

ORTRA
Relatório Faturamento - Paciente

Empresa: ORTRA

Convenio: COLEGIO ADVENTISTA

Empr.Conv:

Paciente: 104730 HELENA BALDIN DE ALMEIDA

Data: 09/11/2021 ter Hora Prev.: 15:16

Hora Início: Hora Término:

Medico: 25490 FERNANDO NORA CALCAGNOTTO

Matric. 75027

8428915

Boletim: 698684

Guia Principal:

Cpf: 69946175053

Plano/Franquia:

Sit.: LIBERADO

Autorização:

DANIELA

Conduta	Descrição		Vlr.Unit.	Qt.	Total	Co-part. P
CONSULTA						
10101039 C	CONSULTA	4430	60,00	1,00	60,00	0,00
TALA GESSADA PUNHO E MÃO						
00102 M	MATERIAL TALA GESS PUNHO/MAO	4430	23,76	1,00	23,76	0,00
0029 T	TAXA DE SALA GESSO	4430	26,40	1,00	26,40	0,00
0052 P	TALA GESSADA PUNHO MÃO	4430	35,20	1,00	35,20	0,00

Total Co-particip.

Guia:

Total

145,36

0,00

Resumo:	Exames:	0,00	0,00
	Honorários:	95,20	0,00
	Material:	23,76	0,00
	Medicamentos:	0,00	0,00
	Serviços:	0,00	0,00
	Taxas:	26,40	0,00
	30 %	0,00	
	Diárias:	0,00	0,00
	Ortese:	0,00	0,00

Mat + Med: 23,76

Tax+Serv+Diaria+Ortese: 26,40

Total - Co-particip. 145,36

02/12/2021 15:01:49

CID : S525-Fratura da extremidade distal do radio

Boletim de Atendimento 698684

Data : 09/11/2021 Hora : 15:16

Paciente: **8428915**

HELENA BALDIN DE ALMEIDA

Autorização

Sexo: M

Dt.Nasc./Idade: 27/07/2014 7 Ano(s) e 4 Meses

Identidade:

Fone:

Mãe:

Naturalidade: RS-

Endereço: AVENIDA OTTO NIEMEYER,1702-801B Cidade:PORTO ALEGRE Cep:91910001

Convênio: **COLEGIO ADVENTISTA**

CAUSA DO SOCORRO (informações prestadas à recepção):

BRAÇO D

HISTÓRICO - EXAME FÍSICO :

- diag de frt SHI ontem hmd

oriento

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S525 - Fratura da extremidade distal do radio

PROCEDIMENTO/MEDICAÇÃO:

1-10101039-CONSULTA

1-0052-TALA GESSADA PUNHO MÃO

SINAIS VITAIS:

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

PROCEDIMENTO/CONSIDERAÇÕES:

Dr. Fernando Calcagnotto
CIRURGIÃO DE MÃO
CREMERS 25490

25490 FERNANDO NORA CALCAGNOTTO
Médico Responsável

21236-ALBERTO ARAIS PYDD
Médico Diretor

Enfermagem:

Recepção: DANIELA

Patricia B. L.

Assinatura do responsável/Paciente:

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Helena Baldin de Almeida
Nº da Carteira: B 42.8915
Instituição: Colégio Adventista de Porto Alegre



Data de Nascimento: 27/07/2014

Nº da Guia: 4430

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
08/11/2021	16:25:00	Playground (Ex.: parquinho)	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu

Queda de mesmo nível

Partes do corpo

Braço Direito

Descrição

A aluna estava brincando no playground e, ao descer pelo escorregador, caiu por cima do braço direito.

Testemunha da ocorrência

Jéssie Dorneles Coronel Ribeiro

Rosângela Garcia

Telefone

(51) 3086-5050

(51) 3086-5050

Quem prestou primeiros socorros

Jéssie Dorneles Coronel Ribeiro

Data

08/11/2021

Local de atendimento

Endereço

Nº

Bairro

Telefone

ORTA - Clínica de Ortopedia e Traumatologia de Urgência Ltda

AV. CAVALHADA

216
6

CAVALHADA

(51) 3241-0900
(51) 3247-1456

Observações

O aluno foi atendido pela professora e encaminhado para a unidade de referência. Foi informado aos responsáveis por ligação

Ass.: _____

Tânise Signorini

Tânise De Souza Signorini

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE PORTO ALEGRE, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo) Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ

15.116.763/0003-31

Rua Matias José Bins, 581 - Três Figueiras, Porto Alegre - RS, CEP: 91330-290

Telefone: (51) 3382-1200

assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / portoalegre.clinicaadventista.org.br