

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

Paciente: 118277 **RHAIELLY VICTORIA DA SILVA PEREIRA** 8.65.4561 Plano/Franquia:
Data: 26/04/2024 sex Hora Prev.: 17:43 Boletim: **814285** Sit.: LIBERADO
Hora Início: Hora Término: Guia Principal: Autorização: 17315
Medico: 38367 OTAVIO SODRE DA SILVA Matric. 50001 Cpf: 01876669039 SHERON CRUZ

Conduta	Descrição	Vlr.Unit.	Qt.	Total	Co-part. P
CONSULTA					
10101039	C CONSULTA	63,00	1,00	63,00	0,00
IMOBILIZAÇÃO TALA DE ZIMMER					
00116	M MATERIAL IMOBILIZAÇÃO TALA DE ZIMMER	17,74	1,00	17,74	0,00
0028	T TAXA DE SALA NÃO GESSADA	18,48	1,00	18,48	0,00
0067	P IMOBILIZAÇÃO TAL A DE ZIMMER	27,72	1,00	27,72	0,00

		Total	Co-particip.	Guia:	Total	126,94	0,00
Resumo:	Exames:	0,00	0,00				
	Honorarios:	90,72	0,00				
	Material:	17,74	0,00				
	Medicamentos:	0,00	0,00				
	Serviços:	0,00	0,00				
	Taxas:	18,48	0,00				
	30 %	0,00		Mat + Med:	17,74		
	Diárias:	0,00	0,00	Tax+Serv+Diaria+Ortese:	18,48		
	Ortese:	0,00	0,00	Total - Co-particip.	126,94		

29/04/2024 16:23:15

CID : S636-Entorse e distensao do(s) dedo(s)

Boletim de Atendimento 814285

Pag. 1

Data : 26/04/2024 Hora : 17:43

Paciente: 8654561

RHAIELLY VICTORIA DA SILVA PEREIRA

Autorização

Sexo: F

Dt.Nasc./Idade: 04/04/2014 10 Ano(s) e 0 Meses

Identidade: 9124705956 Fone: 5100000000

Mãe: PATRICIA FERNANDES DA S PEREIRA

Naturalidade: RS-

Endereço: TRAVESSA GUEDES DA LUZ,30- Cidade:PORTO ALEGRE Cep:91510030

Convênio: COLEGIO ADVENTISTA

CAUSA DO SOCORRO (informações prestadas à recepção):

Mão (DedO) DIREITO

HISTÓRICO - EXAME FÍSICO :

TRAUMA / ENTORSE DE 4 DEDO DA MAO DIREITA
HOJE

CONDUTA
RX -

RX NAO OBSERVÓ SINAIS INEQUIVOCOS DE LESOES TRAUMATICAS

A CONTUSAO / ENTORSE DE 4 QDD

CONDUTA
TALA
AINES
GELO
ORIENTAÇÕES
RETORNO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S636 - Entorse e distensao do(s) dedo(s)

PROCEDIMENTO/MEDICAÇÃO:

1-10101039-CONSULTA

1-0067-IMOBILIZAÇÃO TAL A DE ZIMMER

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:

TALA
AINES
GELO
ORIENTAÇÕES
RETORNO

Dr. Otávio Sodré da Silva
Médico - CRM 38367

38367 OTAVIO SODRE DA SILVA
Médico Responsável

21236-ALBERTO ARAIS PYDD
Médico Diretor

Enfermagem:

Recepção: SHERON CRUZ

Assinatura do responsável/Paciente:

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Rhaielly Victória da Silva Pereira
Nº da Carteira: 8.65.4561
Instituição: Colégio Adventista do Partenon



Data de Nascimento: 04/04/2013

Nº da Guia: 17315

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
26/04/2024	16:21:00	Sala de Aula	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	4º Dedo Mão Direita

Descrição
Aluna estava entrando na sala e ao botar a mão na porta acabou torcendo o dedo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Paulo Henrique	(51) 3339-2020

Quem prestou primeiros socorros	Data
Marcos Vinicius Carneiro	26/04/2024

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

Observações
Aluna recebeu os primeiros socorros na unidade escolar.

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: <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