

ORTRA
Relatório Faturamento - Paciente

Empresa: ORTRA

Convenio: COLEGIO ADVENTISTA

Empr.Conv:

Paciente: 104943 RYAN SILVA DE SOUZA

Data: 30/11/2021 ter Hora Prev.: 15:00

Hora Início: Hora Término:

Medico: 25490 FERNANDO NORA CALCAGNOTTO

Matric. 75027

4592001

Boletim: 701568

Guia Principal:

Cpf: 69946175053

Plano/Franquia:

Sit.: LIBERADO

Autorização:

DANIELA

Conduta	Descrição		Vlr.Unit.	Qt.	Total	Co-part. P
CONSULTA						
10101039 C	CONSULTA		4592.001	60,00	1,00	60,00 0,00
		Total				
		Co-particip.				
Resumo:	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 15:17:34	1122CO 1122TA					

CID : S626-Fratura de outros dedos

Boletim de Atendimento 701568

Data : 30/11/2021 Hora : 15:00

Autorização

Paciente: 4592001

RYAN SILVA DE SOUZA

Sexo: M

Dt.Nasc./Idade: 19/03/2009 12 Ano(s) e 8 Meses

Identidade:

Fone:

Mãe:

Naturalidade: RS-

Endereço: RUA DOUTOR PEREIRA DA CUNHA,70- Cidade:PORTO ALEGRE Cep:91530290

Convênio: COLEGIO ADVENTISTA

CAUSA DO SOCORRO (informações prestadas à recepção):

MÃO E

HISTÓRICO - EXAME FÍSICO :

- rx ok
oriento
imob

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S626 - Fratura de outros dedos

PROCEDIMENTO/MEDICAÇÃO:

1-10101039-CONSULTA

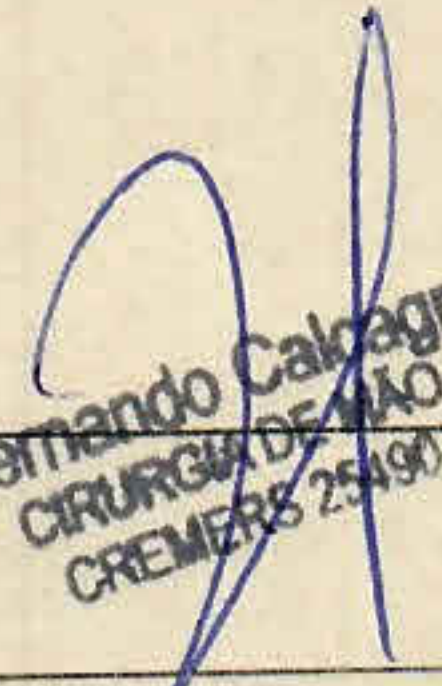
EXAMES SOLICITADOS:

Lado: E -> RX MAO OU QUIRODACTILOS

SINAIS VITAIS:

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

PROCEDIMENTO/CONSIDERAÇÕES:

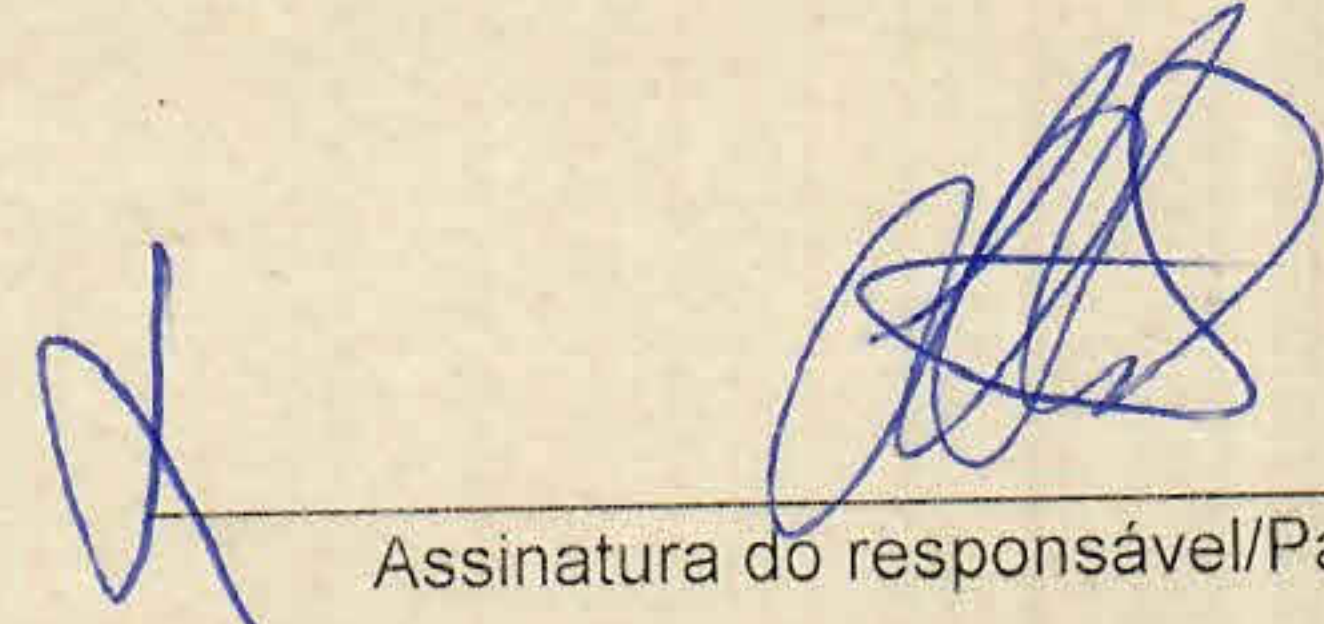

Dr. Fernando Calcagnotto
CIRURGIÃO DE MÃO
CREMERS 25490

25490 FERNANDO NORA CALCAGNOTTO
Médico Responsável

21236-ALBERTO ARAIS PYDD
Médico Diretor

Enfermagem:

Recepção: DANIELA


Assinatura do responsável/Paciente:

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO



Aluno: Ryan Silva de Souza

Nº da Carteirinha: 8.65.4022

Instituição: Colégio Adventista do Partenon

Data de Nascimento: 19/03/2009

Nº da Guia: 4592.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
22/11/2021	11:27:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	2º Dedo Mão Esquerda, 3º Dedo Mão Esquerda

Descrição
Aluno estava jogando basquete na aula de educação física quando a bola bateu na ponta dos seus dedos causando dor e dificuldade de movimento.

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Marcos Vinícius Carneiro	22/11/2021

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 continuidade do tratamento dos dedos lesionados.

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

1 de 1

30/11/2021

OBS: RETORNA HOJE 30/11/21