

ORTRA
Relatório Faturamento - Paciente

Empresa: ORTRA
Convenio: COLEGIO ADVENTISTA
Empr.Conv:

Paciente: 117247 LAURA LIMA DA SILVEIRA 8653026 Plano/Franquia:
Data: 28/02/2024 qua Hora Prev.:13:31 Boletim: 805980 Sit.: LIBERADO
Hora Início: Hora Término: Guia Principal: Autorização:
Medico: 20325 CARLOS E MORETTO Matric. 65072 Cpf: 42710286068 NATHALIA DOS

Conduto	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		

01/03/2024 10:51:03 0222CO 0222RO 0222TA

CID : S634-Ruptura traumatica do ligamento do dedo nas articulacoes metacarpofalangianas e interfalangianas

Boletim de Atendimento 805980

Data : 28/02/2024 Hora : 13:31

Autorização

Sexo: F

Paciente: 8653026

LAURA LIMA DA SILVEIRA

Dt.Nasc./Idade: 17/09/2008 15 Ano(s) e 5 Meses

Identidade: 1142680717 Fone:

Mãe:

Naturalidade: RS-

Endereço: RUA PRIMEIRO DE SETEMBRO,340- Cidade:PORTO ALEGRE Cep:91520540

Convênio: **COLEGIO ADVENTISTA**

CAUSA DO SOCORRO (informações prestadas à recepção):

MAO E

HISTÓRICO - EXAME FÍSICO :

-TRAUMA MÃO DIREITA NO HANDBALL
EM TTO DR BRENO
AO EXAME = SEM EDEMA E EQUIMOSE 4ºQDEE POUCA DOR

RX - INOCENTE

LESÃO T. DO 4ºQDE

CTA - CONSULTA + IMOB PROV

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S634 - Ruptura traumatica do ligamento do dedo nas articulacoes metacarpofalangianas e interfalangianas

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:

Dr. Carlos Eduardo Moretto
Ortopedia e Traumatologia
CRM 20.325

21236-ALBERTO ARAIS PYDD
Médico Diretor

20325 CARLOS E MORETTO
Médico Responsável

Enfermagem:

Recepção: NATHALIA DOS SANTOS

Assinatura do responsável/Paciente:

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO



Aluno: Laura Lima da Silveira
Nº da Carteira: 8.65.3026
Instituição: Colégio Adventista do Partenon

Data de Nascimento: 17/09/2008

Nº da Guia: 15413.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
27/02/2024	09:23:13	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu

Trauma (**Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro**)

Partes do corpo

4º Dedo Mão Esquerda

Descrição

Aluna estava jogando handebol quando ao tentar pegar a bola sentiu o dedo ir para trás.

Testemunha da ocorrência

Marcos Vinícius Carneiro

Telefone

(51) 3339-2020

Quem prestou primeiros socorros

Marcos Vinícius Carneiro

Data

22/02/2024

Local de atendimento

ORTRA - Clínica de Ortopedia (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)

Endereço

AV. CAVALHADA

Nº

216
6

Bairro

CAVALHADA

Telefone

(51) 3241-0900
(51) 3247-1456

Motivo do Retorno

Aluna estará retornando na data de hoje 28/02 para continuidade do tratamento do dedo lesionado.

Ass.:

Marcos Vinícius Carneiro da Silva

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:

(para prestadores) ou E-mail:

(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