

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

Paciente: 115348 ANTHONIA RAPHAELLA PEREIRA BARBOSA 8.42.8620 Plano/Franquia:
Data: 18/10/2023 qua Hora Prev.:17:31 Boletim: 790232 Sit.: LIBERADO
Hora Início: Hora Término: Guia Principal: Autorização: 13790.002
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 15:31:10 1011CO 1004FR 1011IM

Boletim de Atendimento 790232

Data : 18/10/2023 Hora : 17:31

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
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 10.959

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: 13790.002



Data do Retorno

Horário

Local

Atividade

18/10/2023

14:45:07

Playground (Ex.: parquinho)

escorregador

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

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 18/10/23

Ass.:

Aline Ferreira da Rocha Carvalho

Aline F. Carvalho
Coordenadora de Disciplina
RG 4103152544

87.115.838/0006-13

COLEGIO ADVENTISTA PORTO ALEGRE

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