

ORTRA
Relatório Faturamento - Paciente
Empresa: ORTRA
Convenio: COLEGIO ADVENTISTA

Empr.Conv:
Paciente: 115449 **BERNARDO SEIBERT MOROZOLI DOMINGUES** 8.65.4043 Plano/Franquia:
Data: 27/06/2024 qui Hora Prev.:09:22 Boletim: **821589** Sit.: LIBERADO
Hora Início: Hora Término: Guia Principal: Autorização: 18800.001
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
Total Co-particip.			Guia:		Total	63,00 0,00
<u>Resumo:</u>	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	
28/06/2024 13:48:51 0620CO 0620FR						

Boletim de Atendimento 821589

Data : 27/06/2024 Hora : 09:22

Autorização

Paciente: 8.65.4043

BERNARDO SEIBERT MOROZOLI DOMINGUES

Sexo: F

Dt.Nasc./Idade: 11/06/2013 11 Ano(s) e 0 Meses

Identidade:

Fone:

Mãe:

Naturalidade: RS-

Endereço: RUA DOUTOR MANOEL JOSÉ LOPES FERNANDEZ,02-CASA Cidade:PORTO ALEGRE Cep:91510420

Convênio: COLEGIO ADVENTISTA

CAUSA DO SOCORRO (informações prestadas à recepção):

mao e

HISTÓRICO - EXAME FÍSICO :

- Retiro tala gessada
sem dor aos movimentos
C: Alta ortopédica

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

PROCEDIMENTO/MEDICAÇÃO:

1-10101039-CONSULTA

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

21236-ALBERTO ARAIS PYDD
Médico Diretor

25449 ALCINDO OST
Médico Responsável

Enfermagem:

Recepção: GABRIELA DA SILVA

Bernardo Seibert

Assinatura do responsável/Paciente:

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Bernardo Seibert Morozoli Domingues
Nº da Carteira: 8.65.4043
Instituição: Colégio Adventista do Partenon



Data de Nascimento: 11/06/2013

Nº da Guia: 18800.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
26/06/2024	13:13:06	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Mão Esquerda

Descrição

Aluno ao cair se apoiou na mão esquerda e torceu o pulso.

Testemunha da ocorrência

Matheus Rocha Silveira

Telefone

(51) 98461-0432

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

Solicitação médica- paciente retornará a consulta a pedido médico na data de 27/06/2024

Razão Social: Inst. Adv. Sul-rio-grandense de Educ

CNPJ: 87.115.838/0026-67

Av. Valado, Nº 363 - Partenon

Cep: 91510-740 - POA/RS

Ass.:

Fagner Carvalho Leites

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