

ORTRA
Relatório Faturamento - Paciente

Empresa: ORTRA

Convenio: **COLEGIO ADVENTISTA**

Empr.Conv:

Paciente: 108145 **EDUARDA BARBOSA DA SILVA**

8.42.7730

Plano/Franquia:

Data: 08/07/2022 sex Hora Prev.:18:09

Boletim: **728530**

Sit.: LIBERADO

Hora Início: Hora Término:

Guia Principal:

Autorização: 6825.001

Medico: 31159 GUSTAVO GOHRINGER DE ALMEIDA Matric. 91478

Cpf: 00256203555

MARIA GORETE

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	

27/07/2022 16:00:05 0630CO 0630FR 0630TA

Boletim de Atendimento 728530

Data : 08/07/2022 Hora : 18:09

Autorização

Paciente: 8.42.7730

EDUARDA BARBOSA DA SILVA

Sexo: F

Dt.Nasc./Idade: 25/11/2010 11 Ano(s) e 8 Meses

Identidade: 1133499739 Fone: 5100000000

Mãe:

Naturalidade: RS-

Endereço: RUA CORONEL MASSOT,581-AP 101 Cidade:PORTO ALEGRE Cep:91910530

Convênio: COLEGIO ADVENTISTA

CAUSA DO SOCORRO (informações prestadas à recepção):

dedo mao e

HISTÓRICO - EXAME FÍSICO :

- 1 semana ft de falange distal 2 qde
retiro imob
rx - em consolidação

recoloco imobilização
retorno em 3 semana.s

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:**PROCEDIMENTO/MEDICAÇÃO:**

1-10101039-CONSULTA
1-0012-FRATURA FALANGE (MAO)

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: MARIA GORETE

Eduarda B. da Silva
Assinatura do responsável/Paciente:

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Eduarda Barboza da Silva
Nº da Carteira: 8.42.7730
Instituição: Colégio Adventista de Porto Alegre



Data de Nascimento: 25/10/2010

Nº da Guia: 6825.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
08/07/2022	17:01:21	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Mão Esquerda

Descrição
Estava na aula de Ed. Física e machucou a mão.

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Leianderson Lima	30/06/2022

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
ORTRA - Clínica de Ortopedia e Traumatologia de Urgência Ltda	AV. CAVALHADA	216 6	CAVALHADA	(51) 3241-0900 (51) 3247-1456

Motivo do Retorno
Retorno para retirada

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