

ORTRA
Relatório Faturamento - Paciente

Empresa: ORTRA

Convenio: COLEGIO ADVENTISTA

Empr.Conv:

Paciente: 106049 **RAFAEL DA SILVA IRION**

Data: 21/02/2022 seg Hora Prev.: 12:20

Hora Início: Hora Término:

Medico: 36084 SAMUEL BAMBERG PYDD

Boletim: **710269**

Guia Principal:

Matric. 252160 Cpf: 01704705045

Plano/Franquia:

Sit.: LIBERADO

Autorização:

ROSANA

Condução	Descrição	Vlr.Unit.	Qt.	Total	Co-part. P
----------	-----------	-----------	-----	-------	------------

CONSULTA

10101039 C

CONSULTA

60,00 1,00 60,00 0,00

Total Co-particip.

Guia:

Total 60,00 0,00

<u>Resumo:</u>	Exames:	0,00	0,00
	Honorarios:	60,00	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	
	Diárias:	0,00	0,00
	Ortese:	0,00	0,00

Mat + Med:	0,00
Tax+Serv+Diaria+Ortese:	0,00
Total - Co-particip.	60,00

25/02/2022 16:07:21 0214CO 0214IM

CID : S600-Contusao de dedo(s) sem lesao da unha

Boletim de Atendimento 710269

Data : 21/02/2022 Hora : 12:20

Paciente: **RAFAEL DA SILVA IRION**

Autorização

Sexo: M

Dt.Nasc./Idade: 15/12/2004 17 Ano(s) e 2 Meses

Identidade: 4122055835 Fone: 5100000000

Mãe:

Naturalidade: RS-

Endereço: RUA NELSON DUARTE BROCHADO,36- Cidade:PORTO ALEGRE Cep:90610090

Convênio: **COLEGIO ADVENTISTA**
CAUSA DO SOCORRO (informações prestadas à recepção):

retorno

HISTÓRICO - EXAME FÍSICO :

- 1 semana trauma em 3 dedo mão direita
refere estar sem dor

retiro imob

EF: adm completa
sem edema
sem dor aos movimentos

c- oriento exercicios
analgesia se dor
retorno se necessario

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S600 - Contusao de dedo(s) sem lesao da unha

PROCEDIMENTO/MEDICAÇÃO:

1-10101039-CONSULTA

SINAIS VITAIS:

T.A.: _____ T.R.: _____ P.A.: _____ F.R.: _____ F.C.: _____ PESO: _____ ALTURA: _____ S.C.: _____

PROCEDIMENTO/CONSIDERAÇÕES:

Dr. Samuel Bamberg Pydd
Ortopedista e Traumatologista
Cirurgia da Coluna-Membro SBC
CRM 36.084 TEOT 14.457

36084 **SAMUEL BAMBERG PYDD**
Médico Responsável

21236-ALBERTO ARAIS PYDD
Médico Diretor

Enfermagem:

Recepção: ROSANA

Assinatura do responsável/Paciente:

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Rafael da Silva Irion
Nº da Carteirinha: 8.65.3545
Instituição: Colégio Adventista do Partenon



Data de Nascimento: 15/12/2004

Nº da Guia: 4860.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
14/02/2022	10:27:00	Ginásio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	4º Dedo Mão Direita

Descrição
Aluno estava jogando basquete no ginásio quando a bola bateu em seu dedo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Marcos Vinícius Carneiro	51985769354
Marcos Vinícius Carneiro	51985769354

Quem prestou primeiros socorros	Data
Marcos Vinícius Carneiro	14/02/2022

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
ORTRA - Clínica de Ortopedia e Traumatologia de Urgência Ltda	AV. CAVALHADA	2166	CAVALHADA	(51) 3241-0900 (51) 3247-1456

Motivo do Retorno
O aluno estará retornando na data de hoje 21/02/2022 para continuidade do tratamento do dedo lesionado.

Ass.:

Marcos Vinicius Carneiro da Silva

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