

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

Paciente: 120958 LUIZ FELIPE MENDES NEGREIROS

Data: 29/10/2024 ter Hora Prev.: 16:36

Hora Início: Hora Término:

Medico: 25490 FERNANDO NORA CALCAGNOTTO

Matric. 75027

Guia Principal:

8.42.9659

Boletim: 838626

Cpf: 69946175053

Plano/Franquia:

Sit.: LIBERADO

Autorização: 22620

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 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

Resumo:	Exames:	0,00	0,00	Guia:	Total	166,48	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		

30/10/2024 14:04:52

Boletim de Atendimento 838626

Data : 29/10/2024 Hora : 16:36

Autorização

Paciente: 8429659

LUIZ FELIPE MENDES NEGREIROS

Sexo: M

Dt.Nasc./Idade: 30/08/2015 9 Ano(s) e 2 Meses

Identidade:

Fone:

Mãe: MARTA HELENA RIBEIRO MENDES NEGREIROS

Naturalidade: RS-

Endereço: RUA WILSON ADNISLEN FREITAS DE PAIVA BUENO,41-218 Cidade:PORTO ALEGRE Cep:90830244

Convênio: **COLEGIO ADVENTISTA**

CAUSA DO SOCORRO (informações prestadas à recepção):

Mão (Dedo) Direito

HISTÓRICO - EXAME FÍSICO :

- trauma polegar
rx sp
sem instabilidades
les ap ext
imob
aine
gelo

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

PROCEDIMENTO/MEDICAÇÃO:

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

EXAMES SOLICITADOS:

Lado: D -> RX MAO OU QUIRODACTILOS

PROCEDIMENTO/CONSIDERAÇÕES:

Dr. Fernando Calcagnotto
CIRURGIA DE MÃO
CRMERS 25490

25490 FERNANDO NORA CALCAGNOTTO
Médico Responsável

21236-ALBERTO ARAIS PYDD
Médico Diretor

Declaro estar de acordo com os termos da Política de Privacidade da clinica disponivel no site <http://clinicaortra-poa.com.br/LGPD>

Enfermagem:

Recepção: SHERON CRUZ

Marta Mendes Negreiros
Assinatura do responsável/Paciente:

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Luiz Felipe Mendes Negreiros
Nº da Carteirinha: 8.42.9659
Instituição: Colégio Adventista de Porto Alegre



Data de Nascimento: 30/08/2015

Nº da Guia: 22620

Data da Ocorrência **Horário** **Local**
29/10/2024 15:35:00 Pátio

Atividade
Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu

Queda de mesmo nível

Partes do corpo

1º Dedo Mão Direita

Descrição

o aluno caiu no pátio por cima da mão, com a queda acabou torcendo o dedão.

Testemunha da ocorrência

Edimilson Martins

Telefone

(51) 99638-6467

Quem prestou primeiros socorros

Edimilson Martins

Data

29/10/2024

Local de atendimento

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

Endereço

AV. CAVALHADA

Nº

216
6

Bairro

CAVALHADA

Telefone

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

Observações

o aluno foi atendido pelo monitor, colocamos gelo no local da lesão. Entramos em contato com os familiares por telefone e encaminhamos para a clínica de referência.

87.115.838/0006-13

COLÉGIO ADEVENTISTA PORTO ALEGRE

Ass.:

Helen Daniela Santos Vieira

Rua Camaqua, 534
Camaqua - CEP 91.910.630
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