

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

Paciente: 42460      SARAH CASTRO MAINE RESENDES      8.65.5214      Plano/Franquia:  
Data: 07/11/2024      qui      Hora Prev.: 13:40      Boletim: 839994      Sit.: LIBERADO  
Hora Início:      Hora Término:      Guia Principal:      Autorização: 22963-  
Medico: 36693 EDUARDO TERRA FERON      Matric. 92045      Cpf: 00594975050      GABRIELA DA

| Conduta                     | Descrição                              | Vlr.Unit. | Qt.  | Total | Co-part. P |
|-----------------------------|----------------------------------------|-----------|------|-------|------------|
| CONSULTA                    |                                        |           |      |       |            |
| 10101039                    | C CONSULTA                             | 63,00     | 1,00 | 63,00 | 0,00       |
| IMOBILIZAÇÃO TALA DE ZIMMER |                                        |           |      |       |            |
| 00116                       | M MATERIAL IMOBILIZAÇÃO TALA DE ZIMMER | 17,74     | 1,00 | 17,74 | 0,00       |
| 0028                        | T TAXA DE SALA NÃO GESSADA             | 18,48     | 1,00 | 18,48 | 0,00       |
| 0067                        | P IMOBILIZAÇÃO TAL A DE ZIMMER         | 27,72     | 1,00 | 27,72 | 0,00       |

|               | Total | Co-particip. | Guia:                   | Total  | 126,94 | 0,00 |
|---------------|-------|--------------|-------------------------|--------|--------|------|
| Resumo:       |       |              |                         |        |        |      |
| Exames:       | 0,00  | 0,00         |                         |        |        |      |
| Honorários:   | 90,72 | 0,00         |                         |        |        |      |
| Material:     | 17,74 | 0,00         |                         |        |        |      |
| Medicamentos: | 0,00  | 0,00         |                         |        |        |      |
| Serviços:     | 0,00  | 0,00         |                         |        |        |      |
| Taxas:        | 18,48 | 0,00         |                         |        |        |      |
| 30 %          | 0,00  |              | Mat + Med:              | 17,74  |        |      |
| Diárias:      | 0,00  | 0,00         | Tax+Serv+Diaria+Ortese: | 18,48  |        |      |
| Ortese:       | 0,00  | 0,00         | Total - Co-particip.    | 126,94 |        |      |

12/11/2024 17:16:46



## Boletim de Atendimento 839994

Data : 07/11/2024 Hora : 13:40

Autorização

Paciente: 8.65.5214

SARAH CASTRO MAINE RESENDES

Sexo: F

Dt.Nasc./Idade: 24/05/2012 12 Ano(s) e 6 Meses

Identidade: 5138231484 Fone: 5133369563

Mãe: PAULA SILVA CASTRO

Naturalidade: RS-

Endereço: RUA RAMALHETE,20- Cidade:PORTO ALEGRE Cep:91510670

Convênio: COLEGIO ADVENTISTA

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

mao d

## HISTÓRICO - EXAME FÍSICO :

- TRAUMA MÃO DIR HIOJE  
RX FRATURA 3QDD ?

CD ZIMMER

AINE

ORIENT

RET 7-14 DIAS REAV

## HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

## PROCEDIMENTO/MEDICAÇÃO:

1-0012-FRATURA FALANGE (MAO)

1-10101039-CONSULTA

1-0067-IMOBILIZAÇÃO TAL A DE ZIMMER

## EXAMES SOLICITADOS:

Lado: D -&gt; RX MAO OU QUIRODACTILOS

## PROCEDIMENTO/CONSIDERAÇÕES:

Dr. Eduardo Terra Feron  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM-RS 36693 REG 14799

36693 EDUARDO TERRA FERON  
Médico Responsável

21236-ALBERTO ARAIS PYDD  
Médico Diretor

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

Enfermagem:

Recepção: GABRIELA DA SILVA

Assinatura do responsável/Paciente:



# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



**Aluno:** Sarah Castro Maine Resendes  
**Nº da Carteirinha:** 8.65.5214  
**Instituição:** Colégio Adventista do Partenon

**Data de Nascimento:** 24/05/2012

**Nº da Guia:** 22963

| Data da Ocorrência | Horário  | Local   | Atividade               |
|--------------------|----------|---------|-------------------------|
| 07/11/2024         | 10:55:00 | Ginásio | Aula de educação física |

| O que aconteceu                                                         | Partes do corpo     |
|-------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| Trauma ( <b>Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro</b> ) | 3º Dedo Mão Direita |

| Descrição                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A aluna estava jogando basquete quando ao tentar pegar a bola acabou torcendo o dedo médio da mão direita. |

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Adriano Rocha            | (51) 3339-2020 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Adriano Rocha                   | 07/11/2024 |

| 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                                               |
|-----------------------------------------------------------|
| A aluna recebeu os primeiros socorros na unidade escolar. |

Ass.:

Marcos Vinicius Carneiro da Silva

**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)