

ORTRA
Relatório Faturamento - Paciente

Empresa: ORTRA

Convenio: **COLEGIO ADVENTISTA**

Empr.Conv:

Paciente: 104739 **ARTHUR RAFAEL PEREIRA VELASQUES**

8652808

Plano/Franquia:

Data: 16/11/2021 ter Hora Prev.:15:30

Boletim: **699462**

Sit.: LIBERADO

Hora Início: Hora Término:

Guia Principal:

Autorização:

Medico: 25490 **FERNANDO NORA CALCAGNOTTO**

Matric. 75027

Cpf: 69946175053

DANIELA

Conduta	Descrição	Vlr.Unit.	Qt.	Total	Co-part. P
CONSULTA					
10101039 C	CONSULTA	4445.001	60,00	1,00	60,00 0,00
	Total				
<u>Resumo:</u>	Exames:	0,00			
	Honorarios:	60,00			
	Material:	0,00			
	Medicamentos:	0,00			
	Serviços:	0,00			
	Taxas:	0,00			
	30 %	0,00			
	Diárias:	0,00			
	Ortese:	0,00			
	Mat + Med:				0,00
	Tax+Serv+Diaria+Ortese:				0,00
	Total - Co-particip.				60,00

02/12/2021 14:57:31 1109CO 1109TA

CID : S636-Entorse e distensao do(s) dedo(s)

Boletim de Atendimento 699462

Data : 16/11/2021 Hora : 15:30

Paciente: 8652808

ARTHUR RAFAEL PEREIRA VELASQUES

Autorização

Sexo: M

Dt.Nasc./Idade: 25/06/2005 16 Ano(s) e 5 Meses

Identidade: 708516896 Fone:

Mãe:

Naturalidade: RS-

Endereço: RUA ALBION,695- Cidade:PORTO ALEGRE Cep:91530010

Convênio: COLEGIO ADVENTISTA

CAUSA DO SOCORRO (informações prestadas à recepção):

mão d

HISTÓRICO - EXAME FÍSICO :

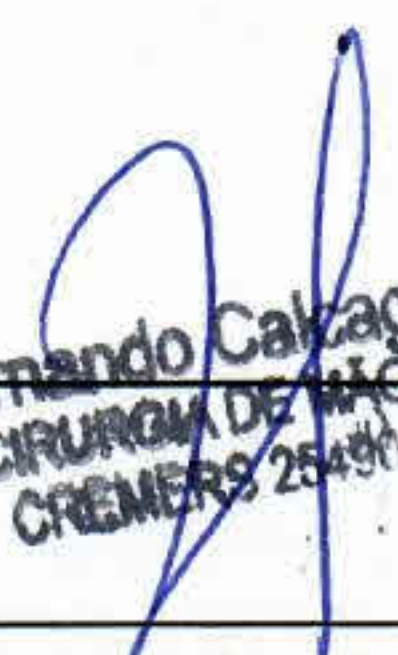
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

PROCEDIMENTO/MEDICAÇÃO:

SINAIS VITAIS:

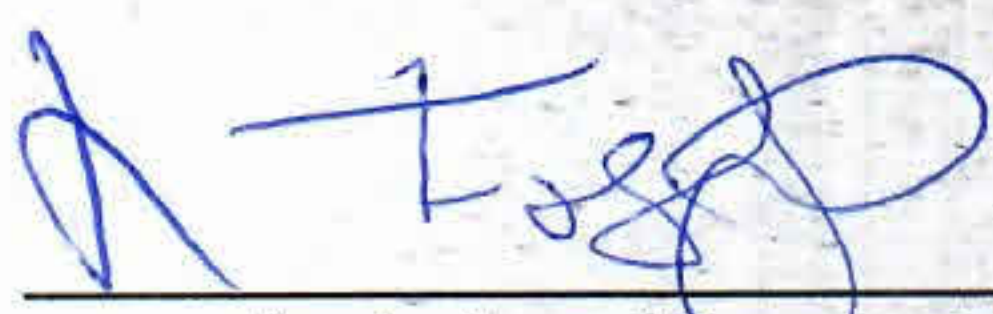
T.A.: _____ T.R.: _____ P.A.: _____ F.R.: _____ F.C.: _____ PESO: _____ ALTURA: _____ S.C.: _____

PROCEDIMENTO/CONSIDERAÇÕES:


Dr. Fernando Calcagnotto
Cirurgião de Mão
CREMERS 2549025490 FERNANDO NORA CALCAGNOTTO
Médico Responsável21236-ALBERTO ARAIS PYDD
Médico Diretor

Enfermagem:

Recepção: DANIELA


Assinatura do responsável/Paciente:

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Arthur Rafael Pereira Velasques
Nº da Carteira: 8.65.2808
Instituição: Colégio Adventista do Partenon



Data de Nascimento: 25/06/2005

Nº da Guia: 4445.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
08/11/2021	09:50:00	Ginásio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	3º Dedo Mão Direita

Descrição

Aluno estava jogando basquete no intervalo, quando a bola bateu na ponta do seu dedo médio, dedo encontra-se inchado.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Marcos Vinícius Carneiro	51985769354
Marcos Vinícius Carneiro	51985769354

Quem prestou primeiros socorros	Data
Marcos Vinícius Carneiro	09/11/2021

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
ORTRA - Clínica de Ortopedia e Traumatologia de Urgência Ltda	AV. CAVALHADA	2166	CAVALHADA	(51) 3241-0900 (51) 3247-1456

Motivo do Retorno

Aluno estará retornando para tratamento do dedo lesionado.

Ass.: _____

Marcos Vinicius Carneiro da Silva

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

Impresso por: Marcos Vinicius Carneiro da Silva

1 de 1

16/11/2021