

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: MARCO/2021

Razão Social: ICARO INSTITUTO CATARINENSE DE RADIOLOGIA ODONTOLOGICA LTDA

CNPJ: 14781435000125 (ICARO INSTITUTO CATARINENSE DE RADIOLOGIA ODONTOLOGICA)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 5855/SC

Cirurgião Dentista: (16965) - NICACIO AUGUSTO MARTINS LUNA

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
424836 - I	MAYKE ALEX FERNANDES PIRES (00202533091700000101)		23/11/2020	92	0.5	R\$ 46,00
427014 - I	JAMILY DE BARROS MARQUES (00202533432300000102)		25/11/2020	78	0.5	R\$ 39,00
427017 - I	JHONATA DE BARROS MARQUES (00202533432300000103)		25/11/2020	78	0.5	R\$ 39,00
427433 - I	MARCOS FERNANDO HACK ZOPELLARO (00202519767900009101)		25/11/2020	134	0.5	R\$ 67,00
429797 - I	MAIARA CRISTINA RICARDO DO PRADO (00202533601800000101)		27/11/2020	120	0.5	R\$ 60,00
432252 - I	ZILO DOS SANTOS MARQUES JUNIOR (00202533432300000101)		02/12/2020	78	0.5	R\$ 39,00
432994 - I	JEFFERSON BONFIM RODRIGUES (00202533946800000102)		02/12/2020	374	0.5	R\$ 187,00
453520 - I	CRISTIANA CARDOSO DOS SANTOS (00202501627000164701)		14/01/2021	56	0.5	R\$ 28,00
453560 - I	DAVID RAUL DA SILVA MOLOIES (00202518900501703502)		14/01/2021	78	0.5	R\$ 39,00
457054 - I	LUANA THAYNARA FERREIRA DA SILVA (00202509757000033302)		19/01/2021	78	0.5	R\$ 39,00
458960 - I	RAIMUNDO VAVASSORI (00202528048400000104)		21/01/2021	78	0.5	R\$ 39,00
462906 - I	LUANA THAYNARA FERREIRA DA SILVA (00202509757000033302)		27/01/2021	28	0.5	R\$ 14,00

Totalizador

Nº de USOs: 1272
Nº de atendimentos: 12
Valor: R\$ 636,00

Totalizador da Operadora

Nº de USOs: 1272
Nº de atendimentos: 12
Valor: R\$ 636,00

Totalizador da Clínica

Nº de USOs: 1272
Nº de atendimentos: 12
Valor: R\$ 636,00

40641420210407000222
40641420210407000222

IMPORTANTE: Este relatório contém valores brutos. Os valores serão alterados devido à dedução de impostos, possíveis taxas e ajustes necessários.

Guias: I - Intercâmbio E - Emergencial P - Possui procedimentos faturados para a empresa

Data e Hora de Emissão: 25/02/2021 13:04



424836
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/11/20	4-Data de Autorização 25/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8077969	7-Data Validade da Senha 21/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202533091700000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MAYKE ALEX FERNANDES PIRES		14-Telefone 10/08/1995		15-Nome do titular do plano MAYKE ALEX FERNANDES PIRES			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ICARO INSTITUTO CATARINENSE DE RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA		18-Número no CRO 5855	19-UF SC	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405 (II) 81000421-
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 18633831821		22-Nome do Contratado Executante NICACIO AUGUSTO MARTINS LUNA		23-Número no CRO 5855		24-UF SC	25-Código CNES		
26-Nome do Profissional Executante NICACIO AUGUSTO MARTINS LUNA		27-Número no CRO 5855		28-UF SC		29-Código CBO S			

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	30/11/20		Mayke
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSD		1	14,00	0,00		S	30/11/20		Mayke
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

ICARC
INSTITUTO CATARINENSE DE RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA

211441 Sexo: Masculino

Pac: MAYKE ALEX FERNANDES PIRES

Ind: Dr. AMABILYS K. DE SENA

Data: 30/11/2020 Nasc.: 10/08/1995 Idade: 25a 3m

43-Data Previsão Término do Tratamento 30/11/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 92,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 30/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/11/20 Nicácio Augusto Martins Luna Cirurgião Dentista - Radiologista CRO/SC 5855 CPF 186.338.318-21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/11/20 Mayke	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	--	---	-------------------------------------



427014
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/11/20	4-Data de Autorização 27/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8086616	7-Data Validade da Senha 23/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202533432300000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JAMILY DE BARROS MARQUES		14-Telefone 03/09/2003		15-Nome do titular do plano ZILO DOS SANTOS MARQUES JUNIOR		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ICARO INSTITUTO CATARINENSE DE RADIOLOGIA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 5855	19-UF SC	20-Código CBO S 09	225 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 18633831821	22-Nome do Contratado Executante NICACIO AUGUSTO MARTINS LUNA	23-Número no CRO 5855	24-UF SC	25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante NICACIO AUGUSTO MARTINS LUNA		27-Número no CRO 5855	28-UF SC	29-Código CBO S			

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00			09/12/20		ziло
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

ICARC
INSTITUTO CATARINENSE DE RADIOLOGIA ODONTOLOGICA
211829 Sexo: Feminino
Pac: JAMILY DE BARROS MARQUES
Ind: Dr. GIULIANO H. CAMARGO
Data: 07/12/2020 Nasc.: 03/09/2003 Idade: 17a 3m

43-Data Previsão Término do Tratamento 07/12/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação RS
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 07/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/12/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------

Nicacio Augusto Martins Luna
Cirurgião Dentista - Radiologista
CRO/SC 5855
CPF 186.338.218-2

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AN



427017
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/11/2020	4-Data de Autorização 27/11/2020	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8086625	7-Data Validade da Senha 23/10/2021
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário	
8-Número da Carteira 0020253343230000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JHONATA DE BARROS MARQUES	14-Telefone () -
15-Data de Nascimento 25/06/2005	15-Nome do titular do plano ZILO DOS SANTOS MARQUES JUNIOR

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ICARO INSTITUTO CATARINENSE DE RADIOLOGIA ODONTOLOGICA
18-Número no CRO 5855	19-UF SC
20-Código CBO S 09	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 18633831821
22-Nome do Contratado Executante NICACIO AUGUSTO MARTINS LUNA	23-Número no CRO 5855
24-UF SC	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante NICACIO AUGUSTO MARTINS LUNA	27-Número no CRO 5855
28-UF SC	29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	07/12/20		ziло
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 07/12/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantizado US 78,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 07/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/12/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--

Nicacio Augusto Martins Luna
Cirurgião Dentista - Radiologista
CRO/SC 5855
CPF 186.338.318-21



427433
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/11/2020	4-Data de Autorização 01/12/2020	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8088456	7-Data Validade da Senha 23/02/21
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020251976790009101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COOP DE CRED DE LIVRE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARCOS FERNANDO HACK ZOPELLARO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARCOS FERNANDO HACK ZOPELLARO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ICARO INSTITUTO CATARINENSE DE RADIOLOGIA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 5855	19-UF SC	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405 (I) 81000375-RPD (I) 81000375-RME (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RPE
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 18633831821	22-Nome do Contratado Executante NICACIO AUGUSTO MARTINS LUNA	23-Número no CRO 5855	24-UF SC	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante NICACIO AUGUSTO MARTINS LUNA		27-Número no CRO 5855	28-UF SC	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	8100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	07/12/20		Marcos
2-00	8100375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	07/12/20		Marcos
3-00	8100375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	07/12/20		Marcos
4-00	8100375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	07/12/20		Marcos
5-00	8100375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	07/12/20		Marcos
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												



211848

Sexo: Masculino

Pac: MARCOS FERNANDO HACK ZOPELLARO

Ind: DIONE C.A. FRASSON

Data: 07/12/2020 Nasc.: 17/01/1983 Idade: 37a 11m

43-Data Provisão Término do Tratamento 07/12/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 134,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/12/20 Nicácio Augusto Martins Luna CRO-SC 5855 CPF 186.338.318-21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/12/20 Marcos	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--



429797
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/11/20	4-Data de Autorização 01/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8098023	7-Data Validade da Senha 25/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 002025336018000000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MAIARA CRISTINA RICARDO DO PRADO 17/09/1990			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MAIARA CRISTINA RICARDO DO PRADO	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ICARO INSTITUTO CATARINENSE DE RADIOLOGIA ODONTOLOGICA		18-Número no CRO 5855	19-UF SC	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / GNPI / CPF 18633831821		22-Nome do Contratado Executante NICACIO AUGUSTO MARTINS LUNA		23-Número no CRO 5855	24-UF SC	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000405 (I) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante NICACIO AUGUSTO MARTINS LUNA		27-Número no CRO 5855		28-UF SC	29-Código CBO S		(I) 81000421-RPSE (I) 81000421-

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	02/12/20		p Maíara
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00		S	02/12/20		p Maíara
3-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	02/12/20		p Maíara
4-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00		S	02/12/20		p Maíara
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												



43-Data Previsão Término do Tratamento 02/12/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 120,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Radiologista 02/12/20 Cirurgião Dentista - Radiologista CRO/SC 5855 CPF 186.338.818-21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/12/20 p Maíara C. R. do Prado	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--



432252
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/11/2020	4-Data de Autorização 03/11/2020	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8108816	7-Data Validade da Senha 02/10/2021
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253343230000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ZILLO DOS SANTOS MARQUES JUNIOR		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ZILLO DOS SANTOS MARQUES JUNIOR		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ICARO INSTITUTO CATARINENSE DE RADIOLOGIA ODONTOLOGICA	18-Número na CRO 5855	19-UF SC	20-Código CEO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 18633831821	22-Nome do Contratado Executante NICACIO AUGUSTO MARTINS LUNA	23-Número na CRO 5855	24-UF SC	25-Código CNES	Enviar - RX (1) 81000405
26-Nome do Profissional Executante NICACIO AUGUSTO MARTINS LUNA		27-Número na CRO 5855	28-UF SC	29-Código CEO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	07/12/20		Zil
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

ICAROC
211830 Sexo: Masculino
Pac: ZILLO DOS SANTOS MARQUES JUNIOR
Ind: Dr. GIULIANO H. CAMARGO
Data: 07/12/2020 Nasc: 22/01/1984 Idade: 36a 11m

43-Data Provisão Término do Tratamento 07/12/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78,00	47-Valor Total (R\$) 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	------------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/12/20 Zil	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--

Nicacio Augusto Martins Luna
Cirurgião Dentista - Radiologista
CRO SC 5855
CPF 186.338.318-21



432994
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/12/20	4-Data de Autorização 03/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8111823	7-Data Validade da Senha 02/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202533946800000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa LUCIMARA SANTOS DE S	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome JEFFERSON BONFIM RODRIGUES	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LUCIMARA SANTOS DE SOUSA RODRIGUES
---------------------------------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ICARO INSTITUTO CATARINENSE DE RADIOLOGIA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 5855	19-UF SC	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000421-RIS (I) 81000421-RII
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 18633831821	22-Nome do Contratado Executante NICACIO AUGUSTO MARTINS LUNA	23-Número no CRO 5855	24-UF SC	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante NICACIO AUGUSTO MARTINS LUNA	27-Número no CRO 5855	28-UF SC	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1	00346	DOC ORTODONTICA "B"			1	346,00	0,00		S	08/12/20		
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	08/12/20		
3	0081000421	RX PERIAPICAL	RII		1	14,00	0,00		S	08/12/20		
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

ICARO
211951 Sexo: Masculino
Pac: JEFFERSON BONFIM RODRIGUES
Ind: Dr. ALEXANDRE CESAR G. BAJO
Data: 08/12/2020 Nasc.: 13/03/1983 Idade: 37a 9m

43-Data Previsão Término do Tratamento 08/12/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 374,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/12/20 Nicácio Augusto Martins Luna Cirurgião Dentista - Radiologista CRO/SC 5855 CPF 186.338.318-21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 08/12/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	--	--



453520
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/01/21	4-Data de Autorização 03/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 8194946	7-Data Validade da Senha 14/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202501627000164701	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade de Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CRISTIANA CARDOSO DOS SANTOS 18/09/1980		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CRISTIANA CARDOSO DOS SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ICARO INSTITUTO CATARINENSE DE RADIOLOGIA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 5855	19-UF SC	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000421-RIS (I) 81000421- (I) 81000421-RII (I) 81000421-
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 18633831821	22-Nome do Contratado Executante NICACIO AUGUSTO MARTINS LUNA	23-Número no CRO 5855	24-UF SC	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante NICACIO AUGUSTO MARTINS LUNA	27-Número no CRO 5855	28-UF SC	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	/ /		
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RII		1	14,00	0,00		S	/ /		
3-	0081000421	RX PERIAPICAL	RCSE		1	14,00	0,00		S	/ /		
4-	0081000421	RX PERIAPICAL	RCSD		1	14,00	0,00		S	/ /		
5-										/ /		
6-										/ /		
7-										/ /		
8-										/ /		
9-										/ /		
10-										/ /		
11-										/ /		
12-										/ /		
13-										/ /		
14-										/ /		
15-										/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 56,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação
Gerado numa nova guia, pois a guia nº 335424 expirou a validade.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--



335424
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/07/2020	4-Data de Autorização 12/07/2020	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7687913	7-Data Validade da Senha 05/10/2020
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 00202501627000164701		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade de Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CRISTIANA CARDOSO DOS SANTOS			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CRISTIANA CARDOSO DOS SANTOS	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ICARO INSTITUTO CATARINENSE DE RADIOLOGIA ODONTOLOGICA		18-Número no CRO 5855	19-UF SC	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405 (I) 81000421- (I) 81000421-RIS (I) 81000421- (I) 81000421-RII
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 18633831821		22-Nome do Contratado Executante NICACIO AUGUSTO MARTINS LUNA		23-Número no CRO 5855	24-UF SC	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante NICACIO AUGUSTO MARTINS LUNA				27-Número no CRO 5855	28-UF SC	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	13/08/2020		
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	13/08/2020		
3	0081000421	RX PERIAPICAL	RII		1	14,00	0,00		S	13/08/2020		
4	0081000421	RX PERIAPICAL	RCSE		1	14,00	0,00		S	13/08/2020		
5	0081000421	RX PERIAPICAL	RCSD		1	14,00	0,00		S	13/08/2020		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

ICARO
204903 Sexo: Feminino
Pac: CRISTIANA CARDOSO DOS SANTOS
Ind: Dra. LUCIANE CHIARELLI
Data: 13/08/2020 Nasc.: 18/09/1980 Idade: 39a 11m

43-Data Provisão Término do Tratamento 13/08/2020	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 134,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Radiologista 13/08/2020	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/08/2020	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--

Nicacio Augusto Martins Luna
Cirurgião Dentista
CRO/SC 5855
CPF 186.338.318-21



453560
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/01/21	4-Data de Autorização 03/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8194953	7-Data Validade da Senha 14/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202518900501703502	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CONDOR SUPER CENTER LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DAVID RAUL DA SILVA MOLOIES	14-Telefone 07/12/1987	15-Nome do titular do plano ELON PEREIRA MOLOIES		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ICARO INSTITUTO CATARINENSE DE RADIOLOGIA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 5855	19-UF SC	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 18633831821	22-Nome do Contratado Executante NICACIO AUGUSTO MARTINS LUNA	23-Número no CRO 5855	24-UF SC	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante NICACIO AUGUSTO MARTINS LUNA	27-Número no CRO 5855	28-UF SC	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	/ /		
2-										/ /		
3-										/ /		
4-										/ /		
5-										/ /		
6-										/ /		
7-										/ /		
8-										/ /		
9-										/ /		
10-										/ /		
11-										/ /		
12-										/ /		
13-										/ /		
14-										/ /		
15-										/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Criado uma nova guia, pois a guia nº 334649 expirou a senha.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



334649
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/07/20	4-Data de Autorização 07/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7684362	7-Data Validade da Senha 04/10/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202518900501703502		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CONDOR SUPER CENTER LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DAVID RAUL DA SILVA MOLOIES		14-Telefone 07/12/1987	15-Nome do titular do plano ELON PEREIRA MOLOIES		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ICARO INSTITUTO CATARINENSE DE RADIOLOGIA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 5855	19-UF SC	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 18633831821	22-Nome do Contratado Executante NICACIO AUGUSTO MARTINS LUNA	23-Número no CRO 5855	24-UF SC	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante NICACIO AUGUSTO MARTINS LUNA		27-Número no CRO 5855	28-UF SC	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	08/07/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

ICARCO
202796
Pac: DAVID RAUL DA SILVA MOLOIES
Ind: AMABILYS K. DE SENA
Data: 08/07/2020 Nasc: 07/12/1987 Idade: 32a 7m
Sexo: Masculino

43-Data Previsão Término do Tratamento 08/07/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 08/07/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/07/20 Nicacio Augusto Martins Cirurgião Dentista - Radiologia CRO/SC 5855 CPF 186.338.318-21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/07/20 DAVID RAUL DA SILVA MOLOIES	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--



462906
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/01/21	4-Data de Autorização 27/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8238125	7-Data Validade da Sanha 27/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202509757000033302		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FOCUS SUL TECNOLOGIA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUANA THAYNARA FERREIRA DA SILVA			14-Telefone () 9996-9230	15-Nome do titular do plano VANESSA FERREIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ICARO INSTITUTO CATARINENSE DE RADIOLOGIA ODONTOLOGICA		18-Número no CRO 5855	19-UF SC	20-Código CBO S 09
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 18633831821		22-Nome do Contratado Executante NICACIO AUGUSTO MARTINS LUNA	23-Número no CRO 5855	24-UF SC	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante NICACIO AUGUSTO MARTINS LUNA			27-Número no CRO 5855	28-UF SC	29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 81000421-
(I) 81000421-

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00		S	28/01/21		<i>vausa</i>
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	28/01/21		<i>vausa</i>
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

ICARO
214013 Sexo: Feminino
Pac: LUANA THAYNARA FERREIRA DA SILVA
Ind: Dr. GUILHERME SADA DUQUE MULLER
Data: 28/01/2021 Nasc: 07/04/2008 Idade: 12a 9m

43-Data Previsão Término do Tratamento 28/01/21	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 28,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação			
---------------	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 28/01/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Nicacio Augusto Martins Luna CRO/SC 5855 CPF 186.338.318-21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/01/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	--	---	-------------------------------------



458960
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/01/21	4-Data de Autorização 22/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8217102	7-Data Validade da Senha 21/04/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202528048400000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa NEEMIAS ISRAEL VAVASSORI	11-Data Validade de Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome RAIMUNDO VAVASSORI		14-Telefone 11/09/1963	15-Nome do titular do plano NEEMIAS ISRAEL VAVASSORI		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ICARO INSTITUTO CATARINENSE DE RADIOLOGIA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 5855	19-UF SC	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 18633831821	22-Nome do Contratado Executante NICACIO AUGUSTO MARTINS LUNA	23-Número no CRO 5855	24-UF SC	25-Código CNES	Enviar - RX 028100405
26-Nome do Profissional Executante NICACIO AUGUSTO MARTINS LUNA		27-Número no CRO 5855	28-UF SC	29-Código CBO S	

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentes/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00			25/01/2021		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

ICARO
213714 Sexo: Masculino
Pac: RAIMUNDO VAVASSORI
Ind: Dr. AMABILYS K. DE SENA
Data: 25/01/2021 Nasc.: 11/09/1963 Idade: 57a 4m

43-Data Previsão Término do Tratamento 25/01/21	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/01/21 Núcleo Augusto Martins Luna Cirurgião Dentista - Radiologista CPF 186.338.318-21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/01/21 Raimundo	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	--	-------------------------------------



457054
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/01/21	4-Data de Autorização 21/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8210055	7-Data Validade da Sanha 19/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202509757000033302	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FOCUS SUL TECNOLOGIA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUANA THAYNARA FERREIRA DA SILVA			14-Telefone () 9996-9230	15-Nome do titular do plano VANESSA FERREIRA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ICARO INSTITUTO CATARINENSE DE RADIOLOGIA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 5855	19-UF SC	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 18633831821	22-Nome do Contratado Executante NICACIO AUGUSTO MARTINS LUNA	23-Número no CRO 5855	24-UF SC	25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante NICACIO AUGUSTO MARTINS LUNA	27-Número no CRO 5855	28-UF SC	29-Código CBO S				

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	25/01/21		<i>Guass</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												



43-Data Previsão Término do Tratamento 25/01/21	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista - Radiologista 25/01/21 Nicácio Augusto Martins Luna CRO/SC 5855 CPF 186.338.318-21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/01/21 Vanessa Ferreira	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--