Guia: _____

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
03/04/2025	10:00	Quadra	Educação Física

O que aconteceu	Partes do corpo
Durante jogo de futebol aluna foi atingida por adversária na disputa de bola vindo a virar o pé.	Tornozelo esquerdo

Descrição
Durante encontro de disputa de bola aluna acabou sendo atingida por outra aluna no pé esquerdo vindo a torcer o mesmo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora Francielle garcia	48 3039-8100

Quem prestou primeiros socorros	Data
Vice-Diretor	03/04/2025

Local de atendimento	Endereço	N°	Bairro	Telefone
HGUF - HOSPITAL UNIMED GRANDE FPOLEIS				

Observações
ALUNO FOI ATENDIDO PELA MONITORIA VINDO A COLOCAR GELO NO LOCAL CONTUNDIDO E ALUNO CONTINUOU EM SALA DE AULA, PORÉM, SENTE DORES NO LOCAL AFETADO

Ass.: _____

Arno Silveira
Tescureiro Assistente

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	VIVIAN TELLES DE LIMA		Atendimento	3.485.677
Data Nascto.	28/10/2013	11 Anos	Prontuário	99.765.765
Sexo	Feminino		Dt. Entrada	03/04/2025 13:09:46
Telefone	998290523		Convênio	Instituto Adventista Instituto
Leito	1			

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
03/04/2025 13:51	03/04 13:58	Médico	Evolução Médica PA		ALVARO GUIMARAES DE LIMA	CRM 4512

Evolução Médica PA Adulto - ORTOPEDIA

Queixa Principal : Sinais Vitais Triagem:

FC: 78 PAS: 187 PAD: 107 Temp: 36 FR: 16 SatO2: 99

S: Dor no tornozelo E após torção

O:

A:

P:

Exame físico : Edema lateral

limitação de movimentos

Conduta : Rx sem laudo - entorse com lesão ligamentar

Tala gesso

oriento

Encaminhamento ao Ambulatório UGF? : não

Acionado sobreaviso da Ortopedia? : não

Solicitado exames de imagem? : sim

Se sim, quais? : Radiologia



Paciente: VIVIAN TELLES DE LIMA	Convênio: Instituto Adventista	Usuário/Matrícula:	Emissão: Nº atend: 3.485.677 Nº IC: 21.314.352
Categoria: Instituto Adventista			

Prontuário: 99765765	Data entrada: 03/04/2025 13:09:46	Data saída: 03/04/2025 14:57:57	Motivo Alta: Alta melhor
Médico: Dr. ALVARO GUIMARAES DE LIMA (CRM 4512)	Proc Princ: 30728134		Lesões Ligamentares Agudas Ao Nível Do Tornozelo - Tratamento
	Tipo acomodação Enfermaria		Espec/Clinica: 1 Clínica Adulto
Data 28/10/2013	Sexo: F		
CID Princ: S93.4 Entorse e distensao do tornozelo			
Guia: 0012025	Senha: 0012025		

Dt Conta: 03/04/25 13:10 Dt inicial: 03/04/25 13:09 Dt final: 03/04/25 14:57 Refer: 01/05/25

Movimentação do Paciente

Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Pronto socorro	PRONTO ATENDIMENTO	Setor sem acomodação	1/	03/04/2025 13:09:46	03/04/2025 14:57:57
2	Pronto socorro	ORTOPEDIA	Setor sem acomodação	1/	03/04/2025 13:45:14	03/04/2025 14:57:57
3	Serviços Especiais	RAIO X	Setor sem acomodação	1/	03/04/2025 13:51:00	03/04/2025 13:51:00

Honorários Não Conveniados

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor
1	03/04/25 13:09	PRONTO ATENDIMENTO	10101039	Em Pronto Socorro	1,00	4512	ALVARO	Clínico	100,32
2	03/04/25 13:53	RAIO X	40804089	Articulação Tibiotársica (Tornozelo)	1,00	6606	PEDRO LEMOS DE	Clínico	44,25
3	03/04/25 13:58	ORTOPEDIA	30711029	Membro Inferior	1,00	4512	ALVARO	Clínico	24,54
4	03/04/25 13:58	ORTOPEDIA	30728134	Lesões Ligamentares Agudas Ao Nível Do Tornozelo - Tratamento Incruento	1,00	4512	ALVARO	Clínico	107,52
Total de Honorários Não Conveniados					4,00				276,63

Materiais

Seq	Código	Descrição	Unid.	Qtde	VI Unit.	VI Total
ORTOPEDIA						
1	78988780	ATADURA CREPON 15 CM X 1,8 M	rl	3,0000	11,2400	33,72
2	70858837	ATADURA GESSADA 15CMX3,0MT 156.911	rl	2,0000	7,4700	14,94
3	70034702	ATADURA ORTOPEDICA 15 CM X 1,8 M	rl	3,0000	12,5500	37,65
4	78202477	MALHA TUBULAR ALGODA	cm	1.500,0000	0,0500	75,00
Total - ORTOPEDIA -				1.508,0000		161,31
Total de Materiais				1.508,0000		161,31

Total geral R\$ 437,94



Paciente: **VIVIAN TELLES DE LIMA**
Data de Nascimento: 28/10/2013 Idade: 11anos 5M Sexo: F
Data do Exame: 03/04/2025
Solicitante: Dr.(a) ALVARO GUIMARAES DE LIMA
Protocolo: UGF3485677 Senha: 676131

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.

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

1 / 1


Dr. Pedro Lemos de Luca
CRM/SC 6606

