

ORTRA
Relatório Faturamento - Paciente

Empresa: ORTRA

Convenio: COLEGIO ADVENTISTA

Empr.Conv:

Paciente: 113920 BENJAMIN RODRIGUES DA SILVA

Data: 04/08/2023 sex Hora Prev.: 16:31

Hora Início: Hora Término:

Medico: 31159 GUSTAVO GOHRINGER DE ALMEIDA Matric. 91478

8.42.9929

Boletim: 779702

Guia Principal:

Cpf: 00256203555

Plano/Franquia:

Sit.: LIBERADO

Autorização: 12350.002

SHERON CRUZ

Conduta Descrição

CONSULTA

10101039

C

CONSULTA

Vlr.Unit.

Qt.

Total

Co-part. Pi

63,00

1,00

63,00

0,00

Total

63,00

0,00

Resumo:

Exames:

0,00

0,00

Honorarios:

63,00

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.

63,00

08/08/2023 16:35:23 0721CO 0707FR

Boletim de Atendimento 779702

Data : 04/08/2023 Hora : 16:31

Autorização

Paciente: 8.42.9929

BENJAMIN RODRIGUES DA SILVA

Sexo: M

Dt.Nasc./Idade: 04/05/2016 7 Ano(s) e 3 Meses

Identidade: 2142845805 Fone: 5100000000

Mãe:

Naturalidade: RS-

Endereço: ACESSO L,606-CASA Cidade:PORTO ALEGRE Cep:91792370

Convênio: COLEGIO ADVENTISTA

CAUSA DO SOCORRO (informações prestadas à recepção):

RET BRACO DIREITO

HISTÓRICO - EXAME FÍSICO :

- ft supra condileana cotovelo D 4 semanas de evolução.
retiro imob -
sem dor.

vejo radiografia, consolidado

conduta
retiro imob
retorno em 6 semanas.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

PROCEDIMENTO/MEDICAÇÃO:

1-10101039-CONSULTA

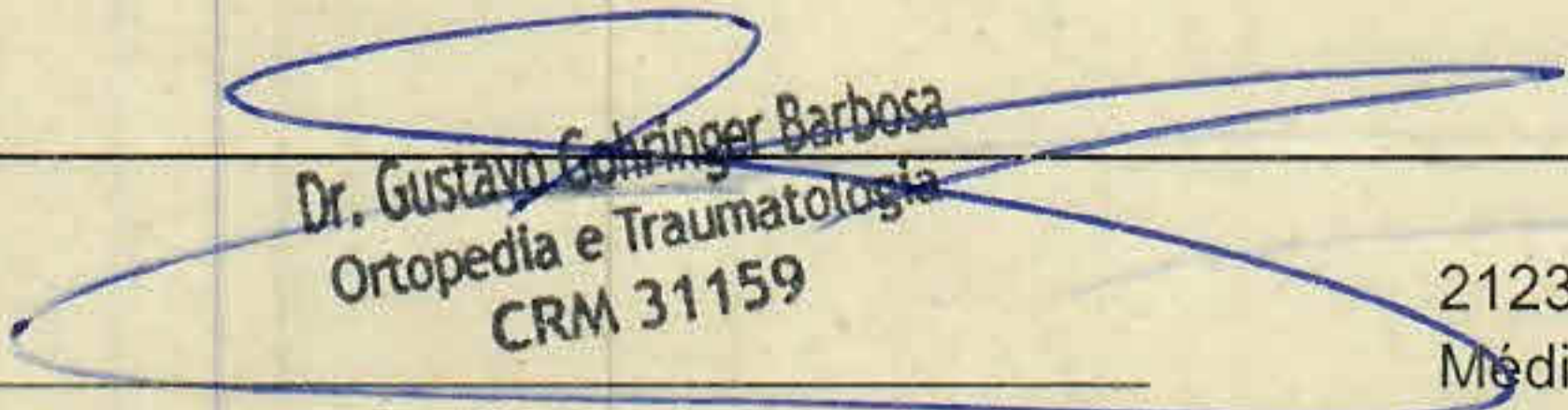
EXAMES SOLICITADOS:

Lado: D -> RX COTOVELO

SINAIS VITAIS:

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

PROCEDIMENTO/CONSIDERAÇÕES:

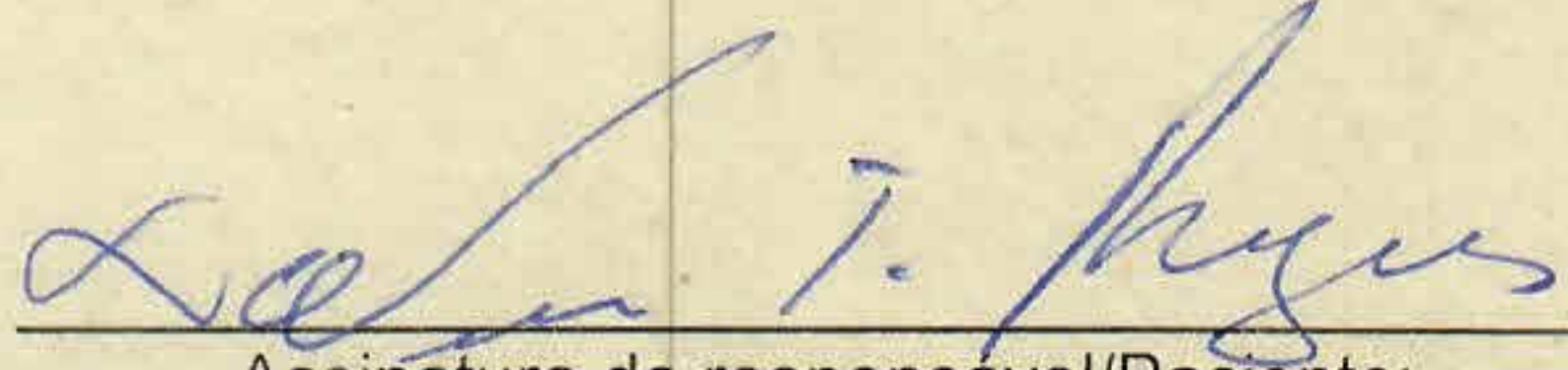

Dr. Gustavo Gohringer Barbosa
Ortopedia e Traumatologia
CRM 31159

21236-ALBERTO ARAIS PYDD
Médico Diretor

31159 GUSTAVO GOHRINGER DE ALMEIDA
Médico Responsável

Enfermagem:

Recepção: SHERON CRUZ


Assinatura do responsável/Paciente:

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO



Aluno: Benjamin Rodrigues da Silva

Nº da Carteirinha: 8.42.9929

Instituição: Colégio Adventista de Porto Alegre

Data de Nascimento: 04/05/2016

Nº da Guia: 12350.002

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
04/08/2023	09:38:14	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Braço Direito

Descrição
O aluno estava em atividade do Contraturno no ginásio ,quando enroscou o pé na rede e caiu por cima do braço

Testemunha da ocorrência	Telefone
Vanessa	51985836961

Quem prestou primeiros socorros	Data
Aline Carvalho	07/07/2023

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
ORTRA - Clínica de Ortopedia (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)	AV. CAVALHADA	216 6	CAVALHADA	(51) 3241-0900 (51) 3247-1456

Motivo do Retorno
retorno autorizado dia 4/8/23

87.115.838/0006-13

COLEGIO ADVENTISTA PORTO ALEGRE

Ass.:

Luisa de M. Rohde

Rua Camaqua, 534

Camaqua - CEP 90.001-970

PORTO ALEGRE - RS

Aline Ferreira da Rocha Carvalho

Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: <https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br (não credenciados) com os seguintes dados:

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0003-31

Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157

assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / portoalegre.clinicaadventista.org.br

Impresso por: Aline Ferreira da Rocha
Carvalho

1 de 1

4/08/2023