

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

Paciente: 115777 KAYRON DA SILVA SILVEIRA 8.42.8297 Plano/Franquia:
Data: 31/10/2023 ter Hora Prev.: 17:21 Boletim: 792159 Sit.: LIBERADO
Hora Início: Hora Término: Guia Principal: Autorização: 14312
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
ROTURA APARELHO EXTENSOR DEDO					
0025 P	ROTURA APARELHO EXTENSOR DEDO	33,60	1,00	33,60	0,00
IMOBILIZAÇÃO SPICA					
00100 M	MATERIAL IMOBILIZAÇÃ SPICA	17,09	1,00	17,09	0,00
0028 T	TAXA DE SALA NÃO GESSADA	18,48	1,00	18,48	0,00
0050 P	IMOBILIZAÇÃO SPICA	27,72	1,00	27,72	0,00

		Total	Co-particip.	Guia:	Total	159,89	0,00
Resumo:							
Exames:		0,00	0,00				
Honorarios:		124,32	0,00				
Material:		17,09	0,00				
Medicamentos:		0,00	0,00				
Serviços:		0,00	0,00				
Taxas:		18,48	0,00				
30 %		0,00		Mat + Med:	17,09		
Diárias:		0,00	0,00	Tax+Serv+Diaria+Ortese:	18,48		
Ortese:		0,00	0,00	Total - Co-particip. .	159,89		

01/11/2023 09:41:22

CID : S669-Traumatismo de musculo e tendao nao especificado ao nivel do punho e da mao

Boletim de Atendimento 792159

Data : 31/10/2023 Hora : 17:21

Autorização

Paciente: 8428297

KAYRON DA SILVA SILVEIRA

Sexo: M

Dt.Nasc./Idade: 18/09/2012 11 Ano(s) e 1 Meses

Identidade:

Fone: 5184741677

Mãe:

Naturalidade: RS-

Endereço: AVENIDA CRUZ ALTA,94-CASA Cidade:PORTO ALEGRE Cep:90830020

Convênio: COLEGIO ADVENTISTA

CAUSA DO SOCORRO (informações prestadas à recepção):

Mão (Dedo) Direito

HISTÓRICO - EXAME FÍSICO :

- trauma d2 dir rx -
rx sp
espica
aine
oriento

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S669 - Traumatismo de musculo e tendao nao especificado ao nivel do punho e da mao

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:

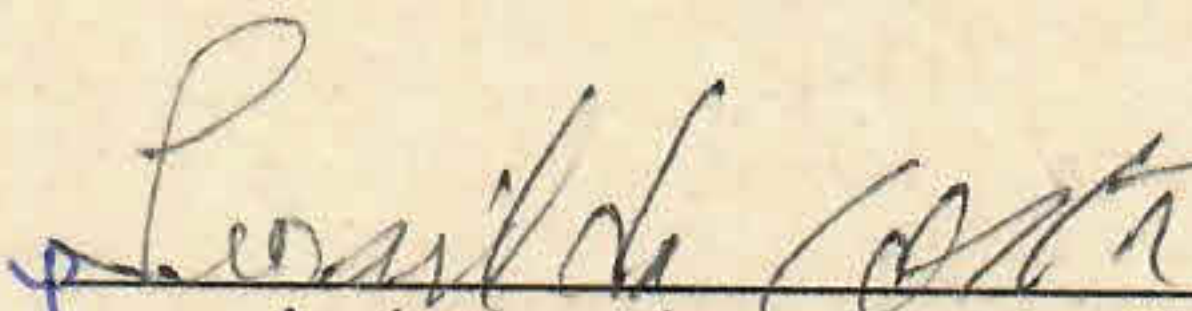
Dr. Fernando Calcagnotto
CIRURGIA DE MÃO
CREMERS 25490

25490 FERNANDO NORA CALCAGNOTTO
Médico Responsável

21236-ALBERTO ARAIS PYDD
Médico Diretor

Enfermagem:

Recepção: SHERON CRUZ


Assinatura do responsável/Paciente:

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Kayron da Silva Silveira

Nº da Carteirinha: 8.42.8297

Instituição: Colégio Adventista de Porto Alegre

Data de Nascimento: 18/09/2012

Nº da Guia: 14312



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
31/10/2023	16:48:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	2º Dedo Mão Direita

Descrição
o aluno estava jogando futebol quando a bola bateu na mão torcendo o dedo indicador.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Edimilson Martins	(51) 99638-4911

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações
foi colocado gelo no local da lesão e encaminhado para clínica. a mãe foi comunicada para acompanhar o aluno.

Ass.:

87.115.838/0006-13

COLEGIO ADVENTISTA PORTO ALEGRE

Aline Ferreira da Rocha Carvalho

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