

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

Paciente: 106345 ICARO BERNARDES PEREIRA

Data: 30/10/2024 qua Hora Prev.: 09:34

Hora Início: Hora Término:

Medico: 12604 BRENO NORA

8.65.3743

Boletim: 838690

Guia Principal:

Matric. 28562

Cpf: 31154123049

Plano/Franquia:

Sit.: LIBERADO

Autorização: 22342.001

GABRIELA DA

Conduta	Descrição	Vlr.Unit.	Qt.	Total	Co-part. P
CONSULTA					
10101039 C	CONSULTA	63,00	1,00	63,00	0,00
IMOBILIZAÇÃO PUNHO, MÃO E DEDOS					
0028 T	TAXA DE SALA NÃO GESSADA	18,48	1,00	18,48	0,00
0043 P	IMOBILIZAÇÃO PUNHO, MÃO E DEDOS	36,96	1,00	36,96	0,00
0092 M	MATERIAL IMOBILIZAÇÃO PUNHO, MAOS E	14,44	1,00	14,44	0,00

Resumo:	Exames:	0,00	0,00	Guia:	Total	132,88	0,00
	Honorarios:	99,96	0,00				
	Material:	14,44	0,00				
	Medicamentos:	0,00	0,00				
	Serviços:	0,00	0,00				
	Taxas:	18,48	0,00				
	30 %	0,00		Mat + Med:	14,44		
	Diárias:	0,00	0,00	Tax+Serv+Diaria+Ortese:	18,48		
	Ortese:	0,00	0,00	Total - Co-particip.	132,88		

01/11/2024 16:05:01 1023CO 1023FR 1023TA

Boletim de Atendimento 838690

Data : 30/10/2024 Hora : 09:34

Autorização

Paciente: 8.65.3743

ICARO BERNARDES PEREIRA

Sexo: M

Dt.Nasc./Idade: 23/03/2011 13 Ano(s) e 7 Meses

Identidade:

Fone: 5100000000

Mãe: DAMARIZ MENEZES BERNARDES

Naturalidade: RS-

Endereço: RUA HUMBERTO CADAVAL,497-CASA Cidade:PORTO ALEGRE Cep:91550860

Convênio: COLEGIO ADVENTISTA

CAUSA DO SOCORRO (informações prestadas à recepção):

mao d

HISTÓRICO - EXAME FÍSICO :

EM TTO POR FRAT. FAL PROX. 5ºQDD

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:**PROCEDIMENTO/MEDICAÇÃO:**

1-10101039-CONSULTA

1-0043-IMOBILIZAÇÃO PUNHO, MÃO E DEDOS

PROCEDIMENTO/CONSIDERAÇÕES:

DR. BRENO NORA
Ortopedia - Traumatologia
Cirurgia do Joelho

12604 BRENO NORA 12.604
Médico Responsável

21236-ALBERTO ARAIS PYDD
Médico Diretor

Declaro estar de acordo com os termos da Política de Privacidade da clinica disponível no site <http://clinicaortra-poa.com.br/LGPD>

Enfermagem:

Recepção: GABRIELA DA SILVA

Assinatura do responsável/Paciente:

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO



Aluno: Icaro Bernardes Pereira
Nº da Carteira: 8.65.3743
Instituição: Colégio Adventista do Partenon

Data de Nascimento: 23/03/2011

Nº da Guia: 22342.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
29/10/2024	16:07:55	Corredor	Deslocamento interno

O que aconteceu

Partes do corpo

Trauma (**Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro**)

Mão Direita, 5º Dedo Mão Direita

Descrição

Aluno estava "brincando" com o colega que acertou o joelho no dedo dele.

Testemunha da ocorrência

Telefone

Matheus Silveira

(51) 98461-0432

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

Aluno estará retornando a clínica na data de hoje 30/10/2024 para continuidade do tratamento do dedo lesionado.

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