

ORTRA
Relatório Faturamento - Paciente

Empresa: ORTRA

Convenio: COLEGIO ADVENTISTA

Empr.Conv:

Paciente: 104583 JULIA SILVA PRADO

Data: 11/09/2023 seg Hora Prev.:08:54

Hora Início: Hora Término:

Medico: 17959 SILVANA MONTARDO DINIZ

8.42.9388

Boletim: 784737

Guia Principal:

Matric. 54488

Cpf: 48297437000

Plano/Franquia:

Sit.: LIBERADO

Autorização: 12977.004

NATHALIA DOS

Conduta	Descrição	Vlr.Unit.	Qt.	Total	Co-part. P
CONSULTA					
10101039 C	CONSULTA	63,00	1,00	63,00	0,00
IMOBILIZAÇÃO PÉ E TORNOZELO					
0028 T	TAXA DE SALA NÃO GESSADA	18,48	1,00	18,48	0,00
0047 P	IMOBILIZAÇÃO TORNOZELO OU PÉ	36,96	1,00	36,96	0,00
009 M	MATERIAL IMOBILIZAÇÃO TORNOZELO	20,79	1,00	20,79	0,00
Total Co-particip.		Guia:		Total	139,23
					0,00

Resumo:	Exames:	0,00	0,00
	Honorarios:	99,96	0,00
	Material:	20,79	0,00
	Medicamentos:	0,00	0,00
	Serviços:	0,00	0,00
	Taxas:	18,48	0,00
	30 %	0,00	
	Diárias:	0,00	0,00
	Ortese:	0,00	0,00

Mat + Med:	20,79
Tax+Serv+Diaria+Ortese:	18,48
Total - Co-particip.	139,23

18/09/2023 13:03:00 0830AP 0830CO 0823FR 0828TA

Boletim de Atendimento 784737

Data : 11/09/2023 Hora : 08:54

Paciente: **8.42.9388**

JULIA SILVA PRADO

Autorização

Sexo: F

Dt.Nasc./Idade: 23/11/2014 8 Ano(s) e 10 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 -
SEM DOR,LIBERO,IMOB

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

FRAT EPIF G1 5 META D

PROCEDIMENTO/MEDICAÇÃO:

1-10101039-CONSULTA
1-0047-IMOBILIZAÇÃO TORNOZELO OU PÉ

EXAMES SOLICITADOS:

Lado: D -> RX PE OU PODALICTILOS

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

17959 SILVANA MONTARDO DINIZ
Médico Responsável

21236-ALBERTO ARAIS PYDD
Médico Diretor

Enfermagem:

Recepção: NATHALIA DOS SANTOS

Lisiani Silva
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: 12977.004



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
11/09/2023	08:24:24	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
Atendimento no próprio estabelecimento				

Motivo do Retorno

retorno autorizado em 11/09/2023

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

Impresso por: Aline Ferreira da Rocha Carvalho