

ORTRA  
Relatório Faturamento - Paciente  
Empresa: ORTRA  
Convenio: COLEGIO ADVENTISTA  
Empr.Conv:

Paciente: 99721      **LARISSA DOS SANTOS DECKMANN MACHADO**      8428821      Plano/Franquia:  
Data: 29/02/2024      qui      Hora Prev.:16:53      Boletim: **806227**      Sit.:      LIBERADO  
Hora Início:      Hora Término:      Guia Principal:      Autorização:  
Medico: 12997      PAULO CEZAR DEBONI      Matric. 31172      Cpf: 27441091004      KARINA

| Conduta                 | Descrição                           | Vlr.Unit. | Qt.  | Total | Co-part. P |
|-------------------------|-------------------------------------|-----------|------|-------|------------|
| CONSULTA                |                                     |           |      |       |            |
| 10101039                | C      CONSULTA                     | 63,00     | 1,00 | 63,00 | 0,00       |
| LESAO LIGAMENTAR JOELHO |                                     |           |      |       |            |
| 0022                    | P      LESAO LIGAMENTAR JOELHO      | 36,96     | 1,00 | 36,96 | 0,00       |
| IMOBILIZAÇÃO JOELHO     |                                     |           |      |       |            |
| 0028                    | T      TAXA DE SALA NÃO GESSADA     | 18,48     | 1,00 | 18,48 | 0,00       |
| 0048                    | P      IMOBILIZAÇÃO JOELHO          | 36,96     | 1,00 | 36,96 | 0,00       |
| 0098                    | M      MATERIAL IMOBILIZAÇÃO JOELHO | 28,27     | 1,00 | 28,27 | 0,00       |

|         |               | Total  | Co-particip. | Guia:                   | Total  | 183,67 | 0,00 |
|---------|---------------|--------|--------------|-------------------------|--------|--------|------|
| Resumo: | Exames:       | 0,00   | 0,00         |                         |        |        |      |
|         | Honorarios:   | 136,92 | 0,00         |                         |        |        |      |
|         | Material:     | 28,27  | 0,00         |                         |        |        |      |
|         | Medicamentos: | 0,00   | 0,00         |                         |        |        |      |
|         | Serviços:     | 0,00   | 0,00         |                         |        |        |      |
|         | Taxas:        | 18,48  | 0,00         |                         |        |        |      |
|         | 30 %          | 0,00   |              | Mat + Med:              | 28,27  |        |      |
|         | Diárias:      | 0,00   | 0,00         | Tax+Serv+Diaria+Ortese: | 18,48  |        |      |
|         | Ortese:       | 0,00   | 0,00         | Total - Co-particip.    | 183,67 |        |      |
|         |               |        |              |                         |        |        |      |

01/03/2024 10:56:40

## Boletim de Atendimento 806227

Data: 29/02/2024 Hora: 16:53

Autorização

Paciente: 8428821

LARISSA DOS SANTOS DECKMANN MACHADO

Sexo: F

Dt Nasc./Idade: 26/09/2011 12 Ano(s) e 5 Meses

Identidade:

Fone: 5100000000

Mãe:

Naturalidade: RS-

Endereço: RUA MONTE ARRAES,300-301 B Cidade:PORTO ALEGRE Cep:90830380

Convênio: COLEGIO ADVENTISTA

## CAUSA DO SOCORRO (informações prestadas à recepção):

PERNA D

## HISTÓRICO - EXAME FÍSICO:

DOR POSTERIOR COXA Dta  
LESÃO LIGAM JOELHO Dto - LCI - parcial  
DISTENSÃO ISQUIO-TIBIAL COXA Dta

Solicito - Rx COXA Dta - FEMUR Dto

## HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

LESÃO LIGAM JOELHO Dto - LCI - parcial  
DISTENSÃO ISQUIO-TIBIAL COXA Dta

## PROCEDIMENTO/MEDICAÇÃO:

1-00101039-CONSULTA  
1-0022-LESÃO LIGAMENTAR JOELHO  
1-0048-IMOBILIZAÇÃO JOELHO

## EXAMES SOLICITADOS:

Lado: D -&gt; RX COXA

## SINAIS VITAIS:

P.A.: \_\_\_\_\_ F.R.: \_\_\_\_\_ F.C.: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ ALTURA: \_\_\_\_\_ S.C.: \_\_\_\_\_

## PROCEDIMENTO/CONSIDERAÇÕES:

CONSULTA - ITM CONSERV de LESÃO LIGAM JOELHO Dto - LCI - parcial  
IMOB PROV por DISTENSÃO ISQUIO-TIBIAL COXA DtaMIOFLEX-A  
FLEXIVE pomada  
ICSDr. Paulo Deboni  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia da Mão  
CREMERS 1299721236-ALBERTO ARAIS PYDD  
Médico Diretor12997 PAULO CEZAR DEBONI  
Médico Responsável

Enternagem:

Recepção KARINA MOREJANO

Assinatura do responsável/Paciente:

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



**Aluno:** Larissa dos Santos Deckmann Machado  
**Nº da Carteira:** 8.42.8821  
**Instituição:** Colégio Adventista de Porto Alegre

**Data de Nascimento:** 26/09/2011

**Nº da Guia:** 15584

| Data da Ocorrência | Horário  | Local   | Atividade               |
|--------------------|----------|---------|-------------------------|
| 29/02/2024         | 16:19:00 | Ginásio | Aula de educação física |

| O que aconteceu                               | Partes do corpo           |
|-----------------------------------------------|---------------------------|
| Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos) | Posterior da Coxa Direita |

## Descrição

a aluna se chocou contra uma colega, que caiu sobre a perna dela. o fato ocorreu no dia de ontem 28/02

| Testemunha da ocorrência | Telefone        |
|--------------------------|-----------------|
| Edimilson Martins        | (51) 99638-6467 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Edimilson Martins               | 29/02/2024 |

| Local de atendimento                                       | Endereço      | Nº       | Bairro    | Telefone                         |
|------------------------------------------------------------|---------------|----------|-----------|----------------------------------|
| ORTRA - Clínica de Ortopedia (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA) | AV. CAVALHADA | 216<br>6 | CAVALHADA | (51) 3241-0900<br>(51) 3247-1456 |

## Observações

o acidente ocorreu no dia de ontem 28/02, mas como a dor não passou, a aluna procurou assistência somente hoje.

87.115.838/0006-13

Ass.:

Aline Ferreira da Rocha Carvalho

COLEGIO ADVENTISTA PORTO ALEGRE

Rua Camaqua, 534  
Camaqua - CEP 90.001-970  
PORTO ALEGRE - RS

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

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0003-31  
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157  
[assistenciamedica@clinicaadventista.org.br](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [portoalegre.clinicaadventista.org.br](http://portoalegre.clinicaadventista.org.br)

Impresso por: Aline Ferreira da Rocha  
Carvalho

1 de 1

29/02/2024 16:25