

ORTRA  
Relatório Faturamento - Paciente

Empresa: ORTRA

Convenio: COLEGIO ADVENTISTA

Empr.Conv:

Paciente: 106345 ICARO BERNARDES PEREIRA

Data: 12/11/2024 ter Hora Prev.: 13:34

Hora Início: Hora Término:

Medico: 25490 FERNANDO NORA CALCAGNOTTO

Matric. 75027

Guia Principal:

8.65.3743

Boletim: 840750

Cpf: 69946175053

Plano/Franquia:

Sit.: LIBERADO

Autorização: 22342.003

NICOLAS

| Conduta                     | Descrição                            | Vlr.Unit. | Qt.  | Total  | Co-part. P. |
|-----------------------------|--------------------------------------|-----------|------|--------|-------------|
| CONSULTA                    |                                      |           |      |        |             |
| 10101039 C                  | CONSULTA                             |           |      |        |             |
| IMOBILIZAÇÃO TALA DE ZIMMER |                                      | 63,00     | 1,00 | 63,00  | 0,00        |
| 00116 M                     | MATERIAL IMOBILIZAÇÃO TALA DE ZIMMER |           |      |        |             |
| 0028 T                      | TAXA DE SALA NÃO GESSADA             | 17,74     | 1,00 | 17,74  | 0,00        |
| 0067 P                      | IMOBILIZAÇÃO TAL A DE ZIMMER         | 18,48     | 1,00 | 18,48  | 0,00        |
|                             |                                      | 27,72     | 1,00 | 27,72  | 0,00        |
| Total Co-particip.          |                                      |           |      |        |             |
| Guia:                       |                                      |           |      |        |             |
| Total                       |                                      |           |      | 126,94 | 0,00        |

Resumo:

Exames:

0,00

0,00

Honorarios:

90,72

0,00

Material:

17,74

0,00

Medicamentos:

0,00

0,00

Serviços:

0,00

0,00

Taxas:

18,48

0,00

30 %

0,00

Diárias:

0,00

0,00

Ortese:

0,00

0,00

Mat + Med:

17,74

Tax+Serv+Diaria+Ortese:

18,48

Total - Co-particip.

126,94

25/11/2024 16:56:54 1106CO 1023FR 1030IM 1106IM 1023TA

CID : S626-Fratura de outros dedos



## Boletim de Atendimento 840750

Data: 12/11/2024 Hora: 13:34

Paciente: 8.65.3743

ICARO BERNARDES PEREIRA

Autorização

Sexo: M

Dt.Nasc./Idade: 23/03/2011 13 Ano(s) e 8 Meses

Identidade:

Fone: 5100000000

Mãe: DAMARIZ MENEZES BERNARDES

Naturalidade: RS-

Endereço: RUA HUMBERTO CADAVAL,497-CASA Cidade:PORTO ALEGRE Cep:91550860

Convênio: COLEGIO ADVENTISTA

## CAUSA DO SOCORRO (informações prestadas à recepção):

mao d

## HISTÓRICO - EXAME FÍSICO :

- fratura 5qdd  
flexo ja e previo igual contra lateral  
camptodactilia  
1 rx sem desvio  
ultimo com desvio radial

tala zimmer - e redução  
novo rx - ok

## HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S626 - Fratura de outros dedos

## PROCEDIMENTO/MEDICAÇÃO:

1-10101039-CONSULTA  
1-0067-IMOBILIZAÇÃO TAL A DE ZIMMER  
1-0031-REDUÇÃO DE FRATURAS  
1-0012-FRATURA FALANGE (MAO)

## EXAMES SOLICITADOS:

Lado: D -&gt; RX MAO OU QUIRODACTILOS

## PROCEDIMENTO/CONSIDERAÇÕES:

*Dr. Fernando Calcagnotto*  
CIRURGIA DE MAO  
EMERGENCIA

21236-ALBERTO ARAIS PYDD  
Médico Diretor

25490 FERNANDO NORA CALCAGNOTTO  
Médico Responsável

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

Enfermagem:

Recepção: NICOLAS CARVALHO TRA

*Damariz Menezes*

Assinatura do responsável/Paciente:



# AUTORIZAÇÃO DE RETORNO



ama

**Aluno:** Icaro Bernardes Pereira  
**Nº da Carteirinha:** 8.65.3743  
**Instituição:** Colégio Adventista do Partenon

**Data de Nascimento:** 23/03/2011

**Nº da Guia:** 22342.003

| Data do Retorno | Horário  | Local    | Atividade            |
|-----------------|----------|----------|----------------------|
| 11/11/2024      | 18:12:01 | Corredor | Deslocamento interno |

## O que aconteceu

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

## Partes do corpo

Mão Direita, 5º Dedo Mão Direita

## Descrição

Aluno estava "brincando" com o colega que acertou o joelho no dedo dele.

## Testemunha da ocorrência

Matheus Silveira

## Telefone

(51) 98461-0432

## 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

## Motivo do Retorno

Aluno estará retornando na data de hoje 12/11/2024 para continuidade do tratamento do dedo lesionado

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](mailto: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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [portoalegre.clinicaadventista.org.br](http://portoalegre.clinicaadventista.org.br)