

ORTRA
Relatório Faturamento - Paciente
Empresa: ORTRA
Convenio: COLEGIO ADVENTISTA

Empr.Conv:
Paciente: 115222 MARYAH KONIG DE SOUZA

Data: 04/10/2023 qua Hora Prev.: 15:59
Hora Início: Hora Término:

Medico: 17959 SILVANA MONTARDO DINIZ

8.42.10113
Boletim: 788225
Plano/Franquia:
Sit.: LIBERADO
Autorização: 13626.001
YASMIN

Guia Principal:
Matric. 54488 Cpf: 48297437000

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

19/10/2023 15:58:17 0927CO 0927FR 0927TA

Boletim de Atendimento 788225

Data : 04/10/2023 Hora : 15:59

Paciente: 8.42.10113

MARYAH KONIG DE SOUZA

Autorização

Sexo: F

Dt.Nasc./Idade: 07/12/2013 9 Ano(s) e 10 Meses

Identidade:

Fone: 5184510555

Mãe: SIMONE FEIJÓ KONIG DE SOUZA

Naturalidade: RS-

Endereço: ESTRADA EDUARDO PRADO,26-AP 302 T9 Cidade:PORTO ALEGRE Cep:91751000

Convênio: COLEGIO ADVENTISTA

CAUSA DO SOCORRO (informações prestadas à recepção):

BRAÇO D

HISTÓRICO - EXAME FÍSICO :

- EM TTO,SEM DOR.IMOB

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

FRAT EPIF G1 RÁDIO DISTAL D

PROCEDIMENTO/MEDICAÇÃO:

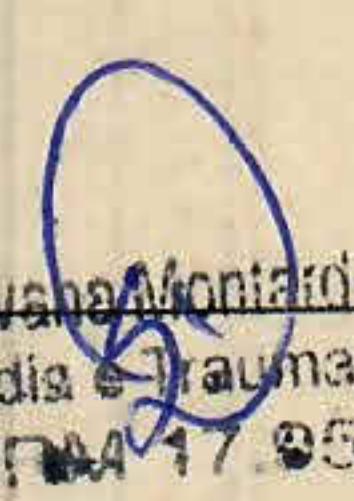
1-10101039-CONSULTA

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:

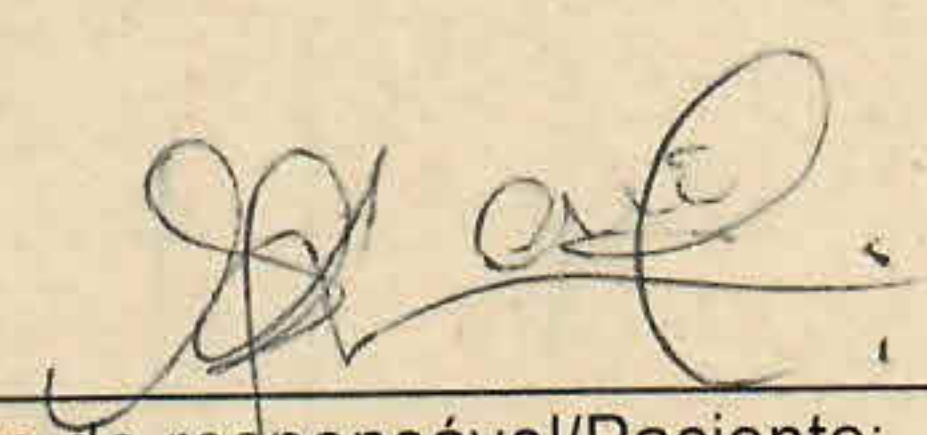

Dra. Silvana Montardo Diniz
Ortopedia e Traumatologia
CRM 17.959

21236-ALBERTO ARAIS PYDD
Médico Diretor

17959 SILVANA MONTARDO DINIZ
Médico Responsável

Enfermagem:

Recepção: YASMIN


Assinatura do responsável/Paciente:

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO



Aluno: Maryah Konig de Souza
Nº da Carteira: 8.42.10113
Instituição: Colégio Adventista de Porto Alegre

Data de Nascimento: 07/12/2013

Nº da Guia: 13626.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
04/10/2023	12:08:56	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Antebraço Direito

Descrição

a aluna estava na educação física quando a bola bateu em sua mão e torceu

Testemunha da ocorrência	Telefone
Aline Carvalho	(51) 98583-6961

Quem prestou primeiros socorros	Data
Aline Carvalho	27/09/2023

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
ORTRA - Clínica de Ortopedia (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)	AV. CAVALHADA	2166	CAVALHADA	(51) 3241-0900 (51) 3247-1456

Motivo do Retorno

retorno autorizado no dia hoje 4/10

87.115.838/0006-13

COLEGIO ADVENTISTA PORTO ALEGRE

Ass.:

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