

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

Paciente: 106872 **JOAO VITOR MENDES LEONARDO** 8427023 Plano/Franquia:
Data: 06/04/2022 qua Hora Prev.: 12:59 Boletim: **716375** Sit.: LIBERADO
Hora Início: Hora Término: Guia Principal: Autorização:
Medico: 20325 CARLOS E MORETTO Matric. 65072 Cpf: 42710286068 GABRIELA DA

Conduta	Descrição	Vlr.Unit.	Qt.	Total	Co-part. P
CONSULTA					
10101039	C CONSULTA	60,00	1,00	60,00	0,00
IMOBILIZAÇÃO	TALA DE ZIMMER				
00116	M MATERIAL IMOBILIZAÇÃO TALA DE ZIMMER	16,90	1,00	16,90	0,00
0028	T TAXA DE SALA NÃO GESSADA	17,60	1,00	17,60	0,00
0067	P IMOBILIZAÇÃO TAL A DE ZIMMER	26,40	1,00	26,40	0,00

	Total	Co-particip.	Guia:	Total	120,90	0,00
<u>Resumo:</u>						
Exames:	0,00	0,00				
Honorarios:	86,40	0,00				
Material:	16,90	0,00				
Medicamentos:	0,00	0,00				
Serviços:	0,00	0,00				
Taxas:	17,60	0,00				
30 %	0,00		Mat + Med:	16,90		
Diárias:	0,00	0,00	Tax+Serv+Diaria+Ortese:	17,60		
Ortese:	0,00	0,00	Total - Co-particip.	120,90		

20/04/2022 09:54:46

CID : S626-Fratura de outros dedos

Boletim de Atendimento 716375

Data : 06/04/2022 Hora : 12:59

Paciente: **8427023****JOAO VITOR MENDES LEONARDO**

Autorização

Sexo: M

Dt.Nasc./Idade: 11/08/2008 13 Ano(s) e 8 Meses

Identidade: 5137849823 Fone: 5139074388

Mãe:

Naturalidade: RS-

Endereço: RUA DA AMIZADE,22-CASA Cidade:PORTO ALEGRE Cep:91920170

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

MAO E

HISTÓRICO - EXAME FÍSICO :

TRAUMA MÃO ESQ - 4º QDESQ -

AO EXAME DOR FALANGE DISTAL 4º QDESQ E LIMITAÇÃO DA EXTENSÃO DA FALANGE DISTAL

RX MÃO ESQ AP + P - FRATURA ARRANCAMENTO DO TENDÃO EXTENSOR DO 4º QDESQ

HD FRATURA ARRANCAMENTO 4º QDESQ

CTA CONSULTA + TTO CONSERVADOR COM TALA ZIMMER _ FALO SOBRE CIRURGIA (AO DR FERNANDO)

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S626 - Fratura de outros dedos

PROCEDIMENTO/MEDICAÇÃO:

1-10101039-CONSULTA

1-0067-IMOBILIZAÇÃO TAL A DE ZIMMER

EXAMES SOLICITADOS:

Lado: E -> RX MAO OU QUIRODACTILOS

SINAIS VITAIS:

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

PROCEDIMENTO/CONSIDERAÇÕES:

Dr. Carlos Eduardo Moretto
Ortopedia e Traumatologia
CRM 26.325

20325 **CARLOS E MORETTO**
Médico Responsável

21236-ALBERTO ARAIS PYDD
Médico Diretor

Enfermagem:

Recepção: GABRIELA DA SILVA

Adriano CM Leonardo
Assinatura do responsável/Paciente:

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: João Vitor Mendes Leonardo

Nº da Carteira: 8.42.7023

Instituição: Colégio Adventista de Porto Alegre

Data de Nascimento: 11/08/2008

Nº da Guia: 5634



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
06/04/2022	11:39:00	Ginásio	Aula de educação física

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

Descrição
Aluno estava jogando handbol e a bola bateu no dedo.

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Leianderson Lima	06/04/2022

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações
Foi encaminhado ao hospital

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