

ORTRA
Relatório Faturamento - Paciente
Empresa: ORTRA
Convenio: COLEGIO ADVENTISTA
Empr.Conv:

Paciente: 93698 ANITA OLIVEIRA DA SILVA 5830 Plano/Franquia:
Data: 19/04/2022 ter Hora Prev.:17:18 Boletim: 718098 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	60,00	1,00	60,00	0,00
ROTURA APARELHO EXTENSOR DEDO					
0025	P ROTURA APARELHO EXTENSOR DEDO	32,00	1,00	32,00	0,00
IMOBILIZAÇÃO SPICA					
00100	M MATERIAL IMOBILIZAÇÃP SPICA	16,28	1,00	16,28	0,00
0028	T TAXA DE SALA NÃO GESSADA	17,60	1,00	17,60	0,00
0050	P IMOBILIZAÇÃO SPICA	26,40	1,00	26,40	0,00

Total Co-particip.		Guia:	Total	152,28	0,00
Resumo:	Exames:	0,00	0,00		
	Honorarios:	118,40	0,00		
	Material:	16,28	0,00		
	Medicamentos:	0,00	0,00		
	Serviços:	0,00	0,00		
	Taxas:	17,60	0,00		
	30 %	0,00	Mat + Med:	16,28	
	Diárias:	0,00	0,00	Tax+Serv+Diaria+Ortese:	17,60
	Ortese:	0,00	0,00	Total - Co-particip.	152,28

20/04/2022 10:08:52

CID : S626-Fratura de outros dedos

Boletim de Atendimento 718098

Data : 19/04/2022 Hora : 17:18

Autorização

Paciente: 5830

ANITA OLIVEIRA DA SILVA

Sexo: F

Dt.Nasc./Idade: 26/01/2011 11 Ano(s) e 3 Meses

Identidade: 3131796348 Fone: 5100000000

Mãe:

Naturalidade: RS-

Endereço: TRAVESSA OUTEIRO,675- Cidade:PORTO ALEGRE Cep:91510060

Convênio: COLEGIO ADVENTISTA

CAUSA DO SOCORRO (informações prestadas à recepção):

MÃO D

HISTÓRICO - EXAME FÍSICO :

- trauma d5 dir

espica
aine
oriento**HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:**

S626 - Fratura de outros dedos

PROCEDIMENTO/MEDICAÇÃO:

1-10101039-CONSULTA

1-0025-ROTURA APARELHO EXTENSOR DEDO

1-0050-IMOBILIZAÇÃO SPICA

EXAMES SOLICITADOS:

Lado: D -> 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 755.425490 FERNANDO NORA CALCAGNOTTO
Médico Responsável21236-ALBERTO ARAIS PYDD
Médico Diretor

Enfermagem:

Recepção: DANIELA


Assinatura do responsável/Paciente:

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Anita Oliveira da Silva
Nº da Carteira: 8.65.4075
Instituição: Colégio Adventista do Partenon



Data de Nascimento: 26/01/2011

Nº da Guia: 5830

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
19/04/2022	16:41:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	5º Dedo Mão Direita

Descrição
Aluna estava jogando basquete na aula de educação física quando a bola bateu em seu dedo, com o choque o dedo foi para trás, aluna relata sentir desconforto no dedo

Testemunha da ocorrência	Telefone
Marcos Vinícius Carneiro	(51) 99527-8302
Marcos Vinicius Carneiro	(51) 99527-8302

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações
aplicamos gelo no local.

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