

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

Paciente: 42460 SARAH CASTRO MAINE RESENDES 8.65.5214 Plano/Franquia:
Data: 20/08/2024 ter Hora Prev.: 16:13 Boletim: 828725 Sit.: LIBERADO
Hora Início: Hora Término: Guia Principal: Autorização: 20091
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
IMOBILIZAÇÃO PUNHO, MÃO E DEDOS					
0028 T	TAXA DE SALA NÃO GESSADA	18,48	1,00	18,48	0,00
0043 P	IMOBILIZAÇÃO PUNHO, MÃO E DEDOS	36,96	1,00	36,96	0,00
0092 M	MATERIAL IMOBILIZAÇÃO PUNHO, MAOS E	14,44	1,00	14,44	0,00
ROTURA APARELHO EXTENSOR DEDO					
0025 P	ROTURA APARELHO EXTENSOR DEDO	33,60	1,00	33,60	0,00

		Total	Co-particip.	Guia:	Total	166,48	0,00
Resumo:	Exames:	0,00	0,00				
	Honorarios:	133,56	0,00				
	Material:	14,44	0,00				
	Medicamentos:	0,00	0,00				
	Serviços:	0,00	0,00				
	Taxas:	18,48	0,00				
	30 %	0,00		Mat + Med:	14,44		
	Diárias:	0,00	0,00	Tax+Serv+Diaria+Ortese:	18,48		
	Ortese:	0,00	0,00	Total - Co-particip.	166,48		

21/08/2024 16:23:21

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

Boletim de Atendimento 828725

Pag. 1

Data : 20/08/2024 Hora : 16:13

Paciente: 8655214

SARAH CASTRO MAINE RESENDES

Autorização

Sexo: F

Dt.Nasc./Idade: 24/05/2012 12 Ano(s) e 3 Meses

Identidade: 5138231484 Fone: 5133369563

Mãe: PAULA SILVA CASTRO

Naturalidade: RS-

Endereço: RUA RAMALHETE,20- Cidade:PORTO ALEGRE Cep:91510670

Convênio: COLEGIO ADVENTISTA

CAUSA DO SOCORRO (informações prestadas à recepção):

Mão (Dedo) Direito

HISTÓRICO - EXAME FÍSICO :

- trauma d4 esq dor ifp
rx sp
lesão lig e ap ext

imob
aine
oriento

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

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

PROCEDIMENTO/MEDICAÇÃO:

1-10101039-CONSULTA
1-0043-IMOBILIZAÇÃO PUNHO, MÃO E DEDOS
1-0025-ROTURA APARELHO EXTENSOR DEDO

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 ATENDIMENTO



Aluno: Sarah Castro Maine Resendes
Nº da Carteira: 8.65.5214
Instituição: Colégio Adventista do Partenon

Data de Nascimento: 24/05/2012

Nº da Guia: 20091

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
20/08/2024	12:07:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu

Partes do corpo

Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)

4º Dedo Mão Esquerda

Descrição

A aluna machucou o dedo anelar da mão esquerda ao tentar pegar a bola de basquete.

Testemunha da ocorrência

Adriano Rocha

Telefone

(51) 3339-2020

Quem prestou primeiros socorros

Vinícius Carneiro

Data

20/08/2024

Local de atendimento

Endereço

Nº

Bairro

Telefone

ORTRA - Clínica de Ortopedia (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)

AV. CAVALHADA

216
6

CAVALHADA

(51) 3241-0900
(51) 3247-1456

Observações

A aluna recebeu os primeiros socorros na unidade escolar.

Ass.:

Marcos Vinicius Carneiro da Silva

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