

ORTRA
Relatório Faturamento - Paciente

Empresa: ORTRA

Convenio: COLEGIO ADVENTISTA

Empr.Conv:

Paciente: 95785 PEDRO HENRIQUE SANTOS DE LEMOS

3409

Plano/Franquia:

Data: 03/12/2021 sex Hora Prev.: 10:48

Boletim: 702052

Sit.: LIBERADO

Hora Início: Hora Término:

Guia Principal:

Autorização:

Medico: 29850 TIAGO AKIO SUMI

Matric. 86452

Cpf: 03426880903

GABRIELA DA

Conduta	Descrição	Vlr.Unit.	Qt.	Total	Co-part. P
---------	-----------	-----------	-----	-------	------------

CONSULTA

10101039 C

CONSULTA

60,00

1,00

60,00

0,00

Total Co-particip.

Guia:

Total

60,00

0,00

Resumo: Exames: 0,00 0,00

Honorarios: 60,00 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. 60,00

17/12/2021 11:36:58 1119CO

Boletim de Atendimento 702052

Data : 03/12/2021 Hora : 10:48

Paciente: **3409**

PEDRO HENRIQUE SANTOS DE LEMOS

Autorização

Sexo: M

Dt.Nasc./Idade: 06/04/2007 14 Ano(s) e 8 Meses

Identidade: 7137695453 Fone: 5130854057

Mãe: ALINE MATTOS DOS SANTOS

Naturalidade: RS-

Endereço: RUA ALARICO VALENÇA,35-CASA Cidade:PORTO ALEGRE Cep:91520010

Convênio: **COLEGIO ADVENTISTA**

CAUSA DO SOCORRO (informações prestadas à recepção):

ombro d

HISTÓRICO - EXAME FÍSICO :

- QUEDA AO SOLO EM 03/11/21 - 30 DIAS
FX EPIF UMERU PROX DTO

ADM OK
SEM DORES

RX: - FRATURA CONSOLIDADA

CD<
MANTER TTO CONSERVADOR
ALTA
ORIENTAÇÕES FINAIS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

FRATURA DE UMERU PROXIMAL

PROCEDIMENTO/MEDICAÇÃO:

1-10101039-CONSULTA

EXAMES SOLICITADOS:

Lado: D -> RX OMOPLATA OU OMBRO FUNCIONAL

SINAIS VITAIS:

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

PROCEDIMENTO/CONSIDERAÇÕES:

Handwritten signature of Tiago Akio Sumi
Tiago Akio Sumi
Ortopedia e Traumatologia
CREMERS 20.020 TERT 11753

29850 TIAGO AKIO SUMI
Médico Responsável

21236-ALBERTO ARAIS PYDD
Médico Diretor

Enfermagem:

Recepção: GABRIELA DA SILVA

Handwritten signature
Assinatura do responsável/Paciente:

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Pedro Henrique Santos de Lemos
Nº da Carteirinha: 8.65.3409
Instituição: Colégio Adventista do Partenon



Data de Nascimento: 06/04/2007

Nº da Guia: 4371.003

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
03/11/2021	15:37:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Ombro Direito

Descrição

O aluno estava realizando atividade física quando chocou-se com o seu colega de forma acidental, sente muita dor no ombro direito diz ter ouvido um estalo no momento da pancada.

Testemunha da ocorrência

Marcos Vinícius Carneiro

Telefone

51985769354

Marcos Vinícius Carneiro

51985769354

Quem prestou primeiros socorros

Marcos Vinícius Carneiro

Data

03/11/2021

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

Motivo do Retorno

Aluno estará retornando a clínica no dia de hoje 03/12/2021 para continuidade do tratamento do ombro 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