

ORTRA
Relatório Faturamento - Paciente

Empresa: ORTRA

Convenio: COLEGIO ADVENTISTA

Empr.Conv:

Paciente: 106098 MARIA EDUARDA PORTELA LAND

Data: 17/02/2022 qui Hora Prev.: 11:58

Hora Início: Hora Término:

Medico: 31159 GUSTAVO GOHRINGER DE ALMEIDA Matric. 91478 Cpf: 00256203555

Boletim: 709967

Guia Principal:

Plano/Franquia:

Sit.: LIBERADO

Autorização:

YASMIN

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

CONSULTA

10101039

C

CONSULTA

Total	Co-particip.
-------	--------------

Guia:

60,00

1,00

60,00

0,00

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

25/02/2022 16:07:11

Boletim de Atendimento 709967

Data : 17/02/2022 Hora : 11:58

Autorização

Paciente:

MARIA EDUARDA PORTELA LAND

Sexo: F

Dt.Nasc./Idade: 08/06/2009 12 Ano(s) e 8 Meses

Identidade:

Fone:

Mãe:

Naturalidade: RS-

Endereço: AVENIDA BENTO GONÇALVES,2199-AP407 Cidade:PORTO ALEGRE Cep:90650003

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

DEDO DA MÃO D

HISTÓRICO - EXAME FÍSICO :

- trauma no 3 qdd hoje
solicito exames. -
vejo radiografia, lesao fisária na interfalangeana proximal?
conduta
deixo com tala de zimmer
retorno em 2 semanas.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:**PROCEDIMENTO/MEDICAÇÃO:**

1-10101039-CONSULTA

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:

Dr. Gustavo Gohringer Barbosa
Ortopedia e Traumatologia
CRM 31159

31159 GUSTAVO GOHRINGER DE ALMEIDA
Médico Responsável

21236-ALBERTO ARAIS PYDD
Médico Diretor

Enfermagem:

Recepção: YASMIN

[Assinatura]
Assinatura do responsável/Paciente:

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Maria Eduarda Portela Land
Nº da Carteirinha: 8.65.4643
Instituição: Colégio Adventista do Partenon



Data de Nascimento: 08/06/2009

Nº da Guia: 4925

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
17/02/2022	10:47:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	3º Dedo Mão Direita

Descrição
Aluna foi sentar e acabou virando o dedo para trás, dedo apresenta inchaço.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Marcos Vinícius Carneiro	51985769354
Marcos Vinícius Carneiro	51985769354

Quem prestou primeiros socorros	Data
Marcos Vinícius Carneiro	17/02/2022

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
Aluna apresenta dor de intensidade alta, dedo apresenta inchaço, aplicamos gelo no local.

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