

ORTRA
Relatório Faturamento - Paciente

Empresa: ORTRA

Convenio: COLEGIO ADVENTISTA

Empr.Conv:

Paciente: 106049 RAFAEL DA SILVA IRION

1860003

Plano/Franquia:

Data: 15/03/2022 ter Hora Prev.:14:15

Boletim: 713191

Sit.: LIBERADO

Hora Início: Hora Término:

Guia Principal:

Autorização:

Medico: 25490 FERNANDO NORA CALCAGNOTTO

Matric. 75027

Cpf: 69946175053

MARIA GORETE

Conduta	Descrição	Vlr.Unit.	Qt.	Total	Co-part. P
CONSULTA					
10101039 C	CONSULTA	60,00	1,00	60,00	0,00

Total Co-particip.

Guia:

Total

60,00

0,00

<u>Resumo:</u>	Exames:	0,00	0,00
	Honorarios:	60,00	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	
	Diárias:	0,00	0,00
	Ortese:	0,00	0,00

Mat + Med: 0,00

Tax+Serv+Diaria+Ortese: 0,00

Total - Co-particip. 60,00

05/04/2022 08:48:04 0310CO 0214IM 0310TA

CID : M255-Dor articular

Boletim de Atendimento 713191

Data : 15/03/2022 Hora : 14:15

Autorização

Paciente: 1860003

RAFAEL DA SILVA IRION

Sexo: M

Dt.Nasc./Idade: 15/12/2004 17 Ano(s) e 3 Meses

Identidade: 4122055835 Fone: 5100000000

Mãe:

Naturalidade: RS-

Endereço: RUA NELSON DUARTE BROCHADO,36- Cidade:PORTO ALEGRE Cep:90610090

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

dedo mao d

HISTÓRICO - EXAME FÍSICO :- refere dor e edema
trauma ha 1 mesagora melhor
ret tala
rnm**HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:**

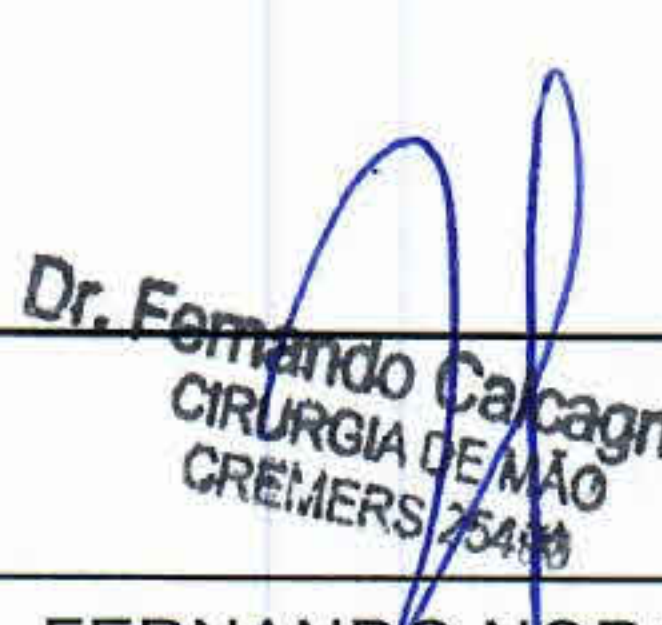
M255 - Dor articular

PROCEDIMENTO/MEDICAÇÃO:

1-10101039-CONSULTA

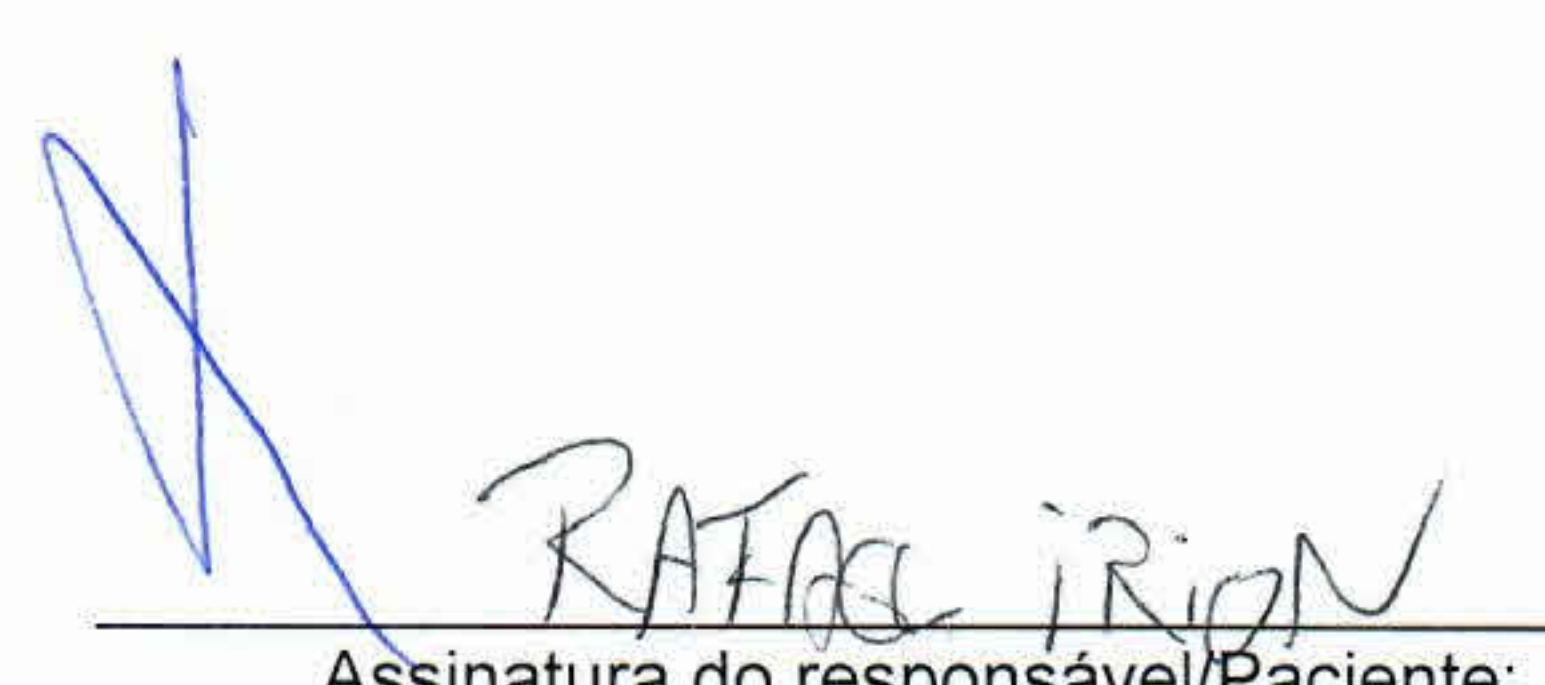
SINAIS VITAIS:

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

PROCEDIMENTO/CONSIDERAÇÕES:
Dr. Fernando Calcagnotto
CIRURGIA DE MÃO
CREMERS 2549025490 FERNANDO NORA CALCAGNOTTO
Médico Responsável21236-ALBERTO ARAIS PYDD
Médico Diretor

Enfermagem:

Recepção: MARIA GORETE


Assinatura do responsável/Paciente:

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO



Aluno: Rafael da Silva Irion
Nº da Carteirinha: 8.65.3545
Instituição: Colégio Adventista do Partenon

Data de Nascimento: 15/12/2004

Nº da Guia: 4860.003

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
14/02/2022	10:27:00	Ginásio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	4º Dedo Mão Direita

Descrição
Aluno estava jogando basquete no ginásio quando a bola bateu em seu dedo.

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Marcos Vinícius Carneiro	14/02/2022

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 na data de hoje 15/03/2022 para continuidade do 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