

ORTRA
Relatório Faturamento - Paciente

Empresa: ORTRA

Convenio: COLEGIO ADVENTISTA

Empr.Conv:

Paciente: 106872 JOAO VITOR MENDES LEONARDO

8427023

Plano/Franquia:

Data: 07/04/2022 qui Hora Prev.: 09:00

Boletim: 716402

Sit.: LIBERADO

Hora Início: Hora Término:

Guia Principal:

Autorização:

Medico: 25490 FERNANDO NORA CALCAGNOTTO

Matric. 75027

Cpf: 69946175053

AUDREY BORBA

Condução	Descrição	Vlr.Unit.	Qt.	Total	Co-part. P
CONSULTA					
10101039 C	CONSULTA	60,00	1,00	60,00	0,00
TALA GESSADA PUNHO E MÃO					
00102 M	MATERIAL TALA GESS PUNHO/MAO	23,76	1,00	23,76	0,00
0029 T	TAXA DE SALA GESSO	26,40	1,00	26,40	0,00
0052 P	TALA GESSADA PUNHO MÃO	35,20	1,00	35,20	0,00
Total Co-particip.		Total		145,36	0,00

Guia:

Resumo:

Exames:	0,00	0,00
Honorarios:	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

20/04/2022 09:58:24 0406CO 0406IM

CID : S626-Fratura de outros dedos

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: João Vitor Mendes Leonardo
Nº da Carteirinha: 8.42.7023
Instituição: Colégio Adventista de Porto Alegre



Data de Nascimento: 11/08/2008

Nº da Gula: 5634.002

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
06/04/2022	11:39:00	Ginásio	Aula de educação física

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

Descrição
Aluno estava jogando handbol e a bola bateu no dedo.

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Leianderson Lima	06/04/2022

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
ORTRA - Clínica de Ortopedia e Traumatologia de Urgência Ltda	AV. CAVALHADA	216 6	CAVALHADA	(51) 3241-0900 (51) 3247-1456

Motivo do Retorno
Avaliação com médico especialista.

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

ORTRA
Relatório Faturamento - Paciente

Empresa: ORTRA

Convenio: COLEGIO ADVENTISTA

Empr.Conv:

Paciente: 106872 JOAO VITOR MENDES LEONARDO

8427023

Plano/Franquia:

Data: 07/04/2022 qui Hora Prev.: 09:00

Boletim: 716402

Sit.: LIBERADO

Hora Início: Hora Término:

Guia Principal:

Autorização:

Medico: 25490 FERNANDO NORA CALCAGNOTTO

Matric. 75027

Cpf: 69946175053

AUDREY BORBA

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

	Total	Co-particip.	Guia:	Total	145,36	0,00
<u>Resumo:</u>						
Exames:	0,00	0,00				
Honorarios:	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		Mat + Med:	23,76		
Diárias:	0,00	0,00	Tax+Serv+Diaria+Ortese:	26,40		
Ortese:	0,00	0,00	Total - Co-particip.	145,36		

20/04/2022 09:58:24 0406CO 0406IM

CID : S626-Fratura de outros dedos

Boletim de Atendimento 716402

Data : 07/04/2022 Hora : 09:00

Paciente: 8427023

JOAO VITOR MENDES LEONARDO

Autorização

Sexo: M

Dt.Nasc./Idade: 11/08/2008 13 Ano(s) e 8 Meses

Identidade: 5137849823 Fone: 5139074388

Mãe:

Naturalidade: RS-

Endereço: RUA DA AMIZADE,22-CASA Cidade:PORTO ALEGRE Cep:91920170

Convênio: COLEGIO ADVENTISTA

CAUSA DO SOCORRO (informações prestadas à recepção):

CONSULTA

HISTÓRICO - EXAME FÍSICO :

- trauma d4 esq
dedo em martelo osseo

tento redução
rx controle - redução não satisfatória
ver se plano do colégio tem cobertura para cirurgia
orçamento
a rede publica
oriento
manter tala

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S626 - Fratura de outros dedos

PROCEDIMENTO/MEDICAÇÃO:

1-10101039-CONSULTA
1-0052-TALA GESSADA PUNHO MÃO

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:

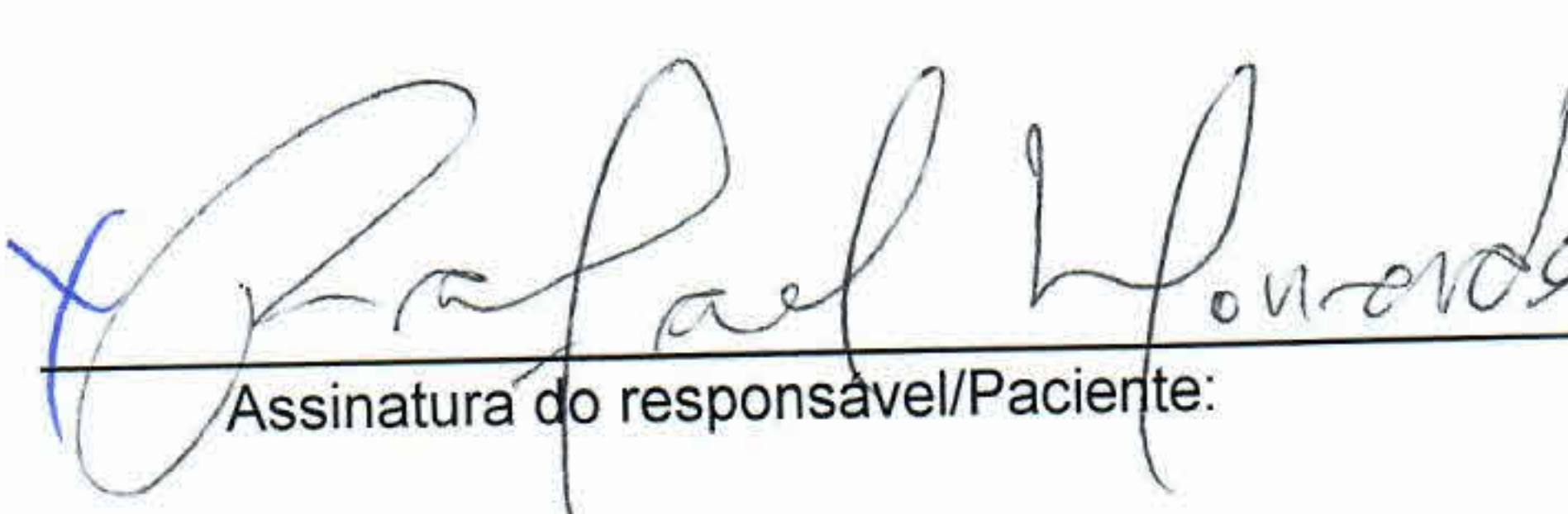

Dr. Fernando Calcagnotto
CIRURGIA DE MÃO
CREMERS 25490

25490 FERNANDO NORA CALCAGNOTTO
Médico Responsável

21236-ALBERTO ARAIS PYDD
Médico Diretor

Enfermagem:

Recepção: AUDREY BORBA


Assinatura do responsável/Paciente:

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: João Vitor Mendes Leonardo
Nº da Carteira: 8.42.7023
Instituição: Colégio Adventista de Porto Alegre



Data de Nascimento: 11/08/2008

Nº da Gula: 5634.002

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
06/04/2022	11:39:00	Ginásio	Aula de educação física

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

Descrição

Aluno estava jogando handbol e a bola bateu no dedo.

Testemunha da ocorrência

Leianderson Lima

Telefone

(85) 98770-5040

Quem prestou primeiros socorros

Leianderson Lima

Data

06/04/2022

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

Avaliação com médico especialista.

Ass.:

Tânise De Souza 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