

**HOSPITAL BENEFICENTE UNIMAR**

DOUTOR PROSPERO CECILIO COIMBRA - MARILIA - SP

CNES: 5860490

CNPJ: 9528436000122



00284610

FICHA DE ATENDIMENTO - URGÊNCIA

Impresso em: 24/01/2022 22:19:24

DADOS DO PACIENTE

PRONTUÁRIO: 403941 CNS: 708004840423628 IDENTIFICADOR:
PACIENTE: MARCIA REGINA BOGOVICZ
NOME SOCIAL:
SEXO: FEMININO DATA DE NASCIMENTO: 02/01/1965 IDADE: 57 Anos COR: BRANCA
PROFISSÃO: AGENTE DE POLICIA RG: 17652454X/ SSP-SP CPF: 38899280053
ENDEREÇO: FREDERICO SIENA, Nº 152.0 - PROFESSOR ANTONIO DA SILVA PENTEADO
CIDADE: MARILIA- SP CEP: 17523864
TELEFONE: Cel: (14.0) 997245461 - Fixo: (14.0) 998770030
FILIAÇÃO: MÃE: DULCE SCHIAVON BOGOVIZ / PAI: MIGUEL BOGOVICZ
RESPONSÁVEL: MARCIA REGINA BOGOVICZ TEL.: (14) 997245461
END. RESPONSÁVEL: FREDERICO SIENA, 152 - PROFESSOR ANTONIO DA SILVA PENTEADO

DADOS DO CONVÊNIO

CONVÊNIO: 36-IAMSPE CARTEIRA: 009723500 VALIDADE:
PLANO: 2-IAMSPE AMBULATORIAL SENHA: GUIA 00061922084
TITULAR: MARCIA REGINA BOGOVICZ

DADOS DO ATENDIMENTO

ATENDIMENTO: 00284610 DATA DA ENTRADA: 24/01/2022 HORA: 22:22
ACOMODAÇÃO: UNIDADE/LOCAL:
MÉDICO: CINTHIA ZANINI RUBIRA
CONSELHO: CRM - 216164
USUÁRIO ATENDIMENTO: TAYLENE FERREIRA PIRES SPARAPAN
PROCED. PRINCIPAL: 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO
PROCED. SECUNDÁRIOS:

OBSERVAÇÃO:**TERMO DE AUTORIZAÇÃO E RESPONSABILIDADE**

O RESPONSÁVEL PELO PACIENTE ACIMA CITADO, DECLARA, PARA OS DEVIDOS FINS DE DIREITO, QUE É RESPONSÁVEL PELO PACIENTE E NESTA QUALIDADE, CONCEDE PLENA AUTORIZAÇÃO AO TRATAMENTO MÉDICO OU CIRÚRGICO, ESPECIALMENTE OPERAÇÕES, ANESTESIAS, TRANSFUSÕES E TRANSFERÊNCIAS, QUE ENTENDEREM NECESSÁRIO. TAMBÉM AUTORIZA E SE RESPONSABILIZA EM RECEBER INFORMAÇÕES SOBRE O ESTADO CLÍNICO DO PACIENTE, VIRTUALMENTE (WHATSAPP, EMAIL e OUTROS) E PELA PROTEÇÃO E SIGILO DESTAS INFORMAÇÕES.

DECLARA AINDA, SER SOLIDARIAMENTE RESPONSÁVEL POR TODAS E QUAISQUER DESPESAS GERADAS COM O ATENDIMENTO QUE EVENTUALMENTE NÃO FOREM RESSARCIDAS PELO CONVÊNIO MÉDICO QUE O PACIENTE POSSUI.

O HOSPITAL NÃO SE RESPONSABILIZA PELOS PERTENCES PESSOAIS DO PACIENTE E SEUS ACOMPANHANTES. POR SER EXPRESSÃO DA VERDADE, FIRMO A PRESENTE NESTA DATA, PARA TODOS OS FINS DE DIREITO.

RECEBI DA HOSPITAL BENEFICENTE UNIMAR, ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR REFERENTE AO ATENDIMENTO ACIMA

AUTORIZO A DIVULGAÇÃO DO CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS(CID) PARA FINS DE FATURAMENTO.

Declaro haver lido e estar ciente do inteiro teor do presente termo de responsabilidade

Marília, 24 de JANEIRO de 2022

MARCIA REGINA BOGOVICZ

Dra. Marcela Arelli Garcia
MÉDICA
CRM-SP 216.221