

ORTRA
Relatório Faturamento - Paciente
Empresa: ORTRA
Convenio: COLEGIO ADVENTISTA
Empr.Conv:

Paciente: 115348 ANTHONIA RAPHAELLA PEREIRA BARBOSA 8.42.8620 Plano/Franquia:
Data: 11/10/2023 qua Hora Prev.:17:15 Boletim: 789319 Sit.: LIBERADO
Hora Início: Hora Término: Guia Principal: Autorização: 13790.001
Medico: 17959 SILVANA MONTARDO DINIZ Matric. 54488 Cpf: 48297437000 SHERON CRUZ

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

		Total	Co-particip.	Guia:	Total	126,29	0,00
Resumo:	Exames:	0,00	0,00				
	Honorarios:	90,72	0,00				
	Material:	17,09	0,00				
	Medicamentos:	0,00	0,00				
	Serviços:	0,00	0,00				
	Taxas:	18,48	0,00				
	30 %	0,00		Mat + Med:	17,09		
	Diárias:	0,00	0,00	Tax+Serv+Diaria+Ortese:	18,48		
	Ortese:	0,00	0,00	Total - Co-particip.	126,29		

19/10/2023 15:44:13 1004CO 1004FR 1004IM

Boletim de Atendimento 789319

Data: 11/10/2023 Hora: 17:15

Paciente: **8428620**

ANTHONIA RAPHAELLA PEREIRA BARBOSA

Autorização

Sexo: F

Dt.Nasc./Idade: 27/09/2014 9 Ano(s) e 1 Meses

Identidade: 6129279284 Fone:

Mãe: MARILUCIA PEREIRA DA SILVA

Naturalidade: RS-

Endereço: AVENIDA FAMÍLIA GONÇALVES CARNEIRO,441-CASA Cidade:PORTO ALEGRE Cep:91920250

Convênio: **COLEGIO ADVENTISTA**

CAUSA DO SOCORRO (informações prestadas à recepção):

Paciente refere dor/ Pé Direito

HISTÓRICO - EXAME FÍSICO :

- EM TTO - -
PERMANECE COM DOR.SPICA

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

FRATURA DE 5 PDD

PROCEDIMENTO/MEDICAÇÃO:

1-10101039-CONSULTA
1-0050-IMOBILIZAÇÃO SPICA

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

17959 SILVANA MONTARDO DINIZ
Médico Responsável

21236-ALBERTO ARAIS PYDD
Médico Diretor

Enfermagem:

Recepção: SHERON CRUZ

Assinatura do responsável/Paciente:

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Anthonia Raphaella Pereira Barbosa
Nº da Carteirinha: 8.42.8620
Instituição: Colégio Adventista de Porto Alegre



Data de Nascimento: 27/09/2014

Nº da Guia: 13790.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
11/10/2023	07:44:05	Playground (Ex.: parquinho)	escorregador

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	5º Dedo Pé Direito

Descrição

a aluna estava no play quando desceu o escorregador e torceu o dedo

Testemunha da ocorrência

Aline Carvalho

Telefone

(51) 98583-6961

Quem prestou primeiros socorros

Aline Carvalho

Data

04/10/2023

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 11/10/2023

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