

ORTRA
Relatório Faturamento - Paciente

Empresa: ORTRA
Convenio: COLEGIO ADVENTISTA
Empr.Conv:

Paciente: 106345 ICARO BERNARDES PEREIRA

Data: 03/12/2024 ter Hora Prev.:14:20

Hora Início: Hora Término:

Medico: 25490 FERNANDO NORA CALCAGNOTTO

Matric. 75027

8.65.3743

Boletim: 843600

Guia Principal:

Cpf: 69946175053

Plano/Franquia:

Sit.: LIBERADO

Autorização: 22342.004

SHERON CRUZ

Conduta	Descrição			Vlr.Unit.	Qt.	Total	Co-part. P
CONSULTA							
10101039	C	CONSULTA		63,00	1,00	63,00	0,00
		Total	Co-particip.	Guia:		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		
11/12/2024 15:46:36		1112CO 1106IM 1112IM					

CID : S626-Fratura de outros dedos

Boletim de Atendimento 843600

Data : 03/12/2024 Hora : 14:20

Paciente: 8.65.3743

ICARO BERNARDES PEREIRA

Autorização

Sexo: M

Dt.Nasc./Idade: 23/03/2011 13 Ano(s) e 9 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):

Mão (Dedo) Direito

HISTÓRICO - EXAME FÍSICO :

- volta apos 3 semanas -

rx consolidado

rígido

físio

para avaliar a rotação tem que ter mob quase completa

rev pos físio

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S626 - Fratura de outros dedos

PROCEDIMENTO/MEDICAÇÃO:

1-10101039-CONSULTA

EXAMES SOLICITADOS:

Lado: D -> RX MAO OU QUIRODACTILOS

PROCEDIMENTO/CONSIDERAÇÕES:

Dr. Fernando Calcagnotto
CIRURGIÃO DE MÃO
CREMERS 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

X Damariz Bernardes
Assinatura do responsável/Paciente

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO



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

Data de Nascimento: 23/03/2011

Nº da Guia: 22342.004

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
03/12/2024	11:11:55	Corredor	Deslocamento interno

O que aconteceu

Trauma (Ex: Dobra braço 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

Endereço

Nº Bairro

Telefone

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

AV. CAVALHADA

216
6

CAVALHADA

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

Motivo do Retorno

O aluno estará retornando a clínica 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: (para prestadores) ou E-mail:

(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