

ORTRA
Relatório Faturamento - Paciente

Empresa: ORTRA

Convenio: COLEGIO ADVENTISTA

Empr.Conv:

Paciente: 106948 GABRIEL LIMA LOPES

Data: 23/08/2023 qua Hora Prev.: 12:07

Hora Início: Hora Término:

Medico: 20325 CARLOS E MORETTO

8.65.4754

Boletim: 782316

Guia Principal:

Matric. 65072

Cpf: 42710286068

Plano/Franquia:

Sit.: LIBERADO

Autorização: 12957

NATHALIA DOS

Conduta	Descrição	Vlr.Unit.	Qt.	Total	Co-part. P
CONSULTA					
10101039 C	CONSULTA	63,00	1,00	63,00	0,00
IMOBILIZAÇÃO SPICA					
00100 M	MATERIAL IMOBILIZAÇÃP SPICA	17,09	1,00	17,09	0,00
0028 T	TAXA DE SALA NÃO GESSADA	18,48	1,00	18,48	0,00
0050 P	IMOBILIZAÇÃO SPICA	27,72	1,00	27,72	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
0024 P	TRATAMENTO CONSERVADOR OUTRAS	36,96	1,00	36,96	0,00
Total Co-particip.		Guia:		Total	233,13
					0,00

Resumo:	Exames:	0,00	0,00		
	Honorarios:	164,64	0,00		
	Material:	31,53	0,00		
	Medicamentos:	0,00	0,00		
	Serviços:	0,00	0,00		
	Taxas:	36,96	0,00		
	30 %	0,00		Mat + Med:	31,53
	Diárias:	0,00	0,00	Tax+Serv+Diaria+Ortese:	36,96
	Ortese:	0,00	0,00	Total - Co-particip.	233,13

30/08/2023 17:07:28

CID : S636-Entorse e distensao do(s) dedo(s)

Boletim de Atendimento 782316

Data : 23/08/2023 Hora : 12:07

Paciente: 8.65.4754

GABRIEL LIMA LOPES

Autorização

Sexo: M

Dt.Nasc./Idade: 10/11/2004 18 Ano(s) e 9 Meses

Identidade: 4123958409 Fone: 5130451818

Mãe: JANAINA ALMEIDA LIMA 00288538064

Naturalidade: RS-

Endereço: RUA XAPECÓ,240- Cidade:VIAMÃO Cep:94510170

Convênio: COLEGIO ADVENTISTA

CAUSA DO SOCORRO (informações prestadas à recepção):

MAO E

HISTÓRICO - EXAME FÍSICO :

TRAUMA MÃO ESQ - POS TRUAMA
AO EXAME DOR E LIMITAÇÃO LEVE 3ª QDESQ
HD ENTORSE / LESÃO LIG 3º QDESQ
CTA CONSULTA + TTO CONSERVADOR COM SPICA

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S636 - Entorse e distensao do(s) dedo(s)

PROCEDIMENTO/MEDICAÇÃO:

1-10101039-CONSULTA
1-0050-IMOBILIZAÇÃO SPICA
1-0043-IMOBILIZAÇÃO PUNHO, MÃO E DEDOS
1-0024-TRATAMENTO CONSERVADOR OUTRAS PATOLOGIAS

EXAMES SOLICITADOS:

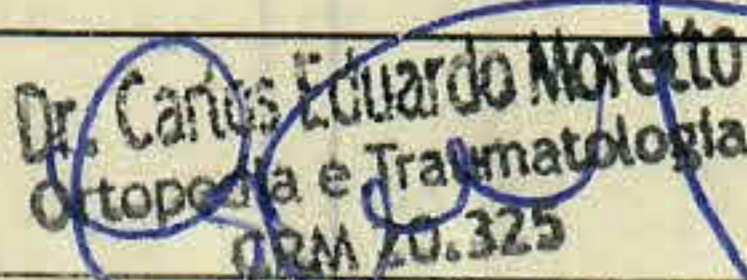
Lado: E -> RX MAO OU QUIRODACTILOS

SINAIS VITAIS:

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

PROCEDIMENTO/CONSIDERAÇÕES:

ORIENTAÇÕES

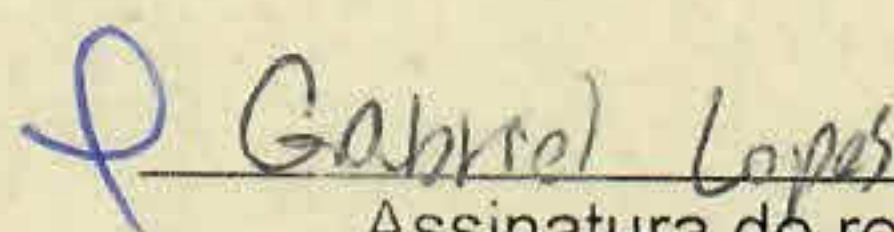

Dr. Carlos Eduardo Moretto
Ortopedia e Traumatologia
CRM 20.325

20325 CARLOS E MORETTO
Médico Responsável

21236-ALBERTO ARAIS PYDD
Médico Diretor

Enfermagem:

Recepção: NATHALIA DOS SANTOS


Assinatura do responsável/Paciente:

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Gabriel Lima Lopes
Nº da Carteirinha: 8.65.4754
Instituição: Colégio Adventista do Partenon



Data de Nascimento: 10/11/2004

Nº da Guia: 12957

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
22/08/2023	09:45:00	Ginásio	Aula de educação física

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

Descrição
Aluno estava participando da aula de educação física e ao passarem a bola para ele, a mesma pegou no dedo anelar empurrando-o para trás. Aluno alega estar sentindo dor no dedo ao movimentá-lo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Fagner Carvalho Leites	(51) 3339-2020

Quem prestou primeiros socorros	Data
Fagner Carvalho Leites	23/08/2023

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações
O aluno foi atendido no colégio, porém não procurou ajuda médica no dia do incidente, por não achar necessário. Hoje, alega sentir dor no dedo e solicitou encaminhamento ao médico.

razão Social: Inst. Adv. Sul-rio-grandense de Educ

CNPJ: 87.115.838/0026-67
Av. Valado, Nº 363 - Partenon
Cep: 91510-740 - POAIRS

Ass.:

Patricia Neves de Araujo Cordeiro

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: Patricia Neves de Araujo Cordeiro