

ORTRA
Relatório Faturamento - Paciente

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

Paciente: 114290 **MARIA LUIZA OLIVEIRA TEIXEIRA** 8.42.7454 Plano/Franquia:
Data: 22/08/2023 ter Hora Prev.:13:21 Boletim: **782093** Sit.: LIBERADO
Hora Início: Hora Término: Guia Principal: Autorização: 12512.003
Medico: 25490 FERNANDO NORA CALCAGNOTTO Matric. 75027 Cpf: 69946175053 SHERON CRUZ

Conduta	Descrição	Vlr.Unit.	Qt.	Total	Co-part. P
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	

30/08/2023 16:17:44 0815CO 0802FR 0815IM 0802TA

CID : S626-Fratura de outros dedos

Boletim de Atendimento 782093

Data : 22/08/2023 Hora : 13:21

Paciente: 8.42.7454

MARIA LUIZA OLIVEIRA TEIXEIRA

Autorização

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
SAUDECAIXA

Convênio: COLEGIO ADVENTISTA

CAUSA DO SOCORRO (informações prestadas à recepção):

Paciente refere dor/ Retorno

HISTÓRICO - EXAME FÍSICO :

- bem
sem dor
palpo forte a fratura sem dor
sem dor fl e ext completa

oriento
atesto ed física
ret se necessario

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

25490 FERNANDO NORA CALCAGNOTTO
Médico Responsável

21236-ALBERTO ARAIS PYDD
Médico Diretor

Enfermagem:

Recepção: SHERON CRUZ

Assinatura do responsável/Paciente:

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

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



Data de Nascimento: 29/12/2010

Nº da Guia: 12512.003

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
22/08/2023	11:27:20	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	Telefone
Edmilson	(51) 98583-6961

Quem prestou primeiros socorros	Data
Edmilson	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 em 22/8/23

Ass.:

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