

ORTRA
Relatório Faturamento - Paciente

Empresa: ORTRA

Convenio: COLEGIO ADVENTISTA

Empr.Conv:

Paciente: 104583 JULIA SILVA PRADO

Data: 23/09/2024 seg Hora Prev.: 08:38

Hora Início: Hora Término:

Medico: 17959 SILVANA MONTARDO DINIZ

8.42.9388

Boletim: 833101

Guia Principal:

Matric. 54488

Cpf: 48297437000

Plano/Franquia:

Sit.: LIBERADO

Autorização: 20662.002

NICOLAS

Condução	Descrição	Vlr.Unit.	Qt.	Total	Co-part. P
CONSULTA					
10101039 C	CONSULTA	63,00	1,00	63,00	0,00
APARELHO GESSADO BOTA C/OU S/SALTO					
00108 M	MATERIAL AP GESS BOTA	70,69	1,00	70,69	0,00
0029 T	TAXA DE SALA GESSO	27,72	1,00	27,72	0,00
0059 P	APARELHO GESSADA BOTA C/ OU S/ SALTO	73,92	1,00	73,92	0,00

Resumo:	Exames:	Total	Co-particip.	Guia:	Total	235,33	0,00
	Honorários:	0,00	0,00				
	Material:	136,92	0,00				
	Medicamentos:	70,69	0,00				
	Serviços:	0,00	0,00				
	Taxas:	0,00	0,00				
	30 %	27,72	0,00				
	Diárias:	0,00	0,00				
	Ortese:	0,00	0,00				
				Mat + Med:	70,69		
				Tax+Serv+Diaria+Ortese:	27,72		
				Total - Co-particip.	235,33		

25/09/2024 16:01:03 0918CO 0904FR 0918IM 0909TA

Boletim de Atendimento 833101

Data : 23/09/2024 Hora : 08:38

Paciente: 8.42.9388

JULIA SILVA PRADO

Autorização

Sexo: F

Dt.Nasc./Idade: 23/11/2014 9 Ano(s) e 10 Meses

Identidade: 7029506213 Fone: 5100000000

Mãe: LISIANI SILVA

Naturalidade: RS-

Endereço: TRAVESSA ESCOBAR,61-524 AP Cidade:PORTO ALEGRE Cep:91910400

Convênio: COLEGIO ADVENTISTA

CAUSA DO SOCORRO (informações prestadas à recepção):

pé e

HISTÓRICO - EXAME FÍSICO :

- EM TTO -
TALA E REV EM 2 SEMANAS COM RX

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

FRAT EPIF G1 TIBIA DISTAL E?

PROCEDIMENTO/MEDICAÇÃO:

1-10101039-CONSULTA
1-0059-APARELHO GESSADA BOTA C/ OU S/ SALTO

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 17.939

21236-ALBERTO ARAIS PYDD
Médico Diretor

17959 SILVANA MONTARDO DINIZ
Médico Responsável

Enfermagem:

Recepção: NICOLAS CARVALHO TRA



Assinatura do responsável/Paciente:

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Júlia Silva Prado
Nº da Carteirinha: 8.42.9388
Instituição: Colégio Adventista de Porto Alegre



Data de Nascimento: 23/11/2014 **Nº da Guia:** 20662.002

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
23/09/2024	08:13:35	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Esquerdo

Descrição
A aluna estava pulando corda quando torceu o pé.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Edimilson Martins	(51) 98638-6467

Quem prestou primeiros socorros	Data
Edimilson Martins	04/09/2024

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.:

[Handwritten signature]

Helen Daniela Santos vieira

87.115.838/0006-137
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