

ORTRA
Relatório Faturamento - Paciente

Empresa: ORTRA
Convenio: COLEGIO ADVENTISTA
Empr.Conv: SAUDECAIXA

Paciente: 114290 MARIA LUIZA OLIVEIRA TEIXEIRA 8.42.7454 Plano/Franquia:
Data: 03/08/2023 qui Hora Prev.: 11:31 Boletim: 779242 Sit.: LIBERADO
Hora Inicio: Hora Término: Guia Principal: Autorização: 12512.001
Medico: 25490 FERNANDO NORA CALCAGNOTTO Matric. 75027 Cpf: 69946175053 KARINA

Conduta	Descrição	Vlr.Unit.	Qt.	Total	Co-part. Pr
CONSULTA					
10101039 C	CONSULTA	63,00	1,00	63,00	0,00

		Total	Co-particip.	Guia:	Total	63,00	0,00
Resumo:	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	

04/08/2023 17:21:07 0802CO 0802FR 0802TA

CID : S626-Fratura de outros dedos

Boletim de Atendimento 779242

Data : 03/08/2023 Hora : 11:31

Autorização

Paciente: 8427454

MARIA LUIZA OLIVEIRA TEIXEIRA

Sexo: F

Dt.Nasc./Idade: 29/12/2010 12 Ano(s) e 8 Meses

Identidade: 7127512767 Fone: 5100000000

Mãe:

Naturalidade: RS-

Endereço: RUA PEDRO ANICETO DE SOUZA,5-CASA 7 Cidade:PORTO ALEGRE Cep:91755250

Convênio: COLEGIO ADVENTISTA

SAUDECAIXA

CAUSA DO SOCORRO (informações prestadas à recepção):

COLEGIO ADVENTISTA

HISTÓRICO - EXAME FÍSICO :

m-.cdc

- trauma ha 1 dia fratura base da fal media 5qde

rx de hoje minimo dsel

passível de tto concevador

manter tala retorno--agendar para 2 semanas nas terças feiras

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S626 - Fratura de outros dedos

PROCEDIMENTO/MEDICAÇÃO:

1-10101039-CONSULTA

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

21236-ALBERTO ARAIS PYDD
Médico Diretor

25490 FERNANDO NORA CALCAGNOTTO
Médico Responsável

Enfermagem:

Recepção: KARINA MOREJANO

Karina Morejano
Assinatura do responsável/Paciente:

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO



Aluno: Maria Luiza Oliveira Texeira
Nº da Carteirinha: 8.42.7454
Instituição: Colégio Adventista de Porto Alegre

Data de Nascimento: 29/12/2010

Nº da Guia: 12512.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
03/08/2023	09:42:36	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 Esquerda

Descrição

A aluna estava na educação física, quando a bola de handebol bateu no dedo.

Testemunha da ocorrência

Edmilson

Telefone

(51) 98583-6961

Quem prestou primeiros socorros

Edmilson

Data

02/08/2023

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

Retorno autorizado no dia 3/8/2023

Ass.:

21/ Abd

Aline Ferreira da Rocha Carvalho

87.115.838/0006-13

COLEGIO ADVENTISTA PORTO ALEGRE

Rua Camaqua, 534
Camaqua - CEP 90.001-970
PORTO ALEGRE - RS

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

Impresso por: Aline Ferreira da Rocha Carvalho

1 de 1

3/08/2023