

Registro de Entrada de Pacientes



Atendimento: 2993363

Paciente	VINICIUS DOS SANTOS SOUZA	Atendimento	2.993.363
Data Nascto.	09/09/2011 12 Anos	Carteirinha:	72051256
Sexo	Masculino	Convênio	Instituto Adventista
Endereço	Avenida Paulo Roberto Vidal , 1455 12 casa	Cat. / Plano	Instituto Adventista - Único
Município		Prontuário	120814
Telefone	9 8463-5660	Data	30/10/2023 14:07:57
		Tipo Acomod	Setor sem acomodação

Termo de Responsabilidade

O abaixo assinado KAREN JANINE LIMA DOS SANTOS, responsável pelo paciente VINICIUS DOS SANTOS SOUZA, dará a plena autorização aos médicos da COOP PA - FILIAL CENTRO da Unimed Grande Florianópolis, conforme disposto no artigo 39, IV, da Lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor), para assistirem e tratarem de sua enfermidade realizando todos os procedimentos e investigações que julgarem necessárias, para preservação da saúde e da vida do paciente.

Os médicos da COOP PA - FILIAL CENTRO, atendendo ao disposto no artigo 34 do Código de Ética Médica e artigo 9º da Lei 8.078/90, explicarão claramente a proposta do procedimento médico ou cirúrgico, seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas ao procedimento, proporcionando livre questionamento e respondendo inteira e satisfatoriamente as perguntas. Outrossim, em caso iminente de perigo de vida, de acordo com o artigo 22 do Código de Ética Médica, serão efetuados todos e quaisquer procedimentos médicos sem esclarecimento e consentimento prévios.

O prontuário médico deve permanecer sob a guarda dos médicos desta UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO. Solicitamos que seja devolvido. Em caso de perda ou extravio, será impressa 2ª via deste documento, e os gastos pertinentes ao atendimento serão cobrados conforme cobertura contratual.

Informamos que consultas realizadas nas Unidades de Pronto Atendimento, particular ou convênio não tem direito a retorno.

VINICIUS DOS SANTOS SOUZA

KAREN JANINE LIMA DOS SANTOS

PRONTO ATENDIMENTO UC

Florianópolis, 30 de outubro de 2023

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado KAREN JANINE LIMA DOS SANTOS, responsável pela paciente VINICIUS DOS SANTOS SOUZA, dará plena autorização aos médicos da COOP PA - FILIAL CENTRO da Unimed Grande Florianópolis, conforme disposto no artigo 39, IV, da Lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor), para assistirem e tratarem de sua enfermidade realizando todos os procedimentos e investigações que julgarem necessárias, para preservação da saúde e da vida do paciente.

Os médicos da COOP PA - FILIAL CENTRO, atendendo ao disposto no artigo 34 do Código de Ética Médica e artigo 9º da Lei 9.078/90, explicarão claramente a proposta do procedimento médico ou cirúrgico, seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas aos procedimentos, proporcionando livre questionamento e respondendo inteira e satisfatoriamente as perguntas.

Outrossim, em caso iminente de perigo de vida, de acordo com o artigo 22 do Código de Ética Médica, serão efetuados todos e quaisquer procedimentos médicos sem esclarecimento e consentimentos prévios.

O prontuário médico deve permanecer sob a guarda dos médicos desta UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO. Solicitamos que seja devolvido. Em caso de perda ou extravio, será impressa 2ª via de documentos.

Tratando-se de menor paciente, conforme o artigo 12 da Lei nº 8.069/90 (Estatuto da Criança e do Adolescente), é obrigatória a permanência de um dos pais ou responsável legal durante toda a estadia da criança e/ou adolescente na instituição.

Declara KAREN JANINE LIMA DOS SANTOS ser responsável solidário (art. 264 e ss do Código Civil) pelo pagamento das despesas que, desde já, declara estar ciente, e que as mesmas serão cobradas conforme cobertura contratual. Sendo os atendimentos **particulares, não cobertos, não autorizados e não quitados na totalidade pelo paciente e/ou responsável a cobrança será realizada conforme estabelecida no presente termo.**

Assim, caso não seja efetuado o pagamento no final do atendimento, a Unimed poderá exigir nota promissória ou, em caso negativo, autoriza o responsável, desde já, a emissão de boleto bancário de cobrança, o qual deverá ser pago em 30 (trinta) dias. **No caso de inadimplência, respeitado o prazo, o nome do responsável será inscrito nos serviços de proteção ao crédito.**

Ressalta que é de responsabilidade do paciente e/ou responsável legal a veracidade dos dados informados no atendimento, bem como a atualização, para envio/realização das cobranças.

Informa que consultas realizadas nas Unidades de Pronto Atendimento, particular ou convênio não tem direito a retorno.


VINICIUS DOS SANTOS SOUZA / KAREN JANINE LIMA DOS SANTOS

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS - PRONTO ATENDIMENTO

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: VINICIUS DOS SANTOS SOUZA

CPF: 09962823943

Endereço: Avenida Paulo Roberto Vidal, 1455 12

Atendimento Nº: 2993363

Telefone: (48) 9 84627282

RG:

Responsável:

Nome: KAREN

CPF: 99697700044

Endereço: Avenida Paulo Roberto Vidal, 1455 12 casa

Telefone: 5548984627282

RG:

CONTRATADA: UNIMED GRANDE FLORIANOPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO; pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 77.858.611/0015-03, Rua Madalena Barbi, nº 204, Centro, Florianópolis, Estado de Santa Catarina, CEP 88015-190, neste ato representada por seu representante legal abaixo assinado.

CLÁUSULA PRIMEIRA: Do Objeto

1.1. Constitui-se objeto do presente instrumento, a prestação de serviços médicos e ambulatoriais pela CONTRATADA ao CONTRATANTE/PACIENTE acima qualificado, nas dependências da CONTRATADA situada no endereço indicado no preâmbulo deste contrato, bem como, fora das dependências caso haja necessidade.

CLÁUSULA SEGUNDA: Das Obrigações e Responsabilidades do CONTRATANTE

1-2.2. Pelo contrato ora firmado, o CONTRATANTE e/ou Responsável, na forma prevista no art. 264 e seguintes do Código Civil, obriga-se a:

a) Assumir todas as despesas particulares ou não cobertas pelo plano de saúde como: serviços médicos, complemento de honorários médicos, fisioterapia, órteses, próteses, materiais, medicamentos, tratamento hospitalar e/ ou ambulatorial, despesas extraordinárias com acompanhante e refeições; ligações telefônicas externas, bem como todo e qualquer ônus decorrente dos serviços de acompanhamento, remoção e outras se utilizadas.

b) Assumir as despesas decorrentes de extravio do enxoval e danos ao patrimônio da CONTRATADA, desde que devidamente comprovados; c) Quitar imediatamente as despesas decorrentes do atendimento na ocasião de alta médica, alta administrativa do paciente do Pronto Atendimento, ou da transferência para prestador de serviço médico-hospitalar.

2.2. É obrigatório a permanência de um responsável durante toda a estadia da criança e/ou adolescente na instituição, de acordo com Estatuto da Criança e do Adolescente - Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.

2.3. A contratação é vinculada ao Plano de Saúde contratado pelo paciente. A CONTRATADA obedecerá às normas previstas no contrato que disciplina os atendimentos aos usuários, ressaltando a indicação do procedimento médico-hospitalar e seu respectivo tratamento.

2.4. A contratação em caráter particular, não é vinculada a nenhum plano, mas sim, aos serviços efetivamente adquiridos, bem como a indicação do procedimento médico ambulatorial e seu respectivo tratamento.

2.5. É de responsabilidade do CONTRATANTE/PACIENTE e/ou RESPONSÁVEL trazer, para uso durante o atendimento médico-ambulatorial, produtos para higiene pessoal, tais como, por exemplo, dentre outros: creme dental, escova de dente, pente ou escova para cabelo, sabonete líquido, creme e lâmina para barbear, hidratante para pele, shampoo, condicionador, absorvente íntimo, fraldas descartáveis (quando seu uso for necessário).

CLÁUSULA TERCEIRA: Das obrigações e Responsabilidades da CONTRATADA

3.1. Pelo contratado ora firmado, a CONTRATADA:

a) Reserva-se o direito de emitir boleto bancário de cobrança cujo valor será correspondente ao serviço prestado, no caso de não efetuado o pagamento das despesas estabelecidas na Cláusula Segunda.

b) Na hipótese de inadimplência superior a 30 (trinta) dias, poderá registrar, nos Cadastros de Proteção ao Crédito (SPC, SERASA e afins), obedecendo às normas estabelecidas em lei, os débitos do CONTRATANTE.

c) Obedecer a normas previstas no contrato que disciplina os atendimentos aos usuários do respectivo convênio, caso o CONTRATANTE estiver vinculado a Plano de Saúde.

d) Qualquer objeto que tenha sido esquecido, extraviado ou perdido pelo CONTRATANTE, e localizado nas dependências da CONTRATADA, mediante prova, ficará à disposição daquele pelo prazo de 30 (trinta) dias, findos os quais, serão descartados ou doados por parte da CONTRATADA.

CLÁUSULA QUARTA: Da apresentação de despesas

4.1. Todas as despesas referidas na Cláusula Segunda serão apresentadas pela CONTRATADA e deverão ser quitadas, imediatamente pelo(a) CONTRATANTE/PACIENTE e/ou RESPONSÁVEL/CONTRATANTE. Nessa oportunidade a CONTRATADA apresentará a fatura/nota fiscal dos serviços prestados.

CLÁUSULA QUINTA: Disposições gerais

5.1. Neste presente ato, o responsável dá plena autorização dos médicos da CONTRATADA para assistirem e tratarem a

enfermidade realizando todos os procedimentos e investigações necessárias para preservação da saúde e da vida do paciente, conforme disposto no artigo 39- da Lei n.º 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor).

5.2. Os médicos da CONTRATADA atenderão ao disposto no artigo 34 do Código de Ética Médica e ao art. 6º, inciso III, art. 31 e art. 39, inciso VI, todos do Código de Defesa do Consumidor (Lei n.º 8.078/90), explicando claramente a proposta do procedimento médico ou cirúrgico, seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas ao procedimento, proporcionando livre questionamento e respondendo inteira e satisfatoriamente as perguntas. Igualmente, em caso iminente de risco de morte, de acordo com artigo 22 do Código de Ética Médica, serão efetuados todos e quaisquer procedimentos médicos sem esclarecimento e/ou consentimento prévio.

5.3. Após a alta hospitalar, o paciente deverá liberar o leito em até 30 (trinta) minutos. Caso o período de tolerância seja ultrapassado o(a) CONTRATANTE incidirá multa diária no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais).

CLÁUSULA SEXTA: Do foro

6.1. Fica eleito o foro da Comarca de Florianópolis/SC para dirimir quaisquer dúvidas do presente contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja. Assim, por estarem as partes perfeitamente ajustadas entre si, assinam o presente instrumento em duas vias de igual teor e forma para os efeitos do art. 221 do Código Civil, na presença de duas testemunhas abaixo assinadas e identificadas.

Florianópolis, SC, __ de _____ de ____.



CONTRATANTE (OU RESPONSÁVEL)

Unimed Grande Florianópolis Coop. Trab. Médico
CONTRATADA

Testemunhas

1- _____

Nome:

CPF:

2- _____

Nome:

CPF:

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Vinícius dos Santos Souza
Nº da Carteira: 7.205.1256
Instituição: Colégio Adventista Palhoça



Data de Nascimento: 09/09/2011

Nº da Guia: 14252

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
30/10/2023	10:17:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Olho Esquerdo, Rosto

Descrição

O aluno estava em aula de educação física, um colega chutou a bola de handebol no rosto. O aluno está referindo dor no nariz e vista embaçada.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Bianca Bendik Rodrigues	48998557433
Bianca Bendik Rodrigues	48998557433

Quem prestou primeiros socorros	Data
Silvana, Monitora	30/10/2023

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

Aplicou gelo no local e soro fisiológico.

Ass.: _____


Bianca Bendik Rodrigues

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

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

(não credenciados) com os seguintes dados:

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0003-31

Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157

assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / portoalegre.clinicaadventista.org.br



Paciente **JORGE BATISTA COUTO CARVALHO LEÃO**
Data Nascto. 05/01/2016 7 Anos
Sexo Masculino
Endereço Rua Governador José Boabaid , 169 APTO 403
Município Palhoca
Telefone 999586282

Atendimento **2.977.394**
Carteirinha: 7205537
Convênio Instituto Adventista
Cat. / Plano Instituto Adventista - Único
Prontuário 99806890
Data 11/10/2023 13:03:23
Tipo Acomod Enfermaria

Termo de Responsabilidade

O abaixo assinado MARINA LUISA BATISTA COUTO CARVALHO LEAO, responsável pelo paciente JORGE BATISTA COUTO CARVALHO LEÃO, dará a plena autorização aos médicos da COOP PA - FILIAL CENTRO da Unimed Grande Florianópolis, conforme disposto no artigo 39, IV, da Lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor), para assistirem e tratarem de sua enfermidade realizando todos os procedimentos e investigações que julgarem necessárias, para preservação da saúde e da vida do paciente.

Os médicos da COOP PA - FILIAL CENTRO, atendendo ao disposto no artigo 34 do Código de Ética Médica e artigo 9º da Lei 8.078/90, explicarão claramente a proposta do procedimento médico ou cirúrgico, seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas ao procedimento, proporcionando livre questionamento e respondendo inteira e satisfatoriamente as perguntas. Outrossim, em caso iminente de perigo de vida, de acordo com o artigo 22 do Código de Ética Médica, serão efetuados todos e quaisquer procedimentos médicos sem esclarecimento e consentimento prévios.

O prontuário médico deve permanecer sob a guarda dos médicos desta UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO. Solicitamos que seja devolvido. Em caso de perda ou extravio, será impressa 2ª via deste documento, e os gastos pertinentes ao atendimento serão cobrados conforme cobertura contratual.

Informamos que consultas realizadas nas Unidades de Pronto Atendimento, particular ou convênio não tem direito a retorno.

JORGE BATISTA COUTO CARVALHO LEÃO

MARINA LUISA BATISTA COUTO CARVALHO LEAO

PRONTO ATENDIMENTO UC

Florianópolis, 11 de outubro de 2023

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado MARINA LUISA BATISTA COUTO CARVALHO LEAO, responsável pela paciente JORGE BATISTA COUTO CARVALHO LEÃO, dará plena autorização aos médicos da COOP PA - FILIAL CENTRO da Unimed Grande Florianópolis, conforme disposto no artigo 39, IV, da Lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor), para assistirem e tratarem de sua enfermidade realizando todos os procedimentos e investigações que julgarem necessárias, para preservação da saúde e da vida do paciente.

Os médicos da COOP PA - FILIAL CENTRO, atendendo ao disposto no artigo 34 do Código de Ética Médica e artigo 9º da Lei 9.078/90, explicarão claramente a proposta do procedimento médico ou cirúrgico, seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas aos procedimentos, proporcionando livre questionamento e respondendo inteira e satisfatoriamente as perguntas.

Outrossim, em caso iminente de perigo de vida, de acordo com o artigo 22 do Código de Ética Médica, serão efetuados todos e quaisquer procedimentos médicos sem esclarecimento e consentimentos prévios.

O prontuário médico deve permanecer sob a guarda dos médicos desta UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO. Solicitamos que seja devolvido. Em caso de perda ou extravio, será impressa 2ª via de documentos.

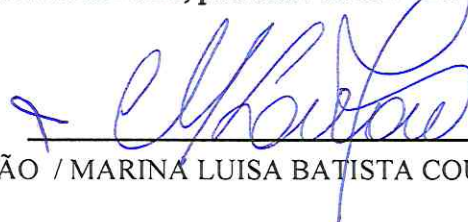
Tratando-se de menor paciente, conforme o artigo 12 da Lei nº 8.069/90 (Estatuto da Criança e do Adolescente), é obrigatória a permanência de um dos pais ou responsável legal durante toda a estadia da criança e/ou adolescente na instituição.

Declara MARINA LUISA BATISTA COUTO CARVALHO LEAO ser responsável solidário (art. 264 e ss do Código Civil) pelo pagamento das despesas que, desde já, declara estar ciente, e que as mesmas serão cobradas conforme cobertura contratual. Sendo os atendimentos **particulares, não cobertos, não autorizados e não quitados na totalidade pelo paciente e/ou responsável a cobrança será realizada conforme estabelecida no presente termo.**

Assim, caso não seja efetuado o pagamento no final do atendimento, a Unimed poderá exigir nota promissória ou, em caso negativo, autoriza o responsável, desde já, a emissão de boleto bancário de cobrança, o qual deverá ser pago em 30 (trinta) dias. **No caso de inadimplência, respeitado o prazo, o nome do responsável será inscrito nos serviços de proteção ao crédito.**

Ressalta que é de responsabilidade do paciente e/ou responsável legal a veracidade dos dados informados no atendimento, bem como a atualização, para envio/realização das cobranças.

Informa que consultas realizadas nas Unidades de Pronto Atendimento, particular ou convênio não tem direito a retorno.



JORGE BATISTA COUTO CARVALHO LEÃO / MARINA LUISA BATISTA COUTO CARVALHO LEAO

enfermidade realizando todos os procedimentos e investigações necessárias para preservação da saúde e da vida do paciente, conforme disposto no artigo 39- da Lei n.º 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor).

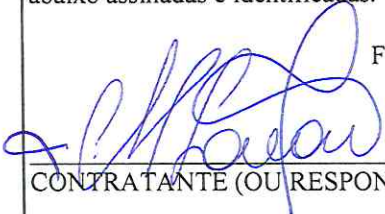
5.2. Os médicos da CONTRATADA atenderão ao disposto no artigo 34 do Código de Ética Médica e ao art. 6º, inciso III, art. 31 e art. 39, inciso VI, todos do Código de Defesa do Consumidor (Lei n.º 8.078/90), explicando claramente a proposta do procedimento médico ou cirúrgico, seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas ao procedimento, proporcionando livre questionamento e respondendo inteira e satisfatoriamente as perguntas. Igualmente, em caso iminente de risco de morte, de acordo com artigo 22 do Código de Ética Médica, serão efetuados todos e quaisquer procedimentos médicos sem esclarecimento e/ou consentimento prévio.

5.3. Após a alta hospitalar, o paciente deverá liberar o leito em até 30 (trinta) minutos. Caso o período de tolerância seja ultrapassado o(a) CONTRATANTE incidirá multa diária no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais).

CLÁUSULA SEXTA: Do foro

6.1. Fica eleito o foro da Comarca de Florianópolis/SC para dirimir quaisquer dúvidas do presente contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja. Assim, por estarem as partes perfeitamente ajustadas entre si, assinam o presente instrumento em duas vias de igual teor e forma para os efeitos do art. 221 do Código Civil, na presença de duas testemunhas abaixo assinadas e identificadas.

Florianópolis, SC, ____ de _____ de ____.



CONTRATANTE (OU RESPONSÁVEL)

Unimed Grande Florianópolis Coop. Trab. Médico
CONTRATADA

Testemunhas

1- _____

Nome:

CPF:

2- _____

Nome:

CPF:

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

2 - Nº Guia no Prestador 4905009

Atend.: 2977394

V.3.0

Instituto Adventista

1 - Registro ANS 000000	3 - Nº Guia Principal
----------------------------	-----------------------

4 - Data de Autorização 11/10/2023	5 - Senha 13956	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 13956
---------------------------------------	--------------------	----------------------------	--

8 - Número da Carteira 7205537	9 - Validade da Carteira 27/02/2023	10 - Nome JORGE BATISTA COUTO CARVALHO LEÃO	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
-----------------------------------	--	--	-------------------------------	----------------------------

Dados do Solicitante	13 - Código na Operadora 300638	14 - Nome do Contratado Unidade Centro
----------------------	------------------------------------	---

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

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados	21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 11/10/2023	23 - Indicação Clínica
---	----------------------------------	--	------------------------

24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 22	26 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	27 - Qtdde.Solic. 1	28 - Qtdde.Aut. 0
------------------	--	--	------------------------	----------------------

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 (paciente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
----------------------	--------------------------	---	-----------------------	--

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados	36 - Data 36	37 - Hora inicial a 38 - Hora final 37	39 - Tabela 39	40 - Código do Procedimento 40	41 - Descrição 41	42 - Qtdde. 42	43 - Via 43	44 - Tec. 44	45 - Fator Red/Acresc. 45	46 - Valor Unitário (R\$) 46	47 - Valor Total (R\$) 47
---	-----------------	---	-------------------	-----------------------------------	----------------------	-------------------	----------------	-----------------	------------------------------	---------------------------------	------------------------------

1											
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2											
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3											
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4											
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5											
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

66 - Data de Realização de Procedimentos em Série	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	5 -	6 -	7 -	8 -	9 -	10 -
---	--	-----	-----	-----	-----	-----	------

68 - Observação / Justificativa	69 - 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
---	--	-------------------------------

Impresso em: 11/10/2023 13:04:53

Página 1

simone.desouza

WATE/0106

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Jorge Batista Couto Carvalho Leão
Nº da Carteira: 7.205.537
Instituição: Colégio Adventista Palhoça



Data de Nascimento: 05/01/2016

Nº da Guia: 13956

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
11/10/2023	10:49:00	Pátio	Saída

O que aconteceu

Partes do corpo

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

Rosto

Descrição

Aluno estava na saída brincando de pega pega quando esbarrou com o nariz no rosto de uma colega. Sentiu muita dor, mas, em seguida o pai chegou para buscá-lo.

Testemunha da ocorrência

Telefone

Monitora Josi

(48) 9935-1000

Quem prestou primeiros socorros

Data

Monitora Josi

11/10/2023

Local de atendimento

Endereço

Nº

Bairro

Telefone

PA INFANTIL UNIMED
UNID.CENTRO - MENORES DE 15
ANOS EXCLUSIVO

Rua Madalena Barbi

204

Centro

(48) 3216-8222

Observações

O aluno foi pra casa e o nariz começou a inchar e incomodar quando tocava. Mãe voltou na escola.

Ass.: *Katia Regina dos Santos Machado*

Katia Regina dos Santos Machado

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 **JOAO RICARDO DA SILVA**
Data Nascto. 03/02/2010 13 Anos
Sexo Masculino
Endereço Rua Elaine Cristina , 425 casa
Município Palhoca
Telefone 991043600

Atendimento **2.983.309**
Carteirinha:
Convênio **Instituto Adventista**
Cat. / Plano Instituto Adventista - Sem plano
Prontuário 100303
Data 19/10/2023 09:28:50
Tipo Acomod Enfermaria

Termo de Responsabilidade

O abaixo assinado SILVANA DUARTE DA SILVA, responsável pelo paciente JOAO RICARDO DA SILVA, dará a plena autorização aos médicos da COOP PA - FILIAL CENTRO da Unimed Grande Florianópolis, conforme disposto no artigo 39, IV, da Lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor), para assistirem e tratarem de sua enfermidade realizando todos os procedimentos e investigações que julgarem necessárias, para preservação da saúde e da vida do paciente.

Os médicos da COOP PA - FILIAL CENTRO, atendendo ao disposto no artigo 34 do Código de Ética Médica e artigo 9º da Lei 8.078/90, explicarão claramente a proposta do procedimento médico ou cirúrgico, seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas ao procedimento, proporcionando livre questionamento e respondendo inteira e satisfatoriamente as perguntas. Outrossim, em caso iminente de perigo de vida, de acordo com o artigo 22 do Código de Ética Médica, serão efetuados todos e quaisquer procedimentos médicos sem esclarecimento e consentimento prévios.

O prontuário médico deve permanecer sob a guarda dos médicos desta UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO. Solicitamos que seja devolvido. Em caso de perda ou extravio, será impressa 2ª via deste documento, e os gastos pertinentes ao atendimento serão cobrados conforme cobertura contratual.

Informamos que consultas realizadas nas Unidades de Pronto Atendimento, particular ou convênio não tem direito a retorno.

JOAO RICARDO DA SILVA

SILVANA DUARTE DA SILVA

PRONTO ATENDIMENTO UC

Florianópolis, 19 de outubro de 2023

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado SILVANA DUARTE DA SILVA, responsável pela paciente JOAO RICARDO DA SILVA, dará plena autorização aos médicos da COOP PA - FILIAL CENTRO da Unimed Grande Florianópolis, conforme disposto no artigo 39, IV, da Lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor), para assistirem e tratarem de sua enfermidade realizando todos os procedimentos e investigações que julgarem necessárias, para preservação da saúde e da vida do paciente.

Os médicos da COOP PA - FILIAL CENTRO, atendendo ao disposto no artigo 34 do Código de Ética Médica e artigo 9º da Lei 9.078/90, explicarão claramente a proposta do procedimento médico ou cirúrgico, seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas aos procedimentos, proporcionando livre questionamento e respondendo inteira e satisfatoriamente as perguntas.

Outrossim, em caso iminente de perigo de vida, de acordo com o artigo 22 do Código de Ética Médica, serão efetuados todos e quaisquer procedimentos médicos sem esclarecimento e consentimentos prévios.

O prontuário médico deve permanecer sob a guarda dos médicos desta UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO. Solicitamos que seja devolvido. Em caso de perda ou extravio, será impressa 2ª via de documentos.

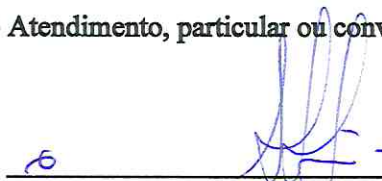
Tratando-se de menor paciente, conforme o artigo 12 da Lei nº 8.069/90 (Estatuto da Criança e do Adolescente), é obrigatória a permanência de um dos pais ou responsável legal durante toda a estadia da criança e/ou adolescente na instituição.

Declara SILVANA DUARTE DA SILVA ser responsável solidário (art. 264 e ss do Código Civil) pelo pagamento das despesas que, desde já, declara estar ciente, e que as mesmas serão cobradas conforme cobertura contratual. Sendo os atendimentos **particulares, não cobertos, não autorizados e não quitados na totalidade pelo paciente e/ou responsável a cobrança será realizada conforme estabelecida no presente termo.**

Assim, caso não seja efetuado o pagamento no final do atendimento, a Unimed poderá exigir nota promissória ou, em caso negativo, autoriza o responsável, desde já, a emissão de boleto bancário de cobrança, o qual deverá ser pago em 30 (trinta) dias. **No caso de inadimplência, respeitado o prazo, o nome do responsável será inscrito nos serviços de proteção ao crédito.**

Ressalta que é de responsabilidade do paciente e/ou responsável legal a veracidade dos dados informados no atendimento, bem como a atualização, para envio/realização das cobranças.

Informa que consultas realizadas nas Unidades de Pronto Atendimento, particular ou convênio não tem direito a retorno.


JOAO RICARDO DA SILVA / SILVANA DUARTE DA SILVA

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: João Ricardo da Silva
Nº da Carteira: 7.205.1342
Instituição: Colégio Adventista Palhoça



Data de Nascimento: 03/02/2010

Nº da Guia: 14054

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
19/10/2023	08:12:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Genital

Descrição

O aluno estava em aula de Educação física, um outro colega chutou a bola com muita força atingindo suas partes íntimas. O aluno referiu dor e formigamento no local.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Bianca Bendik Rodrigues	48998557433
Bianca Bendik Rodrigues	48998557433

Quem prestou primeiros socorros	Data
Glauca Collaço	19/10/2023

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

Entramos em contato com os pais e orientamos o atendimento médico.

Ass.: _____

Bianca Bendik Rodrigues

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

Impresso por: Bianca Bendik Rodrigues

1 de 1

19/10/2023 08:16

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO GERAL DE PERÍCIA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO



PROIBIDO PLASTIFICAR

JOÃO RICARDO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REGISTRO GERAL

7.307.675

DATA DE EXPEDIÇÃO

04/AGO/2014

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NOME

JOÃO RICARDO DA SILVA

FILIAÇÃO

JOSÉ RICARDO DA SILVA
SILVANA DUARTE DA SILVA

NATURALIDADE

FLORIANÓPOLIS SC

DATA DE NASCIMENTO

03/02/2010

DOC. ORIGEM

CERT. NASC. 35554 LV A-101 FL 137
CART. RODRIGUES-FLORIANÓPOLIS SC

CPF

115.352.279-90

JOSÉ AUGUSTO DA LUZ KOERICH

PALHOÇA - SC

Perito Criminal
Diretor do Instituto de Identificação - IGP/SC

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 28/09/63

enfermidade realizando todos os procedimentos e investigações necessárias para preservação da saúde e da vida do paciente, conforme disposto no artigo 39- da Lei n.º 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor).

5.2. Os médicos da CONTRATADA atenderão ao disposto no artigo 34 do Código de Ética Médica e ao art. 6º, inciso III, art. 31 e art. 39, inciso VI, todos do Código de Defesa do Consumidor (Lei n.º 8.078/90), explicando claramente a proposta do procedimento médico ou cirúrgico, seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas ao procedimento, proporcionando livre questionamento e respondendo inteira e satisfatoriamente as perguntas. Igualmente, em caso iminente de risco de morte, de acordo com artigo 22 do Código de Ética Médica, serão efetuados todos e quaisquer procedimentos médicos sem esclarecimento e/ou consentimento prévio.

5.3. Após a alta hospitalar, o paciente deverá liberar o leito em até 30 (trinta) minutos. Caso o período de tolerância seja ultrapassado o(a) CONTRATANTE incidirá multa diária no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais).

CLÁUSULA SEXTA: Do foro

6.1. Fica eleito o foro da Comarca de Florianópolis/SC para dirimir quaisquer dúvidas do presente contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja. Assim, por estarem as partes perfeitamente ajustadas entre si, assinam o presente instrumento em duas vias de igual teor e forma para os efeitos do art. 221 do Código Civil, na presença de duas testemunhas abaixo assinadas e identificadas.

Florianópolis, SC, __ de _____ de ____.



CONTRATANTE (OU RESPONSÁVEL)

Unimed Grande Florianópolis Coop. Trab. Médico
CONTRATADA

Testemunhas

1- _____

Nome:

CPF:

2- _____

Nome:

CPF:

1 - Registro ANS
000000

3 - N° Guia Principal

4 - Data da Autorização
19/10/2023

5 - Senha
14054

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
14054

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

13 - Código na Operadora
300638

14 - Nome do Contratado
Unidade Centro

15 - Nome do Profissional Solicitante
Requisitante Não Cadastrado/Não Cooperado

16 - Conselho Profissional
6

17 - Número no Conselho
2526

18 - UF
SC

19 - Código CBO
225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caráter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
19/10/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
10101039

26 - Descrição
CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

27 - Qtdde.Solic.
1

28 - Qtdde.Aut.
0

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data
1

37 - Hora Inicial a 38 - Hora Final
39 - Tabela

40 - Código do Procedimento
41 - Descrição

42 - Qtdde.

43 - Via

44 - Tec.

45 - Fator Red/Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - Seq.Ref.

49 - Gr.Part.

50 - Código na Operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Materiais (R\$)

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Total Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Medicinais R\$

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

19/10/2023

19/10/2023

19/10/2023

Impresso em: 19/10/2023 09:30:00

Página 1

laraini.peres

WATE70106

V.3.0
Atend.: 2983309

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT
2 - N° Guia no Prestador 4917338



Paciente **GABRIEL DO PRADO BORBA II**
Data Nascto. 02/03/2008 15 Anos
Sexo Masculino
Endereço Rua João Jorge Mussi, 124 casa
Município Florianópolis
Telefone 988556770

Atendimento **3.011.086**
Carteirinha: 7465712
Convênio Instituto Adventista
Cat. / Plano Instituto Adventista - Único
Prontuário 99825234
Data 20/11/2023 13:44:21
Tipo Acomod Setor sem acomodação

Termo de Responsabilidade

O abaixo assinado GABRIEL DO PRADO BORBA, responsável pelo paciente GABRIEL DO PRADO BORBA II, dará a plena autorização aos médicos da COOP HOSPITAL - FILIAL BARREIROS da Unimed Grande Florianópolis, conforme disposto no artigo 39,IV, da Lei 8.087/90 (Código de Defesa do Consumidor), para assistirem e tratarem de sua enfermidade realizando todos os procedimentos e investigações necessárias, para preservação da saúde e da vida do paciente. Os médicos do PRONTO ATENDIMENTO, atendendo ao disposto no artigo 34 do Código de Ética Médica e artigo 9º da Lei 9.078/90, explicarão claramente a proposta do procedimento médico ou cirúrgico, seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas aos procedimentos proporcionando livre questionamento e respondendo inteira e satisfatoriamente as perguntas. Outrossim, em caso iminente de perigo de vida, de acordo com artigo 22 Código de Ética Médica, serão efetuados todos e quaisquer procedimento médicos sem esclarecimento prévios. O prontuário médico deve permanecer sob guarda dos médicos desta UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO. Solicitando que seja devolvido.

Tratando-se de menor paciente, conforme o artigo 12 da Lei nº 8.069/90 (Estatuto da criança e do adolescente), é obrigatória a permanência de um dos pais ou responsável legal durante toda a estadia de criança e/ou adolescente na instituição. Declara ser responsável solidário (art. 264 e ss do Código Civil) pelo pagamento das despesas que, desde já, declara estar ciente, e que as mesmas serão cobradas conforme cobertura contratual. Sendo os atendimentos **particulares, não cobertos, não autorizados e não quitados na totalidade pelo paciente e/ou responsável à cobrança será realizada conforme estabelecida no presente termo.** Assim, caso não seja efetuado o pagamento no final do atendimento ou em caso de negativo, autoriza o responsável, desde já, a emissão de boleto bancário de cobrança, o qual devera ser pago em 30 (trinta) dias. **No caso de inadimplência, respeitado o prazo, o nome do responsável será inscrito nos serviços de proteção ao crédito.** Ressalta que é de responsabilidade do paciente e/ou responsável legal a veracidade dos dados informados no atendimento, bem como a atualização, para envio/realização das cobranças. **Informa que consultas realizadas na Unidade de Pronto Atendimento, particular ou convênio não tem direito a retorno.**

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

São Jo


GABRIEL DO PRADO BORBA II
Assinatura Paciente

GABRIEL DO PRADO BORBA
Assinatura Responsável

Requisitante Nao Cadastrado/nao Cooperado - CRM 2526
Assinatura Médico



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

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Gabriel do Prado Borba II

Nº da Carteira: 7.46.5712

Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Centro



Data de Nascimento: 02/03/2008

Nº da Guia: 14169.002

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
16/11/2023	18:26:30	Ginásio	Aula de outras matérias

O que aconteceu

Partes do corpo

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

Joelho Esquerdo

Descrição

Aluno estava em aula no G1 aonde tropeçou no pé de um colega e o aluno bateu com o joelho na parede.

Testemunha da ocorrência

Jardson Rocha

Telefone

(48) 98868-3009

Local de atendimento

HUGF - HOSPITAL UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS

Endereço

Rua Manoel Loureiro

Nº

191
0

Bairro

Barreiros

Telefone

(48) 3288-4100

Motivo do Retorno

aluno continua sentindo dores no joelho

Ass.:

Thiago José Jair Martins

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

**Contratante:**

Paciente/Usuário

Nome: GABRIEL DO PRADO BORBA II

CPF: 08862092938

Endereço: Rua João Jorge Mussi, 124 casa

Atendimento Nº: 3011086

Telefone: (48) 988556770

RG:

Responsável:

Nome: GABRIEL

CPF: 00656832932

Endereço: Rua João Jorge Mussi, 124 CASA

Telefone: 48998336682

RG:

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

CLÁUSULA PRIMEIRA - DEFINIÇÕES

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

a) Acidente pessoal: é o evento súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.

b) Alta médica: Ato médico que determina o encerramento da modalidade de assistência que vinha sendo prestada ao doente até o momento, por cura, melhora, inalteração, a pedido ou transferência.

c) Assistência médico-ambulatorial: compreende atendimento médico, com realização de todos os procedimentos necessários, incluindo os de rotina, urgência ou emergência; assistência farmacêutica, de enfermagem, de nutrição e outras, quando indicadas.

d) Assistência hospitalar: compreende todos os recursos de diagnóstico e tratamento disponíveis necessários ao atendimento; honorários dos profissionais; utilização de sala de cirurgia, material e serviços do centro cirúrgico e instalações correlatas; medicamentos receitados e outros materiais utilizados, sangue e hemoderivados; serviços de enfermagem; serviços gerais; fornecimento de roupa hospitalar; alimentação com observância das dietas prescritas; procedimentos especiais, como hemodiálise, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, endoscopia e outros necessários ao adequado atendimento.

e) Atendimento ou procedimento eletivo: termo usado para designar os atendimentos e procedimentos médicos que podem ser programados, ou seja, que não são considerados de urgência e emergência.

f) Autorização prévia: mecanismo de regulação utilizado pelas operadoras de planos de saúde que consiste na avaliação da cobertura antes da realização de determinados procedimentos de saúde.

g) Beneficiário: a pessoa física inscrita em plano privado de assistência à saúde, que possui direitos e deveres definidos no instrumento jurídico firmado com a operadora, para garantia de acesso à cobertura contratada.

h) Carência: período corrido e ininterrupto, determinado em contrato de plano de saúde, contado a partir da data de início da vigência do contrato, durante o qual o beneficiário paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.

i) Cobertura Parcial Temporária (CPT): período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, durante o qual fica suspensa a cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, relacionados exclusivamente às Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) declaradas pelo beneficiário por ocasião da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

j) Diretrizes de Utilização (DUT): estabelecem os critérios, baseados nas melhores evidências científicas disponíveis, a serem observados para que sejam asseguradas as coberturas de alguns procedimentos e eventos especificamente indicados no Rol.

k) Diretrizes Clínicas (DC): visam a melhor prática clínica, abordando manejos e orientações mais amplas, baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis, e também definem a cobertura mínima obrigatória.

l) Doença ou lesão preexistente (DLP): doença ou lesão que o beneficiário saiba ser portador ou sofrendor, no momento da contratação ou adesão a um plano privado de assistência à saúde.

m) Emergência: situação que implica risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente.

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

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

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

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

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

CLÁUSULA SEGUNDA - PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

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

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

a) membro de seu corpo clínico;

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

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

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

CLÁUSULA TERCEIRA - OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CLÁUSULA QUARTA - OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

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

CLÁUSULA QUINTA - VALOR E FORMA DE PAGAMENTO

5.1. PACOTES DE PRONTO ATENDIMENTO

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

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

5.2. EXCLUSÃO DE COBERTURA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CLÁUSULA SEXTA - SEGURANÇA DA INFORMAÇÃO E PROTEÇÃO DE DADOS

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

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

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

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

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

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

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

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

(a) o modo pelo qual é realizado;

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

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

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

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

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

CLÁUSULA SÉTIMA - CONDIÇÕES GERAIS

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

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

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

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

CLÁUSULA OITAVA - FORO

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

São José/SC, ____/____/____


CONTRATANTE/RESPONSÁVEL

CONTRATADA



Paciente	MARIA LUIZA GOES	Atendimento	3.006.448
Data Nascto.	13/12/2010 12 Anos	Carteirinha:	14587
Sexo	Feminino	Convênio	Instituto Adventista
Endereço	Rua Atilio Pagani , 231 APTO 1310	Cat. / Plano	Instituto Adventista - Sem plano
Município	Palhoca	Prontuário	99821101
Telefone	976616186	Data	14/11/2023 11:39:27
		Tipo Acomod	Enfermaria

Termo de Responsabilidade

O abaixo assinado FERNANDO ALEXANDRE GOES, responsável pelo paciente MARIA LUIZA GOES, dará a plena autorização aos médicos da COOP PA - FILIAL CENTRO da Unimed Grande Florianópolis, conforme disposto no artigo 39, IV, da Lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor), para assistirem e tratarem de sua enfermidade realizando todos os procedimentos e investigações que julgarem necessárias, para preservação da saúde e da vida do paciente.

Os médicos da COOP PA - FILIAL CENTRO, atendendo ao disposto no artigo 34 do Código de Ética Médica e artigo 9º da Lei 8.078/90, explicarão claramente a proposta do procedimento médico ou cirúrgico, seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas ao procedimento, proporcionando livre questionamento e respondendo inteira e satisfatoriamente as perguntas. Outrossim, em caso iminente de perigo de vida, de acordo com o artigo 22 do Código de Ética Médica, serão efetuados todos e quaisquer procedimentos médicos sem esclarecimento e consentimento prévios.

O prontuário médico deve permanecer sob a guarda dos médicos desta UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO. Solicitamos que seja devolvido. Em caso de perda ou extravio, será impressa 2ª via deste documento, e os gastos pertinentes ao atendimento serão cobrados conforme cobertura contratual.

Informamos que consultas realizadas nas Unidades de Pronto Atendimento, particular ou convênio não tem direito a retorno.

MARIA LUIZA GOES


FERNANDO ALEXANDRE GOES

PRONTO ATENDIMENTO UC

Florianópolis, 14 de novembro de 2023

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado FERNANDO ALEXANDRE GOES, responsável pela paciente MARIA LUIZA GOES, dará plena autorização aos médicos da COOP PA - FILIAL CENTRO da Unimed Grande Florianópolis, conforme disposto no artigo 39, IV, da Lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor), para assistirem e tratarem de sua enfermidade realizando todos os procedimentos e investigações que julgarem necessárias, para preservação da saúde e da vida do paciente.

Os médicos da COOP PA - FILIAL CENTRO, atendendo ao disposto no artigo 34 do Código de Ética Médica e artigo 9º da Lei 9.078/90, explicarão claramente a proposta do procedimento médico ou cirúrgico, seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas aos procedimentos, proporcionando livre questionamento e respondendo inteira e satisfatoriamente as perguntas.

Outrossim, em caso iminente de perigo de vida, de acordo com o artigo 22 do Código de Ética Médica, serão efetuados todos e quaisquer procedimentos médicos sem esclarecimento e consentimentos prévios.

O prontuário médico deve permanecer sob a guarda dos médicos desta UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO. Solicitamos que seja devolvido. Em caso de perda ou extravio, será impressa 2ª via de documentos.

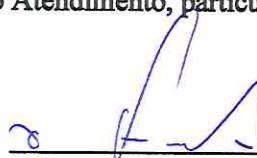
Tratando-se de menor paciente, conforme o artigo 12 da Lei nº 8.069/90 (Estatuto da Criança e do Adolescente), é obrigatória a permanência de um dos pais ou responsável legal durante toda a estadia da criança e/ou adolescente na instituição.

Declara FERNANDO ALEXANDRE GOES ser responsável solidário (art. 264 e ss do Código Civil) pelo pagamento das despesas que, desde já, declara estar ciente, e que as mesmas serão cobradas conforme cobertura contratual. Sendo os atendimentos **particulares, não cobertos, não autorizados e não quitados na totalidade pelo paciente e/ou responsável a cobrança será realizada conforme estabelecida no presente termo.**

Assim, caso não seja efetuado o pagamento no final do atendimento, a Unimed poderá exigir nota promissória ou, em caso negativo, autoriza o responsável, desde já, a emissão de boleto bancário de cobrança, o qual deverá ser pago em 30 (trinta) dias. **No caso de inadimplência, respeitado o prazo, o nome do responsável será inscrito nos serviços de proteção ao crédito.**

Ressalta que é de responsabilidade do paciente e/ou responsável legal a veracidade dos dados informados no atendimento, bem como a atualização, para envio/realização das cobranças.

Informa que consultas realizadas nas Unidades de Pronto Atendimento, particular ou convênio não tem direito a retorno.



MARIA LUIZA GOES / FERNANDO ALEXANDRE GOES

enfermidade realizando todos os procedimentos e investigações necessárias para preservação da saúde e da vida do paciente, conforme disposto no artigo 39- da Lei n.º 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor).

5.2. Os médicos da CONTRATADA atenderão ao disposto no artigo 34 do Código de Ética Médica e ao art. 6º, inciso III, art. 31 e art. 39, inciso VI, todos do Código de Defesa do Consumidor (Lei n.º 8.078/90), explicando claramente a proposta do procedimento médico ou cirúrgico, seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas ao procedimento, proporcionando livre questionamento e respondendo inteira e satisfatoriamente as perguntas. Igualmente, em caso iminente de risco de morte, de acordo com artigo 22 do Código de Ética Médica, serão efetuados todos e quaisquer procedimentos médicos sem esclarecimento e/ou consentimento prévio.

5.3. Após a alta hospitalar, o paciente deverá liberar o leito em até 30 (trinta) minutos. Caso o período de tolerância seja ultrapassado o(a) CONTRATANTE incidirá multa diária no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais).

CLÁUSULA SEXTA: Do foro

6.1. Fica eleito o foro da Comarca de Florianópolis/SC para dirimir quaisquer dúvidas do presente contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja. Assim, por estarem as partes perfeitamente ajustadas entre si, assinam o presente instrumento em duas vias de igual teor e forma para os efeitos do art. 221 do Código Civil, na presença de duas testemunhas abaixo assinadas e identificadas.

Florianópolis, SC, ____ de _____ de ____.



CONTRATANTE (OU RESPONSÁVEL)

Unimed Grande Florianópolis Coop. Trab. Médico
CONTRATADA

Testemunhas

1- _____
Nome: _____
CPF: _____

2- _____
Nome: _____
CPF: _____

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

Atend.: 3006448

2 - N° Guia no Prestador 4961779

Instituto Adventista

1 - Registro ANS 000000		3 - N° Guia Principal		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 14587		12 - Atendimento a RN N	
4 - Data da Autorização 14/11/2023		5 - Senha 14587		6 - Data Validade da Senha 14587			
8 - Número da Carteira 14587		9 - Validade da Carteira		10 - Nome MARIA LUIZA GOES		11 - Cartão Nacional de Saúde	
13 - Código na Operadora 300638		14 - Nome do Contratado Unidade Centro		16 - Conselho Profissional 6		19 - Código CBO 225125	
15 - Nome do Profissional Solicitante Requisitante Nao Cadastrado/no Cooperado		17 - Número no Conselho 2526		18 - UF SC		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 14/11/2023		23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 1 22		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039		26 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		27 - Qtdde.Solic. 1	
28 - Qtdde.Aut. 1							
29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado		31 - Código CNES			
32 - Tipo de Atendimento		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
36 - Data 37 - Hora Inicial a 38 - Hora final		39 - Tabela		40 - Código do Procedimento		41 - Descrição	
42 - Qtdde.		43 - Via		44 - Tec.		45 - Fator Red./Acresc.	
46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)					
48 - Seq.Ref.		49 - Gr.Part.		50 - Código na Operadora/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		68 - Assinatura do Contratado			
69 - Data		70 - Data		71 - Data			
72 - Data		73 - Data		74 - Data			
75 - Data		76 - Data		77 - Data			
78 - Data		79 - Data		80 - Data			
81 - Data		82 - Data		83 - Data			
84 - Data		85 - Data		86 - Data			
87 - Data		88 - Data		89 - Data			
90 - Data		91 - Data		92 - Data			
93 - Data		94 - Data		95 - Data			
96 - Data		97 - Data		98 - Data			
99 - Data		100 - Data		101 - Data			
102 - Data		103 - Data		104 - Data			
105 - Data		106 - Data		107 - Data			
108 - Data		109 - Data		110 - Data			
111 - Data		112 - Data		113 - Data			
114 - Data		115 - Data		116 - Data			
117 - Data		118 - Data		119 - Data			
120 - Data		121 - Data		122 - Data			
123 - Data		124 - Data		125 - Data			
126 - Data		127 - Data		128 - Data			
129 - Data		130 - Data		131 - Data			
132 - Data		133 - Data		134 - Data			
135 - Data		136 - Data		137 - Data			
138 - Data		139 - Data		140 - Data			
141 - Data		142 - Data		143 - Data			
144 - Data		145 - Data		146 - Data			
147 - Data		148 - Data		149 - Data			
150 - Data		151 - Data		152 - Data			
153 - Data		154 - Data		155 - Data			
156 - Data		157 - Data		158 - Data			
159 - Data		160 - Data		161 - Data			
162 - Data		163 - Data		164 - Data			
165 - Data		166 - Data		167 - Data			
168 - Data		169 - Data		170 - Data			
171 - Data		172 - Data		173 - Data			
174 - Data		175 - Data		176 - Data			
177 - Data		178 - Data		179 - Data			
180 - Data		181 - Data		182 - Data			
183 - Data		184 - Data		185 - Data			
186 - Data		187 - Data		188 - Data			
189 - Data		190 - Data		191 - Data			
192 - Data		193 - Data		194 - Data			
195 - Data		196 - Data		197 - Data			
198 - Data		199 - Data		200 - Data			
201 - Data		202 - Data		203 - Data			
204 - Data		205 - Data		206 - Data			
207 - Data		208 - Data		209 - Data			
210 - Data		211 - Data		212 - Data			
213 - Data		214 - Data		215 - Data			
216 - Data		217 - Data		218 - Data			
219 - Data		220 - Data		221 - Data			
222 - Data		223 - Data		224 - Data			
225 - Data		226 - Data		227 - Data			
228 - Data		229 - Data		230 - Data			
231 - Data		232 - Data		233 - Data			
234 - Data		235 - Data		236 - Data			
237 - Data		238 - Data		239 - Data			
240 - Data		241 - Data		242 - Data			
243 - Data		244 - Data		245 - Data			
246 - Data		247 - Data		248 - Data			
249 - Data		250 - Data		251 - Data			
252 - Data		253 - Data		254 - Data			
255 - Data		256 - Data		257 - Data			
258 - Data		259 - Data		260 - Data			
261 - Data		262 - Data		263 - Data			
264 - Data		265 - Data		266 - Data			
267 - Data		268 - Data		269 - Data			
270 - Data		271 - Data		272 - Data			
273 - Data		274 - Data		275 - Data			
276 - Data		277 - Data		278 - Data			
279 - Data		280 - Data		281 - Data			
282 - Data		283 - Data		284 - Data			
285 - Data		286 - Data		287 - Data			
288 - Data		289 - Data		290 - Data			
291 - Data		292 - Data		293 - Data			
294 - Data		295 - Data		296 - Data			
297 - Data		298 - Data		299 - Data			
300 - Data		301 - Data		302 - Data			
303 - Data		304 - Data		305 - Data			
306 - Data		307 - Data		308 - Data			
309 - Data		310 - Data		311 - Data			
312 - Data		313 - Data		314 - Data			
315 - Data		316 - Data		317 - Data			
318 - Data		319 - Data		320 - Data			
321 - Data		322 - Data		323 - Data			
324 - Data		325 - Data		326 - Data			
327 - Data		328 - Data		329 - Data			
330 - Data		331 - Data		332 - Data			
333 - Data		334 - Data		335 - Data			
336 - Data		337 - Data		338 - Data			
339 - Data		340 - Data		341 - Data			
342 - Data		343 - Data		344 - Data			
345 - Data		346 - Data		347 - Data			
348 - Data		349 - Data		350 - Data			
351 - Data		352 - Data		353 - Data			
354 - Data		355 - Data		356 - Data			
357 - Data		358 - Data		359 - Data			
360 - Data		361 - Data		362 - Data			
363 - Data		364 - Data		365 - Data			
366 - Data		367 - Data		368 - Data			
369 - Data		370 - Data		371 - Data			
372 - Data		373 - Data		374 - Data			
375 - Data		376 - Data		377 - Data			
378 - Data		379 - Data		380 - Data			
381 - Data		382 - Data		383 - Data			
384 - Data		385 - Data		386 - Data			
387 - Data		388 - Data		389 - Data			
390 - Data		391 - Data		392 - Data			
393 - Data		394 - Data		395 - Data			
396 - Data		397 - Data		398 - Data			
399 - Data		400 - Data		401 - Data			
402 - Data		403 - Data		404 - Data			
405 - Data		406 - Data		407 - Data			
408 - Data		409 - Data		410 - Data			
411 - Data		412 - Data		413 - Data			
414 - Data		415 - Data		416 - Data			
417 - Data		418 - Data		419 - Data			
420 - Data		421 - Data		422 - Data			
423 - Data		424 - Data		425 - Data			
426 - Data		427 - Data		428 - Data			
429 - Data		430 - Data		431 - Data			
432 - Data		433 - Data		434 - Data			
435 - Data		436 - Data		437 - Data			
438 - Data		439 - Data		440 - Data			
441 - Data		442 - Data		443 - Data			
444 - Data		445 - Data		446 - Data			
447 - Data		448 - Data		449 - Data			
450 - Data		451 - Data		452 - Data			
453 - Data		454 - Data		455 - Data			
456 - Data		457 - Data		458 - Data			
459 - Data		460 - Data		461 - Data			
462 - Data		463 - Data		464 - Data			
465 - Data		466 - Data		467 - Data			
468 - Data		469 - Data		470 - Data			
471 - Data		472 - Data		473 - Data			
474 - Data		475 - Data		476 - Data			
477 - Data		478 - Data		479 - Data			
480 - Data		481 - Data		482 - Data			
483 - Data		484 - Data		485 - Data			
486 - Data		487 - Data		488 - Data			
489 - Data		490 - Data		491 - Data			
492 - Data		493 - Data		494 - Data			
495 - Data		496 - Data		497 - Data			
498 - Data		499 - Data		500 - Data			
501 - Data		502 - Data		503 - Data			
504 - Data		505 - Data		506 - Data			
507 - Data		508 - Data		509 - Data			
510 - Data		511 - Data		512 - Data			
513 - Data		514 - Data		515 - Data			
516 - Data		517 - Data		518 - Data			
519 - Data		520 - Data		521 - Data			
522 - Data		523 - Data		524 - Data			
525 - Data		526 - Data		527 - Data			
528 - Data		529 - Data		530 - Data			
531 - Data		532 - Data		533 - Data			
534 - Data		535 - Data		536 - Data			
537 - Data		538 - Data		539 - Data			
540 - Data		541 - Data		542 - Data			
543 - Data		544 - Data		545 - Data			
546 - Data		547 - Data		548 - Data			
549 - Data		550 - Data		551 - Data			
552 - Data		553 - Data		554 - Data			
555 - Data		556 - Data		557 - Data			
558 - Data		559 - Data		560 - Data			
561 - Data		562 - Data		563 - Data			
564 - Data		565 - Data		566 - Data			
567 - Data		568 - Data		569 - Data			
570 - Data		571 - Data		572 - Data			
573 - Data		574 - Data		575 - Data			
576 - Data		577 - Data		578 - Data			
579 - Data		580 - Data		581 - Data			
582 - Data		583 - Data		584 - Data			
585 - Data		586 - Data		587 - Data			
588 - Data		589 - Data		590 - Data			
591 - Data		592 - Data		593 - Data			
594 - Data		595 - Data		596 - Data			
597 - Data		598 - Data		599 - Data			
600 - Data		601 - Data		602 - Data			
603 - Data		604 - Data		605 - Data			
606 - Data		607 - Data		608 - Data			
609 - Data		610 - Data		611 - Data			
612 - Data		613 - Data		614 - Data			
615 - Data		616 - Data		617 - Data			
618 - Data		619 - Data		620 - Data			
621 - Data		622 - Data		623 - Data			
624 - Data		625 - Data		626 - Data			
627 - Data		628 - Data		629 - Data			
630 - Data		631 - Data		632 - Data			

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Maria Luiza Goes
Nº da Carteirinha: 7.205.1196
Instituição: Colégio Adventista Palhoça



Data de Nascimento: 13/12/2010

Nº da Guia: 14587

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
14/11/2023	09:02:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Pé Direito, Pé Esquerdo

Descrição

Durante a aula de educação física, estava correndo e sentiu dor muito forte nos dois pés. Ficou inchado.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Bianca Bendik Rodrigues	48998557433
Bianca Bendik Rodrigues	48998557433

Quem prestou primeiros socorros	Data
Glaucya Collaço	14/11/2023

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.

Ass.:

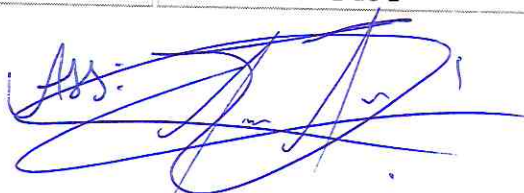

Bianca Bendik Rodrigues

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

Impresso por: Bianca Bendik Rodrigues

1 de 1

14/11/2023 10:14





Paciente **HALLYONNE STEPHEN DA SILVA CA**
Data Nascto. 02/06/2013 10 Anos
Sexo Masculino
Endereço Rua Araci Vaz Callado , 2105 APTO 201
Município Florianópolis
Telefone 998549364

Atendimento **2.995.612**
Carteirinha: 7586963
Convênio Instituto Adventista
Cat. / Plano Instituto Adventista - Único
Prontuário 99825738
Data 01/11/2023 15:05:49
Tipo Acomod Setor sem acomodação

Termo de Responsabilidade

O abaixo assinado NEIA DA SILVA, responsável pelo paciente HALLYONNE STEPHEN DA SILVA CA, dará a plena autorização aos médicos da COOP PA - FILIAL CENTRO da Unimed Grande Florianópolis, conforme disposto no artigo 39, IV, da Lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor), para assistirem e tratarem de sua enfermidade realizando todos os procedimentos e investigações que julgarem necessárias, para preservação da saúde e da vida do paciente.

Os médicos da COOP PA - FILIAL CENTRO, atendendo ao disposto no artigo 34 do Código de Ética Médica e artigo 9º da Lei 8.078/90, explicarão claramente a proposta do procedimento médico ou cirúrgico, seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas ao procedimento, proporcionando livre questionamento e respondendo inteira e satisfatoriamente as perguntas. Outrossim, em caso iminente de perigo de vida, de acordo com o artigo 22 do Código de Ética Médica, serão efetuados todos e quaisquer procedimentos médicos sem esclarecimento e consentimento prévios.

O prontuário médico deve permanecer sob a guarda dos médicos desta UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO. Solicitamos que seja devolvido. Em caso de perda ou extravio, será impressa 2ª via deste documento, e os gastos pertinentes ao atendimento serão cobrados conforme cobertura contratual.

Informamos que consultas realizadas nas Unidades de Pronto Atendimento, particular ou convênio não tem direito a retorno.

HALLYONNE STEPHEN DA SILVA CA


NEIA DA SILVA

PRONTO ATENDIMENTO UC

Florianópolis, 1 de novembro de 2023

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado NEIA DA SILVA, responsável pela paciente HALLYONNE STEPHEN DA SILVA CA, dará plena autorização aos médicos da COOP PA - FILIAL CENTRO da Unimed Grande Florianópolis, conforme disposto no artigo 39, IV, da Lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor), para assistirem e tratarem de sua enfermidade realizando todos os procedimentos e investigações que julgarem necessárias, para preservação da saúde e da vida do paciente.

Os médicos da COOP PA - FILIAL CENTRO, atendendo ao disposto no artigo 34 do Código de Ética Médica e artigo 9º da Lei 9.078/90, explicarão claramente a proposta do procedimento médico ou cirúrgico, seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas aos procedimentos, proporcionando livre questionamento e respondendo inteira e satisfatoriamente as perguntas.

Outrossim, em caso iminente de perigo de vida, de acordo com o artigo 22 do Código de Ética Médica, serão efetuados todos e quaisquer procedimentos médicos sem esclarecimento e consentimentos prévios.

O prontuário médico deve permanecer sob a guarda dos médicos desta UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO. Solicitamos que seja devolvido. Em caso de perda ou extravio, será impressa 2ª via de documentos.

Tratando-se de menor paciente, conforme o artigo 12 da Lei nº 8.069/90 (Estatuto da Criança e do Adolescente), é obrigatória a permanência de um dos pais ou responsável legal durante toda a estadia da criança e/ou adolescente na instituição.

Declara NEIA DA SILVA ser responsável solidário (art. 264 e ss do Código Civil) pelo pagamento das despesas que, desde já, declara estar ciente, e que as mesmas serão cobradas conforme cobertura contratual. Sendo os atendimentos **particulares, não cobertos, não autorizados e não quitados na totalidade pelo paciente e/ou responsável a cobrança será realizada conforme estabelecida no presente termo.**

Assim, caso não seja efetuado o pagamento no final do atendimento, a Unimed poderá exigir nota promissória ou, em caso negativo, autoriza o responsável, desde já, a emissão de boleto bancário de cobrança, o qual deverá ser pago em 30 (trinta) dias. **No caso de inadimplência, respeitado o prazo, o nome do responsável será inscrito nos serviços de proteção ao crédito.**

Ressalta que é de responsabilidade do paciente e/ou responsável legal a veracidade dos dados informados no atendimento, bem como a atualização, para envio/realização das cobranças.

Informa que consultas realizadas nas Unidades de Pronto Atendimento, particular ou convênio não tem direito a retorno.



HALLYONNE STEPHEN DA SILVA CA / NEIA DA SILVA

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS - PRONTO ATENDIMENTO

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: HALLYONNE STEPHEN DA SILVA CA

CPF: 07693566309

Endereço: Rua Araci Vaz Callado, 2105 APTO 201

Atendimento Nº: 2995612

Telefone: (48) 998549364

RG:

Responsável:

Nome: NEIA DA

CPF: 61059756358

Endereço: Rua Araci Vaz Callado, 2105 APTO 201

Telefone: 55

RG:

CONTRATADA: UNIMED GRANDE FLORIANOPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO; pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 77.858.611/0015-03, Rua Madalena Barbi, nº 204, Centro, Florianópolis, Estado de Santa Catarina, CEP 88015-190, neste ato representada por seu representante legal abaixo assinado.

CLÁUSULA PRIMEIRA: Do Objeto

1.1. Constitui-se objeto do presente instrumento, a prestação de serviços médicos e ambulatoriais pela CONTRATADA ao CONTRATANTE/PACIENTE acima qualificado, nas dependências da CONTRATADA situada no endereço indicado no preâmbulo deste contrato, bem como, fora das dependências caso haja necessidade.

CLÁUSULA SEGUNDA: Das Obrigações e Responsabilidades do CONTRATANTE

1-2.2. Pelo contrato ora firmado, o CONTRATANTE e/ou Responsável, na forma prevista no art. 264 e seguintes do Código Civil, obriga-se a:

a) Assumir todas as despesas particulares ou não cobertas pelo plano de saúde como: serviços médicos, complemento de honorários médicos, fisioterapia, órteses, próteses, materiais, medicamentos, tratamento hospitalar e/ ou ambulatorial, despesas extraordinárias com acompanhante e refeições; ligações telefônicas externas, bem como todo e qualquer ônus decorrente dos serviços de acompanhamento, remoção e outras se utilizadas.

b) Assumir as despesas decorrentes de extravio do enxoval e danos ao patrimônio da CONTRATADA, desde que devidamente comprovados; c) Quitar imediatamente as despesas decorrentes do atendimento na ocasião de alta médica, alta administrativa do paciente do Pronto Atendimento, ou da transferência para prestador de serviço médico-hospitalar.

2.2. É obrigatório a permanência de um responsável durante toda a estadia da criança e/ou adolescente na instituição, de acordo com Estatuto da Criança e do Adolescente - Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990.

2.3. A contratação é vinculada ao Plano de Saúde contratado pelo paciente. A CONTRATADA obedecerá às normas previstas no contrato que disciplina os atendimentos aos usuários, ressaltando a indicação do procedimento médico-hospitalar e seu respectivo tratamento.

2.4. A contratação em caráter particular, não é vinculada a nenhum plano, mas sim, aos serviços efetivamente adquiridos, bem como a indicação do procedimento médico ambulatorial e seu respectivo tratamento.

2.5. É de responsabilidade do CONTRATANTE/PACIENTE e/ou RESPONSÁVEL trazer, para uso durante o atendimento médico-ambulatorial, produtos para higiene pessoal, tais como, por exemplo, dentre outros: creme dental, escova de dente, pente ou escova para cabelo, sabonete líquido, creme e lâmina para barbear, hidratante para pele, shampoo, condicionador, absorvente íntimo, fraldas descartáveis (quando seu uso for necessário).

CLÁUSULA TERCEIRA: Das obrigações e Responsabilidades da CONTRATADA

3.1. Pelo contratado ora firmado, a CONTRATADA:

a) Reserva-se o direito de emitir boleto bancário de cobrança cujo valor será correspondente ao serviço prestado, no caso de não efetuado o pagamento das despesas estabelecidas na Cláusula Segunda.

b) Na hipótese de inadimplência superior a 30 (trinta) dias, poderá registrar, nos Cadastros de Proteção ao Crédito (SPC, SERASA e afins), obedecendo às normas estabelecidas em lei, os débitos do CONTRATANTE.

c) Obedecer a normas previstas no contrato que disciplina os atendimentos aos usuários do respectivo convênio, caso o CONTRATANTE estiver vinculado a Plano de Saúde.

d) Qualquer objeto que tenha sido esquecido, extraviado ou perdido pelo CONTRATANTE, e localizado nas dependências da CONTRATADA, mediante prova, ficará à disposição daquele pelo prazo de 30 (trinta) dias, findos os quais, serão descartados ou doados por parte da CONTRATADA.

CLÁUSULA QUARTA: Da apresentação de despesas

4.1. Todas as despesas referidas na Cláusula Segunda serão apresentadas pela CONTRATADA e deverão ser quitadas, imediatamente pelo(a) CONTRATANTE/PACIENTE e/ou RESPONSÁVEL/CONTRATANTE. Nessa oportunidade a CONTRATADA apresentará a fatura/nota fiscal dos serviços prestados.

CLÁUSULA QUINTA: Disposições gerais

5.1. Neste presente ato, o responsável dá plena autorização dos médicos da CONTRATADA para assistirem e tratarem a

1 - Registro ANS 000000 3 - N° Guia Principal

4 - Data da Autorização 01/11/2023 5 - Senha 14340 6 - Data Validade da Senha 14340 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 14340

8 - Número da Carteira 7586963 9 - Validade da Carteira 01/11/2023 10 - Nome HALLYONNE STEPHEN DA SILVA CA 11 - Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento a RN N

Dados do Solicitante 13 - Código na Operadora 300638 14 - Nome do Contratado Unidade Centro

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

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 21 - Caráter do Atendimento 2 22 - Data da Solicitação 01/11/2023 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

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

Dados do Contratado Executante 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

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s) 48 - Seq.Rel. 49 - Gr.Pat. 50 - Código na Operadora/CNP 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 01/11/2023 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 01/11/2023 68 - Assinatura do Contratado 01/11/2023

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Hallyonne Stephen da Silva Cá

Nº da Carteirinha: 7.58.6963

Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Estreito

Data de Nascimento: 02/06/2013

Nº da Guia: 14340



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
01/11/2023	11:20:00	Corredor	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Cabeça

Descrição
O Aluno caiu e bateu a cabeça, foi colocado gelo no local.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitoria	(48) 3039-8100

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

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

Ass.:

Rodrigo Corvalão

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

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0003-31

Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157

assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / portoalegre.clinicaadventista.org.br

BRASIL

(HTTPS://GOV.BR)



Ministério da Fazenda

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 076.935.663-09

Nome: HALLYONNE STEPHEN DA SILVA CA

Data de Nascimento: 02/06/2013

Situação Cadastral: REGULAR

Data da Inscrição: 01/07/2014

Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 15:11:43 do dia 01/11/2023 (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: E229.2765.0BCA.F79A





Paciente **EVELLEN SOPHIA ROCHA GUSMAO**
Data Nascto. 29/02/2016 7 Anos
Sexo Feminino
Endereço Rua das Goiabeiras , 50 CASA 1
Município
Telefone 984803793

Atendimento **2.988.636**
Carteirinha: 7205154
Convênio Instituto Adventista
Cat. / Plano Instituto Adventista - Único
Prontuário 99825173
Data 24/10/2023 18:42:31
Tipo Acomod Setor sem acomodação

Termo de Responsabilidade

O abaixo assinado MARIA DOS NAVEGANTES GOMES DA ROCHA, responsável pelo paciente EVELLEN SOPHIA ROCHA GUSMAO, dará a plena autorização aos médicos da COOP PA - FILIAL CENTRO da Unimed Grande Florianópolis, conforme disposto no artigo 39, IV, da Lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor), para assistirem e tratarem de sua enfermidade realizando todos os procedimentos e investigações que julgarem necessárias, para preservação da saúde e da vida do paciente.

Os médicos da COOP PA - FILIAL CENTRO, atendendo ao disposto no artigo 34 do Código de Ética Médica e artigo 9º da Lei 8.078/90, explicarão claramente a proposta do procedimento médico ou cirúrgico, seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas ao procedimento, proporcionando livre questionamento e respondendo inteira e satisfatoriamente as perguntas. Outrossim, em caso iminente de perigo de vida, de acordo com o artigo 22 do Código de Ética Médica, serão efetuados todos e quaisquer procedimentos médicos sem esclarecimento e consentimento prévios.

O prontuário médico deve permanecer sob a guarda dos médicos desta UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO. Solicitamos que seja devolvido. Em caso de perda ou extravio, será impressa 2ª via deste documento, e os gastos pertinentes ao atendimento serão cobrados conforme cobertura contratual.

Informamos que consultas realizadas nas Unidades de Pronto Atendimento, particular ou convênio não tem direito a retorno.

EVELLEN SOPHIA ROCHA GUSMAO

Maria
MARIA DOS NAVEGANTES GOMES DA ROCHA

PRONTO ATENDIMENTO UC

Florianópolis, 24 de outubro de 2023

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS - PRONTO ATENDIMENTO

Contratante:

Paciente/Usuário

Nome: EVELLEN SOPHIA ROCHA GUSMAO

CPF: 12518895906

Endereço: Rua das Goiabeiras, 50 CASA 1

Atendimento Nº: 2988636

Telefone: (48) 984803793

RG:

Responsável:

Nome: MARIA

CPF: 01236764366

Endereço: Rua das Goiabeiras, 50 CASA 1

Telefone: 5548984803793

RG:

CONTRATADA: UNIMED GRANDE FLORIANOPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO; pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 77.858.611/0015-03, Rua Madalena Barbi, nº 204, Centro, Florianópolis, Estado de Santa Catarina, CEP 88015-190, neste ato representada por seu representante legal abaixo assinado.

CLÁUSULA PRIMEIRA: Do Objeto

1.1. Constitui-se objeto do presente instrumento, a prestação de serviços médicos e ambulatoriais pela CONTRATADA ao CONTRATANTE/PACIENTE acima qualificado, nas dependências da CONTRATADA situada no endereço indicado no preâmbulo deste contrato, bem como, fora das dependências caso haja necessidade.

CLÁUSULA SEGUNDA: Das Obrigações e Responsabilidades do CONTRATANTE

1.2.2. Pelo contrato ora firmado, o CONTRATANTE e/ou Responsável, na forma prevista no art. 264 e seguintes do Código Civil, obriga-se a:

a) Assumir todas as despesas particulares ou não cobertas pelo plano de saúde como: serviços médicos, complemento de honorários médicos, fisioterapia, órteses, próteses, materiais, medicamentos, tratamento hospitalar e/ ou ambulatorial, despesas extraordinárias com acompanhante e refeições; ligações telefônicas externas, bem como todo e qualquer ônus decorrente dos serviços de acompanhamento, remoção e outras se utilizadas.

b) Assumir as despesas decorrentes de extravio do enxoval e danos ao patrimônio da CONTRATADA, desde que devidamente comprovados; c) Quitar imediatamente as despesas decorrentes do atendimento na ocasião de alta médica, alta administrativa do paciente do Pronto Atendimento, ou da transferência para prestador de serviço médico-hospitalar.

2.2. É obrigatório a permanência de um responsável durante toda a estadia da criança e/ou adolescente na instituição, de acordo com Estatuto da Criança e do Adolescente - Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990.

2.3. A contratação é vinculada ao Plano de Saúde contratado pelo paciente. A CONTRATADA obedecerá às normas previstas no contrato que disciplina os atendimentos aos usuários, ressalvando a indicação do procedimento médico-hospitalar e seu respectivo tratamento.

2.4. A contratação em caráter particular, não é vinculada a nenhum plano, mas sim, aos serviços efetivamente adquiridos, bem como a indicação do procedimento médico ambulatorial e seu respectivo tratamento.

2.5. É de responsabilidade do CONTRATANTE/PACIENTE e/ou RESPONSÁVEL trazer, para uso durante o atendimento médico-ambulatorial, produtos para higiene pessoal, tais como, por exemplo, dentre outros: creme dental, escova de dente, pente ou escova para cabelo, sabonete líquido, creme e lâmina para barbear, hidratante para pele, shampoo, condicionador, absorvente íntimo, fraldas descartáveis (quando seu uso for necessário).

CLÁUSULA TERCEIRA: Das obrigações e Responsabilidades da CONTRATADA

3.1. Pelo contratado ora firmado, a CONTRATADA:

a) Reserva-se o direito de emitir boleto bancário de cobrança cujo valor será correspondente ao serviço prestado, no caso de não efetuado o pagamento das despesas estabelecidas na Cláusula Segunda.

b) Na hipótese de inadimplência superior a 30 (trinta) dias, poderá registrar, nos Cadastros de Proteção ao Crédito (SPC, SERASA e afins), obedecendo às normas estabelecidas em lei, os débitos do CONTRATANTE.

c) Obedecer a normas previstas no contrato que disciplina os atendimentos aos usuários do respectivo convênio, caso o CONTRATANTE estiver vinculado a Plano de Saúde.

d) Qualquer objeto que tenha sido esquecido, extraviado ou perdido pelo CONTRATANTE, e localizado nas dependências da CONTRATADA, mediante prova, ficará à disposição daquele pelo prazo de 30 (trinta) dias, findos os quais, serão descartados ou doados por parte da CONTRATADA.

CLÁUSULA QUARTA: Da apresentação de despesas

4.1. Todas as despesas referidas na Cláusula Segunda serão apresentadas pela CONTRATADA e deverão ser quitadas, imediatamente pelo(a) CONTRATANTE/PACIENTE e/ou RESPONSÁVEL/CONTRATANTE. Nessa oportunidade a CONTRATADA apresentará a fatura/nota fiscal dos serviços prestados.

CLÁUSULA QUINTA: Disposições gerais

5.1. Neste presente ato, o responsável dá plena autorização dos médicos da CONTRATADA para assistirem e tratarem a

1 - Registro ANS
000000

3 - Nº Guia Principal

4 - Data da Autorização
24/10/2023

5 - Senha
14160

8 - Número da Carteira
7205154

9 - Validade da Carteira
24/10/2023

13 - Código na Operadora
300638

14 - Nome do Contratado
Unidade Centro

15 - Nome do Profissional Solicitante
Requisitante Nao Cadastrado/nao Cooperado

16 - Conselho Profissional
6

17 - Número no Conselho
2526

18 - UF
SC

19 - Código CBO
225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caráter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
24/10/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1 22

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
10101039

26 - Descrição
CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

27 - Qtdde.Solic.
1

28 - Qtdde.Aut.
1

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNE.S

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data
1

37 - Hora inicial a 38 - Hora final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtdde.

43 - Via

44 - Tec.

45 - Fator Red/Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - Seq.Rel.

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 do Procedimentos em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Materiais (R\$)

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Total Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Medicinais R\$

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Atend.: 2988636

2 - Nº Guia no Prestador 4927109

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

Impresso em: 24/10/2023 18:44:25

Página 1

mariany.misvua

WATE70106

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Evellen Sophia Rocha Gusmão
Nº da Carteirinha: 7.205.154
Instituição: Colégio Adventista Palhoça

Data de Nascimento: 29/02/2016

Nº da Guia: 14160

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
24/10/2023	17:38:00	Pátio	Aula de outras matérias

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Cabeça

Descrição

Aluna estava sentada em roda com a turma no pátio, quando um objeto caiu sobre a cabeça dela.

Testemunha da ocorrência

Professora Tallita

Telefone

(48) 99935-1000

Professora Tallita

(48) 99935-1000

Quem prestou primeiros socorros

Professora Tallita

Data

24/10/2023

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

A professora prontamente atendeu a aluna e trouxe até a orientação escolar. Ligamos para Família

Ass.: *Katia Regina dos Santos Machado*

Katia Regina dos Santos Machado

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