

ORTRA
Relatório Faturamento - Paciente

Empresa: ORTRA

Convenio: COLEGIO ADVENTISTA

Empr.Conv:

Paciente: 106135 VICENTE MENDONCA POFFO

8429489

Plano/Franquia:

Data: 25/02/2022 sex Hora Prev.: 17:06

Boletim: 711002

Sit.: LIBERADO

Hora Início: Hora Término:

Guia Principal:

Autorização:

Medico: 31159 GUSTAVO GOHRINGER DE ALMEIDA Matric. 91478

Cpf: 00256203555

DANIELA

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
-------	--------------	-------	-------	-------	------

<u>Resumo:</u>	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		Mat + Med:	0,00
	Diárias:	0,00	0,00	Tax+Serv+Diaria+Ortese:	0,00
	Ortese:	0,00	0,00	Total - Co-particip.	60,00

05/04/2022 08:47:30 0221CO 0221TA

Boletim de Atendimento 711002

Data : 25/02/2022 Hora : 17:06

Autorização

Paciente: ~~8429489~~
4980001

VICENTE MENDONCA POFFO

Sexo: M

Dt.Nasc./Idade: 10/04/2013 8 Ano(s) e 10 Meses

Identidade: 60135639000 Fone:

Mãe:

Naturalidade: RS-

Endereço: RUA CORONEL ARISTIDES,41- Cidade:PORTO ALEGRE Cep:91910660

Convênio: COLEGIO ADVENTISTA

CAUSA DO SOCORRO (informações prestadas à recepção):

BRAÇO E

HISTÓRICO - EXAME FÍSICO :

- Paciente sem dor
retiro imob
adm completa
conduta
alta

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:**PROCEDIMENTO/MEDICAÇÃO:**

1-10101039-CONSULTA

SINAIS VITAIS:

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

PROCEDIMENTO/CONSIDERAÇÕES:

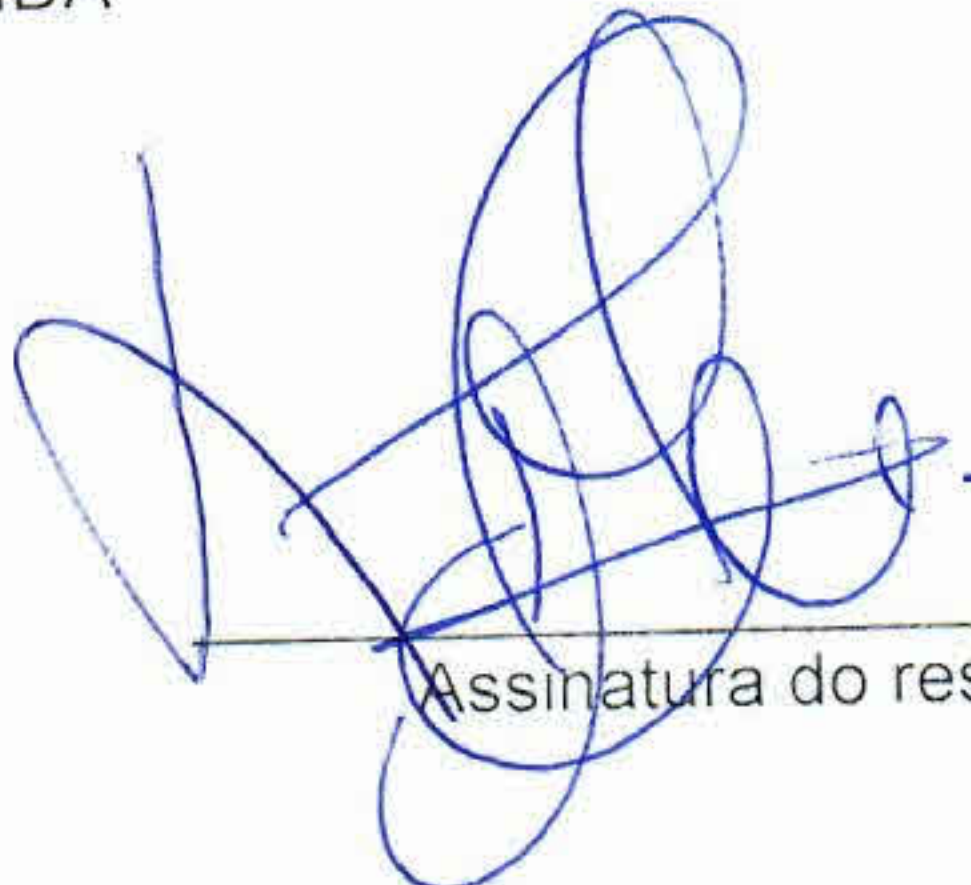

Dr. Gustavo Gohringer Barbosa
Ortopedia e Traumatologia
CRM 31159

31159 GUSTAVO GOHRINGER DE ALMEIDA
Médico Responsável

21236-ALBERTO ARAIS PYDD
Médico Diretor

Enfermagem:

Recepção: DANIELA


Assinatura do responsável/Paciente:

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO



Nome: **Carla M. Costa Silva**
 End: **da Carteira - 1112**
 Instituição: **Clínica Adventista de Porto Alegre**
 Data de Nascimento: **11/11/1971**

Nº da Guia: **4505 001**

Endereço do retorno: **Rua: 10400** **Local: 7100**

Atividade:
 Deslocamento interno

Que aconteceu:
 Quebra de um dente

Partes do corpo:
 Braço Esquerdo, Antebraço Esquerdo

Assinatura do paciente ou do responsável: **Carla M. Costa Silva**

Assinatura da ocorrência:

Telefone:
 (51) 3086-5050

Se prestou primeiros socorros:

Data:
 11/11/2017

Local de atendimento:

Endereço:

Nº	Bairro	Telefone
216	CAVALHADA	(51) 3241-0900
6		(51) 3247-1456

Clínica: **Clinica de Ortopedia e**
Ortopedia de Urgência Ltda

AV. CAVALHADA

Motivo do Retorno:

Retorno da Tala

Carla M. Costa 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 / CIP
 15.116.763/0001-31
 R. da Matias José Beto, 581 - Trás Figueiras, Porto Alegre - RS, CEP. 91330-290
 Telefone: (51) 3362-1700
www.instituiçaoadventista.org.br / portualgre.clinicaadventista.org.br