

KARINA

03/07/2023 11:15:17 0615CO 0615FR 0615TA

Boletim de Atendimento 775174

Data : 30/06/2023 Hora : 17:00

Autorização

Paciente: 8.42.7787

MARIA EDUARDA FORTUNA FROTA

Sexo: F

Dt.Nasc./Idade: 19/05/2010 13 Ano(s) e 1 Meses

Identidade: 5135724069 Fone:

Mãe:

Naturalidade: RS-

Endereço: RUA DOS GUENOAS,490- Cidade:PORTO ALEGRE Cep:91770060

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

MAO D

HISTÓRICO - EXAME FÍSICO :

- 2 semanas lesao fisaria base 1 mtc -

em consolidação
conduta
sintomaticos
reposuo.
recoloco imob
retorno em 2 semanas.**HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:****PROCEDIMENTO/MEDICAÇÃO:**

1-10101039-CONSULTA

1-0014-FRATURA METACARPIANOS TRAT CONSERVADOR

EXAMES SOLICITADOS:

Lado: D -> RX MAO OU QUIRODACTILOS

SINAIS VITAIS:

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

sintomaticos

PROCEDIMENTO/CONSIDERAÇÕES:

Dr. Gustavo Gohringer Barbosa
Ortopedia e Traumatologia
CRM 31159

31159 GUSTAVO GOHRINGER DE ALMEIDA
Médico Responsável

21236-ALBERTO ARAIS PYDD
Médico Diretor

Enfermagem:

Recepção: KARINA MOREJANO

Assinatura do responsável/Paciente:

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Maria Eduarda Fortuna Frota

Nº da Carteirinha: 8.42.7787

Instituição: Colégio Adventista de Porto Alegre

Data de Nascimento: 19/05/2010

Nº da Guia: 11876.001



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
30/06/2023	16:07:08	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu

bola

Partes do corpo

1º Dedo Mão Direita

Descrição

A aluna estava na educação física jogando vôlei, quando deu um toque na bola e sentiu dor no dedo.

Testemunha da ocorrência

Luis Veleda

Telefone

(51) 98583-6961

Quem prestou primeiros socorros

Aline Carvalho

Data

15/06/2023

Local de atendimento

ORTRA - Clínica de Ortopedia (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)

Endereço

AV. CAVALHADA

Nº

216
6

Bairro

CAVALHADA

Telefone

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

Motivo do Retorno

retorno autorizado no dia 30/06

Ass.:

Aline Carvalho

Aline Ferreira da Rocha Carvalho

87.115.838/0006-13

COLEGIO ADVENTISTA PORTO ALEGRE

Rua Camaqua, 534

Camaqua - CEP 90.001-970

PORTO ALEGRE - RS

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