

ORTRA
Relatório Faturamento - Paciente

Empresa: ORTRA
Convenio: COLEGIO ADVENTISTA
Empr.Conv:

Paciente: 117110 ISAAC MARIANI GONÇALVES

Data: 28/02/2024 qua Hora Prev.: 16:55

Hora Início: Hora Término:

Medico: 17959 SILVANA MONTARDO DINIZ

8655163

Boletim: 806039

Guia Principal:

Matric. 54488

Cpf: 48297437000

Plano/Franquia:

Sit.: LIBERADO

Autorização:

KARINA

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		

Boletim de Atendimento 806039

Data : 28/02/2024 Hora : 16:55

Autorização

Paciente: 8655163

ISAAC MARIANI GONÇALVES

Sexo: M

Dt.Nasc./Idade: 16/09/2017 6 Ano(s) e 5 Meses

Identidade:

Fone: 5182175295

Mãe: PAULINE ALMEIDA MARIANI

Naturalidade: RS-

Endereço: RUA EUCLYDES MIRANDA,195-AP 403 Cidade:PORTO ALEGRE Cep:91530140

Convênio: COLEGIO ADVENTISTA

CAUSA DO SOCORRO (informações prestadas à recepção):

MAO D

HISTÓRICO - EXAME FÍSICO :

- EM TTO
IMOB

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

FRATURA DE POLEGAR D-SUBPERIOSTEAL DE FALANGE PROXIMAL DE 1 QDD

PROCEDIMENTO/MEDICAÇÃO:

1-10101039-CONSULTA

1-0043-IMOBILIZAÇÃO PUNHO, MÃO E DEDOS

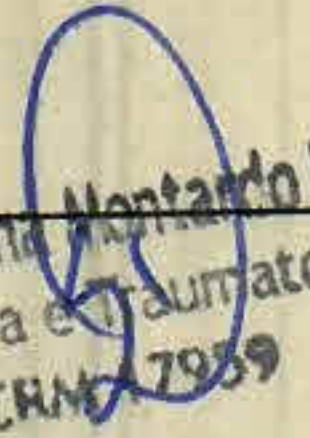
EXAMES SOLICITADOS:

Lado: D -> RX MAO OU QUIRODACTILOS

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: KARINA MOREJANO



Assinatura do responsável/Paciente:

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Isaac Mariani Gonçalves
Nº da Carteirinha: 8.65.5163
Instituição: Colégio Adventista do Partenon



Data de Nascimento: 16/09/2017

Nº da Guia: 15232.002

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
27/02/2024	08:44:22	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	1º Dedo Mão Direita

Descrição
O aluno estava realizando atividade física quando ao cair acabou torcendo o dedo polegar da mão direita.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Marcos Vinícius Carneiro	(51) 3339-2020

Quem prestou primeiros socorros	Data
Marcos Vinícius Carneiro	14/02/2024

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

Ass.:

Marcos Vinicius 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