

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: MARÇO/2021

Razão Social: ICARO INSTITUTO CATARINENSE DE RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA LTDA

CNPJ: 14781435000206 (ICARO INSTITUTO CATARINENSE DE RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA LTDA)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 7116/SC

Cirurgião Dentista: (16964) - SANDRO MARCELO ZIEMBIKIEWICZ

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
411086 - I	ALBERTO VALDECIR GLOVACKI (00202532823600000104)		04/11/2020	78	0.5	R\$ 39,00
416984 - I	SONIA IOLANDA MARTINS (00202532823600000101)		11/11/2020	110	0.5	R\$ 55,00
430880 - I	KELY MOREIRA (00202529794900000101)		30/11/2020	78	0.5	R\$ 39,00
431384 - I	CRISTIANO LEAL DOS SANTOS (00202520201800011403)		01/12/2020	78	0.5	R\$ 39,00
431420 - I	KELY MOREIRA (00202529794900000101)		01/12/2020	110	0.5	R\$ 55,00
431433 - I	SOLANGE CRISTINA MINELLI (00202511234300063002)		01/12/2020	78	0.5	R\$ 39,00
436570 - I	ADRIANO JOSE BIELENKI (00202534063400000101)		08/12/2020	78	0.5	R\$ 39,00
450164 - I	JAKSON HAMILTON HAU PACKOWSKI (00202534764300000102)		08/01/2021	78	0.5	R\$ 39,00
451948 - I	FERNANDO CRISTIAN ARTNER MARTINS (00202534633800000101)		12/01/2021	78	0.5	R\$ 39,00
452342 - I	ANGELA CRISTINA HORNBERG (00202534120900000104)		12/01/2021	188	0.5	R\$ 94,00
452350 - I	DIEGO MATHEUS MACHADO (00202534120900000105)		12/01/2021	106	0.5	R\$ 53,00
453629 - I	THAYSE LEANDRO DE SOUZA (00202520504100010801)		14/01/2021	409	0.5	R\$ 204,50

Totalizador

Nº de USOs: 1469
Nº de atendimentos: 12
Valor: R\$ 734,50

Totalizador da Operadora

Nº de USOs: 1469
Nº de atendimentos: 12
Valor: R\$ 734,50

Totalizador da Clínica

Nº de USOs: 1469
Nº de atendimentos: 12
Valor: R\$ 734,50

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 10:31

Página 1 de 1

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



453629
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 8195547	7-Data Validade da Senha 14/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202520504100010801	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNICONSULT ADMINISTRADORA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome THAYSE LEANDRO DE SOUZA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano THAYSE LEANDRO DE SOUZA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ICARO INSTITUTO CATARINENSE DE RADIOLOGIA ODONTOLOGICA LTDA	18-Número no CRO 7116	19-UF SC	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000421-RIS (I) 81000421-RII
21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 02774289980	22-Nome do Contratado Executante SANDRO MARCELO ZIEMBIKIEWICZ	23-Número no CRO 7116	24-UF SC	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante SANDRO MARCELO ZIEMBIKIEWICZ		27-Número no CRO 7116	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 da Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	345	DOC ORTODONTICA "A"			1	381,00	0,00		S	/ /		
2-00	81000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	/ /		
3-00	81000421	RX PERIAPICAL	RII		1	14,00	0,00		S	/ /		
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 409,00	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 uma nova guia pois a guia nº 332813 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



332813
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/07/2012	4-Data de Autorização 03/07/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7676751	7-Data Validade da Senha 30/09/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 00202520504100010801		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNICONSULT ADMINISTRADORA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome THAYSE LEANDRO DE SOUZA		14-Telefone 12/12/1992 () 9933-6414	15-Nome do titular do plano THAYSE LEANDRO DE SOUZA		

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ICARO INSTITUTO CATARINENSE DE RADIOLOGIA ODONTOLOGICA LTDA		18-Número no CRO 7116	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 02774289980		22-Nome do Contratado Executante SANDRO MARCELO ZIEMBIKIEWICZ		23-Número no CRO 7116	24-UF SC	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante SANDRO MARCELO ZIEMBIKIEWICZ				27-Número no CRO 7116	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-	00345	DOC ORTODONTICA "A"			1	381,00	0,00		S	10/07/2012		Thayse
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	10/07/2012		Thayse
3-	0081000421	RX PERIAPICAL	RII		1	14,00	0,00		S	10/07/2012		Thayse
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

ICARC
INSTITUTO CATARINENSE DE RADIOLOGIA E CIÊNCIAS ODONTOLÓGICAS

202952 Sexo: Feminino
Pac: THAYSE LEANDRO DE SOUZA
Ind: Dr. RODRIGO JULIANO MOLON
Data: 10/07/2020 Nasc.: 12/12/1992 Idade: 27a 7m

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/07/2012	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 409,00	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 Alterada a Guia de temporaria para definitiva.	
---	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/07/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/07/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--

Dr. Cícero Augusto Martins Luna
Cirurgião Dentista - Radiologista
CRO/SC 5855
CPF 186.338.318-21



452350
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 2 1 0 1 1 2 1	4-Data de Autorização 1 3 1 0 1 1 2 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8189301	7-Data Validade da Senha 1 2 1 0 4 1 2 1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 4 1 2 0 9 0 0 0 0 1 0 5		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DIEGO MATHEUS MACHADO		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano DIRCEU HORNBERG			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ICARO INSTITUTO CATARINENSE DE RADIOLOGIA ODONTOLOGICA LTDA		18-Número no CRO 7116	19-UF SC	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405 (I) 81000421- (I) 81000421-RII
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 2 7 7 4 2 8 9 9 8 0		22-Nome do Contratado Executante SANDRO MARCELO ZIEMBIKIEWICZ		23-Número no CRO 7116		24-UF SC	25-Código CNES		
26-Nome do Profissional Executante SANDRO MARCELO ZIEMBIKIEWICZ		27-Número no CRO 7116		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	0 0 8 1 0 0 0 4 0 5	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	7 8 0 0	0,00		S	20/01/21		x Diego
2	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RMSD		1	1 4 0 0	0,00		S	20/01/21		x Diego
3	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RII		1	1 4 0 0	0,00		S	20/01/21		x Diego
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												



213474

Sexo: Masculino

Pac: DIEGO MATHEUS MACHADO

Ind: Dra. JULIANA MORESKI

Data: 20/01/2021 Nasc: 13/07/1995 Idade: 25a 6m

43-Data Previsão Término do Tratamento 20/01/21	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 1 0 6 0 0	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 20/01/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/01/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--

Nicácio Augusto Martins Lúcio
Cirurgião Dentista - Radiologista
CRO/SC 5855
CPF 186.338.318-21

Diego Matheus Machado



452342
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/21	4-Data de Autorização 13/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8189271	7-Data Validade da Senha 12/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202534120900000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ANGELA CRISTINA HORNBERG		14-Telefone 30/01/1998	15-Nome do titular do plano DIRCEU HORNBERG	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ICARO INSTITUTO CATARINENSE DE RADIOLOGIA ODONTOLOGICA LTDA	18-Número no CRO 7116	19-UF SC	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405 (I) 81000480
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02774289980	22-Nome do Contratado Executante SANDRO MARCELO ZIEMBIKIEWICZ	23-Número no CRO 7116	24-UF SC	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante SANDRO MARCELO ZIEMBIKIEWICZ	27-Número no CRO 7116	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	20/01/21		x Angela
2-	0081000480	TELERRADIOGRAFIA COM			1	110,00	0,00		S	20/01/21		x Angela
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

ICARO
Pac: ANGELA CRISTINA HORNBERG
Ind: Dra. JULIANA MORESKI
Data: 20/01/2021 Nasc: 30/01/1998 Idade: 22a 11m
Sexo: Feminino
213476

43-Data Previsão Término do Tratamento 30/01/21	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 188,00	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 20/01/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/01/21 x Angela	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	--	--

Atenciosamente
Núcleo Augusto Martins Lu
Cirurgião Dentista - Radiologia
CRP 01/SC-5885
CPF 186.338.318-21

Hornberg



451948
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/21	4-Data de Autorização 13/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8187716	7-Data Validade da Senha 12/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 0020253463380000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome FERNANDO CRISTIAN ARTNER MARTINS		14-Telefone 15/12/1979	15-Nome do titular do plano FERNANDO CRISTIAN ARTNER MARTINS		

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ICARO INSTITUTO CATARINENSE DE RADIOLOGIA ODONTOLOGICA LTDA		18-Número no CRO 7116	19-UF SC	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02774289980		22-Nome do Contratado Executante SANDRO MARCELO ZIEMBIKIEWICZ		23-Número no CRO 7116	24-UF SC	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante SANDRO MARCELO ZIEMBIKIEWICZ		27-Número no CRO 7116		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			14/01/21		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 14/01/21	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 14/01/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 14/01/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/01/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------

Nicácio Augusto Martins Lima
Cirurgião Dentista - Radiologista
CRO/SC 5855
CPF 186.338.318-21



450164
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/01/21	4-Data de Autorização 11/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8181359	7-Data Validade da Senha 08/04/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202534764300000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JAKSON HAMILTON HAU PACKOWSKI		14-Telefone () 8899-6195	15-Data de nascimento 07/02/1980		
15-Nome do titular do plano LINDACIR CORDEIRO					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ICARO INSTITUTO CATARINENSE DE RADIOLOGIA ODONTOLOGICA LTDA	18-Número no CRO 7116	19-UF SC	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02774289980	22-Nome do Contratado Executante SANDRO MARCELO ZIEMBIKIEWICZ	23-Número no CRO 7116	24-UF SC	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante SANDRO MARCELO ZIEMBIKIEWICZ		27-Número no CRO 7116	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			11/01/21		JAKSON
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

ICARO 212873
Pac: JAKSON HAMILTON HAU PACKOWSKI
Ind: Dra. JULIANA MORESKI
Data: 11/01/2021 Nasc. 07/02/1980 Idade 40a 11m
Sexo: Masculino

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/01/21	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 Alterada a Guia de temporária para definitiva.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/01/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista - Radiologista 11/01/21 Cirurgião Dentista - Radiologista CRO SC 5855 CPF 186.338.318-21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/01/21
---	--	---	---



436570
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/12/20	4-Data de Autorização 10/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8126254	7-Data Validade da Senha 08/10/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202534063400000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ADRIANO JOSE BIELENKI				14-Telefone 30/05/1985	15-Nome do Titular do plano ADRIANO JOSE BIELENKI		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ICARO INSTITUTO CATARINENSE DE RADIOLOGIA ODONTOLOGICA LTDA		18-Número no CRO 7116	19-UF SC	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02774289980		22-Nome do Contratado Executante SANDRO MARCELO ZIEMBIKIEWICZ		23-Número no CRO 7116		24-UF SC	25-Código CNES		
26-Nome do Profissional Executante SANDRO MARCELO ZIEMBIKIEWICZ		27-Número no CRO 7116		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			10/12/20		<i>Adriano</i>
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												



212094

Sexo: Masculino

Pac: ADRIANO JOSE BIELENKI

Ind: Dra. JULIANA MORESKI

Data: 10/12/2020 Nasc: 30/05/1985 Idade: 35a 7m

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/12/20	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 10/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/12/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------

Nicácio Augusto Martins Lu
Cirurgião Dentista - Radiólogo
CRO/SC 5855
CPF 186.338.318-21



431433
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/12/20	4-Data de Autorização 03/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8105359	7-Data Validade da Senha 01/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202511234300063002		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DIRECAO ESTACIONAMENTOS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome SOLANGE CRISTINA MINELLI	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARCIO DUTENHEFFER
-------------------------------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ICARO INSTITUTO CATARINENSE DE RADIOLOGIA ODONTOLOGICA LTDA	18-Número no CRO 7116	19-UF SC	20-Código CBO S 09
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02774289980	22-Nome do Contratado Executante SANDRO MARCELO ZIEMBIKIEWICZ	23-Número no CRO 7116	24-UF SC	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante SANDRO MARCELO ZIEMBIKIEWICZ	27-Número no CRO 7116	28-UF SC	29-Código CBO S	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 81000405

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 309296 expirou o prazo.

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 / /
--	--	--	--



309296
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/09/2020	4-Data de Autorização 10/04/2020	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7535975	7-Data Validade da Senha 12/08/2020
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202511234300063002	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DIRECAO ESTACIONAMENTOS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome SOLANGE CRISTINA MINELLI	14-Telefone 16/11/1979	15-Nome do titular do plano MARCIO DUTENHEFFER		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ICARO INSTITUTO CATARINENSE DE RADIOLOGIA ODONTOLOGICA LTDA	18-Número no CRO 7116	19-UF SC	20-Código CBO S 09
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 027742289980	22-Nome do Contratado Executante SANDRO MARCELO ZIEMBIKIEWICZ	23-Número no CRO 7116	24-UF SC	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante SANDRO MARCELO ZIEMBIKIEWICZ	27-Número no CRO 7116	28-UF SC	29-Código CBO S	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 81000405

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			10/05/2020		Solange
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

ICARO
199426 Sexo: Feminino
Pac: SOLANGE CRISTINA MINELLI
Ind: Dr. RODRIGO JULIANO MOLON
Data: 05/05/2020 Nasc.: 16/11/1979 Idade: 40a 6m

43-Data Previsão Término do Tratamento 05/05/2020	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 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 Alterada a Guia de temporaria para definitiva.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/05/2020	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/2020	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--

Nicácio Augusto Martini
Cirurgião Dentista - Radiologista
CRO/SC 2835
CPF 186.338.318-21

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



430880
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 30/11/20	4-Data de Autorização 02/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8105283	7-Data Validade da Senha 28/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202529794900000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome KELY MOREIRA			14-Telefone 22/03/1999 () -	15-Nome do titular do plano KELY MOREIRA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ICARO INSTITUTO CATARINENSE DE RADIOLOGIA ODONTOLOGICA LTDA	18-Número no CRO 7116	19-UF SC	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02774289980	22-Nome do Contratado Executante SANDRO MARCELO ZIEMBIKIEWICZ	23-Número no CRO 7116	24-UF SC	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante SANDRO MARCELO ZIEMBIKIEWICZ		27-Número no CRO 7116	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

Gerodunmo novo guia, pois o guia 310325 expirou a senha. Segue a guia de data 07/05/2020 com a assinatura do paciente.

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 / /
--	--	--	--



310325
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/10/2019	4-Data de Autorização 05/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7541868	7-Data Validade da Senha 03/10/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 0020252979490000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome KELY MOREIRA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano KELY MOREIRA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ICARO INSTITUTO CATARINENSE DE RADIOLOGIA ODONTOLOGICA LTDA	18-Número no CRO 7116	19-UF SC	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02774289980	22-Nome do Contratado Executante SANDRO MARCELO ZIEMBIKIEWICZ	23-Número no CRO 7116	24-UF SC	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000405
26-Nome do Profissional Executante SANDRO MARCELO ZIEMBIKIEWICZ		27-Número no CRO 7116	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			07/05/2020		xKely
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

ICARO 199577
Pac: KELY MOREIRA Sexo: Feminino
Ind: Dr. DR JOSE RUBENS GITI JUNIOR
Data: 07/05/2020 Nasc. 22/03/1999 Idade 21a 2m

43-Data Previsão Término do Tratamento 07/05/2020	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 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 07/05/2020	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/05/2020 Cirurgião Dentista - Radiologista CRO/SC 5855 CPF 186.338.318-21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/05/2020 xKelyMoreira	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	--	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



431384
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/12/20	4-Data de Autorização 01/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8105246	7-Data Validade da Senha 01/03/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202520201800011403	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa A ANGELONI & CIA LTDA LOJA 22	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome CRISTIANO LEAL DOS SANTOS		14-Telefone 14/09/1988 (11) 3275-7900	15-Nome do titular do plano REGIANE DO NASCIMENTO ROQUE		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ICARO INSTITUTO CATARINENSE DE RADIOLOGIA ODONTOLOGICA LTDA		18-Número no CRO 7116	19-UF SC	20-Código CBO S 09
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02774289980	22-Nome do Contratado Executante SANDRO MARCELO ZIEMBIKIEWICZ		23-Número no CRO 7116	24-UF SC	25-Código CNES 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405
26-Nome do Profissional Executante SANDRO MARCELO ZIEMBIKIEWICZ			27-Número no CRO 7116	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

Quedo uma nova guia, pois a guia 308788 expirou a senha. Segue o guia da data 04/05/2020 com a assinatura do paciente.

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



308788
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2/7/04/20	4-Data de Autorização 3/0/04/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7533485	7-Data Validade da Senha 2/6/07/20
--------------------------	--	------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202520201800011403		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa A ANGELONI & CIA LTDA LOJA 22	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CRISTIANO LEAL DOS SANTOS		14-Telefone () 3275-7900		15-Nome do titular do plano REGIANE DO NASCIMENTO ROQUE			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ICARO INSTITUTO CATARINENSE DE RADIOLOGIA ODONTOLOGICA LTDA		18-Número no CRO 7116	19-UF SC	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02774289980		22-Nome do Contratado Executante SANDRO MARCELO ZIEMBIKIEWICZ		23-Número no CRO 7116		24-UF SC	25-Código CNES		
26-Nome do Profissional Executante SANDRO MARCELO ZIEMBIKIEWICZ		27-Número no CRO 7116		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			04/05/20		CRISTIANO
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

ICARC
199350
Sexo: Masculino
Pac: CRISTIANO LEAL DOS SANTOS
Ind: Dr. RODRIGO JULIANO MOLON
Data: 04/05/2020 Nasc.: 14/09/1988 Idade: 31a 8m

43-Data Previsão Término do Tratamento 04/05/20	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 04/05/2020 Níacio Augusto Martins Cirurgião Dentista - Radiolog. CRO/SC 5855 CPF 186.338.318-21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/05/2020 Níacio Augusto Martins Luna Cirurgião Dentista - Radiologista CRO/SC 5855 CPF 186.338.318-21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/05/2020	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



431420
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/12/20	4-Data de Autorização 02/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8105332	7-Data Validade da Senha 01/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 002025297949000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome KELY MOREIRA		22/03/1999		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano KELY MOREIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ICARO INSTITUTO CATARINENSE DE RADIOLOGIA ODONTOLOGICA LTDA	18-Número no CRO 7116	19-UF SC	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000480
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02774289980		22-Nome do Contratado Executante SANDRO MARCELO ZIEMBIKIEWICZ		23-Número no CRO 7116	24-UF SC	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante SANDRO MARCELO ZIEMBIKIEWICZ		27-Número no CRO 7116		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-	0081000480	TELERRADIOGRAFIA COM			1	110,00	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 110,00	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
Guia uma nota guia, pois a guia 32448 expirou a senha. Segue a guia da data 18/06/2020 com a assinatura de paciente.

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 / /
--	--	--	--



324448
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/06/20	4-Data de Autorização 16/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7634052	7-Data Validade da Senha 13/09/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202529794900000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome KELY MOREIRA			14-Telefone 22/03/1999	15-Nome do titular do plano KELY MOREIRA	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ICARO INSTITUTO CATARINENSE DE RADIOLOGIA ODONTOLOGICA LTDA		18-Número no CRO 7116	19-UF SC	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000480
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02774289980		22-Nome do Contratado Executante SANDRO MARCELO ZIEMBIKIEWICZ		23-Número no CRO 7116	24-UF SC	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante SANDRO MARCELO ZIEMBIKIEWICZ				27-Número no CRO 7116	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-	0081000480	TELERRADIOGRAFIA COM			1	110,00	0,00		S	18/06/20		Kely Moreira
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												



43-Data Previsão Término do Tratamento 18/06/20	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 110,00	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 18/06/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/06/20 Augusto Martins Luna Cirurgião Dentista Radiologista CRO/SC 6856 CPF 186.338.318-21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/06/20 Kely Moreira	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	--	--	-------------------------------------

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



416984
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/20	4-Data de Autorização 20/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8044343	7-Data Validade da Senha 09/02/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253282360000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SONIA IOLANDA MARTINS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome SONIA IOLANDA MARTINS		14-Telefone 29/12/1978	15-Nome do titular do plano SONIA IOLANDA MARTINS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ICARO INSTITUTO CATARINENSE DE RADIOLOGIA ODONTOLOGICA LTDA	18-Número no CRO 7116	19-UF SC	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02774289980	22-Nome do Contratado Executante SANDRO MARCELO ZIEMBIKIEWICZ	23-Número no CRO 7116	24-UF SC	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000480
26-Nome do Profissional Executante SANDRO MARCELO ZIEMBIKIEWICZ		27-Número no CRO 7116	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
1-0081000480		TELERRADIOGRAFIA COM			1	110,00	0,00		S	11/12/20		<i>[Assinatura]</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

ICARO
INSTITUTO CATARINENSE DE RADIOLOGIA ODONTOLOGICA LTDA

212107

Sexo: Feminino

Pac: SONIA IOLANDA MARTINS
Ind: Dra. JULIANA MORESKI
Data: 11/12/2020 Nasc. 29/12/1978 Idade: 41a 11m

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/12/20	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 110,00	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 11/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/12/20 x Sonia Iolanda Martins	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--

Nicácio Augusto Martins Luna
Cirurgião Dentista - Radiologista
CRO/SC 5855
CPF 186.338.318-27



411086
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/11/20	4-Data de Autorização 06/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8020669	7-Data Validade da Senha 02/02/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202532823600000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SONIA IOLANDA MARTINS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ALBERTO VALDECIR GLOVACKI		14-Telefone 01/06/1977	15-Nome do titular do plano SONIA IOLANDA MARTINS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ICARO INSTITUTO CATARINENSE DE RADIOLOGIA ODONTOLOGICA LTDA	18-Número no CRO 7116	19-UF SC	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02774289980	22-Nome do Contratado Executante SANDRO MARCELO ZIEMBIKIEWICZ	23-Número no CRO 7116	24-UF SC	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000405
26-Nome do Profissional Executante SANDRO MARCELO ZIEMBIKIEWICZ		27-Número no CRO 7116	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	11/12/20		x Alberto
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

ICARO 212110
Pac: ALBERTO VALDECIR GLOVACKI
Ind: Dra. JULIANA MORESKI
Data: 11/12/2020 Nasc: 01/06/1977 Idade: 43a 6m
Sexo: Masculino

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/12/20	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 11/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/12/20 x Alberto V. Glovacki	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------

Nicácio Augusto Martins Lun
Cirurgião Dentista - Radiologista
CRP/SC 5855
CPF 186.338.318-21