

ORTRA
Relatório Faturamento - Paciente

Empresa: ORTRA

Convenio: **COLEGIO ADVENTISTA**

Empr.Conv:

Paciente: 112185 **FELIPE SILVEIRA NEVES**

8.42.8228

Plano/Franquia:

Data: 11/04/2023 ter Hora Prev.: 13:04

Boletim: **764302**

Sit.: LIBERADO

Hora Início: Hora Término:

Guia Principal:

Autorização: 10174.001

Medico: 25490 FERNANDO NORA CALCAGNOTTO

Matric. 75027

Cpf: 69946175053

DAVID LEIRIA

Conduta	Descrição		Vlr.Unit.	Qt.	Total	Co-part. I
CONSULTA						
10101039	C CONSULTA		63,00	1,00	63,00	0,00
		Total Co-particip.	Guia:		Total	63,00 0,00
<u>Resumo:</u>	Exames:	0,00 0,00				
	Honorarios:	63,00 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	Mat + Med:	0,00		
	Diárias:	0,00 0,00	Tax+Serv+Diaria+Ortese:	0,00		
	Ortese:	0,00 0,00	Total - Co-particip.	63,00		

24/04/2023 14:53:23 0321AP 0404AP 0404CO 0321FR 0316TA

CID : S525-Fratura da extremidade distal do radio

Boletim de Atendimento 764302

Data : 11/04/2023 Hora : 13:04

Autorização

Paciente: 10174001

FELIPE SILVEIRA NEVES

Sexo: M

Dt.Nasc./Idade: 05/07/2005 17 Ano(s) e 9 Meses

Identidade:

Fone:

Mãe:

Naturalidade: RS-

Endereço: ESTRADA DO VAREJÃO,3210-CASA Cidade:PORTO ALEGRE Cep:91787170

Convênio: COLEGIO ADVENTISTA

CAUSA DO SOCORRO (informações prestadas à recepção):

braco e

HISTÓRICO - EXAME FÍSICO :

- rx ok

ortese sn

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S525 - Fratura da extremidade distal do radio

PROCEDIMENTO/MEDICAÇÃO:

1-10101039-CONSULTA

EXAMES SOLICITADOS:

Lado: E -> RX PUNHO

SINAIS VITAIS:

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

PROCEDIMENTO/CONSIDERAÇÕES:

Dr. Fernando Calcagnotto
CIRURGIÃO DE MÃO
CRMERS 25490

25490 FERNANDO NORA CALCAGNOTTO
Médico Responsável

21236-ALBERTO ARAIS PYDD
Médico Diretor

Enfermagem:

Recepção: DAVID LEIRIA

Felipe Silveira Neves
Assinatura do responsável/Paciente:

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Felipe Silveira Neves
Nº da Carteira: 8.42.8228
Instituição: Colégio Adventista de Porto Alegre



Data de Nascimento: 05/07/2005

Nº da Guia: 10174.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
21/03/2023	07:38:48	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Antebraço Esquerdo

Descrição

O aluno estava jogando bola, na quadra, desequilibrou e caiu em cima do pulso esquerdo

Testemunha da ocorrência	Telefone
Sebastião	(51) 98256-6051

Quem prestou primeiros socorros	Data
Sebastião	16/03/2023

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
ORTRA - Clínica de Ortopedia (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)	AV. CAVALHADA	2166	CAVALHADA	(51) 3241-0900 (51) 3247-1456

Motivo do Retorno

Aline F. Carvalho
Coordenadora de Disciplina
RG 4103152544

Ass.:

Aline Ferreira da Rocha Carvalho



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