

ORTRA
Relatório Faturamento - Paciente

Empresa: ORTRA

Convenio: COLEGIO ADVENTISTA

Empr.Conv:

Paciente: 46089

MARIA CLARA SIMON DE ARAGAO

Data: 03/08/2021

ter Hora Prev.: 16:44

Hora Início:

Hora Término:

Medico: 25490 FERNANDO NORA CALCAGNOTTO

Matric. 75027

9398

Boletim: 686213

Guia Principal:

Cpf: 69946175053

Plano/Franquia:

Sit.: LIBERADO

Autorização:

MARIA GORETE

Conduta	Descrição	Vlr.Unit.	Qt.	Total	Co-part. P.
CONSULTA C/ TRATAMENTO CONSERVADOR					
101010391 C	CONSULTA C/ TRAT CONSERVADOR	100,00	1,00	100,00	0,00

Resumo:	Exames:	0,00	Co-particip.	0,00	Guia:	Total	100,00	0,00
	Honorarios:	100,00		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		0,00				
	Diárias:	0,00	0,00		Mat + Med:		0,00	
	Ortese:	0,00	0,00		Tax+Serv+Diaria+Ortese:		0,00	
					Total - Co-particip.		100,00	

12/08/2021 13:25:21

CID : S800-Contusao do joelho

Boletim de Atendimento 686213

Data : 03/08/2021 Hora : 16:44

Autorização

Paciente: 9398

MARIA CLARA SIMON DE ARAGAO

Sexo: F

Dt.Nasc./Idade: 22/08/2010 11 Ano(s) e 0 Meses

Identidade: 2121150251 Fone: 5132681389

Mãe: ALINE SIMON CARDOZO 81704810078

Naturalidade: RS-

Endereço: RUA CORONEL MASSOT,96-105 Cidade:PORTO ALEGRE Cep:91910530

Convênio: **COLEGIO ADVENTISTA****CAUSA DO SOCORRO (informações prestadas à recepção):**

JOELHO D

HISTÓRICO - EXAME FÍSICO :

- trauma joelho
escoriação
chegou caminhando
agora refer que não consegue mover joelho -
rx sp
aine
gelo
imob
ao especialista

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S800 - Contusao do joelho

PROCEDIMENTO/MEDICAÇÃO:

1-101010391-CONSULTA C/ TRAT CONSERVADOR

EXAMES SOLICITADOS:

Lado: D -> RX JOELHO AP LAT

SINAIS VITAIS:

T.A.: _____ T.R.: _____ P.A.: _____ F.R.: _____ F.C.: _____ PESO: _____ ALTURA: _____ S.C.: _____

PROCEDIMENTO/CONSIDERAÇÕES:

Dr. Fernando Calcagnotto
CIRURGIA DE MÃO
CREMERS 25490

25490 FERNANDO NORA CALCAGNOTTO
Médico Responsável

21236-ALBERTO ARAIS PYDD
Médico Diretor

Enfermagem:

Recepção: MARIA GORETE

[Assinatura]
Assinatura do responsável/Paciente:



Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde

Clínica Adventista de Porto Alegre

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

NOME COMPLETO DO ALUNO: <i>Maria Clara Simon Aragão</i>		Nº DA MATRÍCULA: <i>3338</i>	
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO: <i>Colégio Adventista de Porto Alegre</i>		TELEFONE: <i>30865050</i>	
ENDEREÇO: <i>R. Camaquã 534</i>		CIDADE: <i>POA</i>	UF: <i>RS</i>

DATA DA OCORRÊNCIA: <i>03/08/2021</i>	NATUREZA DO ACIDENTE: ☐ ATROPELAMENTO ☐ BRIGA ☐ CHOQUE COM DISPOSITIVO FIXO ☐ CHOQUE COM TERCEIRA PESSOA ☐ CORTE COM INSTRUMENTO OU OBJETO ☐ CORPO ESTRANHO ☐ QUEIMADURA ☒ QUEDA ☐ TORÇÃO ☐ TRAUMA ☐ TRAUMA COM BOLA ☐ OUTROS QUAL?	ATIVIDADE DURANTE O ACIDENTE: ☐ ATLETISMO ☐ CAMA ELÁSTICA ☐ DESLOCAMENTO NO INTERIOR DO COLÉGIO ☐ EDUCAÇÃO FÍSICA ☐ GINÁSTICA OLÍMPICA ☐ JOGO DE BASQUETE ☐ JOGO DE FUTEBOL ☐ JOGO DE HANDEBOL ☐ JOGO DE VOLEY ☐ NATAÇÃO ☐ RECREIO ☐ SALA DE AULA ☒ OUTROS QUAL? <i>Subindo os escad.</i>
HORÁRIO DO ACIDENTE: <i>15:20h</i>		
LOCAL ONDE OCORREU: <i>Escada</i>		

DESCREVA, COM LETRA LEGÍVEL, COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS:

*A aluna subindo para sua sala pelos escadões pisou no corrimão e
bater o joelho*

PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:

NOME: *Colégio de Turma*

TELEFONE:

NOME:

TELEFONE:

QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS?

Guilherme Martins

DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA:

NOME DO MÉDICO OU HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO:

DATA DE EMISSÃO:

ASSINATURA E CARIMBO - RESPONSÁVEL ENTIDADE DE ENSINO:

07.115.938/0006-13

COLÉGIO ADVENTISTA DE
PORTO ALEGRE

CONSIDERAÇÕES FINAIS (PARA USO EXCLUSIVO DA CLAPA):

RUA CAMAQUÃ, 534
CAMAQUA - CEP 91910-630

(ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE PORTO ALEGRE, AOS CUIDADOS DO DEPTO. DE ASSISTÊNCIA MÉDICA, JUNTAMENTE COM COMPROVANTES ORIGINAIS)

Rua Matias José Bins, 581 / Três Figueiras / Porto Alegre / RS / 91330-290 / Fones: (51) 3382-1200_8106-8736

www.clinicaadventista.org.br / jhon.coelho@clinicaadventista.org.br