

ORTRA  
Relatório Faturamento - Paciente

Empresa: ORTRA

Convenio: COLEGIO ADVENTISTA

Empr.Conv:

Paciente: 119943 MARTINA SIFUENTES PICCININI

Data: 06/09/2024 sex Hora Prev.: 08:19

Hora Início: Hora Término:

Medico: 37331 MARCELO ZATZ

8.42.10487

Boletim: 831114

Guia Principal:

Matric. 92083

Cpf: 02055796046

Plano/Franquia:

Sit.: LIBERADO

Autorização: 20366.003

NICOLAS

| Conduta  | Descrição | Vlr.Unit. | Qt. | Total | Co-part. P |
|----------|-----------|-----------|-----|-------|------------|
| CONSULTA |           |           |     |       |            |

10101039

C

CONSULTA

63,00

1,00

63,00

0,00

Resumo:

Exames:

Honorarios:

Material:

Medicamentos:

Serviços:

Taxas:

30 %

Diárias:

Ortese:

Total

Co-particip.

0,00

0,00

63,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

Guia:

Total

63,00

0,00

Mat + Med:

0,00

Tax+Serv+Diaria+Ortese:

0,00

Total - Co-particip.

63,00

11/09/2024 16:35:17 0830CO 0827LE 0827TA

CID : S932-Ruptura de ligamentos ao nível do tornozelo e do pe

## Boletim de Atendimento 831114

Data : 06/09/2024 Hora : 08:19

Autorização

Paciente: 8.42.10487

MARTINA SIFUENTES PICCININI

Sexo: F

Dt.Nasc./Idade: 14/05/2017 7 Ano(s) e 4 Meses

Identidade:

Fone:

Mãe: EDUARDA FERREIRA SIFUENTES

Naturalidade: RS-

Endereço: RUA ATÍLIO SUPERTTI,340-AP 504 Cidade:PORTO ALEGRE Cep:91750200

Convênio: COLEGIO ADVENTISTA

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

pé d

## HISTÓRICO - EXAME FÍSICO :

- PACIENTE RELATA TRAUMA TORCIONAL NO TORNOZELO D HÁ 1 SEMANA

AO EXAME: SEM PARTICULARIDADES, ADM COMPLETA

A: LESÃO LIGAMENTAR AGUDA

CD: ORIENTAÇÕES GERAIS. TRATAMENTO INCRUENTO DE LESÃO LIGAMENTAR AGUDA DE TORNOZELO.

IMOBILIZAÇÃO: CARGA CONFORME TOLERANCIA. GELO+AINE

## HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S932 - Ruptura de ligamentos ao nível do tornozelo e do pe

## PROCEDIMENTO/MEDICAÇÃO:

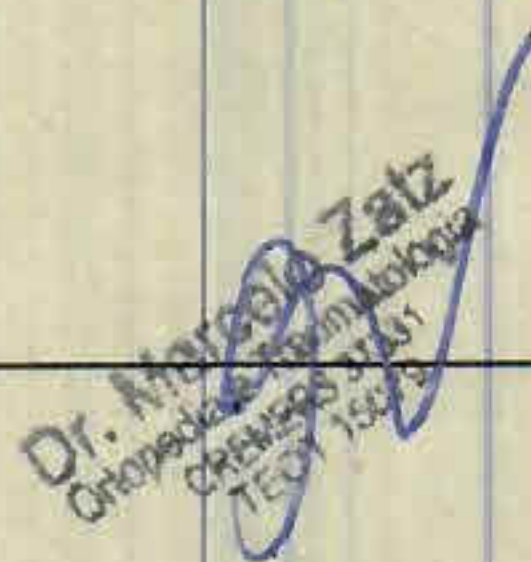
1-10101039-CONSULTA

1-0023-LESAO LIGAMENTAR TORNOZELO

## SINAIS VITAIS:

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

## PROCEDIMENTO/CONSIDERAÇÕES:



37331 MARCELO ZATZ  
Médico Responsável

21236-ALBERTO ARAIS PYDD  
Médico Diretor

Enfermagem:

Recepção: NICOLAS CARVALHO TRA

Assinatura do responsável/Paciente:

## AUTORIZAÇÃO DE RETORNO



**Aluno:** Martina Sifuentes Piccinini  
**Nº da Carteirinha:** 8.42.10487  
**Instituição:** Colégio Adventista de Porto Alegre

**Data de Nascimento:** 14/07/2017

**Nº da Guia:** 20366.003

| Data do Retorno | Horário  | Local | Atividade |
|-----------------|----------|-------|-----------|
| 06/09/2024      | 08:16:39 | Pátio | Chegada   |

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

| Descrição                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A aluna foi atingida por um veículo em movimento dentro do estacionamento do colégio, o veículo bateu na perna direita da aluna. |

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

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Edimilson Martins               | 27/08/2024 |

| 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 |

| Motivo do Retorno                                     |
|-------------------------------------------------------|
| Retorno autorizado em 06/09/24 para retirada do gesso |

Ass.:

Aline Ferreira da Rocha Carvalho

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)