

ORTRA
Relatório Faturamento - Paciente

Empresa: ORTRA

Convenio: COLEGIO ADVENTISTA

Empr.Conv:

Paciente: 92625 ANA CAROLINA DE SOUSA RIBEIRO

Data: 02/07/2024 ter Hora Prev.: 17:38

Hora Início: Hora Término:

Medico: 25490 FERNANDO NORA CALCAGNOTTO

Matric. 75027

8.42.7561

Boletim: 822290

Guia Principal:

Cpf: 69946175053

Plano/Franquia:

Sit.: LIBERADO

Autorização: 18591.002

SHERON CRUZ

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

CONSULTA

10101039

C

CONSULTA

Total	Co-particip.
-------	--------------

Guia:

63,00

1,00

63,00

0,00

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

23/07/2024 15:25:39 0618AP 0618CO 0612FR 0612TA

CID : S525-Fratura da extremidade distal do radio

Boletim de Atendimento 822290

Data : 02/07/2024 Hora : 17:38

Autorização

Paciente: 8.42.7561

ANA CAROLINA DE SOUSA RIBEIRO

Sexo: F

Dt.Nasc./Idade: 27/09/2011 12 Ano(s) e 10 Meses

Identidade: 2123247344 Fone: 5100000000

Mãe:

Naturalidade: RS-

Endereço: AVENIDA WENCESLAU ESCOBAR,3407-CASA Cidade:PORTO ALEGRE Cep:91900001

Convênio: COLEGIO ADVENTISTA

CAUSA DO SOCORRO (informações prestadas à recepção):

Antebraço Direito

HISTÓRICO - EXAME FÍSICO :

- rx ok
oriento

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S525 - Fratura da extremidade distal do radio

PROCEDIMENTO/MEDICAÇÃO:

1-10101039-CONSULTA

EXAMES SOLICITADOS:

Lado: D -> RX PUNHO

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: SHERON CRUZ

Maria Satiano de S. Ribeiro

Assinatura do responsável/Paciente:

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Ana Carolina de Sousa Ribeiro

Nº da Carteirinha: 8.42.7561

Instituição: Colégio Adventista de Porto Alegre

Data de Nascimento: 27/09/2011

Nº da Guia: 18591.002



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
02/07/2024	16:26:20	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Antebraço Direito

Descrição
A aluna estava jogando volêi e a bola bateu na mão dela que acabou torcendo o pulso.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Edimilson Martins	(51) 99638-6467

Quem prestou primeiros socorros	Data
Edimilson Martins	12/06/2024

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 02/07/24

Ass.:

Aline Ferreira da Rocha Carvalho

87.115.838/0006-137
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