

**ORTRA**  
**Relatório Faturamento - Paciente**

Empresa: ORTRA

Convenio: **COLEGIO ADVENTISTA**

Empr.Conv:

Paciente: 91124 **VALENTINA MOISINHO BUENO**

Data: 05/07/2024 sex Hora Prev.:14:20

Hora Início: Hora Término:

Medico: 38367 OTAVIO SODRE DA SILVA

8.42.8908

Boletim: **822755**

Plano/Franquia:

Sit.: LIBERADO

Autorização: 18852.002

SHERON CRUZ

Guia Principal:

Matric. 50001

Cpf: 01876669039

Conduta	Descrição	Vlr.Unit.	Qt.	Total	Co-part. P
<b>IMOBILIZAÇÃO TALA DE ZIMMER</b>					
00116	M MATERIAL IMOBILIZAÇÃO TALA DE ZIMMER				
0028	T TAXA DE SALA NÃO GESSADA	17,74	1,00	17,74	0,00
0067	P IMOBILIZAÇÃO TAL A DE ZIMMER	18,48	1,00	18,48	0,00
<b>CONSULTA</b>					
10101039	C CONSULTA	27,72	1,00	27,72	0,00
		63,00	1,00	63,00	0,00
		<b>Total</b>		<b>126,94</b>	<b>0,00</b>

Resumo:	Exames:	Total	Co-particip.
	Honorarios:	0,00	0,00
	Material:	90,72	0,00
	Medicamentos:	17,74	0,00
	Serviços:	0,00	0,00
	Taxas:	0,00	0,00
	30 %	18,48	0,00
	Diárias:	0,00	0,00
	Ortese:	0,00	0,00

Guia:	
Mat + Med:	17,74
Tax+Serv+Diaria+Ortese:	18,48
<b>Total - Co-particip.</b>	<b>126,94</b>

23/07/2024 15:09:56 0628CO 0620FR 0628IM





Boletim de Atendimento 822755

Data : 05/07/2024 Hora : 14:20

Paciente: 8.42.8908

VALENTINA MOISINHO BUENO

Autorização

Sexo: F

Dt.Nasc./Idade: 28/09/2013 10 Ano(s) e 10 Meses

Identidade: 1126461654 Fone: 5100000000

Mãe: MAURA DE MATTOS MOINHO

Naturalidade: RS-

Endereço: AVENIDA JUCA BATISTA,4531-204 H Cidade:PORTO ALEGRE Cep:91755000

Convênio: COLEGIO ADVENTISTA

CAUSA DO SOCORRO (informações prestadas à recepção):

Mão (Dedo) Direito

HISTÓRICO - EXAME FÍSICO :

2 SEMANAS TTO CONSERVADOR

SEM DOR

CONDUTA  
RX -

RX LESAO FISARIA

CONDUTA  
ZIMMER  
RETORNO EM 2 SMENAS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

PROCEDIMENTO/MEDICAÇÃO:

1-0067-IMOBILIZAÇÃO TAL A DE ZIMMER  
1-10101039-CONSULTA

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:

Dr. Otávio Sodré da Silva  
Médico - CRM 38367  
Cirurgia da Mão - RQE 35028

38367 OTAVIO SODRE DA SILVA  
Médico Responsável

21236-ALBERTO ARAIS PYDD  
Médico Diretor

Enfermagem:

Recepção: SHERON CRUZ

*Maura Moisinho*  
Assinatura do responsável/Paciente:



# AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

**Aluno:** Valentina Moisinho Bueno  
**Nº da Carteira:** 8.42.8908  
**Instituição:** Colégio Adventista de Porto Alegre



**Data de Nascimento:** 28/09/2013

**Nº da Guia:** 18852.002

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
05/07/2024	14:02:31	Pátio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	1º Dedo Mão Direita

**Descrição**  
A aluna estava jogando vôlei, quando a bola bateu no polegar e torceu para trás.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Edimilson Martins	(51) 99863-8646

Quem prestou primeiros socorros	Data
Edimilson Martins	20/06/2024

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 para reavaliação médica.

Ass.: PI Abs  
Helen Daniela Santos vieira

☎ 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](mailto: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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [portoalegre.clinicaadventista.org.br](http://portoalegre.clinicaadventista.org.br)