

ORTRA
Relatório Faturamento - Paciente

Empresa: ORTRA
Convenio: COLEGIO ADVENTISTA
Empr.Conv:

Paciente: 117567

EDUARDO ALBARNAZ

8.65.3681

Plano/Franquia:

Data: 14/03/2024

qui

Hora Prev.:11:17

Boletim: 808155

Sit.: LIBERADO

Hora Início:

Hora Término:

Guia Principal:

Autorização: 15957

Medico: 25449

ALCINDO OST

Matric. 82732

Cpf: 52258700078

GABRIELA DA

Conduta	Descrição	Vlr.Unit.	Qt.	Total	Co-part. P
CONSULTA					
10101039	C CONSULTA	63,00	1,00	63,00	0,00
IMOBILIZAÇÃO TALA DE ZIMMER					
00116	M MATERIAL IMOBILIZAÇÃO TALA DE ZIMMER	17,74	1,00	17,74	0,00
0028	T TAXA DE SALA NÃO GESSADA	18,48	1,00	18,48	0,00
0067	P IMOBILIZAÇÃO TAL A DE ZIMMER	27,72	1,00	27,72	0,00

		Total	Co-particip.	Guia:	Total	126,94	0,00
Resumo:	Exames:	0,00	0,00				
	Honorarios:	90,72	0,00				
	Material:	17,74	0,00				
	Medicamentos:	0,00	0,00				
	Serviços:	0,00	0,00				
	Taxas:	18,48	0,00				
	30 %	0,00		Mat + Med:	17,74		
	Diárias:	0,00	0,00	Tax+Serv+Diaria+Ortese:	18,48		
	Ortese:	0,00	0,00	Total - Co-particip.	126,94		

21/03/2024 17:12:10

Boletim de Atendimento 808155

Pag. 1

Data : 14/03/2024 Hora : 11:17

Paciente: 8.65.3681

EDUARDO ALBARNAZ

Autorização

Sexo: M

Dt.Nasc./Idade: 26/07/2011 12 Ano(s) e 8 Meses

Identidade: 1132813922 Fone:

Mãe:

Naturalidade: RS-

Endereço: AVENIDA COMUNITÁRIA,12-CASA Cidade:PORTO ALEGRE Cep:91520700

Convênio: **COLEGIO ADVENTISTA**

CAUSA DO SOCORRO (informações prestadas à recepção):

MAO D

HISTÓRICO - EXAME FÍSICO :

- Trauma mão dir
EF: D+E+IF
RX mão dir -
D: entorse 5º QD
C: imobilização + analgesia

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

PROCEDIMENTO/MEDICAÇÃO:

1-10101039-CONSULTA
1-0067-IMOBILIZAÇÃO TAL A DE ZIMMER

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. Alcindo Ost
Ortopedia e Traumatologia
CRM 25449

25449 ALCINDO OST
Médico Responsável

21236-ALBERTO ARAIS PYDD
Médico Diretor

Enfermagem:

Recepção: GABRIELA DA SILVA

Assinatura do responsável/Paciente:

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Eduardo Albarnaz Cornelius
Nº da Carteira: 8.65.3681
Instituição: Colégio Adventista do Partenon

Data de Nascimento: 26/07/2011

Nº da Guia: 15957

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
14/03/2024	09:24:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	5º Dedo Mão Direita

Descrição
O aluno estava fazendo atividade física quando durante o jogo o seu colega pulo para pegar a bola e com o corpo bateu em seu dedo mínimo da mão direita.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Marcos Vinícius Carneiro	(51) 3339-2020

Quem prestou primeiros socorros	Data
Anderson Padilha	14/03/2024

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

Observações
O aluno recebeu os primeiros socorros na unidade escolar, entramos em contato com o responsável do aluno que estará conduzindo o mesmo para a clínica ORTRA.

Ass.:

Marcos Vinicius Carneiro da Silva

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://clinicaadventista.org.br> (para prestadores) ou E-mail:

(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