



ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA DR. RAUL CARNEIRO  
HOSPITAL INFANTIL PEQUENO PRÍNCIPE E HOSPITAL DE CRIANÇAS CÉSAR PERNETA

R. Desembargador Motta, 1070 - CEP 80.250-060 - Curitiba - PR  
CNPJ 76.591.569/0001-30 - Inscrição Estadual Isento  
Telefone (41) 3310-1334 Fax (41) 3222-5262

Faturas por paciente

| Fatura nº                               |                   | Convênio                                     |                              |                       |             | Protocolo                                                          |  | Nota Fiscal |  | RPS |        | Vencimento |        |
|-----------------------------------------|-------------------|----------------------------------------------|------------------------------|-----------------------|-------------|--------------------------------------------------------------------|--|-------------|--|-----|--------|------------|--------|
| 054828/2023                             |                   | 304 INST. ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE |                              |                       |             |                                                                    |  |             |  |     |        | 10/04/2023 |        |
| Item                                    | Paciente<br>Senha | Matrícula                                    | Data e Hora de Entrada       | Médico                | Atendimento | Guia<br>Procedimento                                               |  |             |  |     |        |            | Total  |
| 0001                                    | LETICIA MARQUARDT | 9138002                                      | 27706<br>18/01/2023 10:10:00 | LUCIO RICIERI PEROTTI | 3.912.795   | 3912795<br>Em Consultório (no Horário Normal Ou<br>Prestabelecido) |  |             |  |     |        |            | 236,00 |
| Total da Fatura (Valor+Taxa):54828/2023 |                   |                                              |                              |                       |             |                                                                    |  |             |  |     | 236,00 |            | 236,00 |

## GUIA DE CONSULTA

2 - Número no Prestador

3912795

Página: 1/1

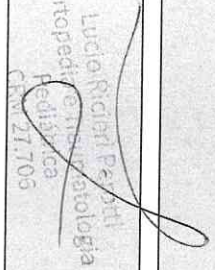
|                            |                                             |
|----------------------------|---------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br>000000 | 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora |
|----------------------------|---------------------------------------------|

|                                   |                                        |
|-----------------------------------|----------------------------------------|
| Dados do Beneficiário             |                                        |
| 4 - Número da Carteira<br>9138002 | 5 - Validade da Carteira<br>02/02/2023 |
| 7 - Nome<br>LETICIA MARQUARDT     | 6 - Atendimento a RN (Sim ou Não)<br>N |

|                                                               |                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| Dados do Contratado                                           |                                                                                         |
| 9 - Código da Operadora<br>76591569000130                     | 10 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO |
| 12 - Nome do Profissional Executante<br>LUCIO RICIERI PEROTTI | 13 - Conselho Profissional<br>6                                                         |
| 14 - Número no Conselho<br>27706                              | 15 - UF<br>41                                                                           |
| 16 - Código CBO<br>225270                                     | 11 - Código CNES<br>15563                                                               |

|                                                                  |  |
|------------------------------------------------------------------|--|
| Hipóteses Diagnósticas                                           |  |
| 17 - Indicação de Acidente (Acidente ou doença relacionada)<br>9 |  |

|                                               |                            |                   |                                      |
|-----------------------------------------------|----------------------------|-------------------|--------------------------------------|
| Dados do Atendimento / Procedimento Realizado |                            |                   |                                      |
| 18 - Data de Atendimento<br>18/01/2023        | 19 - Tipo de Consulta<br>1 | 20 - Tabela<br>22 | 21 - Código Procedimento<br>10101012 |
| 22 - Valor do Procedimento<br>236,00          |                            |                   |                                      |
| 23 - Observação                               |                            |                   |                                      |

|                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 24 - Assinatura do Profissional Executante<br><br>Lucio Ricieri Perotti<br>Ortopedia e Traumatologia<br>CRM 27.706 | 25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável<br> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

MARIANA.

Data/Hora: 18/01/2023 10:10:04

Contato/Lote: 2156151

Atendimento: 3912795

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



2156151

# AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Leticia Marquardt  
Nº da Carteirinha: 3.30.2367  
Instituição: Escola Adventista Vista Alegre - EIEF



Data de Nascimento: 15/04/2016

Nº da Guia: 9138.002

| Data do Retorno | Horário  | Local  | Atividade                          |
|-----------------|----------|--------|------------------------------------|
| 17/01/2023      | 18:19:19 | Quadra | Atividades esportivas fora de aula |

## O que aconteceu

Queda de mesmo nível

## Partes do corpo

Rosto, Mão Direita, Mão Esquerda, Coxa Direita, Coxa Esquerda, Joelho Direito, Joelho Esquerdo, Pé Direito, Pé Esquerdo, Lábios, Dentes Superiores

## Descrição

Aluna estava em atividade externa, vindo a tropeçar e cair, batendo o rosto no chão, ralando o joelho e demais partes do corpo. O atendimento foi feito pela Professora que estava com ela no momento da queda e encaminhado para a Coordenação.

## Testemunha da ocorrência

Professora Tamires

## Telefone

(41) 3028-5400

## Quem prestou primeiros socorros

Professora Tamires

## Data

21/11/2022

## Local de atendimento

Hospital Pequeno Príncipe  
(SOMENTE TRAUMAS DE CABEÇA)

## Endereço

Rua Desembargador Motta

## Nº

107  
0

## Bairro

Água Verde,  
Curitiba - PR

## Telefone

(41) 3310-1000  
(41) 3310-1326

## Motivo do Retorno

Retorno solicitado pelo médico que realizou o atendimento na data dos fatos ocorridos.

Lucio Ricieri Perotti  
Ortopedia e Traumatologia  
Pediátrica  
CRM 27.706

Ass.:

Ariane Ribeiro Ireno Schaffer

Ariane Ribeiro Ireno Schaffer

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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) (não credenciados) com os seguintes dados:

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12  
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157  
[assistenciamedica@clinicaadventista.org.br](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)