

ORTRA
Relatório Faturamento - Paciente

Empresa: ORTRA
Convenio: COLEGIO ADVENTISTA
Empr.Conv:

Paciente: 106345 ICARO BERNARDES PEREIRA 5146002 Plano/Franquia:
Data: 08/04/2022 sex Hora Prev.: 16:54 Boletim: 716819 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
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	

20/04/2022 10:01:19 0318CO

Boletim de Atendimento 716819

Data: 08/04/2022 Hora: 16:54

Paciente: **5146002****ICARO BERNARDES PEREIRA**

Autorização

Sexo: M

Dt.Nasc./Idade: 23/03/2011 11 Ano(s) e 1 Meses

Identidade:

Fone: 5100000000

Mãe:

Naturalidade: RS-

Endereço: RUA HUMBERTO CADAVAL,497-CASA Cidade:PORTO ALEGRE Cep:91550860

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

BRAÇO D

HISTÓRICO - EXAME FÍSICO :

- FT DE CONDILO FALANGE PROXIMAL 08/03/22

RETIRO IMOB

RX - ft consolidada

indolor

conduta

retiro imob

analgesia

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:**PROCEDIMENTO/MEDICAÇÃO:**

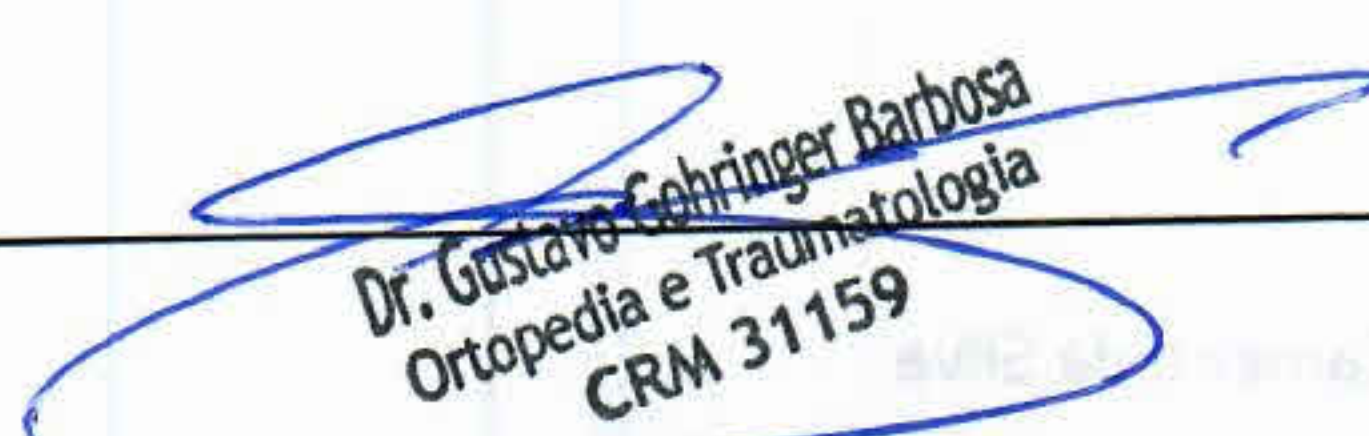
1-10101039-CONSULTA

EXAMES SOLICITADOS:

Lado: D -> RX MAO OU QUIRODACTILOS

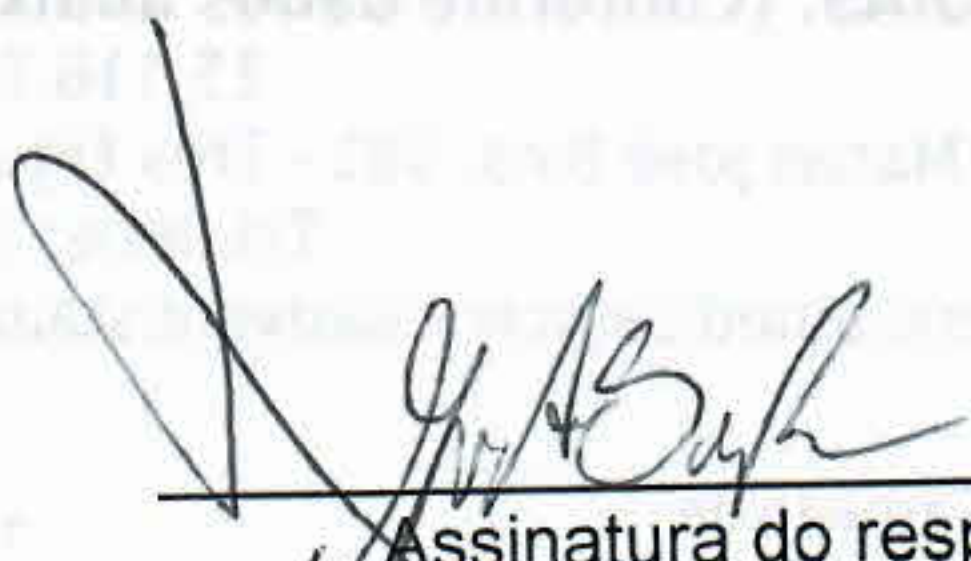
SINAIS VITAIS:

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

PROCEDIMENTO/CONSIDERAÇÕES:
Dr. Gustavo Gehringer Barbosa
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3115921236-ALBERTO ARAIS PYDD
Médico Diretor31159 GUSTAVO GOHRINGER DE ALMEIDA
Médico Responsável

Enfermagem:

Recepção: DANIELA


Assinatura do responsável/Paciente:

Boletim de Atendimento 716827

Data : 08/04/2022 Hora : 17:35

Paciente: 5146002

ICARO BERNARDES PEREIRA

Autorização

Sexo: M

Dt.Nasc./Idade: 23/03/2011 11 Ano(s) e 1 Meses

Identidade:

Fone: 5100000000

Mãe:

Naturalidade: RS-

Endereço: RUA HUMBERTO CADAVAL,497-CASA Cidade:PORTO ALEGRE Cep:91550860

Convênio: COLEGIO ADVENTISTA

CAUSA DO SOCORRO (informações prestadas à recepção):

- FT DE CONDILO FALANGE PROXIMAL 08/03/22
RETIRO IMOB
RX

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.: _____

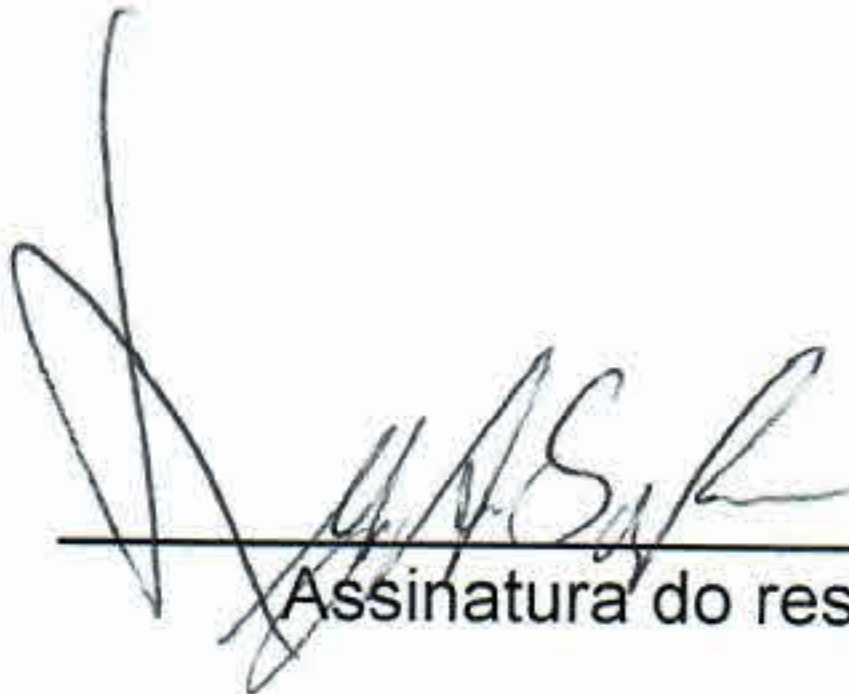
PROCEDIMENTO/CONSIDERAÇÕES:

31159 GUSTAVO GOHRINGER DE ALMEIDA
Médico Responsável

21236-ALBERTO ARAIS PYDD
Médico Diretor

Enfermagem:

Recepção: CARLA


Assinatura do responsável/Paciente: