

ORTRA
Relatório Faturamento - Paciente

Empresa: ORTRA
Convenio: COLEGIO ADVENTISTA
Empr.Conv:

Paciente: 91391 **SOFIA SOUZA RIBEIRO** 6181 Plano/Franquia:
Data: 13/05/2022 sex Hora Prev.:15:10 Boletim: **721369** Sit.: LIBERADO
Hora Início: Hora Término: Guia Principal: Autorização:
Medico: 31159 GUSTAVO GOHRINGER DE ALMEIDA Matric. 91478 Cpf: 00256203555 DANIELA

Conduto	Descrição	Vlr.Unit.	Qt.	Total	Co-part. P
CONSULTA					
10101039	C CONSULTA	60,00	1,00	60,00	0,00
LESAO LIGAMENTAR TORNOZELO					
0023	P LESAO LIGAMENTAR TORNOZELO	35,20	1,00	35,20	0,00
Total Co-particip.		Guia:		Total	95,20 0,00

Resumo:	Exames:	0,00	0,00		
	Honorarios:	95,20	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	Mat + Med:	0,00
	Diárias:	0,00	0,00	Tax+Serv+Diaria+Ortese:	0,00
	Ortese:	0,00	0,00	Total - Co-particip.	95,20

17/05/2022 13:46:16

Boletim de Atendimento 721369

Data : 13/05/2022 Hora : 15:10

Autorização

Paciente: 6181

SOFIA SOUZA RIBEIRO

Sexo: F

Dt.Nasc./Idade: 12/07/2007 14 Ano(s) e 10 Meses

Identidade:

Fone: 5100000000

Mãe:

Naturalidade: RS-

Endereço: ESTRADA GEDEON LEITE,850-08 Cidade:PORTO ALEGRE Cep:91787770

Convênio: COLEGIO ADVENTISTA

CAUSA DO SOCORRO (informações prestadas à recepção):

PÉ E

HISTÓRICO - EXAME FÍSICO :

- Entorse do tornozelo direito hoje.
nao consegue deambular
dor importante.
edema ne regio maleolar

ao exame, dor e edema
solicito exames. -
vejo radiografia,s em fratura
conduta
analgesia.
tala gessada

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

PROCEDIMENTO/MEDICAÇÃO:

1-10101039-CONSULTA
1-0023-LESAO LIGAMENTAR TORNOZELO

EXAMES SOLICITADOS:

Lado: E -> RX PE OU PODALICTILOS
Lado: E -> RX TORNOZELO

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

21236-ALBERTO ARAIS PYDD
Médico Diretor

31159 GUSTAVO GOHRINGER DE ALMEIDA
Médico Responsável

Enfermagem:

Recepção: DANIELA

Assinatura do responsável/Paciente:

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Sofia Souza Ribeiro
Nº da Carteirinha: 8.42.7160
Instituição: Colégio Adventista de Porto Alegre

Data de Nascimento: 12/07/2007

Nº da Guia: 6181

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
13/05/2022	13:45:00	Escada	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Esquerdo

Descrição
Aluna estava descendo as escadas e acabou tropeçando sozinha e torceu o pé.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Leianderson Lima	(85) 98770-5040

Quem prestou primeiros socorros	Data
Leianderson Lima	13/05/2022

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações
Aluna foi encaminhada para o hospital!

Ass.:

Leianderson Silva Lima

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