

ORTRA
Relatório Faturamento - Paciente

Empresa: ORTRA

Convenio: COLEGIO ADVENTISTA

Empr.Conv:

Paciente: 112910 MATHEUS GABRIEL SOUZA DA ROSA

8.65.3175

Plano/Franquia:

Data: 10/05/2023 qua Hora Prev.:12:48

Boletim: 768115

Sit.: LIBERADO

Hora Início: Hora Término:

Guia Principal:

Autorização: 11070.002

Medico: 20325 CARLOS E MORETTO

Matric. 65072

Cpf: 42710286068

GABRIELA DA

Conduta	Descrição	Vlr.Unit.	Qt.	Total	Co-part. I
CONSULTA					
10101039 C	CONSULTA	63,00	1,00	63,00	0,00
IMOBILIZAÇÃO PUNHO, MÃO E DEDOS					
0028 T	TAXA DE SALA NÃO GESSADA	18,48	1,00	18,48	0,00
0043 P	IMOBILIZAÇÃO PUNHO, MÃO E DEDOS	36,96	1,00	36,96	0,00
0092 M	MATERIAL IMOBILIZAÇÃO PUNHO, MAOS E	14,44	1,00	14,44	0,00

		Total	Co-particip.	Guia:	Total	132,88	0,00
Resumo:	Exames:	0,00	0,00				
	Honorarios:	99,96	0,00				
	Material:	14,44	0,00				
	Medicamentos:	0,00	0,00				
	Serviços:	0,00	0,00				
	Taxas:	18,48	0,00				
	30 %	0,00		Mat + Med:	14,44		
	Diárias:	0,00	0,00	Tax+Serv+Diaria+Ortese:	18,48		
	Ortese:	0,00	0,00	Total - Co-particip.	132,88		

11/05/2023 15:21:43 0503CO 0503RO 0503TA

CID : S634-Ruptura traumatica do ligamento do dedo nas articulacoes metacarpofalangianas e interfalangianas

Boletim de Atendimento 768115

Data : 10/05/2023 Hora : 12:48

Autorização

Paciente: 8653175

MATHEUS GABRIEL SOUZA DA ROSA

Sexo: M

Dt.Nasc./Idade: 15/09/2007 15 Ano(s) e 8 Meses

Identidade: 5131573304 Fone:

Mãe:

Naturalidade: RS-

Endereço: RUA PINTO DA ROCHA,272-CASA Cidade:PORTO ALEGRE Cep:90680520

Convênio: COLEGIO ADVENTISTA

CAUSA DO SOCORRO (informações prestadas à recepção):

mao d

HISTÓRICO - EXAME FÍSICO :

EM TTO ; TRAUMA MÃO DTO- NA PRATICA DO BASQUETE

RX - INOCENTE

LES. CAPS-LIG POLEGAR DIREITO

AO EXAME - ALGUMA DOR MTC FALANGEANA 1º RAO
CTA CONSULTA = IMOB + FISIO EM CASA

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S634 - Ruptura traumatica do ligamento do dedo nas articulacoes metacarpofalangianas e interfalangianas

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
Ortopedia e Traumatologia
CRM 20.325

20325 CARLOS E MORETTO
Médico Responsável

21236-ALBERTO ARAIS PYDD
Médico Diretor

Enfermagem:

Recepção: GABRIELA DA SILVA

Assinatura do responsável/Paciente:

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Matheus Gabriel Souza da Rosa

Nº da Carteira: 8.65.3175

Instituição: Colégio Adventista do Partenon



Data de Nascimento: 15/09/2007

Nº da Guia: 11070.002

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
10/05/2023	09:29:12	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	1º Dedo Mão Direita

Descrição

O aluno estava jogando basquete na aula de educação física, quando ao tentar pegar a bola acabou torcendo o dedo polegar da mão direita.

Testemunha da ocorrência

Marcos Vinícius Carneiro

Telefone

(51) 99527-8302

Quem prestou primeiros socorros

Marcos Vinícius Carneiro

Data

03/05/2023

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

O aluno estará retornando na data de hoje 10/05/2023 para continuidade do tratamento do dedo lesionado. Atenciosamente, Vinicius Carneiro, Coord. disciplinar

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