

ORTRA
Relatório Faturamento - Paciente

Empresa: ORTRA

Convenio: COLEGIO ADVENTISTA

Empr.Conv:

Paciente: 106069 ALANA DE AVILLA PAES

8.65.3780

Plano/Franquia:

Data: 13/04/2023 qui Hora Prev.:16:02

Boletim: 764749

Sit.: LIBERADO

Hora Início: Hora Término:

Guia Principal:

Autorização: 10149.002

Medico: 36693 EDUARDO TERRA FERON

Matric. 92045

Cpf: 00594975050

MARIA GORETE

Conduta	Descrição	Vlr.Unit.	Qt.	Total	Co-part. I
CONSULTA		63,00	1,00	63,00	0,00
10101039	C CONSULTA				

	Total	Co-particip.	Guia:	Total	63,00	0,00
Resumo:						
Exames:	0,00	0,00				
Honorarios:	63,00	0,00				
Material:	0,00	0,00				
Medicamentos:	0,00	0,00				
Serviços:	0,00	0,00				
Taxas:	0,00	0,00				
30 %	0,00		Mat + Med:	0,00		
Diárias:	0,00	0,00	Tax+Serv+Diaria+Ortese:	0,00		
Ortese:	0,00	0,00	Total - Co-particip.	63,00		

24/04/2023 14:45:57 0323CO 0316FR 0316TA

Boletim de Atendimento 764749

Data : 13/04/2023 Hora : 16:02

Autorização

Paciente: 10149002

ALANA DE AVILLA PAES

Sexo: F

Dt.Nasc./Idade: 19/09/2007 15 Ano(s) e 7 Meses

Identidade: 4137521193 Fone: 5100000000

Mãe:

Naturalidade: RS-

Endereço: RUA ITAGIBÁ,125-CASA Cidade:PORTO ALEGRE Cep:90850310

Convênio: COLEGIO ADVENTISTA

CAUSA DO SOCORRO (informações prestadas à recepção):

DEDO MAO D

HISTÓRICO - EXAME FÍSICO :

- TRAUMA MÃO DIR -

rx frat incompleta CONSOLIDADA

cd RETIRO tGESSO

FST

ORIENT

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:
PROCEDIMENTO/MEDICAÇÃO:

1-10101039-CONSULTA

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:

36693 EDUARDO TERRA FERON
Médico Responsável

Dr. Eduardo Terra Feron
Ortopedista e Traumatologista
CRM-RS 36693 TEOT 14799

21236-ALBERTO ARAIS PYDD
Médico Diretor

Enfermagem:

Recepção: MARIA GORETE

Assinatura do responsável/Paciente:

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO



Aluno: Alana de Ávilla Paes
Nº da Carteira: 8.65.3780
Instituição: Colégio Adventista do Partenon

Data de Nascimento: 19/09/2007

Nº da Guia: 10149.002

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
28/03/2023	17:01:26	Banheiro	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Mão Direita

Descrição

A aluna em um momento de descontentamento do jogo com uma colega, deu um soco na parede e acabou machucando a mão.

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Hudson Kobeni	16/03/2023

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
ORTRA - Clínica de Ortopedia (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)	AV. CAVALHADA	2166	CAVALHADA	(51) 3241-0900 (51) 3247-1456

Motivo do Retorno

Aluna estará retornando na data de hoje 13/04/2023 para continuidade do tratamento da mão lesionada. Atenciosamente, Prof. Vinicius Carneiro.

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