

ORTRA
Relatório Faturamento - Paciente

Empresa: ORTRA

Convenio: COLEGIO ADVENTISTA

Empr.Conv:

Paciente: 104943 RYAN SILVA DE SOUZA

Data: 29/09/2022 qui Hora Prev.: 11:54

Hora Início: Hora Término:

Medico: 25490 FERNANDO NORA CALCAGNOTTO

Matric. 75027

8.65.4022

Boletim: 739434

Guia Principal:

Cpf: 69946175053

Plano/Franquia:

Sit.: LIBERADO

Autorização: 8184

ROSANA

Conduta	Descrição	Vlr.Unit.	Qt.	Total	Co-part. P
CONSULTA					
10101039 C	CONSULTA	60,00	1,00	60,00	0,00
REDUÇÃO DE FRATURAS					
0031 P	REDUÇÃO DE FRATURAS	70,40	1,00	70,40	0,00
INFILTRAÇÃO OU PUNÇÃO					
0030 P	INFILTRAÇÃO OU PUNÇÃO	26,40	1,00	26,40	0,00
0039 T	TAXA DE SALA PROCEDIMENTOS	17,60	1,00	17,60	0,00
0076 M	MATERIAL INFILTRAÇÃO	52,80	1,00	52,80	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
FRATURA FALANGE TRAT CONSERVADOR					
0012 P	FRATURA FALANGE (MAO)	22,00	1,00	22,00	0,00

		Total	Co-particip.	Guia:	Total	334,56	0,00
Resumo:	Exames:	0,00	0,00				
	Honorarios:	214,00	0,00				
	Material:	76,56	0,00				
	Medicamentos:	0,00	0,00				
	Serviços:	0,00	0,00				
	Taxas:	44,00	0,00				
	30 %	0,00		Mat + Med:	76,56		
	Diárias:	0,00	0,00	Tax+Serv+Diaria+Ortese:	44,00		
	Ortese:	0,00	0,00	Total - Co-particip.	334,56		

30/09/2022 16:52:56

CID : S626-Fratura de outros dedos

Boletim de Atendimento 739434

Data : 29/09/2022 Hora : 11:54

Paciente: ~~4592001~~

RYAN SILVA DE SOUZA

Autorização

Sexo: M

Dt.Nasc./Idade: 19/03/2009 13 Ano(s) e 6 Meses

Identidade:

Fone: 5100000000

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):

dedo mão e

HISTÓRICO - EXAME FÍSICO :

- trauma d4 esq
fratura fal media com desvio em hiperext
realizo bloq de nervo/troncular com infiltração de xilo 1% sem
redução incruenta
rx controle redução satisfatoria
am
oriento retorno

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S626 - Fratura de outros dedos

PROCEDIMENTO/MEDICAÇÃO:

1-10101039-CONSULTA
1-0031-REDUÇÃO DE FRATURAS
1-0030-INFILTRAÇÃO OU PUNÇÃO
1-0052-TALA GESSADA PUNHO MÃO
1-0012-FRATURA FALANGE (MAO)

EXAMES SOLICITADOS:

Lado E -> RX MAO OU QUIRODACTILOS
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
GREMERS 25490

25490 FERNANDO NORA CALCAGNOTTO
Médico Responsável

21236- JERERTO ARAIS PYDD
Médico Diretor

Entfermagem:

Recepção: ROSANA

Assinatura do responsável/Paciente:

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Ryan Silva de Souza
Nº da Carteira: 8.65.4022
Instituição: Colégio Adventista do Partenon



Data de Nascimento: 19/03/2009

Nº da Guia: 8184

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
29/09/2022	11:25:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	4º Dedo Mão Esquerda

Descrição
O aluno estava jogando handball quando a bola bateu em seu dedo, dedo está fraturado, imobilizamos e aplicamos gelo no local.

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Marcos Vinícius Carneiro	29/09/2022

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

Observações
Pai estará deslocando-se com o aluno para a clínica ORTRA, fizemos o contato.

Ass.:

Marcos Vinícius Carneiro da Silva

Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: <https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br (não credenciados) com os seguintes dados:

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0003-31
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / portoalegre.clinicaadventista.org.br