

ORTRA
Relatório Faturamento - Paciente

Empresa: ORTRA

Convenio: COLEGIO ADVENTISTA

Empr.Conv:

Paciente: 108804 JOSE ROBERTO MORAES GALLARRAGA

Data: 09/08/2022 ter Hora Prev.: 17:47

Hora Início: Hora Término:

Medico: 12997 PAULO CEZAR DEBONI

8.65.3198

Boletim: 732507

Guia Principal:

Matric. 31172

Cpf: 27441091004

Plano/Franquia:

Sit.: LIBERADO

Autorização: 7173

FERNANDA

Conduta	Descrição	Vlr.Unit.	Qt.	Total	Co-part. P
CONSULTA					
10101039 C	CONSULTA	60,00	1,00	60,00	0,00
FRATURA FALANGE TRAT CONSERVADOR					
0012 P	FRATURA FALANGE (MAO)	22,00	1,00	22,00	0,00
ROTURA APARELHO EXTENSOR DEDO					
0025 P	ROTURA APARELHO EXTENSOR DEDO	32,00	1,00	32,00	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 199,36 0,00

Resumo:	Exames:	0,00	0,00		
	Honorarios:	149,20	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		Mat + Med:	23,76
	Diárias:	0,00	0,00	Tax+Serv+Diaria+Ortese:	26,40
	Ortese:	0,00	0,00	Total - Co-particip.	199,36

11/08/2022 12:56:20

Boletim de Atendimento 732507

Data : 09/08/2022 Hora : 17:47

Paciente:

JOSE ROBERTO MORAES GALLARRAGA

Autorização

Sexo: M

Dt.Nasc./Idade: 27/08/2010 12 Ano(s) e 0 Meses

Identidade: 4120441979 Fone:

Mãe:

Naturalidade: RS-

Endereço: AVENIDA VEIGA,761- Cidade:PORTO ALEGRE Cep:91510120

Convênio: **COLEGIO ADVENTISTA**

CAUSA DO SOCORRO (informações prestadas à recepção):

DEDO MÃO D

HISTÓRICO - EXAME FÍSICO :

TRAUMA DIRETO MÃO Dta - um "CHUTE" na MÃO -
- com LESÃO TEND EXT DEDO MÃO Dta
FISSURA "FM" VOLAR proximal do 2º QDDto

solicito - Rx MÃO Dta

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

- 1-TTM CONSERV de LESÃO TEND EXT DEDO MÃO Dta
- 2-TTM CONSERV de FISSURA "FM" VOLAR proximal do 2º QDDto

PROCEDIMENTO/MEDICAÇÃO:

- 1-10101039-CONSULTA
- 1-0012-FRATURA FALANGE (MAO)
- 1-0025-ROTURA APARELHO EXTENSOR DEDO
- 1-0052-TALA GESSADA PUNHO MÃO

EXAMES SOLICITADOS:

Lado: D -> RX MAO OU QUIRODACTILOS

SINAIS VITAIS:

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

PROCEDIMENTO/CONSIDERAÇÕES:

- 1-TTM CONSERV de LESÃO TEND EXT DEDO MÃO Dta + TALA + tipóia
- 2-TTM CONSERV de FISSURA "FM" VOLAR proximal do 2º QDDto
- IBUPROFENO gts ***TEM em CASA...

Dr. Paulo Deboni
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Mão
CREMERS 12597

12997 **PAULO CEZAR DEBONI**
Médico Responsável

21236-ALBERTO ARAIS PYDD
Médico Diretor

Enfermagem:

Recepção: FERNANDA ZANCAN DE A

Assinatura do responsável/Paciente:

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: José Roberto Moraes Gallarraga
Nº da Carteira: 8.65.3198
Instituição: Colégio Adventista do Partenon



Data de Nascimento: 27/08/2010

Nº da Guia: 7173

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
09/08/2022	16:46:00	Ginásio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu

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

Partes do corpo

2º Dedo Mão Direita

Descrição

Aluno estava jogando vôlei no recreio quando abaixou-se para pegar a bola e seu colega ao tentar chutar a bola chutou sua mão.

Testemunha da ocorrência

Marcos Vinícius Carneiro

Telefone

(51) 99527-8302

Marcos Vinícius Carneiro

(51) 99527-8302

Quem prestou primeiros socorros

Marcos Vinícius Carneiro

Data

09/08/2022

Local de atendimento

ORTRA - Clínica de Ortopedia e Traumatologia de Urgência Ltda

Endereço

AV. CAVALHADA

Nº

216
6

Bairro

CAVALHADA

Telefone

(51) 3241-0900
(51) 3247-1456

Observações

Entrei em contato com o Pai do Aluno, Senhor Adriano, estará levando o aluno até a Clínica Ortra.

Ass.:

Marcos Vinicius Carneiro da Silva

Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: <https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br (não credenciados) com os seguintes dados:

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0003-31

Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157

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