

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

Paciente: 85386 FLAVIA MIRANDA VIEIRA 5153001 Plano/Franquia:
Data: 16/03/2022 qua Hora Prev.:14:21 Boletim: 713376 Sit.: LIBERADO
Hora Início: Hora Término: Guia Principal: Autorização:
Medico: 20325 CARLOS E MORETTO Matric. 65072 Cpf: 42710286068 DANIELA

Conduta	Descrição	Vlr.Unit.	Qt.	Total	Co-part. P
CONSULTA					
10101039	C CONSULTA	60,00	1,00	60,00	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	35,20	1,00	35,20	0,00
0092	M MATERIAL IMOBILIZAÇÃO PUNHO, MAOS E	13,75	1,00	13,75	0,00

		Total	Co-particip.	Guia:	Total	126,55	0,00
Resumo:	Exames:	0,00	0,00				
	Honorarios:	95,20	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.	126,55		

05/04/2022 08:48:06 0309CO 0309TA

CID : S602-Contusao de outras partes do punho e da mao

Boletim de Atendimento 713376

Data : 16/03/2022 Hora : 14:21

Autorização

Paciente: 5153001

FLAVIA MIRANDA VIEIRA

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

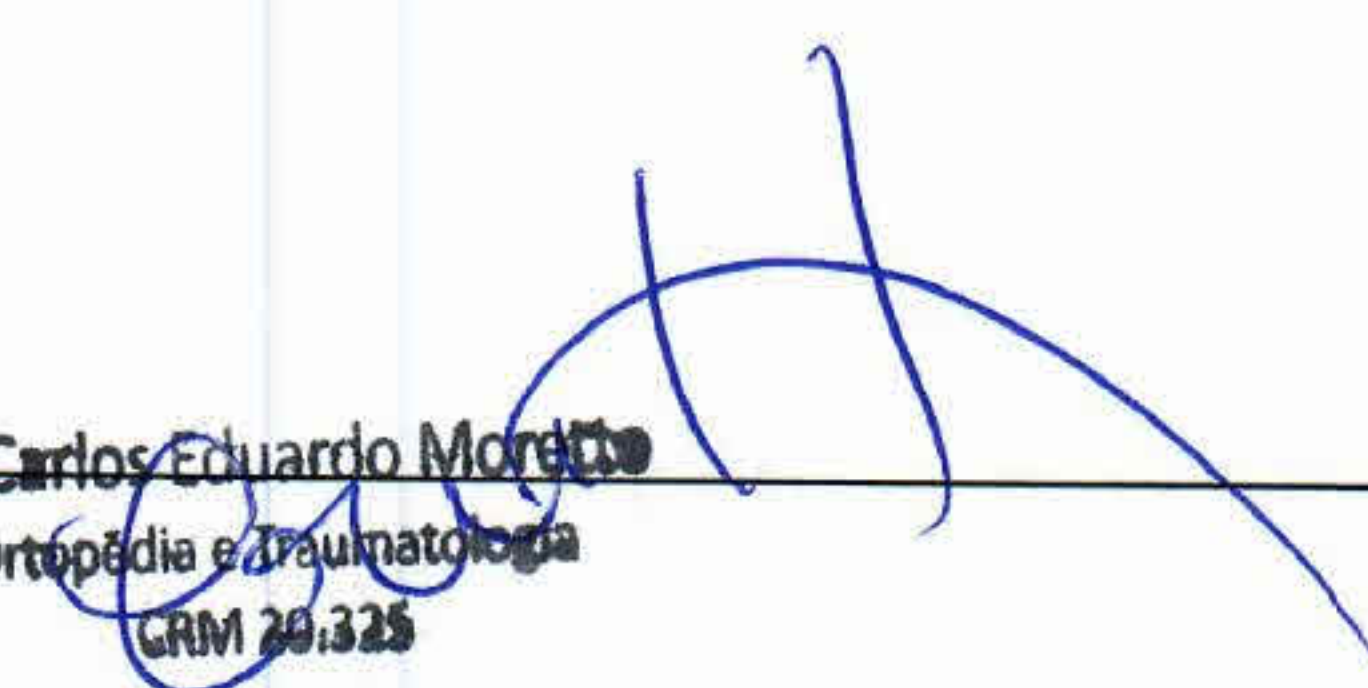
Convênio: COLEGIO ADVENTISTA

CAUSA DO SOCORRO (informações prestadas à recepção):BRAÇO D
PAC NÃO PODE ESPERAR ATENDIMENTO COM A DR SILVANA**HISTÓRICO - EXAME FÍSICO :**EM TTO - DRA SILVANA
AO EXAME - SEM DOR IMPORTANTE E MOBILIDADE ADEQUADA ;
HD CONTUSÃO PUNHO DIR
CTA CONSULTA + IMOB + FISIO EM CASA - ORIENTADA**HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:**

S602 - Contusao de outras partes do punho e da mao

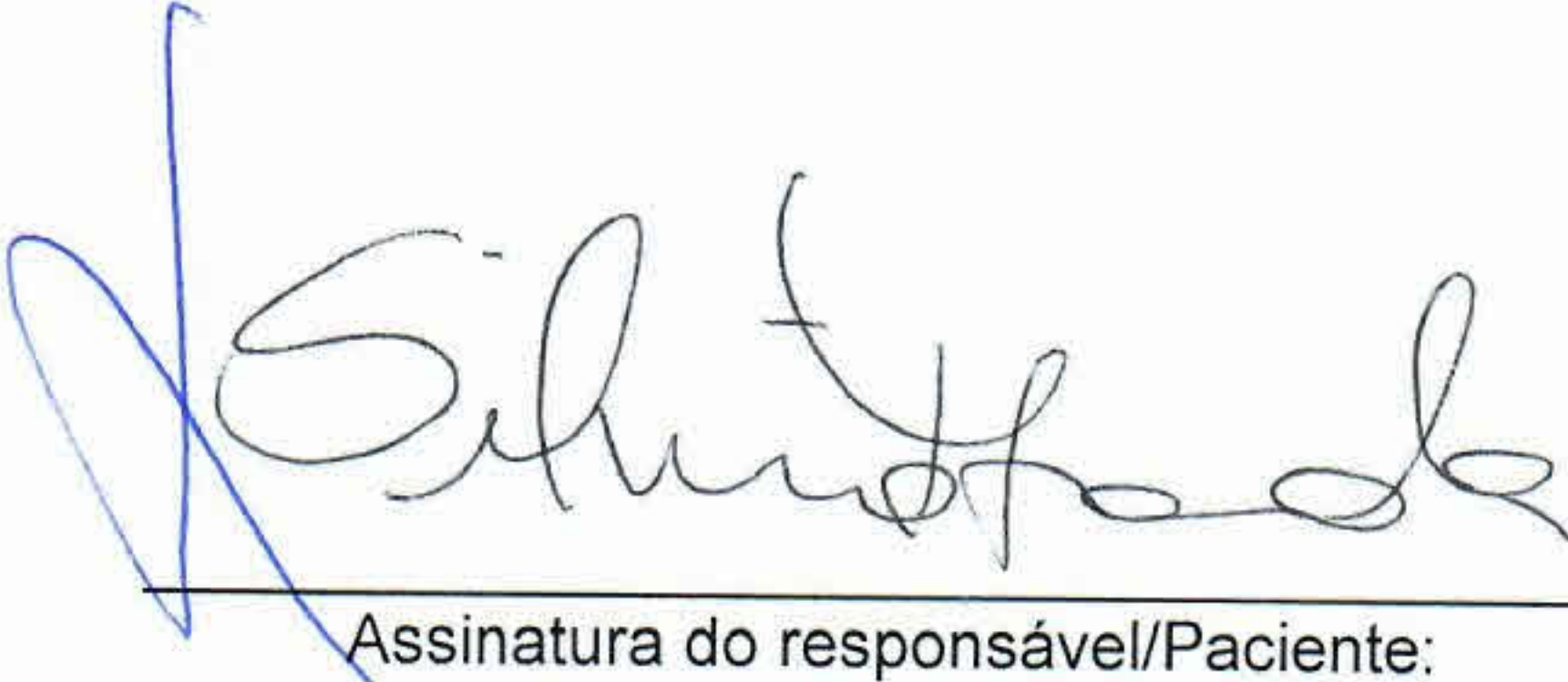
PROCEDIMENTO/MEDICAÇÃO:1-10101039-CONSULTA
1-0043-IMOBILIZAÇÃO PUNHO, MÃO E DEDOS**SINAIS VITAIS:**

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

PROCEDIMENTO/CONSIDERAÇÕES:
Dr. Carlos Eduardo Moretto
Ortopédia e Traumatologia
CRM 20.32520325 CARLOS E MORETTO
Médico Responsável21236-ALBERTO ARAIS PYDD
Médico Diretor

Enfermagem:

Recepção: DANIELA


Assinatura do responsável/Paciente:

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

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: 5153.001



Data do Retorno	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				

Motivo do Retorno
A aluna precisa retirar a tala do braço direito.

Ass.:

Tânise De Souza Signorini

Tânise De Souza Signorini

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