

ORTRA
Relatório Faturamento - Paciente

Empresa: ORTRA

Convenio: **COLEGIO ADVENTISTA**

Empr.Conv:

Paciente: 106538 **ESTER DE SOUSA RIBEIRO**

Data: 16/09/2024 seg Hora Prev.:14:55

Hora Início: Hora Término:

Medico: 36084 **SAMUEL BAMBERG PYDD**

8.42.8522

Boletim: **832468**

Guia Principal:

Matric. 91935

Cpf: 01704705045

Plano/Franquia:

Sit.: **LIBERADO**

Autorização: 20170.003

KARINA

Conduta	Descrição	Vlr.Unit.	Qt.	Total	Co-part. P
---------	-----------	-----------	-----	-------	------------

CONSULTA

10101039

C

CONSULTA

63,00

1,00

63,00

0,00

Total

63,00

0,00

Resumo:

Exames:

0,00

0,00

Honorarios:

63,00

0,00

Material:

0,00

0,00

Medicamentos:

0,00

0,00

Serviços:

0,00

0,00

Taxas:

0,00

0,00

30 %

0,00

Diárias:

0,00

0,00

Ortese:

0,00

0,00

Mat + Med:

0,00

Tax+Serv+Diaria+Ortese:

0,00

Total - Co-particip.

63,00

23/09/2024 14:18:49

0906CO 0821FR 0906IM 0829TA

Boletim de Atendimento 832468

Data : 16/09/2024 Hora : 14:55

Autorização

Paciente: 8428522

ESTER DE SOUSA RIBEIRO

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 direita

HISTÓRICO - EXAME FÍSICO :

- 3 SEMANAS DE TTO CONSERVADOR DE FATURA FM 5 QDD

RX: - FRATURA CONSOLIDADA

C- ORIENTO EXERCICIOS
ANALGESIA SN

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

PROCEDIMENTO/MEDICAÇÃO:

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. Samuel Bamberg Pydd
Ortopedista e Traumatologista
Cirurgia da Coluna-Membro SBC
CRM 36084 TROTT 14.11.17

36084 SAMUEL BAMBERG PYDD
Médico Responsável

21236-ALBERTO ARAIS PYDD
Médico Diretor

Enfermagem:

Recepção: KARINA MOREJANO

Assinatura do responsável/Paciente:

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: 20170.003

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
16/09/2024	13:53:28	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.

Ass.:

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 (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