

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

Paciente: 121458 REBECA PETTENUZZO SUAREZ

Data: 03/12/2024 ter Hora Prev.: 15:12

Hora Início: Hora Término:

8.42.8575

Boletim: 843624

Plano/Franquia:

Sit.: LIBERADO

Medico: 25490 FERNANDO NORA CALCAGNOTTO

Matric. 75027

Cpf: 69946175053

Autorização: 23513.001

SHERON CRUZ

Conduta	Descrição	Vlr.Unit.	Qt.	Total	Co-part. P
CONSULTA					
10101039 C	CONSULTA	63,00	1,00	63,00	0,00
TALA GESSADA PUNHO E MÃO					
00102 M	MATERIAL TALA GESS PUNHO/MAO	24,95	1,00	24,95	0,00
0029 T	TAXA DE SALA GESSO	27,72	1,00	27,72	0,00
0052 P	TALA GESSADA PUNHO MÃO	36,96	1,00	36,96	0,00

	Total	Co-particip.	Guia:	Total	152,63	0,00
Resumo:						
Exames:	0,00	0,00				
Honorarios:	99,96	0,00				
Material:	24,95	0,00				
Medicamentos:	0,00	0,00				
Serviços:	0,00	0,00				
Taxas:	27,72	0,00				
30 %	0,00		Mat + Med:	24,95		
Diárias:	0,00	0,00	Tax+Serv+Diaria+Ortese:	27,72		
Ortese:	0,00	0,00	Total - Co-particip.	152,63		

11/12/2024 15:50:31 1127CO 1127FR 1127TA

CID : S626-Fratura de outros dedos

Boletim de Atendimento 843624

Data: 03/12/2024 Hora: 15:12

Paciente: 8.42.8575

REBECA PETTENUZZO SUAREZ

Autorização:

Sexo: F

Dt. Nasc./Idade: 20/06/2013 11 Ano(s) e 6 Meses

Identidade:

Fone:

Mãe: ANA PAULA FERRAZ PENTTENUZZO SUAREZ

Naturalidade: RS-

Endereço: RUA SEPÉ TIARAJU, 1147-CASA Cidade: PORTO ALEGRE Cep: 90840337

Convênio: **COLEGIO ADVENTISTA**

CAUSA DO SOCORRO (informações prestadas à recepção):

Mão (Dedo) Direito

HISTÓRICO - EXAME FÍSICO :

- fratura fal media 5ºdd

troco tala

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S626 - Fratura de outros dedos

PROCEDIMENTO/MEDICAÇÃO:

1-10101039-CONSULTA

1-0052-TALA GESSADA PUNHO MÃO

PROCEDIMENTO/CONSIDERAÇÕES:

Dr. Fernando Calcagnotto
CIRURGIÃO DE MÃO
CRM 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 clínica disponível no site <http://clinicaortra-poa.com.br/LGPD>

Enfermagem:

Recepção: SHERON CRUZ

[Assinatura]
Assinatura do responsável/Paciente:

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO



Aluno: Rebeca Pettenuzzo Suárez
Nº da Carteira: 8.42.8575
Instituição: Colégio Adventista de Porto Alegre

Data de Nascimento: 20/06/2013

Nº da Guia: 23513.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
03/12/2024	12:18:31	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu

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

Partes do corpo

5º Dedo Mão Direita

Descrição

A aluna estava jogando handebol, quando a bola bateu no dedo e acabou torcendo.

Testemunha da ocorrência

Edimilson Martins

Telefone

(51) 99638-6467

Quem prestou primeiros socorros

Edimilson Martins

Data

27/11/2024

Local de atendimento

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

Endereço

AV. CAVALHADA

Nº Bairro

216 6 CAVALHADA

Telefone

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

Motivo do Retorno

Autorizado retorno para reavaliação médica.

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