

ORTRA
Relatório Faturamento - Paciente

Empresa: ORTRA

Convenio: COLEGIO ADVENTISTA

Empr.Conv:

Paciente: 106486 MATEUS PEREIRA AVILA

5248

Plano/Franquia:

Data: 15/03/2022 ter Hora Prev.:16:54

Boletim: 713230

Sit.: 1 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
<i>Procedimento</i>					
178 0017	P FRATURA PUNHO TRAT CONSERVADOR	35,20	1,00	35,20	0,00
<i>Consulta</i>					
178 10101039	C CONSULTA	60,00	1,00	60,00	0,00

Total	Co-particip.	Guia:	Total	95,20	0,00
-------	--------------	-------	-------	-------	------

Resumo:	Exames:	0,00	0,00		
	Honorarios:	95,20	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		Mat + Med:	0,00
	Diárias:	0,00	0,00	Tax+Serv+Diaria+Ortese:	0,00
	Ortese:	0,00	0,00	Total - Co-particip.	95,20

20/04/2022 09:46:39

CID : S525-Fratura da extremidade distal do radio

Boletim de Atendimento 713230

Data : 15/03/2022 Hora : 16:54

Paciente: 5248

MATEUS PEREIRA AVILA

Autorização

Sexo: M

Dt.Nasc./Idade: 01/01/2008 14 Ano(s) e 2 Meses

Identidade:

Fone:

Mãe:

Naturalidade: RS-

Endereço: RUA PADRE NÓBREGA,788- Cidade:PORTO ALEGRE Cep:90830640

Convênio: COLEGIO ADVENTISTA

CAUSA DO SOCORRO (informações prestadas à recepção):

MÃO E

HISTÓRICO - EXAME FÍSICO :

- QUEDA DOR PUNHO E ANTEBRAÇO ESQ
rx fratura subp radio distal
tala
ret 2 semanas
aine

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S525 - Fratura da extremidade distal do radio

PROCEDIMENTO/MEDICAÇÃO:

1-10101039-CONSULTA
1-0017-FRATURA DE PUNHO TTO CONSERVADOR
1-0052-TALA GESSADA PUNHO MÃO

EXAMES SOLICITADOS:

Lado: E -> RX PUNHO
Lado: E -> RX ANTEBRAÇO

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

21236-ALBERTO ARAIS PYDD
Médico Diretor

25490 FERNANDO NORA CALCAGNOTTO
Médico Responsável

Enfermagem:

Recepção: DANIELA

Assinatura do responsável/Paciente:

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Mateus Pereira Ávila
Nº da Carteirinha: 8.42.7142
Instituição: Colégio Adventista de Porto Alegre



Data de Nascimento: 01/01/2008

Nº da Guia: 5248

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
15/03/2022	16:06:00	Escada	descendo as escadas

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Braço Esquerdo, Antebraço Esquerdo, Cotovelo Esquerdo

Descrição
O aluno vinha descendo as escadas, escorregou e caiu por cima do braço.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Leianderson Lima	(85) 98770-5040

Quem prestou primeiros socorros	Data
Leianderson Lima	15/03/2022

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações
O aluno foi atendido pelo coordenador de disciplina e encaminha ao hospital.

Ass.:

Leianderson Silva Lima

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