

ORTRA
Relatório Faturamento - Paciente

Empresa: ORTRA

Convenio: COLEGIO ADVENTISTA

Empr.Conv:

Paciente: 85386 FLAVIA MIRANDA VIEIRA

Data: 09/03/2022 qua Hora Prev.: 15:46

Hora Início: Hora Término:

Medico: 17959 SILVANA MONTARDO DINIZ

8426677

Boletim: 712358

Guia Principal:

Matric. 54488

Cpf: 48297437000

Plano/Franquia:

Sit.: LIBERADO

Autorização:

YASMIN

Conduta	Descrição	Vlr.Unit.	Qt.	Total	Co-part. P
CONSULTA					
10101039 C	CONSULTA	60,00	1,00	60,00	0,00
TALA GESSADA PUNHO E MÃO					
00102 M	MATERIAL TALA GESS PUNHO/MAO	23,76	1,00	23,76	0,00
0029 T	TAXA DE SALA GESSO	26,40	1,00	26,40	0,00
0052 P	TALA GESSADA PUNHO MÃO	35,20	1,00	35,20	0,00

Total Co-particip.

Guia:

Total 145,36 0,00

Resumo:	Exames:	0,00	0,00
	Honorarios:	95,20	0,00
	Material:	23,76	0,00
	Medicamentos:	0,00	0,00
	Serviços:	0,00	0,00
	Taxas:	26,40	0,00
	30 %	0,00	
	Diárias:	0,00	0,00
	Ortese:	0,00	0,00

Mat + Med: 23,76

Tax+Serv+Diaria+Ortese: 26,40

Total - Co-particip. 145,36

05/04/2022 08:47:53

Boletim de Atendimento 712358

Data : 09/03/2022 Hora : 15:46

Paciente: 8426677

FLAVIA MIRANDA VIEIRA

Autorização

Sexo: F

Dt.Nasc./Idade: 15/07/2005 16 Ano(s) e 8 Meses

Identidade: 2137372013 Fone: 5134142699

Mãe: SILVIA HELENA DA ROCHA MIRANDA

Naturalidade: RS-

Endereço: RUA DOUTOR CASTRO DE MENEZES,953- Cidade:PORTO ALEGRE Cep:91900590

Convênio: COLEGIO ADVENTISTA

CAUSA DO SOCORRO (informações prestadas à recepção):

DEDO DA MÃO D

HISTÓRICO - EXAME FÍSICO :

- TRAUMA NO VOLEI.DEPRESSÃO
EM USO DE SERTRALINA.AXOMA
MED TALA -

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

CONTUSÃO DE PUNHO D

PROCEDIMENTO/MEDICAÇÃO:

1-10101039-CONSULTA

1-0052-TALA GESSADA PUNHO MÃO

EXAMES SOLICITADOS:

Lado D -> RX PUNHO

SINAIS VITAIS:

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

PROCEDIMENTO/CONSIDERAÇÕES:

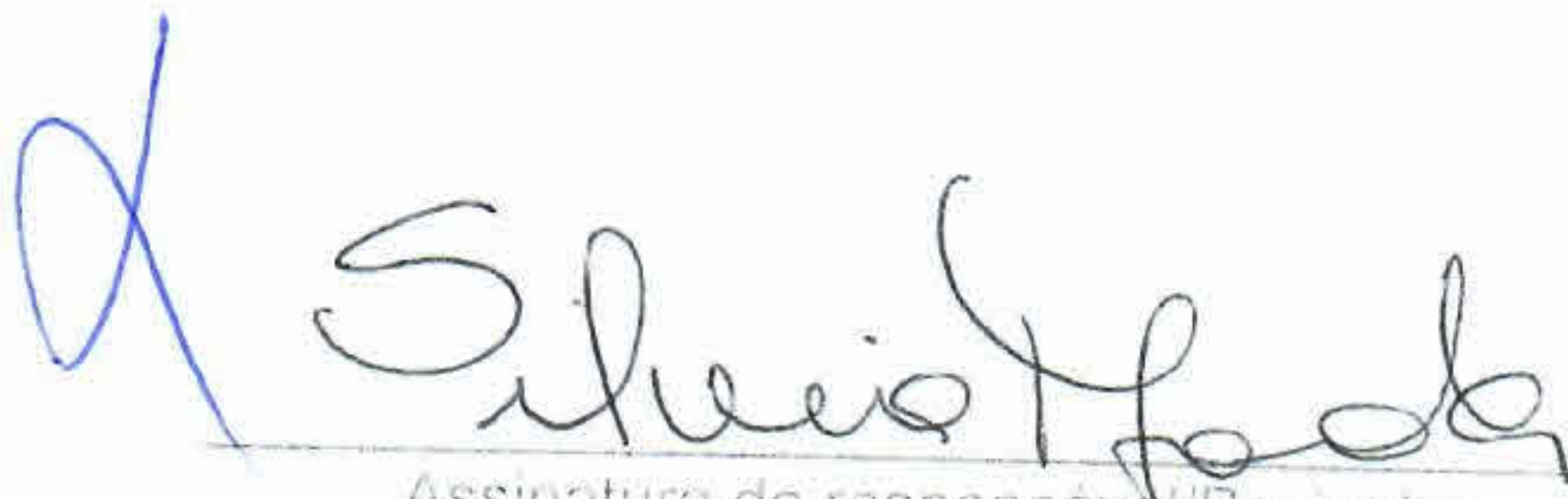
Dra. Silvana Montardo Diniz
Ortopedia e Traumatologia
CRM 17959

17959 SILVANA MONTARDO DINIZ
Médico Responsável

21236-ALBERTO ARAIS PYDD
Médico Diretor

Enfermagem:

Recepção: YASMIN


Assinatura do responsável/Paciente:

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Flavia Miranda Vieira

Nº da Carteirinha: 8.42.6677

Instituição: Colégio Adventista de Porto Alegre

Data de Nascimento: 15/07/2005

Nº da Guia: 5153



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
09/03/2022	10:49:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Mão Direita, 1º Dedo Mão Direita

Descrição
A aluna estava praticando aula de vôlei e a bola bateu a mão

Testemunha da ocorrência	Telefone
Leanderson Lima	(85) 98770-5040

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações
A aluna foi atendida pelo professor na aula.

Ass.:

Leanderson Silva Lima

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