

ORTRA
Relatório Faturamento - Paciente

Empresa: ORTRA

Convenio: COLEGIO ADVENTISTA

Empr.Conv:

Paciente: 106282 KAMILLY FLORES DA ROSA

Data: 04/03/2022 sex Hora Prev.: 13:43

Hora Início: Hora Término:

Medico: 31159 GUSTAVO GOHRINGER DE ALMEIDA Matric. 91478

8654328

Boletim: 711597

Guia Principal:

Cpf: 00256203555

Plano/Franquia:

Sit.: LIBERADO

Autorização:

GABRIELA DA

Condução	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

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 08:47:45

Boletim de Atendimento 711597

Data: 04/03/2022 Hora: 13:43

Paciente: 8654328

KAMILLY FLORES DA ROSA

Autorização

Sexo: F

Dt.Nasc./Idade: 04/04/2004 17 Ano(s) e 11 Meses

Identidade: 1133254944 Fone: 5100000000

Mãe:

Naturalidade: RS-

Endereço: RUA IPIRANGA,387-CASA Cidade:VIAMÃO Cep:94510250

Convênio: COLEGIO ADVENTISTA

CAUSA DO SOCORRO (informações prestadas à recepção):

mao e

HISTÓRICO - EXAME FÍSICO :

- Paciente evoluiu com trauma na ma esquerda

solicito rx - SEM SINAIS DE FRATURA
CONTUSAO
CONDUTA
ANALGESIA
SINTOMATICOS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

PROCEDIMENTO/MEDICAÇÃO:

1-10101039-CONSULTA

EXAMES SOLICITADOS:

Lado: E -> 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: GABRIELA DA SILVA

[Assinatura]
Assinatura do responsável/Paciente.

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Kamilly Flores da Rosa
Nº da Carteirinha: 8.65.4328
Instituição: Colégio Adventista do Partenon

Data de Nascimento: 04/04/2004

Nº da Guia: 5102

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
04/03/2022	09:25:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	1º Dedo Mão Esquerda

Descrição
Aluna estava jogando vôlei na aula de educação física quando a bola bateu em seu dedo polegar esquerdo, aluna alega sentir dor no local

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Marcos Vinícius Carneiro	04/03/2022

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 machucou-se mas não comunicou seu professor ou alguém da escola, sentiu dor em casa.

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