

09/08/21.

**ORTRA**  
**Fechamento Protocolo**

Período de 01-07-2021a 31-07-2021

Empresa: ORTRA

Eventos Selecionados: Consultas / Procedimentos / Exames / Materiais / Medicamentos / Taxas / Serviços / Materiais Exp

Convênio: COLEGIO ADVENTISTA

Fatura: 8456

Base: LIBERADO

**CAPA DE LOTE**

2-Nº

Registro ANS

CNPJ/CPF

92535210000100

Data do Envio

02-08-2021

| TIPO DE GUIA                    | QUANT. | TOTAL R\$ | TIPO DE GUIA                        | QUANT. | TOTAL R\$                     |
|---------------------------------|--------|-----------|-------------------------------------|--------|-------------------------------|
| Guia de Consulta                |        |           | Guia Resumo<br>Internação           |        |                               |
| Guia de Honorário<br>Individual |        |           | Guia Outras Despesas                | 2      | 62,70                         |
| Guia de SP/SADT                 | 3      | 238,00    | Guia de Atendimento<br>Odontológico |        |                               |
| Guia de Farmácia                |        |           | Guia Não Padronizada                |        |                               |
| Quantidade de Guias             |        | 5         | Total da Fatura R\$                 | 300,70 | Tot Fatura+Tx.Adm. R\$ 300,70 |

Assinatura do Credenciado/Carimbo

Assinatura do Recebedor(Se presencial)

Recebimento

**Brasil**  
Faturamento  
Clínica Ortra  
ND: 92535210/0001-00

Entrega de fatura

Endereço:

Bairro :

Cidade :

CEP :

## ORTRA

## Relatório Movimentação

Empresa: ORTRA

Período de Atendimento: 01-07-2021 a 31-07-2021

Base: LIBERADO

Eventos Selecionados: Consultas / Procedimentos / Exames / Materiais / Medicamentos / Taxas / Serviços / Materiais Expediente

| Data          | Hora        | Boletim | Paciente | Matricula | Quant. | Vlr Total | Vlr Part. | Vlr Fatur |
|---------------|-------------|---------|----------|-----------|--------|-----------|-----------|-----------|
| Médico: TODOS |             |         |          |           |        |           |           |           |
| Codigo        | Cod. Insumo | Eventos |          |           |        |           |           |           |

## COLEGIO ADVENTISTA

|                   |       |                                           |        |                                     |       |        |        |        |
|-------------------|-------|-------------------------------------------|--------|-------------------------------------|-------|--------|--------|--------|
| 07/07/2021        | 17:31 | 683099                                    | 102915 | MATHEUS GABRIEL MEDEIROS DOS SANTOS | 3501  |        |        |        |
| 10101039          |       | CONSULTA                                  |        | 07/07/2021                          | 1,00  | 50,00  | 0,00   | 50,00  |
| 0028              |       | TAXA DE SALA NÃO GESSADA                  |        | 07/07/2021                          | 1,00  | 17,60  | 0,00   | 17,60  |
| 0043              |       | IMOBILIZAÇÃO PUNHO, MÃO E DEDOS           |        | 07/07/2021                          | 1,00  | 32,00  | 0,00   | 32,00  |
| 0092              |       | MATERIAL IMOBILIZAÇÃO PUNHO, MAOS E DEDOS |        | 07/07/2021                          | 1,00  | 13,75  | 0,00   | 13,75  |
| Total             |       |                                           |        |                                     | 4,00  | 113,35 | 0,00   | 113,35 |
| 09/07/2021        | 11:14 | 683313                                    | 102915 | MATHEUS GABRIEL MEDEIROS DOS SANTOS | 3501  |        |        |        |
| 101010391         |       | CONSULTA C/ TRAT CONSERVADOR              |        | 09/07/2021                          | 1,00  | 100,00 | 0,00   | 100,00 |
| 0028              |       | TAXA DE SALA NÃO GESSADA                  |        | 09/07/2021                          | 1,00  | 17,60  | 0,00   | 17,60  |
| 0043              |       | IMOBILIZAÇÃO PUNHO, MÃO E DEDOS           |        | 09/07/2021                          | 1,00  | 32,00  | 0,00   | 32,00  |
| 0092              |       | MATERIAL IMOBILIZAÇÃO PUNHO, MAOS E DEDOS |        | 09/07/2021                          | 1,00  | 13,75  | 0,00   | 13,75  |
| Total             |       |                                           |        |                                     | 4,00  | 163,35 | 0,00   | 163,35 |
| 09/07/2021        | 11:44 | 683321                                    | 102915 | MATHEUS GABRIEL MEDEIROS DOS SANTOS | 3501  |        |        |        |
| 00140             |       | RX MAO OU QUIRODACTILOS                   |        | 09/07/2021                          | 1,00  | 24,00  | 0,00   | 24,00  |
| Total             |       |                                           |        |                                     | 1,00  | 24,00  | 0,00   | 24,00  |
| Total Atend.:3    |       |                                           |        |                                     | 9,00  | 300,70 | 0,00   | 300,70 |
| Tot.Proc. 9       |       |                                           |        |                                     |       |        |        |        |
| Custo Operacional |       |                                           |        |                                     | %     | 0,00   | 0,00   | 0,00   |
| Total da Fatura   |       |                                           |        |                                     |       | 300,70 | 0,00   | 300,70 |
| Não faturados     |       |                                           |        |                                     | Total | 9,00   | 300,70 | 0,00   |

ORTRA  
Relatório Faturamento - Paciente

Empresa: ORTRA.

Convenio: **COLEGIO ADVENTISTA**

Empr.Conv:

Paciente: 102915 **MATHEUS GABRIEL MEDEIROS DOS SANTOS** 3501

Plano/Franquia:

Data: 07/07/2021 qua Hora Prev.:17:31

Boletim: **683099**

Sit.: LIBERADO

Hora Início: Hora Término:

Guia Principal:

Autorização:

Medico: 17959 SILVANA MONTARDO DINIZ

Matric. 54488

Cpf: 48297437000

DANIELA

| Conduta                                | Descrição                           | Vir.Unit. | Qt.  | Total | Co-part. P |
|----------------------------------------|-------------------------------------|-----------|------|-------|------------|
| <b>CONSULTA</b>                        |                                     |           |      |       |            |
| 10101039 C                             | CONSULTA                            | 50,00     | 1,00 | 50,00 | 0,00       |
| <b>IMOBILIZAÇÃO PUNHO, MÃO E DEDOS</b> |                                     |           |      |       |            |
| 0028 T                                 | TAXA DE SALA NÃO GESSADA            | 17,60     | 1,00 | 17,60 | 0,00       |
| 0043 P                                 | IMOBILIZAÇÃO PUNHO, MÃO E DEDOS     | 32,00     | 1,00 | 32,00 | 0,00       |
| 0092 M                                 | MATERIAL IMOBILIZAÇÃO PUNHO, MAOS E | 13,75     | 1,00 | 13,75 | 0,00       |

|       |              |       |       |        |      |
|-------|--------------|-------|-------|--------|------|
| Total | Co-particip. | Guia: | Total | 113,35 | 0,00 |
|-------|--------------|-------|-------|--------|------|

|                |               |       |      |                         |        |
|----------------|---------------|-------|------|-------------------------|--------|
| <u>Resumo:</u> | Exames:       | 0,00  | 0,00 |                         |        |
|                | Honorarios:   | 82,00 | 0,00 |                         |        |
|                | Material:     | 13,75 | 0,00 |                         |        |
|                | Medicamentos: | 0,00  | 0,00 |                         |        |
|                | Serviços:     | 0,00  | 0,00 |                         |        |
|                | Taxas:        | 17,60 | 0,00 |                         |        |
|                | 30 %          | 0,00  |      | Mat + Med:              | 13,75  |
|                | Diárias:      | 0,00  | 0,00 | Tax+Serv+Diaria+Ortese: | 17,60  |
|                | Ortese:       | 0,00  | 0,00 | Total - Co-particip.    | 113,35 |

02/08/2021 15:28:28 0630CO 0630TA

## Boletim de Atendimento 683099

Data : 07/07/2021 Hora : 17:31

Autorização

Paciente: 3501

MATHEUS GABRIEL MEDEIROS DOS SANTOS

Sexo: M

Dt.Nasc./Idade: 09/07/2008 13 Ano(s) e 0 Meses

Identidade:

Fone:

Mãe:

Naturalidade: RS-

Endereço: AVENIDA VALADO,363- Cidade:PORTO ALEGRE Cep:91510740

Convênio: COLEGIO ADVENTISTA

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

BRAÇO E

**HISTÓRICO - EXAME FÍSICO :**- EM TTO -  
IMOB**HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:**

FRATURA DE BASE DE 5 METACARPO E

**PROCEDIMENTO/MEDICAÇÃO:**

1-10101039-CONSULTA

1-0043-IMOBILIZAÇÃO PUNHO, MÃO E DEDOS

**SINAIS VITAIS:**

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

**PROCEDIMENTO/CONSIDERAÇÕES:**  
Dra. Silvana Montardo Diniz  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 1795917959 SILVANA MONTARDO DINIZ  
Médico Responsável21236-ALBERTO ARAIS PYDD  
Médico Diretor

Enfermagem:

Recepção: DANIELA

  
Assinatura do responsável/Paciente:

# RELATÓRIO DE ATENDIMENTOS

Entidade: Associação Sul Rio-grandense  
Escola: Colégio Adventista do Partenon  
Qtd de resultados: 1  
Período: 30/06/2021 à 07/07/2021



JUN - 2021

| Guia | RA   | Aluno                                | O que aconteceu      | Atividade                          | Local   | Data       | Escola                         | Credenciado                                                   |
|------|------|--------------------------------------|----------------------|------------------------------------|---------|------------|--------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| 3501 | 3749 | Mathheus Gabriel Medeiros dos Santos | Queda de mesmo nível | Atividades esportivas fora de aula | Ginásio | 30/06/2021 | Colégio Adventista do Partenon | ORTRA - Clínica de Ortopedia e Traumatologia de Urgência Ltda |



ORTRA  
Relatório Faturamento - Paciente

Empresa: ORTRA  
Convenio: COLÉGIO ADVENTISTA  
Empr.Conv:

Paciente: 102915 MATHEUS GABRIEL MEDEIROS DOS SANTOS 3501 Plano/Franquia:  
Data: 09/07/2021 sex Hora Prev.:11:14 Boletim: 683313 Sit.: LIBERADO  
Hora Início: Hora Término: Guia Principal: Autorização:  
Medico: 37331 MARCELO ZATZ Matric. 252160 Cpf: 02055796046 AUDREY BORBA

| Conduta                            | Descrição                           | Vlr.Unit. | Qt.  | Total  | Co-part. P  |
|------------------------------------|-------------------------------------|-----------|------|--------|-------------|
| CONSULTA C/ TRATAMENTO CONSERVADOR |                                     |           |      |        |             |
| 101010391 C                        | CONSULTA C/ TRAT CONSERVADOR        | 100,00    | 1,00 | 100,00 | 0,00        |
| IMOBILIZAÇÃO PUNHO, MÃO E DEDOS    |                                     |           |      |        |             |
| 0028 T                             | TAXA DE SALA NÃO GESSADA            | 17,60     | 1,00 | 17,60  | 0,00        |
| 0043 P                             | IMOBILIZAÇÃO PUNHO, MÃO E DEDOS     | 32,00     | 1,00 | 32,00  | 0,00        |
| 0092 M                             | MATERIAL IMOBILIZAÇÃO PUNHO, MAOS E | 13,75     | 1,00 | 13,75  | 0,00        |
| Total Co-particip.                 |                                     | Guia:     |      | Total  | 163,35 0,00 |

|         |               |        |      |                         |        |
|---------|---------------|--------|------|-------------------------|--------|
| Resumo: | Exames:       | 0,00   | 0,00 |                         |        |
|         | Honorarios:   | 132,00 | 0,00 |                         |        |
|         | Material:     | 13,75  | 0,00 |                         |        |
|         | Medicamentos: | 0,00   | 0,00 |                         |        |
|         | Serviços:     | 0,00   | 0,00 |                         |        |
|         | Taxas:        | 17,60  | 0,00 |                         |        |
|         | 30 %          | 0,00   |      | Mat + Med:              | 13,75  |
|         | Diárias:      | 0,00   | 0,00 | Tax+Serv+Diaria+Ortese: | 17,60  |
|         | Ortese:       | 0,00   | 0,00 | Total - Co-particip.    | 163,35 |

02/08/2021 15:30:59 0707CO 0707IM 0630TA

## Boletim de Atendimento 683321

Data : 09/07/2021 Hora : 11:44

Autorização

Paciente: 3501

MATHEUS GABRIEL MEDEIROS DOS SANTOS

Sexo: M

Dt.Nasc./Idade: 09/07/2008 13 Ano(s) e 0 Meses

Identidade: 2067457958 Fone:

Mãe:

Naturalidade: RS-

Endereço: AVENIDA VALADO,363- Cidade:PORTO ALEGRE Cep:91510740

Convênio: COLEGIO ADVENTISTA

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

- paciente acompanhado do pai  
relata melhora total dos sintomas  
sem partícula

**HISTÓRICO - EXAME FÍSICO :****HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:****PROCEDIMENTO/MEDICAÇÃO:**

1-00140-RX MAO OU QUIRODACTILOS

**EXAMES SOLICITADOS:**

Lado: E -&gt; RX MAO OU QUIRODACTILOS

**SINAIS VITAIS:**

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

**PROCEDIMENTO/CONSIDERAÇÕES:**

Dr. Marcelo Zatz  
Ortopedia e Traumatologia  
CREMERS 37331  
FEOT 15079

37331 MARCELO ZATZ  
Médico Responsável

21236-ALBERTO ARAIS PYDD  
Médico Diretor

Enfermagem:

Recepção: JEAN

  
Assinatura do responsável/Paciente:



Paciente: **MATHEUS GABRIEL MEDEIROS DOS SANTOS**

Nro: 683321

Convenio: COLEGIO ADVENTISTA

Plano BASICO

Data: 09/07/2021

Matricula: 3501

Nº. RG 2067457958

Nascim. 09/07/2008

### Solicitação

Medico : MARCELO ZATZ

Exames: RX MAO OU QUIRODACTILOS

### Interpretação

#### RX MAO OU QUIRODACTILOS - Esquerdo

Não há evidência de lesões ósseas de origem traumática recente.

  
MARCELO ZATZ  
Cremers 37331



ORTRA  
Relatório Faturamento - Paciente

Empresa: ORTRA  
Convenio: COLEGIO ADVENTISTA  
Empr.Conv:  
Paciente: 102915     **MATHEUS GABRIEL MEDEIROS DOS SANTOS**     3501     Plano/Franquia:  
Data: 09/07/2021   sex   Hora Prev.: 11:44     Boletim: **683321**     Sit.: 1   LIBERADO  
Hora Início:     Hora Término:     Guia Principal:     Autorização:  
Medico: 37331   MARCELO ZATZ     Matric. 252160   Cpf: 02055796046     JEAN

| Conduto   | Descrição                                      | Vlr.Unit. | Qt.  | Total | Co-part. F |
|-----------|------------------------------------------------|-----------|------|-------|------------|
| Exame     |                                                |           |      |       |            |
| 178 00140 | E                      RX MAO OU QUIRODACTILOS | 24,00     | 1,00 | 24,00 | 0,00       |

|         |               | Total | Co-particip. | Guia:                   | Total | 24,00 | 0,00 |
|---------|---------------|-------|--------------|-------------------------|-------|-------|------|
| Resumo: | Exames:       | 24,00 | 0,00         |                         |       |       |      |
|         | Honorarios:   | 0     | 0,00         |                         |       |       |      |
|         | Material:     | 0,00  | 0,00         |                         |       |       |      |
|         | Medicamentos: | 0,00  | 0,00         |                         |       |       |      |
|         | Serviços:     | 0,00  | 0,00         |                         |       |       |      |
|         | Taxas:        | 0,00  | 0,00         |                         |       |       |      |
|         | 30 %          | 0,00  |              | Mat + Med:              | 0,00  |       |      |
|         | Diárias:      | 0,00  | 0,00         | Tax+Serv+Diaria+Ortese: | 0,00  |       |      |
|         | Ortese:       | 0,00  | 0,00         | Total - Co-particip.    | 0,00  |       |      |

## Boletim de Atendimento 683313

Data : 09/07/2021 Hora : 11:14

Autorização

Paciente: 3501

MATHEUS GABRIEL MEDEIROS DOS SANTOS

Sexo: M

Dt.Nasc./Idade: 09/07/2008 13 Ano(s) e 0 Meses

Identidade: 2067457958 Fone:

Mãe:

Naturalidade: RS-

Endereço: AVENIDA VALADO,363- Cidade:PORTO ALEGRE Cep:91510740

Convênio: COLEGIO ADVENTISTA

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

mão e

**HISTÓRICO - EXAME FÍSICO :**

- paciente acompanhado do pai  
relata melhora total dos sintomas  
sem particularidades ao exame  
mantenho tto conservador  
cd> orientações gerais

**HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:****PROCEDIMENTO/MEDICAÇÃO:**

1-101010391-CONSULTA C/ TRAT CONSERVADOR  
1-0043-IMOBILIZAÇÃO PUNHO, MÃO E DEDOS

**EXAMES SOLICITADOS:**

Lado: E -&gt; RX MAO OU QUIRODACTILOS

**SINAIS VITAIS:**

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

**PROCEDIMENTO/CONSIDERAÇÕES:**

Dr. Marcelo Zatz  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 37331  
TEOT 15072

37331 MARCELO ZATZ  
Médico Responsável

21236-ALBERTO ARAIS PYDD  
Médico Diretor

Enfermagem:

Recepção: AUDREY BORBA

Assinatura do responsável/Paciente:

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Matheus Gabriel Medeiros dos Santos

**Nº da Carteirinha:** 8.65.3749

**Instituição:** Colégio Adventista do Partenon



**Data de Nascimento:** 09/07/2008

**Nº da Guia:** 3519

| Data da Ocorrência | Horário  | Local   | Atividade                          |
|--------------------|----------|---------|------------------------------------|
| 09/07/2021         | 09:00:00 | Ginásio | Atividades esportivas fora de aula |

## O que aconteceu

Trauma (**Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro**)

## Partes do corpo

Mão Esquerda, 5º Dedo Mão Esquerda

## Descrição

O aluno necessita de atendimento de retorno

## Testemunha da ocorrência

Igor Rodrigo Guedes Dias

Igor Rodrigo Guedes Dias

## Telefone

51981059750

51981059750

## Quem prestou primeiros socorros

Igor Rodrigo Guedes Dias

## Data

30/06/2021

| Local de atendimento                                         | Endereço      | Nº       | Bairro    | Telefone                         |
|--------------------------------------------------------------|---------------|----------|-----------|----------------------------------|
| ORTA - Clínica de Ortopedia e Traumatologia de Urgência Ltda | AV. CAVALHADA | 216<br>6 | CAVALHADA | (51) 3247-1456<br>(51) 3241-0900 |

## Observações

O aluno necessita de atendimento de retorno

COLÉGIO ADVENTISTA DO PARTENON  
Avenida Valado, 363 - Porto Alegre - RS  
Fone: 3339.2020  
Email: secretaria.cap@educadventista.org.br  
Port. Aut. 0739179 - Parecer CEE 207/14

Ass.:

Igor Rodrigo Guedes Dias

Igor Rodrigo Guedes Dias  
Vice Diretor  
RG. 6072922881

**ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE PORTO ALEGRE, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo) Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ:**

15.116.763/0003-31

Rua Matias José Bins, 581 - Três Figueiras, Porto Alegre - RS, CEP: 91330-290

Telefone: (51) 3382-1200

assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / portoalegre.clinicaadventista.org.br