

ORTRA
Relatório Faturamento - Paciente

Empresa: ORTRA

Convenio: COLEGIO ADVENTISTA

Empr.Conv:

Paciente: 104583 JULIA SILVA PRADO

Data: 30/08/2023 qua Hora Prev.: 18:01

Hora Início: Hora Término:

Medico: 17959 SILVANA MONTARDO DINIZ

8.42.9388

Boletim: 783382

Guia Principal:

Matric. 54488

Cpf: 48297437000

Plano/Franquia:

Sit.: LIBERADO

Autorização: 12977.003

KARINA

Conduta	Descrição	Vlr.Unit.	Qt.	Total	Co-part. Pi
CONSULTA					
10101039 C	CONSULTA				
APARELHO GESSADO BOTA C/OU S/SALTO		63,00	1,00	63,00	0,00
00108 M	MATERIAL AP GESS BOTA				
0029 T	TAXA DE SALA GESSO	70,69	1,00	70,69	0,00
0059 P	APARELHO GESSADA BOTA C/ OU S/ SALTO	27,72	1,00	27,72	0,00
		73,92	1,00	73,92	0,00
Total Co-particip.		Guia:			
		Total	235,33	0,00	

Resumo:	Exames:	0,00	0,00
	Honorarios:	136,92	0,00
	Material:	70,69	0,00
	Medicamentos:	0,00	0,00
	Serviços:	0,00	0,00
	Taxas:	27,72	0,00
	30 %	0,00	
	Diárias:	0,00	0,00
	Ortese:	0,00	0,00

Mat + Med: 70,69
Tax+Serv+Diaria+Ortese: 27,72
Total - Co-particip. 235,33

31/08/2023 16:54:34 0828CO 0823FR 0828TA

Boletim de Atendimento 783382

Data : 30/08/2023 Hora : 18:01

Paciente: 8.42.9388

JULIA SILVA PRADO

Autorização

Sexo: F

Dt.Nasc./Idade: 23/11/2014 8 Ano(s) e 9 Meses

Identidade: 7029506213 Fone: 5100000000

Mãe:

Naturalidade: RS-

Endereço: TRAVESSA ESCOBAR,61-524 AP Cidade:PORTO ALEGRE Cep:91910400

Convênio: COLEGIO ADVENTISTA

CAUSA DO SOCORRO (informações prestadas à recepção):

pe d

HISTÓRICO - EXAME FÍSICO :

- EM TTO
BOTA GESSADA E REV EM 2 SEMANAS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

FRAT EPIF G1 5 META D

PROCEDIMENTO/MEDICAÇÃO:

1-10101039-CONSULTA

1-0059-APARELHO GESSADA BOTA C/ OU S/ SALTO

SINAIS VITAIS:

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

PROCEDIMENTO/CONSIDERAÇÕES:

Dra. Silvana Montardo Diniz
Ortopedia e Traumatologia
CRM 17959

21236-ALBERTO ARAIS PYDD
Médico Diretor

17959 SILVANA MONTARDO DINIZ
Médico Responsável

Enfermagem:

Recepção: KARINA MOREJANO

[Assinatura]
Assinatura do responsável/Paciente:

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO



Aluno: Júlia Silva Prado
Nº da Carteirinha: 8.42.9388
Instituição: Colégio Adventista de Porto Alegre

Data de Nascimento: 23/11/2014

Nº da Guia: 12977.003

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
30/08/2023	17:23:41	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Direito

Descrição

a aluna estava brincando no pátio e uma colega pisou no pé dela e acabou torcendo o pé.

Testemunha da ocorrência

Edimilson Martins

Telefone

(51) 99868-2446

Quem prestou primeiros socorros

Edimilson Martins

Data

23/08/2023

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

reavaliação

87.115.838/0006-13

COLEGIO ADVENTISTA PORTO ALEGRE

Ass.:

Aline Ferreira da Rocha Carvalho

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