

ORTRA
Relatório Faturamento - Paciente

Empresa: ORTRA

Convenio: COLEGIO ADVENTISTA

Empr.Conv:

Paciente: 104943 RYAN SILVA DE SOUZA

Data: 13/10/2022 qui Hora Prev.:16:20

Hora Início: Hora Término:

Medico: 12997 PAULO CEZAR DEBONI

8.65.4022

Boletim: 741500

Guia Principal:

Matric. 31172

Cpf: 27441091004

Plano/Franquia:

Sit.: LIBERADO

Autorização: 8184.002

KARINA

Conduta	Descrição	Vlr.Unit.	Qt.	Total	Co-part. P
CONSULTA					
10101039 C	CONSULTA				
TALA GESSADA PUNHO E MÃO		60,00	1,00	60,00	0,00
00102 M	MATERIAL TALA GESS PUNHO/MAO				
0029 T	TAXA DE SALA GESSO	23,76	1,00	23,76	0,00
0052 P	TALA GESSADA PUNHO MÃO	26,40	1,00	26,40	0,00
		35,20	1,00	35,20	0,00
Total Co-particip.		Total		145,36	0,00

Resumo:

Exames:

Honorarios:

Material:

Medicamentos:

Serviços:

Taxas:

30 %

Diárias:

Ortese:

0,00

95,20

23,76

0,00

0,00

0,00

26,40

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

Guia:

Mat + Med:

Tax+Serv+Diaria+Ortese:

Total - Co-particip.

23,76

26,40

145,36

24/10/2022 16:02:38

1004CO 1004FR 0929IN 0929RE 0929TA

Boletim de Atendimento 741500

Data : 13/10/2022 Hora : 16:20

Paciente: 8.65.4022

RYAN SILVA DE SOUZA

Autorização

Sexo: M

Dt.Nasc./Idade: 19/03/2009 13 Ano(s) e 7 Meses

Identidade:

Fone: 5100000000

Mãe:

Naturalidade: RS-

Endereço: RUA DOUTOR PEREIRA DA CUNHA,70- Cidade:PORTO ALEGRE Cep:91530-900

Convênio: **COLEGIO ADVENTISTA**

CAUSA DO SOCORRO (informações prestadas à recepção):

DEDO MAO ESQUERDA

HISTÓRICO - EXAME FÍSICO :

-- com FRATURA da BASE da "FM" do 4º QDEdo DORSAL e VOLAR - APOSICIONADA - compatível com TTM CONSERV
LESÃO parcial TEND EXT DEDO MÃO Eda

solicito = Rx MÃO Eda

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

1-FRATURA da BASE da "FM" do 4º QDEdo DORSAL e VOLAR - APOSICIONADA - compatível com TTM CONSERV
2-LESÃO parcial TEND EXT DEDO MÃO Eda

PROCEDIMENTO/MEDICAÇÃO:

1-10101039-CONSULTA
1-0014-FRATURA METACARPANOS TRAT CONSERVADOR
1-0025-ROTURA APARELHO EXTENSOR DEDO
1-0052-TALA GESSADA PUNHO MÃO

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:

CONSULTA + aplic IM + 1-TTM CONSERV de FRATURA da BASE da "FM" do 4º QDEdo DORSAL e VOLAR - APOSICIONADA - compatível com TTM
2-TTM CONSERV de LESÃO parcial TEND EXT DEDO MÃO Eda

ICS

Dr. Paulo Deboni
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgião de Mão
CREMERS 12997

12997 **PAULO CEZAR DEBONI**
Médico Responsável

21236-ALBERTO ARAIS PYDD
Médico: etor

Enfermagem:

Recepção: KARINA MOREJANO

Assinatura do responsável/Paciente:

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Ryan Silva de Souza
Nº da Carteirinha: 8.65.4022
Instituição: Colégio Adventista do Partenon



Data de Nascimento: 19/03/2009

Nº da Guia: 8184.002

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
13/10/2022	15:45:33	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	4º Dedo Mão Esquerda

Descrição
O aluno estava jogando handball quando a bola bateu em seu dedo, dedo está fraturado, imobilizamos e aplicamos gelo no local.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Marcos Vinícius Carneiro	(51) 99527-8302
Marcos Vinícius Carneiro	(51) 99527-8302

Quem prestou primeiros socorros	Data
Marcos Vinícius Carneiro	29/09/2022

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
ORTRA - Clínica de Ortopedia (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)	AV. CAVALHADA	216 6	CAVALHADA	(51) 3241-0900 (51) 3247-1456

Motivo do Retorno
Aluno estará retornando na data de hoje (13/10/2022) para continuidade do tratamento do dedo lesionado.

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