

ORTRA
Relatório Faturamento - Paciente

Empresa: ORTRA

Convenio: COLEGIO ADVENTISTA

Empr.Conv:

Paciente: 106538 ESTER DE SOUSA RIBEIRO

Data: 06/09/2024 sex Hora Prev.: 16:53

Hora Início: Hora Término:

Medico: 38367 OTAVIO SODRE DA SILVA

8.42.8522

Boletim: 831268

Guia Principal:

Matric. 50001

Cpf: 01876669039

Plano/Franquia:

Sit.: LIBERADO

Autorização: 20170.002

GABRIELA DA

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

Resumo:	Exames:	Total	Co-particip.	Guia:	Total	126,94	0,00
	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	Mat + Med:	17,74		
	Ortese:	0,00	0,00	Tax+Serv+Diaria+Ortese:	18,48		
				Total - Co-particip.	126,94		

11/09/2024 16:31:29 0829CO 0821FR 0829TA

CID : S626-Fratura de outros dedos

Boletim de Atendimento 831268

Pag. 1

Data : 06/09/2024 Hora : 16:53

Paciente: 8.42.8522

ESTER DE SOUSA RIBEIRO

Autorização

Sexo: F

Dt.Nasc./Idade: 30/03/2015 9 Ano(s) e 6 Meses

Identidade: 61298558551 Fone: 5132680573

Mãe: MARIA TATIANE DE SOUSA RIBEIRO

Naturalidade: RS-

Endereço: AVENIDA WENCESLAU ESCOBAR,3407-CASA Cidade:PORTO ALEGRE Cep:91900001

Convênio: COLEGIO ADVENTISTA

CAUSA DO SOCORRO (informações prestadas à recepção):

MAO D

HISTÓRICO - EXAME FÍSICO :

2 SEMANAS DE TTO CONSERVADOR DE FATURA FM 5 QDD

CONDUTA

RETIRO TALA

RX - NAO OBSERVO SINAIS INEQUIVOCOS DE LESOES TRAUMATICAS

DOR A PALPAÇÃO

A LESAO FISARIA

CONDUTA

ZIMMER

RETORNO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

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:

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: GABRIELA DA SILVA

Assinatura do responsável/Paciente:

Maria Tatiane S. Ribeiro

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO



Aluno: Ester de Sousa Ribeiro

Nº da Carteira: 8.42.8522

Instituição: Colégio Adventista de Porto Alegre

Data de Nascimento: 30/03/2015

Nº da Guia: 20170.002

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
06/09/2024	13:11:16	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Mão Direita

Descrição
Aluna estava participando da Educação física quando machucou o dedo

Testemunha da ocorrência	Telefone
Aline Carvalho	98583-6961

Quem prestou primeiros socorros	Data
Keli	21/08/2024

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
Autorizado retorno para reavaliação médica.

87.115.838/0006-131

COLEGIO ADVENTISTA PORTO ALEGRE

Ass.:

Rua Camaqua, 534
Helen Daniela Santos Vieira Camaqua - CEP 90.601-970
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