

ORTRA
Relatório Faturamento - Paciente

Empresa: ORTRA

Convenio: COLEGIO ADVENTISTA

Empr.Conv:

Paciente: 94662 ISADORA CONTERATTO GOULART

Data: 23/08/2023 qua Hora Prev.: 12:00

Hora Início: Hora Término:

Medico: 20325 CARLOS E MORETTO

8.42.6998

Boletim: 782315

Guia Principal:

Matric. 65072

Cpf: 42710286068

Plano/Franquia:

Sit.: LIBERADO

Autorização: 12847.001

NATHALIA DOS

Conduta	Descrição	Vlr.Unit.	Qt.	Total	Co-part. Pi
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

30/08/2023 17:01:24 0818CO 0818FR 0818IM 0818RO

CID : S626-Fratura de outros dedos

Boletim de Atendimento 782315

Data : 23/08/2023 Hora : 12:00

Paciente: 8.42.6998

ISADORA CONTERATTO GOULART

Autorização

Sexo: F

Dt.Nasc./Idade: 10/05/2008 15 Ano(s) e 3 Meses

Identidade:

Fone: 5100000000

Mãe:

Naturalidade: RS-

Endereço: AV NOSSA SENHORA DE GUADALUPE,600- Cidade:PORTO ALEGRE Cep:90000000

Convênio: **COLEGIO ADVENTISTA**

CAUSA DO SOCORRO (informações prestadas à recepção):

MAO D

HISTÓRICO - EXAME FÍSICO :

EM TTO :

- PACIENTE RELATA TRAUMA TORCIONAL NO 3 DEDO DA MÃO D HOJE
AO EXAME: MELHORA DA DOR E DA MOBILIDADE 2 E 3 DEDO MAO D
A: FRATURA INCOMPLETA FALANGE PROXIMAL 3QD + LESÃO APARELHO EXTENSOR
CD: CONSULTA + IMOB PROV + NÃO JOGAR VOLEI

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S626 - Fratura de outros dedos

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: NATHALIA DOS SANTOS

Alice
Assinatura do responsável/Paciente:

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Isadora Conteratto Goulart

Nº da Carteirinha: 8.42.6998

Instituição: Colégio Adventista de Porto Alegre

Data de Nascimento: 10/05/2008

Nº da Guia: 12847.001



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
23/08/2023	11:23:05	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu

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

Partes do corpo

Mão Direita

Descrição

A aluna estava no recreio jogando volei quando a bola bateu na sua mão.

Testemunha da ocorrência

Aline Carvalho

Telefone

(51) 98583-6961

Quem prestou primeiros socorros

Aline Carvalho

Data

18/08/2023

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

retorno autorizado em 23/08/23

87.115.838/0006-13

COLEGIO ADVENTISTA PORTO ALEGRE

Rua Camaqua, 534
Camaqua - CEP 90.001-970
PORTO ALEGRE - RS

Ass.:

Aline Ferreira da Rocha Carvalho

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

Impresso por: Aline Ferreira da Rocha Carvalho