

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

Paciente: 113365 MANUELA CARDOSO MARTINS

Data: 03/10/2024 qui Hora Prev.: 17:30

Hora Início: Hora Término:

Medico: 12997 PAULO CEZAR DEBONI

8.42.9988

Boletim: 834990

Guia Principal:

Matric. 31172

Cpf: 27441091004

Plano/Franquia:

Sit.: LIBERADO

Autorização:

KARINA

| Conduta                   | Descrição                       | Vlr.Unit. | Qt.  | Total | Co-part. P. |
|---------------------------|---------------------------------|-----------|------|-------|-------------|
| CONSULTA                  |                                 |           |      |       |             |
| 10101039 C                | CONSULTA                        | 63,00     | 1,00 | 63,00 | 0,00        |
| TALA GESSADA AXILO PALMAR |                                 |           |      |       |             |
| 00103 M                   | MATERIAL TALA GESS AXILO PALMAR | 50,45     | 1,00 | 50,45 | 0,00        |
| 0029 T                    | TAXA DE SALA GESSO              | 27,72     | 1,00 | 27,72 | 0,00        |
| 0053 P                    | TALA GESSADA AXILO PALMAR       | 46,20     | 1,00 | 46,20 | 0,00        |
| 0021 P                    | FRATURA UMERU TRAT CONSERVADOR  | 36,96     | 1,00 | 36,96 | 0,00        |
| 0025 P                    | ROTURA APARELHO EXTENSOR DEDO   | 33,60     | 1,00 | 33,60 | 0,00        |

| Resumo: | Exames:       | 0,00   | 0,00 | Guia:                   | Total  | 257,93 | 0,00 |
|---------|---------------|--------|------|-------------------------|--------|--------|------|
|         | Honorarios:   | 179,76 | 0,00 |                         |        |        |      |
|         | Material:     | 50,45  | 0,00 |                         |        |        |      |
|         | Medicamentos: | 0,00   | 0,00 |                         |        |        |      |
|         | Serviços:     | 0,00   | 0,00 |                         |        |        |      |
|         | Taxas:        | 27,72  | 0,00 |                         |        |        |      |
|         | 30 %          | 0,00   |      |                         |        |        |      |
|         | Diárias:      | 0,00   | 0,00 | Mat + Med:              | 50,45  |        |      |
|         | Ortese:       | 0,00   | 0,00 | Tax+Serv+Diaria+Ortese: | 27,72  |        |      |
|         |               |        |      | Total - Co-particip.    | 257,93 |        |      |

21/10/2024 13:25:06

# Boletim de Atendimento 834990

Data : 03/10/2024 Hora : 17:30

Autorização

Paciente: 8.42.9988

**MANUELA CARDOSO MARTINS**

Sexo: F

Dt.Nasc./Idade: 12/05/2011 13 Ano(s) e 5 Meses

Identidade: 8143015447 Fone: 5196978609

Mãe: GILDA CARLA CARDOSO

Naturalidade: RS-

Endereço: RUA VICENTE FAILACE,96- Cidade:PORTO ALEGRE Cep:91900270

Convênio: COLEGIO ADVENTISTA

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

braço e quadril caiu agora na escola

## HISTÓRICO - EXAME FÍSICO :

-- TRAUMA DIRETO COTOVELO Dto - por EPIFISIÓLISE COTOVELO Edo de TTM CONSERV  
LESÃO parcial TENDs EXTs MS Dto de TTM CONSERV

solicito Rx COTOVELO Dto

## HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

1-EPIFISIÓLISE COTOVELO Edo de TTM CONSERV  
2-LESÃO parcial TENDs EXTs MS Dto de TTM CONSERV

## PROCEDIMENTO/MEDICAÇÃO:

1-10101039-CONSULTA  
1-0053-TALA GESSADA AXILO PALMAR  
1-0021-FRATURA UMERU TRAT CONSERVADOR  
1-0025-ROTURA APARELHO EXTENSOR DEDO

## EXAMES SOLICITADOS:

Lado: D -&gt; RX COTOVELO

## PROCEDIMENTO/CONSIDERAÇÕES:

CONSULTA + 1- TALA GESSADA ax palmar por EPIFISIÓLISE COTOVELO Edo de TTM CONSERV + TIPOIA  
2-LESÃO parcial TENDs EXTs MS Dto de TTM CONSERV

ALIVIUM gts 200 mg  
40 gts VO 8/8 h

**Dr. Paulo Deboni**  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia da Mão  
CRMERS 12997

21236-ALBERTO ARAIS PYDD  
Médico Diretor

12997 PAULO CEZAR DEBONI  
Médico Responsável

Declaro estar de acordo com os termos da Política de Privacidade da clinica disponível no site <http://clinicaortra-poa.com.br/LGPD>

Enfermagem:

Recepção: KARINA MOREJANO

Assinatura do responsável/Paciente:

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Manuela Cardoso Martins  
**Nº da Carteirinha:** 8.42.9988  
**Instituição:** Colégio Adventista de Porto Alegre



**Data de Nascimento:** 12/05/2011

**Nº da Guia:** 21762

| Data da Ocorrência | Horário  | Local   | Atividade               |
|--------------------|----------|---------|-------------------------|
| 03/10/2024         | 17:16:00 | Ginásio | Aula de educação física |

| O que aconteceu      | Partes do corpo  |
|----------------------|------------------|
| Queda de mesmo nível | Cotovelo Direito |

| Descrição                                                |
|----------------------------------------------------------|
| Aluna estava em atividade quando caiu e bateu o cotovelo |

| Testemunha da ocorrência | Telefone        |
|--------------------------|-----------------|
| Talita Reis              | (51) 98172-2443 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Talita Reis                     | 03/10/2024 |

| Local de atendimento                                       | Endereço      | Nº   | Bairro    | Telefone                         |
|------------------------------------------------------------|---------------|------|-----------|----------------------------------|
| ORTRA - Clínica de Ortopedia (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA) | AV. CAVALHADA | 2166 | CAVALHADA | (51) 3241-0900<br>(51) 3247-1456 |

| Observações                                      |
|--------------------------------------------------|
| fizemos contato com os responsáveis por telefone |

Ass.:

Aline Ferreira da Rocha Carvalho

87.115.838/0006-13  
COLÉGIO ADEVENTISTA PORTO ALEGRE  
Rua Camaqua, 534  
Camaqua - CEP 91.910-630  
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)