

ORTRA
Relatório Faturamento - Paciente

Empresa: ORTRA

Convenio: COLEGIO ADVENTISTA

Empr.Conv:

Paciente: 46089

MARIA CLARA SIMON DE ARAGAO

Data: 03/08/2021 ter Hora Prev.: 16:44

Hora Início: Hora Término:

Medico: 25490 FERNANDO NORA CALCAGNOTTO

Matric. 75027

9398

Boletim: 686213

Guia Principal:

Cpf: 69946175053

Plano/Franquia:

Sit.: LIBERADO

Autorização:

MARIA GORETE

Conduta Descrição

CONSULTA C/ TRATAMENTO CONSERVADOR

101010391 C

CONSULTA C/ TRAT CONSERVADOR

Vlr.Unit.

Qt.

Total

Co-part. P

100,00

1,00

100,00

0,00

Total

100,00

0,00

Resumo:

Exames:

0,00

0,00

Honorarios:

100,00

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

0,00

Diárias:

0,00

0,00

Ortese:

0,00

0,00

Mat + Med:

0,00

Tax+Serv+Diaria+Ortese:

0,00

Total - Co-particip.

100,00

12/08/2021 13:25:21

CID : S800-Contusao do joelho

Boletim de Atendimento 686213

Data : 03/08/2021 Hora : 16:44

Autorização

Paciente: 9398

MARIA CLARA SIMON DE ARAGAO

Sexo: F

Dt.Nasc./Idade: 22/08/2010 11 Ano(s) e 0 Meses

Identidade: 2121150251 Fone: 5132681389

Mãe: ALINE SIMON CARDOZO 81704810078

Naturalidade: RS-

Endereço: RUA CORONEL MASSOT,96-105 Cidade:PORTO ALEGRE Cep:91910530

Convênio: **COLEGIO ADVENTISTA****CAUSA DO SOCORRO (informações prestadas à recepção):**

JOELHO D

HISTÓRICO - EXAME FÍSICO :

- trauma joelho
escoriação
chegou caminhando
agora refer que não consegue mover joelho -
rx sp
aine
gelo
imob
ao especialista

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S800 - Contusao do joelho

PROCEDIMENTO/MEDICAÇÃO:

1-101010391-CONSULTA C/ TRAT CONSERVADOR

EXAMES SOLICITADOS:

Lado: D -> RX JOELHO AP LAT

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: MARIA GORETE

[Assinatura]
Assinatura do responsável/Paciente:



Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde

Clínica Adventista de Porto Alegre

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

NOME COMPLETO DO ALUNO: <i>Maria Clara Simon Aragão</i>		Nº DA MATRÍCULA: <i>3338</i>	
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO: <i>Colégio Adventista de Porto Alegre</i>		TELEFONE: <i>30865050</i>	
ENDEREÇO: <i>R. Camaquã 534</i>		CIDADE: <i>POA</i>	UF: <i>RS</i>

DATA DA OCORRÊNCIA: <i>03/08/2021</i>	NATUREZA DO ACIDENTE: ☐ ATROPELAMENTO ☐ BRIGA ☐ CHOQUE COM DISPOSITIVO FIXO ☐ CHOQUE COM TERCEIRA PESSOA ☐ CORTE COM INSTRUMENTO OU OBJETO ☐ CORPO ESTRANHO ☐ QUEIMADURA ☒ QUEDA ☐ TORÇÃO ☐ TRAUMA ☐ TRAUMA COM BOLA ☐ OUTROS QUAL?	ATIVIDADE DURANTE O ACIDENTE: ☐ ATLETISMO ☐ CAMA ELÁSTICA ☐ DESLOCAMENTO NO INTERIOR DO COLÉGIO ☐ EDUCAÇÃO FÍSICA ☐ GINÁSTICA OLÍMPICA ☐ JOGO DE BASQUETE ☐ JOGO DE FUTEBOL ☐ JOGO DE HANDEBOL ☐ JOGO DE VOLEY ☐ NATAÇÃO ☐ RECREIO ☐ SALA DE AULA ☒ OUTROS QUAL? <i>Subindo os escad.</i>
HORÁRIO DO ACIDENTE: <i>15:20h</i>		
LOCAL ONDE OCORREU: <i>Escada</i>		

DESCREVA, COM LETRA LEGÍVEL, COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS:

*A aluna subindo para sua sala pelos escadões pisou no corrimão e
bater o joelho*

PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:

NOME: *Colégio de Turma*

TELEFONE:

NOME:

TELEFONE:

QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS?

Guilherme Martins

DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA:

NOME DO MÉDICO OU HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO:

DATA DE EMISSÃO:

ASSINATURA E CARIMBO - RESPONSÁVEL ENTIDADE DE ENSINO:

07.115.938/0006-13

COLÉGIO ADVENTISTA DE
PORTO ALEGRE

CONSIDERAÇÕES FINAIS (PARA USO EXCLUSIVO DA CLAPA):

RUA CAMAQUÃ, 534
CAMAQUA - CEP 91910-630

(ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE PORTO ALEGRE, AOS CUIDADOS DO DEPTO. DE ASSISTÊNCIA MÉDICA, JUNTAMENTE COM COMPROVANTES ORIGINAIS)

Rua Matias José Bins, 581 / Três Figueiras / Porto Alegre / RS / 91330-290 / Fones: (51) 3382-1200_8106-8736

www.clinicaadventista.org.br / jhon.coelho@clinicaadventista.org.br

ORTRA
Relatório Faturamento - Paciente

Empresa: ORTRA

Convenio: **COLEGIO ADVENTISTA**

Empr.Conv:

Paciente: 46089 **MARIA CLARA SIMON DE ARAGAO**

Data: 03/08/2021 ter Hora Prev.: 17:27

Hora Início: Hora Término:

Medico: 25490 FERNANDO NORA CALCAGNOTTO

Matric. 75027

Guia Principal:

9398

Boletim: **686226**

Cpf: 69946175053

Plano/Franquia:

Sit.: 1 LIBERADO

Autorização:

CATIANE

Conduta	Descrição	Vlr.Unit.	Qt.	Total	Co-part. P
Exame					
178 00150	E RX JOELHO AP LAT	39,60	1,00	39,60	0,00
Total				39,60	0,00
Co-particip.					
Guia:					
Total				39,60	0,00
Resumo:	Exames:	39,60			0,00
	Honorarios:	0			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			
	Diárias:	0,00			0,00
	Ortese:	0,00			0,00
	Mat + Med:				0,00
	Tax+Serv+Diaria+Ortese:				0,00
	Total - Co-particip.				0,00

13/08/2021 09:56:52 0803CO

Boletim de Atendimento 686226

Data : 03/08/2021 Hora : 17:27

Paciente: 9398

MARIA CLARA SIMON DE ARAGAO

Autorização

Sexo: F

Dt.Nasc./Idade: 22/08/2010 11 Ano(s) e 0 Meses

Identidade: 2121150251 Fone: 5132681389

Mãe: ALINE SIMON CARDOZO 81704810078

Naturalidade: RS-

Endereço: RUA CORONEL MASSOT,96-105 Cidade:PORTO ALEGRE Cep:91910530

Convênio: **COLEGIO ADVENTISTA****CAUSA DO SOCORRO (informações prestadas à recepção):**

- trauma joelho
escoriação
chegou caminhando
agora refer que não consegue mov

HISTÓRICO - EXAME FÍSICO :**HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:****PROCEDIMENTO/MEDICAÇÃO:**

1-00150-RX JOELHO AP LAT

EXAMES SOLICITADOS:

Lado: D -> RX JOELHO AP LAT

SINAIS VITAIS:

T.A.: _____ T.R.: _____ P.A.: _____ F.R.: _____ F.C.: _____ PESO: _____ ALTURA: _____ S.C.: _____

PROCEDIMENTO/CONSIDERAÇÕES:

Dr. Fernando Calcagnotto
CIRURGIÃO DE MÃO
CREMERS 25490

25490 FERNANDO NORA CALCAGNOTTO
Médico Responsável

21236-ALBERTO ARAIS PYDD
Médico Diretor

Enfermagem:

Recepção: CATIANE

[Assinatura]
Assinatura do responsável/Paciente:



Paciente: **MARIA CLARA SIMON DE ARAGAO**

Nro: 686226

Convenio: COLEGIO ADVENTISTA

Plano BASICO

Data: 03/08/2021

Matricula: 9398

Nº. RG 2121150251

Nascim. 22/08/2010

Solicitação

Medico : FERNANDO NORA CALCAGNOTTO

Exames: RX JOELHO AP LAT

Interpretação

RX JOELHO AP LAT - Direito

Não há evidência de lesões ósseas de origem traumática recente.

Dr. FERNANDO NORA CALCAGNOTTO
Cremers 25490

ORTRA
Relatório Faturamento - Paciente

Empresa: ORTRA

Convenio: COLEGIO ADVENTISTA

Empr.Corr:

Paciente: 103589 ANNA VICTORIA CANAZZA DE CAMPOS

Data: 19/08/2021 qui Hora Prev.: 11:20

Hora Início: Hora Término:

Medico: 17959 SILVANA MONTARDO DINIZ

Boletim: 688261

Guia Principal:

Matric. 54488

Cpf: 48297437000

Plano/Franquia:

Sit.: LIBERADO

Autorização:

AUDREY BORBA

Conduto	Descrição	Vlr.Unit.	Qt.	Total	Co-part. P.
FRATURA FALANGE TRAT CONSERVADOR					
0012	P FRATURA FALANGE (MAO)	22,00	1,00	22,00	0,00
TALA GESSADA PUNHO E MÃO					
00102	M MATERIAL TALA GESS PUNHO/MAO	23,76	1,00	23,76	0,00
0029	T TAXA DE SALA GESSO	26,40	1,00	26,40	0,00
0052	P TALA GESSADA PUNHO MÃO	35,20	1,00	35,20	0,00
Total Co-particip.		Guia:			
		Total		107,36	0,00

Resumo:	Exames:	0,00	0,00
	Honorarios:	57,20	0,00
	Material:	23,76	0,00
	Medicamentos:	0,00	0,00
	Serviços:	0,00	0,00
	Taxas:	26,40	0,00
	30 %	0,00	
	Diárias:	0,00	0,00
	Ortese:	0,00	0,00

Mat + Med:	23,76
Tax+Serv+Diaria+Ortese:	26,40
Total - Co-particip.	107,36

26/08/2021 13:14:31

Boletim de Atendimento 688261

Data : 19/08/2021 Hora : 11:20

Paciente: ANNA VICTORIA CANAZZA DE CAMPOS

Autorização

Sexo: F

Dt.Nasc./Idade: 05/01/2007 14 Ano(s) e 7 Meses

Identidade:

Fone:

Mãe:

Naturalidade: RS-

Endereço: RUA PAISSANDU,523- Cidade:PORTO ALEGRE Cep:90660360

Convênio: COLEGIO ADVENTISTA

CAUSA DO SOCORRO (informações prestadas à recepção):

MÃO D

HISTÓRICO - EXAME FÍSICO :

- trauma
dor,edema,neurov ok
med.tala

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

FRATURA DE 3 QDD?

PROCEDIMENTO/MEDICAÇÃO:

1-40803147-INCIDÊNCIA ADICIONAL DE MEMBRO SUPERIOR
1-0012-FRATURA FALANGE (MAO)
1-0052-TALA GESSADA PUNHO MÃO

EXAMES SOLICITADOS:

Lado: D -> RX MAO OU QUIRODACTILOS

Lado: D -> INCIDÊNCIA ADICIONAL DE MEMBRO SUPERIOR

SINAIS VITAIS:

T.A.: _____ T.R.: _____ P.A.: _____ F.R.: _____ F.C.: _____ PESO: _____ ALTURA: _____ S.C.: _____

PROCEDIMENTO/CONSIDERAÇÕES:


Dra. Silvana Montardo Diniz
Ortopedia e Traumatologia
CRM 17959

17959 SILVANA MONTARDO DINIZ
Médico Responsável

21236-ALBERTO ARAIS PYDD
Médico Diretor

Enfermagem:

Recepção: AUDREY BORBA


Assinatura do responsável/Paciente:

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Anna Victoria Canazza de Campos
Nº da Carteirinha: 8.65.4253
Instituição: Colégio Adventista do Partenon



Data de Nascimento: 05/01/2007

Nº da Guia: 3642

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
19/08/2021	10:05:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	3º Dedo Mão Direita

Descrição
A aluna estava jogando handball na aula de educação física, a bola bateu em sua mão direita levando o dedo médio para trás.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Adriano	(51) 9994-4868
Marcos Vinícius Carneiro	51985769354

Quem prestou primeiros socorros	Data
Marcos Vinícius Carneiro	19/08/2021

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
ORTRA - Clínica de Ortopedia e Traumatologia de Urgência Ltda	AV. CAVALHADA	216 6	CAVALHADA	(51) 3241-0900 (51) 3247-1456

Observações
O dedo apresenta inchaço, tratamos com aplicação de gelo no local, aluna apresenta dificuldade de movimento no dedo lesionado.

Ass.:

Marcos Vinicius Carneiro da Silva

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE PORTO ALEGRE, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo) Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ:

15.116.763/0003-31

Rua Matias José Bins, 581 - Três Figueiras, Porto Alegre - RS, CEP: 91330-290

Telefone: (51) 3382-1200

assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / portoalegre.clinicaadventista.org.br

ORTRA

Relatório Faturamento - Paciente

Empresa: ORTRA

Convenio: COLEGIO ADVENTISTA

Empr.Conv:

Paciente: 103589 ANNA VICTORIA CANAZZA DE CAMPOS

Data: 19/08/2021 qui Hora Prev.: 11:29

Hora Início: Hora Término:

Medico: 17959 SILVANA MONTARDO DINIZ

Boletim: 688266

Guia Principal:

Matric. 54488

Cpf: 48297437000

Plano/Franquia:

Sit.: 1 LIBERADO

Autorização:

JEAN

Conduta	Descrição	Vlr.Unit.	Qt.	Total	Co-part. P
Exame					
178 00140	E RX MAO OU QUIRODACTILOS	26,40	1,00	26,40	0,00

Resumo:	Exames:	Total	Co-particip.
	Honorarios:	26,40	0,00
	Material:	0	0,00
	Medicamentos:	0,00	0,00
	Serviços:	0,00	0,00
	Taxas:	0,00	0,00
	30 %	0,00	0,00
	Diárias:	0,00	0,00
	Ortese:	0,00	0,00

Guia:

Mat + Med:	0,00
Tax+Serv+Diaria+Ortese:	0,00
Total - Co-particip.	0,00

26/08/2021 13:14:33 0819FR 0819TA

Boletim de Atendimento 688266

Data : 19/08/2021 Hora : 11:29

Paciente: **ANNA VICTORIA CANAZZA DE CAMPOS**

Autorização

Sexo: F

Dt.Nasc./Idade: 05/01/2007 14 Ano(s) e 7 Meses

Identidade:

Fone:

Mãe:

Naturalidade: RS-

Endereço: RUA PAISSANDU,523- Cidade:PORTO ALEGRE Cep:90660360

Convênio: **COLEGIO ADVENTISTA**

CAUSA DO SOCORRO (informações prestadas à recepção):

- trauma
dor, edema, neurov ok
med. tala

HISTÓRICO - EXAME FÍSICO :

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

PROCEDIMENTO/MEDICAÇÃO:

1-00140-RX MAO OU QUIRODACTILOS

EXAMES SOLICITADOS:

Lado: D -> RX MAO OU QUIRODACTILOS

SINAIS VITAIS:

T.A.: _____ T.R.: _____ P.A.: _____ F.R.: _____ F.C.: _____ PESO: _____ ALTURA: _____ S.C.: _____

PROCEDIMENTO/CONSIDERAÇÕES:

Dra. Silvana Montardo Diniz
Ortopedia e Traumatologia
CRM 17959

17959 SILVANA MONTARDO DINIZ
Médico Responsável

21236-ALBERTO ARAIS PYDD
Médico Diretor

Enfermagem:

Recepção: JEAN

Assinatura do responsável/Paciente:

Paciente: **ANNA VICTORIA CANAZZA DE CAMPOS**

Convenio: **COLEGIO ADVENTISTA**

Matricula:

Nº. RG

Plano **BASICO**

Nro: **688266**

Data: **19/08/2021**

Nascim. **05/01/2007**

Solicitação

Medico : **SILVANA MONTARDO DINIZ**

Exames: **RX MAO OU QUIRODACTILOS**

Interpretação

RX MAO OU QUIRODACTILOS - Direito

Não há evidência de lesões ósseas de origem traumática recente.


Dra. **SILVANA MONTARDO DINIZ**
Cremers **17959**

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

Paciente: 103613 **LARISSA SHERON D AVILA PASCOALETTO** 3658 Plano/Franquia:
Data: 20/08/2021 sex Hora Prev.: 15:55 Boletim: **688485** Sit.: LIBERADO
Hora Início: Hora Término: Guia Principal: Autorização:
Medico: 33334 SORAYA MELINA ALVES Matric. 91310 Cpf: 83044345049 DANIELA

Conduta	Descrição	Vlr.Unit.	Qt.	Total	Co-part. P
TALA GESSADA PUNHO E MÃO					
00102	M MATERIAL TALA GESS PUNHO/MAO	23,76	1,00	23,76	0,00
0029	T TAXA DE SALA GESSO	26,40	1,00	26,40	0,00
0052	P TALA GESSADA PUNHO MÃO	35,20	1,00	35,20	0,00
Total		Guia:		Total	85,36 0,00

<u>Resumo:</u>	Exames:	0,00	0,00		
	Honorarios:	35,20	0,00		
	Material:	23,76	0,00		
	Medicamentos:	0,00	0,00		
	Serviços:	0,00	0,00		
	Taxas:	26,40	0,00		
	30 %	0,00		Mat + Med:	23,76
	Diárias:	0,00	0,00	Tax+Serv+Diaria+Ortese:	26,40
	Ortese:	0,00	0,00	Total - Co-particip.	85,36

26/08/2021 13:15:58

CID : S602-Contusao de outras partes do punho e da mao

Boletim de Atendimento 688485

Data : 20/08/2021 Hora : 15:55

Paciente: **3658****LARISSA SHERON D AVILA PASCOALETTO**

Autorização

Sexo: F

Dt.Nasc./Idade: 30/09/2005 15 Ano(s) e 11 Meses

Identidade:

Fone:

Mãe:

Naturalidade: RS-

Endereço: RUA GAIVOTA (LOT HERÓPHILO AZAMBUJA),239- Cidade:PORTO ALEGRE Cep:91430845

Convênio: **COLEGIO ADVENTISTA****CAUSA DO SOCORRO (informações prestadas à recepção):**

MÃO D

HISTÓRICO - EXAME FÍSICO :

refere trauma do polegar direito no jogo de handball

dor e edema

nega alergias ou patologias

edema e hematoma da região tenar, limitação de mobilidade
rx não evidencia fraura

lesão ligamentar e muscular

tala gessada para escafóide, deixo advil, oriento patologia e revisão

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S602 - Contusao de outras partes do punho e da mao

PROCEDIMENTO/MEDICAÇÃO:

1-0052-TALA GESSADA PUNHO MÃO

EXAMES SOLICITADOS:

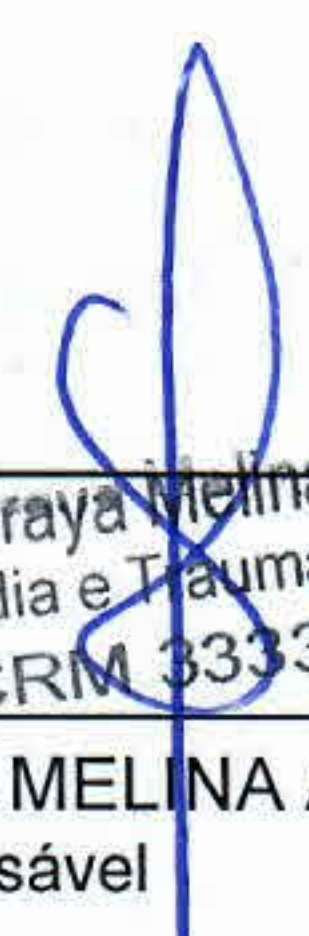
Lado: D -> RX MAO OU QUIRODACTILOS

SINAIS VITAIS:

T.A.: _____ T.R.: _____ P.A.: _____ F.R.: _____ F.C.: _____ PESO: _____ ALTURA: _____ S.C.: _____

PROCEDIMENTO/CONSIDERAÇÕES:

as acima


Dra. Soraya Melina Alves
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3333433334 SORAYA MELINA ALVES
Médico Responsável21236-ALBERTO ARAIS PYDD
Médico Diretor

Enfermagem:

Recepção: DANIELA


Assinatura do responsável/Paciente:

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Larissa Sheron D'avila Pascoaleto
Nº da Carteirinha: 8.65.2772
Instituição: Colégio Adventista do Partenon



Data de Nascimento: 30/09/2005

Nº da Guia: 3658

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
20/08/2021	14:57:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	1º Dedo Mão Direita

Descrição
estava jogando handball quando a bola bateu em seu dedo, colocamos gelo apresentou inchaço no local.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Marcos Vinícius Carneiro	51985769354

Quem prestou primeiros socorros	Data
Marcos Vinícius Carneiro	20/08/2021

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
ORTRA - Clínica de Ortopedia e Traumatologia de Urgência Ltda	AV. CAVALHADA	2166	CAVALHADA	(51) 3241-0900 (51) 3247-1456

Observações
A aluna machucou o dedo polegar da mão direita jogando handball na aula de educação física.

Ass.:

Marcos Vinicius Carneiro da Silva

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE PORTO ALEGRE, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo) Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ:

15.116.763/0003-31

Rua Matias José Bins, 581 - Três Figueiras, Porto Alegre - RS, CEP: 91330-290

Telefone: (51) 3382-1200

assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / portoalegre.clinicaadventista.org.br

ORTRA
Relatório Faturamento - Paciente

Empresa: ORTRA

Convenio: COLEGIO ADVENTISTA

Empr.Conv:

Paciente: 103613 LARISSA SHERON D AVILA PASCOALETTO 3658

Data: 20/08/2021 sex Hora Prev.: 17:21

Hora Início: Hora Término:

Medico: 33334 SORAYA MELINA ALVES

Boletim: 688505

Guia Principal:

Matric. 91310

Cpf: 83044345049

Plano/Franquia:

Sit.: 1 LIBERADO

Autorização:

CATIANE

Conduta	Descrição	Vlr.Unit.	Qt.	Total	Co-part. P
Exame					
178 00140	E RX MAO OU QUIRODACTILOS	26,40	1,00	26,40	0,00
Total		Guia:		Total	26,40 0,00
Resumo:	Exames:	26,40	0,00		
	Honorarios:	0	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			
	Diárias:	0,00	0,00		
	Ortese:	0,00	0,00		
		Mat + Med:		0,00	
		Tax+Serv+Diaria+Ortese:		0,00	
		Total - Co-particip.		0,00	

26/08/2021 13:16:00 0820TA

Boletim de Atendimento 688505

Data : 20/08/2021 Hora : 17:21

Paciente: 3658

LARISSA SHERON D AVILA PASCOALETTO

Autorização

Sexo: F

Dt.Nasc./Idade: 30/09/2005 15 Ano(s) e 11 Meses

Identidade:

Fone:

Mãe:

Naturalidade: RS-

Endereço: RUA GAIVOTA (LOT HERÓPHILO AZAMBUJA),239- Cidade:PORTO ALEGRE Cep:91430845

Convênio: COLEGIO ADVENTISTA

CAUSA DO SOCORRO (informações prestadas à recepção):

HISTÓRICO - EXAME FÍSICO :

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

PROCEDIMENTO/MEDICAÇÃO:

1-00140-RX MAO OU QUIRODACTILOS

EXAMES SOLICITADOS:

Lado: D -> RX MAO OU QUIRODACTILOS

SINAIS VITAIS:

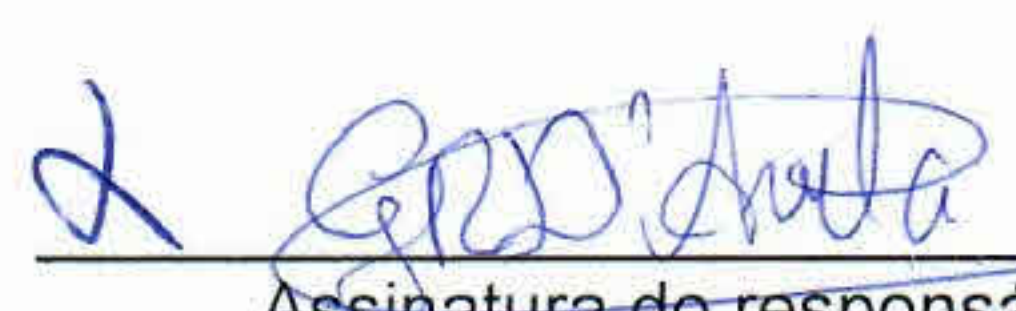
T.A.: _____ T.R.: _____ P.A.: _____ F.R.: _____ F.C.: _____ PESO: _____ ALTURA: _____ S.C.: _____

PROCEDIMENTO/CONSIDERAÇÕES:


Dra. Soraya Melina Alves
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3333433334 SORAYA MELINA ALVES
Médico Responsável21236-ALBERTO ARAIS PYDD
Médico Diretor

Enfermagem:

Recepção: CATIANE


Assinatura do responsável/Paciente:

Paciente: **LARISSA SHERON D AVILA PASCOALETTO**

Convenio: COLEGIO ADVENTISTA

Matricula: 3658

Plano BASICO

Nro: 688505

Data: 20/08/2021

Nascim. 30/09/2005

Nº. RG

Solicitação

Medico : SORAYA MELINA ALVES

Exames: RX MAO OU QUIRODACTILOS

Interpretação

RX MAO OU QUIRODACTILOS - Direito

Não há evidência de lesões ósseas de origem traumática recente.

DR SORAYA MELINA ALVES
Cremers 33334

ORTRA
Relatório Faturamento - Paciente

Empresa: ORTRA

Convenio: COLEGIO ADVENTISTA

Empr.Conv:

Paciente: 103589 ANNA VICTORIA CANAZZA DE CAMPOS

3642001

Plano/Franquia:

Data: 26/08/2021 qui Hora Prev.: 15:41

Boletim: 689163

Sit.: LIBERADO

Hora Início: Hora Término:

Guia Principal:

Autorização:

Medico: 17959 SILVANA MONTARDO DINIZ

Matric. 54488

Cpf: 48297437000

DANIELA

Conduta	Descrição	Vlr.Unit.	Qt.	Total	Co-part. P
CONSULTA					
10101039 C	CONSULTA	60,00	1,00	60,00	0,00
TALA GESSADA PUNHO E MÃO					
00102 M	MATERIAL TALA GESS PUNHO/MAO	23,76	1,00	23,76	0,00
0029 T	TAXA DE SALA GESSO	26,40	1,00	26,40	0,00
0052 P	TALA GESSADA PUNHO MÃO	35,20	1,00	35,20	0,00
Total Co-particip.		Guia:		Total	145,36
					0,00

<u>Resumo:</u>	Exames:	0,00	0,00		
	Honorarios:	95,20	0,00		
	Material:	23,76	0,00		
	Medicamentos:	0,00	0,00		
	Serviços:	0,00	0,00		
	Taxas:	26,40	0,00		
	30 %	0,00		Mat + Med:	23,76
	Diárias:	0,00	0,00	Tax+Serv+Diaria+Ortese:	26,40
	Ortese:	0,00	0,00	Total - Co-particip.	145,36

30/08/2021 13:33:40 0819FR 0819TA

Boletim de Atendimento 689163

Data : 26/08/2021 Hora : 15:41

Autorização

Paciente:

ANNA VICTORIA CANAZZA DE CAMPOS

Sexo: F

Dt.Nasc./Idade: 05/01/2007 14 Ano(s) e 7 Meses

Identidade: 1134006781 Fone:

Mãe: -

Naturalidade: RS-

Endereço: RUA PAISSANDU,523- Cidade:PORTO ALEGRE Cep:90660360

Convênio: **COLEGIO ADVENTISTA****CAUSA DO SOCORRO (informações prestadas à recepção):**

MÃO D

HISTÓRICO - EXAME FÍSICO :

- EM TTO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

FRATURA DE 3 QDD?

PROCEDIMENTO/MEDICAÇÃO:

1-10101039-CONSULTA

1-0052-TALA GESSADA PUNHO MÃO

SINAIS VITAIS:

T.A.: _____ T.R.: _____ P.A.: _____ F.R.: _____ F.C.: _____ PESO: _____ ALTURA: _____ S.C.: _____

PROCEDIMENTO/CONSIDERAÇÕES:

Dra. Silvana Montardo Diniz
Ortopedia e Traumatologia
CRM 17959

17959 SILVANA MONTARDO DINIZ
Médico Responsável

21236-ALBERTO ARAIS PYDD
Médico Diretor

Enfermagem:

Recepção: DANIELA

[Assinatura]
Assinatura do responsável/Paciente:

RELATÓRIO DE RETORNOS

Entidade: Associação Sul Rio-grandense

Escola: Colégio Adventista do Partenon

Qntd de resultados: 1

Período: 19/08/2021 à 26/08/2021



AUG - 2021

Guia	RA	Aluno	O que aconteceu	Atividade	Local	Data	Credenciado
3642.001	4253	Anna Victoria Canazza de Campos	Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Aula de educação física	Ginásio	19/08/2021	ORTRA - Clínica de Ortopedia e Traumatologia de Urgência Ltda

ORTRA
Fechamento Protocolo

Período de 01-08-2021a 31-08-2021

Empresa: ORTRA

Eventos Selecionados: Consultas / Procedimentos / Exames / Materiais / Medicamentos / Taxas / Serviços / Materiais Expe

Convênio: COLEGIO ADVENTISTA

Fatura: 8513

Base: LIBERADO

CAPA DE LOTE

2-Nº

Registro ANS

CNPJ/CPF

92535210000100

Data do Envio

01-09-2021

TIPO DE GUIA	QUANT.	TOTAL R\$	TIPO DE GUIA	QUANT.	TOTAL R\$
Guia de Consulta			Guia Resumo Internação		
Guia de Honorário Individual			Guia Outras Despesas	3	150,48
Guia de SP/SADT	7	380,00	Guia de Atendimento Odontológico		
Guia de Farmácia			Guia Não Padronizada		
Quantidade de Guias		10	Total da Fatura R\$	530,48	Tot Fatura+Tx.Adm. R\$ 530,48

Assinatura do Credenciado/Carimbo

Assinatura do Recebedor(Se presencial)

Recebimento

XML= 158

Entrega de fatura

Endereço:

Bairro :

Cidade :

CEP :

ORTRA

Relatório Movimentação

Período de Atendimento: 01-08-2021 a 31-08-2021

Empresa: ORTRA

Base: LIBERADO

Eventos Seleccionados: Consultas / Procedimentos / Exames / Materiais / Medicamentos / Taxas / Serviços / Materiais Expediente

Data Hora Boletim Paciente

Médico: TODOS

Matricula

Codigo Cod. Insumo Eventos

Quant. Vlr Total Vlr Part. Vlr Fatur

COLEGIO ADVENTISTA

19/08/2021	11:20	688261	103589	ANNA VICTORIA CANAZZA DE CAMPOS				
0012				FRATURA FALANGE (MAO)	19/08/2021	1,00	22,00	0,00
00102				MATERIAL TALA GESS PUNHO/MAO	19/08/2021	1,00	23,76	0,00
0029				TAXA DE SALA GESSO	19/08/2021	1,00	26,40	0,00
0052				TALA GESSADA PUNHO MÃO	19/08/2021	1,00	35,20	0,00
Total						4,00	107,36	0,00
19/08/2021	11:29	688266	103589	ANNA VICTORIA CANAZZA DE CAMPOS				
00140				RX MAO OU QUIRODACTILOS	19/08/2021	1,00	26,40	0,00
Total						1,00	26,40	0,00
26/08/2021	15:41	689163	103589	ANNA VICTORIA CANAZZA DE CAMPOS				
0029				TAXA DE SALA GESSO	26/08/2021	1,00	26,40	0,00
0052				TALA GESSADA PUNHO MÃO	26/08/2021	1,00	35,20	0,00
00102				MATERIAL TALA GESS PUNHO/MAO	26/08/2021	1,00	23,76	0,00
10101039				CONSULTA	26/08/2021	1,00	60,00	0,00
Total						4,00	145,36	0,00
20/08/2021	15:55	688485	103613	LARISSA SHERON D AVILA PASCOALETTO				
00102				MATERIAL TALA GESS PUNHO/MAO	20/08/2021	1,00	23,76	0,00
0029				TAXA DE SALA GESSO	20/08/2021	1,00	26,40	0,00
0052				TALA GESSADA PUNHO MÃO	20/08/2021	1,00	35,20	0,00
Total						3,00	85,36	0,00
20/08/2021	17:21	688505	103613	LARISSA SHERON D AVILA PASCOALETTO				
00140				RX MAO OU QUIRODACTILOS	20/08/2021	1,00	26,40	0,00
Total						1,00	26,40	0,00
03/08/2021	16:44	686213	46089	MARIA CLARA SIMON DE ARAGAO				
101010391				CONSULTA C/ TRAT CONSERVADOR	03/08/2021	1,00	100,00	0,00
Total						1,00	100,00	0,00
03/08/2021	17:27	686226	46089	MARIA CLARA SIMON DE ARAGAO				
00150				RX JOELHO AP LAT	03/08/2021	1,00	39,60	0,00
Total						1,00	39,60	0,00
Total Atend.:7						15,00	530,48	0,00
Tot.Proc.						15		
Custo Operacional						%	0,00	0,00
Total da Fatura							530,48	0,00
Faturado Nº: 8513						15,00	530,48	0,00