

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: MAIO/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	Vir USO Coop.	Total
453508 - I	NATALIA RODRIGUES DA SILVA (00202530771500000101)		14/01/2021	78	0.5	R\$ 39,00
453586 - I	RAFAEL LUCIANO AVILLA (00202530353600000103)		14/01/2021	78	0.5	R\$ 39,00
464181 - I	SONIA REGINA CORREA VAILATI (00202520200700012202)		28/01/2021	78	0.5	R\$ 39,00
468181 - I	MIRLANIA GOMES DA SILVA (00202522072800001202)		02/02/2021	78	0.5	R\$ 39,00
468222 - I	DULCINEIA PEREIRA VAVASSORI (00202528048400000102)		02/02/2021	346	0.5	R\$ 173,00
471041 - I	ELAINE CRISTINA RAUTA DO AMARAL (00202525651700009001)		05/02/2021	78	0.5	R\$ 39,00
475874 - I	NATALI EDUARDA DA SILVA VIEIRA (00202530771500000102)		12/02/2021	78	0.5	R\$ 39,00
477084 - I	IEDA REGINA DE FREITAS FRATARI (002025288285000033902)		15/02/2021	78	0.5	R\$ 39,00
478228 - I	MONICA DOS SANTOS ANDREIS (00202531606500000104)		17/02/2021	78	0.5	R\$ 39,00
482091 - I	ELIZABETH CRISTINE ALIONCO (00202532826600000104)		22/02/2021	28	0.5	R\$ 14,00
489820 - I	CRISTIANO GALDINO (00202511077000070701)		03/03/2021	78	0.5	R\$ 39,00
490380 - I	HENRIQUE PEREIRA MOTA (00202509757000026603)		03/03/2021	162	0.5	R\$ 81,00
490535 - I	JEAN CARLO FARIAS (00202533549700000101)		03/03/2021	78	0.5	R\$ 39,00
490675 - I	ROSANA SCHIER DA SILVA (00202523524500004302)		04/03/2021	148	0.5	R\$ 74,00
490949 - I	DANIELA DA SILVA GARCIA (00202525651700012602)		04/03/2021	78	0.5	R\$ 39,00
490959 - I	ITALITA PEREIRA MOTA (00202509757000026601)		04/03/2021	78	0.5	R\$ 39,00
493996 - I	CHRISNORD PARIS (00202528828500033801)		08/03/2021	78	0.5	R\$ 39,00
497693 - I	GILBERTO FERREIRA DE MENDONCA JUNIOR (00202527394600000101)		12/03/2021	78	0.5	R\$ 39,00
499766 - I	YASMIM DE ALMEIDA LAWSON (00202520211100002004)		15/03/2021	78	0.5	R\$ 39,00
499890 - I	THUANI NATANI VARGAS (00202524417100009303)		16/03/2021	78	0.5	R\$ 39,00
504161 - I	CARLOS ROBERTO BATISTA (00202507682500053001)		19/03/2021	78	0.5	R\$ 39,00
507290 - I	GLAUSSICO RONY DA SILVA (00202528606000000101)		24/03/2021	92	0.5	R\$ 46,00
508317 - I	THUANI NATANI VARGAS (00202524417100009303)		25/03/2021	14	0.5	R\$ 7,00
509200 - I	MARIANE EVANGELISTA QUANDT (00202536536000000101)		26/03/2021	92	0.5	R\$ 46,00
512643 - I	SAMUEL MARTINS DA SILVA (00202523524500006201)		31/03/2021	78	0.5	R\$ 39,00
513383 - I	GILMAR DOS SANTOS (00202522067400009301)		01/04/2021	78	0.5	R\$ 39,00
516077 - I	STELIO LUIZ FAVERO (00202536537900000101)		06/04/2021	78	0.5	R\$ 39,00
518830 - I	FABIO PORCIUNCULA (00202536549800000101)		08/04/2021	78	0.5	R\$ 39,00
519464 - I	MARCOS FERNANDO HACK ZOPELLARO (00202519767900009101)		09/04/2021	134	0.5	R\$ 67,00
521386 - I	FABIANA CAMARGO PORCIUNCULA (00202536549800000104)		13/04/2021	78	0.5	R\$ 39,00
521475 - I	GLAUSSICO RONY DA SILVA (00202528606000000101)		13/04/2021	56	0.5	R\$ 28,00
522836 - I	DANIEL CAMARGO PORCIUNCULA (00202536549800000105)		14/04/2021	78	0.5	R\$ 39,00

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: 27/04/2021 15:29

Página 1 de 2

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: MAIO/2021

Totalizador

N° de USOs: 2866
N° de atendimentos: 32
Valor: R\$ 1.433,00

Totalizador da Operadora

N° de USOs: 2866
N° de atendimentos: 32
Valor: R\$ 1.433,00

Totalizador da Clínica

N° de USOs: 2866
N° de atendimentos: 32
Valor: R\$ 1.433,00

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: 27/04/2021 15:29

Página 2 de 2

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



453508
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/01/21	4-Data de Autorização 20/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8194695	7-Data Validade da Senha 14/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202530771500000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome NATALIA RODRIGUES DA SILVA		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano NATALIA RODRIGUES DA SILVA		

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 da Glosa	42-Assinatura
1	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	03/08/20		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data de Previsão Término do Tratamento 03/08/21	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
Criado como novo guia para substituir a guia nº 348343 que expirou a versão.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 03/08/21 Nicácio Augusto Martins Luna Cirurgião Dentista - Radiologista CRO/SC 5855 CPF: 188.338.318-21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	-------------------------------------



348343
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/07/2012	4-Data de Autorização 31/07/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7747665	7-Data Validade da Senha 28/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202530771500000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome NATALIA RODRIGUES DA SILVA				14-Telefone 30/12/1982	15-Nome do titular do plano NATALIA RODRIGUES DA SILVA		

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 (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				

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	03/08/2020		<i>Natalia R da Silva</i>
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

ICARO
204192
Sexo: Feminino
Pac: NATALIA RODRIGUES DA SILVA
Ind: Dr. AMABILYS K. DE SENA
Data: 03/08/2020 Nasc: 30/12/1982 Idade: 37a 8m

43-Data Previsão Término do Tratamento 03/08/2020	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 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 <i>Nicacio Augusto Martins Luna</i> Cirurgião Dentista - Radiologista CRO/SC 5855 CPF 186.338.318-21	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/08/2020 <i>Natalia R da Silva</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	---	-------------------------------------



453586
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/01/21	4-Data de Autorização 19/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8195153	7-Data Validade da Senha 14/04/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202530353600000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MAURICELIO D AVILLA SERVIC DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome RAFAEL LUCIANO AVILLA		14-Telefone 23/12/1990	15-Nome do titular do plano MAURICELIO AVILLA		
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 (t) 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	29/06/20		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 29/06/20	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 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
Gerado novo guia para substituir o guia antigo nº 330029 que expirou o prazo.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/06/20 Nicácio Augusto Martins Luna Cirurgião Dentista - Radiologista CRO/SC 5855 FONE: 186.338.318-21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	--	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



330029
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/2020	4-Data de Autorização 29/10/2020	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7662938	7-Data Validade da Senha 23/10/2020
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MAURICELIO D AVILLA SERVIC DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202530353600000103					
13-Nome RAFAEL LUCIANO AVILLA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MAURICELIO AVILLA		
		23/12/1990			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 5855	19-UF SC	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ICARO INSTITUTO CATARINENSE DE RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA				
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 (I) 81000405
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	29/06/20		Rafael
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												



43-Data Previsão Término do Tratamento 29/06/20	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 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	Nicacio Augusto Martins Luna Cirurgião Dentista - Radiologista CRO/SC 5855 CPF 166.338.318-21
---------------	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 29/06/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/06/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/06/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



464181
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/10/21	4-Data de Autorização 29/10/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8243909	7-Data Validade da Senha 28/10/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202520200700012202		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa A ANGELONI & CIA LTDA LOJA 21	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome SONIA REGINA CORREA VAILATI			14-Telefone () 3451-2400	15-Nome do titular do plano CARLOS ALBERTO VAILATI	

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	2025 - 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	

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	01/02/21		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

ICARC
INSTITUTO CATARINENSE DE RADIOLOGIA ODONTOLOGICA

214151 Sexo: Feminino

Pac: SONIA REGINA CORREA VAILATI
Ind: Dra. CAMILA GIACOMINI ROSS
Data: 01/02/2021 Nasc.: 23/11/1963 Idade: 57a 3m

43-Data Provisão Término do Tratamento 01/02/21	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 01/02/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/02/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--

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



468181
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/02/21	4-Data de Autorização 03/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8261047	7-Data Validade da Senha 03/05/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202522072800001202		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ACACIA ENGENHARIA LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
13-Nome MIRLANIA GOMES DA SILVA		14-Telefone 05/06/1989 () 3418-8311	15-Nome do titular do plano MARCIO PUBLITZ		

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 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 na 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			05/02/21		Mirvania
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

ICARO
214530 Sexo: Feminino
Pac: MIRLANIA GOMES DA SILVA
Ind: Dr. GUILHERME SADA DUQUE MULLER
Data: 05/02/2021 Nasc: 05/06/1989 Idade: 31a 8m

43-Data Previsão Término do Tratamento 05/02/21	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 05/02/21 Nicacio Augusto Martins Luna Cirurgião Dentista - Radiologista CPF: 166.838.318-21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/02/21 Mirvania	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--



468222
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/02/21	4-Data de Autorização 03/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8261179	7-Data Validade da Senha 03/05/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202528048400000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa NEEMIAS ISRAEL VAVASSORI	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DULCINEIA PEREIRA VAVASSORI		14-Telefone 07/12/1970	15-Nome do titular do plano NEEMIAS ISRAEL VAVASSORI		

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 CBO 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	
26-Nome do Profissional Executante NICACIO AUGUSTO MARTINS LUNA		27-Número na 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-	00346	DOC ORTODONTICA "B"			1	346,00	0,00		S	05/02/21		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												



214494 Sexo: Feminino
Pac: DULCINEIA PEREIRA VAVASSORI
Ind: Dr. AMABILYS K. DE SENA
Data: 05/02/2021 Nasc.: 07/12/1970 Idade: 50a 2m

43-Data Previsão Término do Tratamento 05/02/21	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 346,00	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(ram) 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 05/02/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/02/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--

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

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



471041
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/02/21	4-Data de Autorização 08/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8273150	7-Data Validade da Senha 06/05/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202525651700009001		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MICRO JUNTAS INDUSTRIA E	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
13-Nome ELAINE CRISTINA RAUTA DO AMARAL			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ELAINE CRISTINA RAUTA DO AMARAL	

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 da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	09/02/21		Elaine
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 09/02/21	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 09/02/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/02/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--

Nicacio Augusto Martins Luna
Cirurgião Dentista - Radiologista
CRO/SC 5855
38.318-21



475874
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/02/21	4-Data de Autorização 19/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8295230	7-Data Validade da Senha 13/05/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202530771500000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome NATALI EDUARDA DA SILVA VIEIRA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano NATALIA RODRIGUES DA SILVA	

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	008100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	23/02/21		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

ICARO
215581
Sexo: Feminino
Pac: NATALIA EDUARDA DA SILVA VIEIRA
Ind: Dr. TAMARA EDUARDA HESS BORBA
Data: 23/02/2021 Nasc: 08/10/2003 Idade: 17a 4m

43-Data Previsão Término do Tratamento 23/02/21	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 23/02/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/02/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--

Nicácio Augusto Martins Luna
Cirurgião Dentista - Radiologista
CRO/SC 5855
166.338.318-21



477084
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/21	4-Data de Autorização 16/10/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8299557	7-Data Validade da Senha 16/05/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202528828500033902	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA ELETRONICOS S A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome IEDA REGINA DE FREITAS FRATARI		14-Telefone 10/12/1966	15-Nome do titular do plano MARCOS ANTONIO MONTEIRO PEREIRA		
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 (I) 81000405	Enviar - RX
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	18/02/21		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

Sexo: Feminino
Pac: IEDA REGINA DE FREITAS FRATARI
Ind: Dra. BIANCA DINIZ SILVEIRA
Data: 18/02/2021 Nasc.: 10/12/1966 Idade: 54a 2m

43-Data Previsão Término do Tratamento 18/02/21	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 18/02/21 NICACIO AUGUSTO MARTINS LUNA Cirurgião Dentista - RDC 5855 CPF 186.358.318-21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/02/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	--	--	---	--



478228
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/02/21	4-Data de Autorização 18/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8303028	7-Data Validade da Senha 18/05/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202531606500000104		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MONICA DOS SANTOS ANDREIS		27/04/1980		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano ANDRESSA MARIA DOS SANTOS ANDREIS	

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 da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	19/02/21		x Jara
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

ICARO
215372 Sexo: Feminino
Pac: MONICA DOS SANTOS ANDREIS
Ind: Dr. ALEXANDRE CESAR G. BAJO
Data: 19/02/2021 Nasc: 27/04/1980 Idade: 40a 10m

43-Data Previsão Término do Tratamento 19/02/21	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 19/02/21 Nicácio Augusto Martins Luna Cirurgião Dentista CRO/SC 5855 CPF 186.338.318-21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/02/21 x Jara	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	--	---	--	-------------------------------------

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



482091
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/02/21	4-Data de Autorização 23/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8317120	7-Data Validade da Senha 23/05/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202532826600000104		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ELIZABETH CRISTINE ALIONCO				14-Telefone 27/06/2009 () 9666-5737	15-Nome do titular do plano ARIOVALDO ALIONCO		

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-
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	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	26/02/21		
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	26/02/21		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

ICARO
215795
Pac: ELIZABETH CRISTINE ALIONCO
Sexo: Feminino
Ind: Dr. ALEXANDRE CESAR G. BAJO
Data: 26/02/2021 Nasc: 27/06/2009 Idade: 11a 8m

43-Data Previsão Término do Tratamento 20/02/21	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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/02/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/02/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--

Nicácio Augusto Martins Luna
Cirurgião Dentista - Radiologista
CRO/SC 5855
338.318-21



489820
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/03/21	4-Data de Autorização 04/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8351199	7-Data Validade da Senha 01/06/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202511077000070701	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CSI CARGO LOGISTICA INTEGRAL	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CRISTIANO GALDINO			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CRISTIANO GALDINO		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Alimentação a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ICARO INSTITUTO CATARINENSE DE RADIOLOGIA ODONTOLOGICA			18-Número no CRO 5855	19-UF SC	20-Código CEO 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 CRO 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	05/03/21		<i>Dr. Cristiano</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

ICARC
216236 Sexo: Masculino
Pac: CRISTIANO GALDINO
Ind: Dr. ALEXANDRE CESAR G. BAJO
Data: 05/03/2021 Nasc.: 08/04/1987 Idade: 33a 11m

43-Data Previsão Término do Tratamento 05/03/21	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	Pac: CF	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 05/03/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/03/21 Cristiano Galvão	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	--	--

Nicácio Augusto Martins Luna
Cirurgião Dentista - Radiologista
CRO SC 5855
nasc: 18.04.1987

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



490380
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/10/2014	4-Data de Autorização 04/10/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8353347	7-Data Validade da Senha 01/06/2014
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202509757000026603	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 HENRIQUE PEREIRA MOTA		14-Telefone (11) 210515590	15-Nome do titular do plano ITALITA PEREIRA MOTA	

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
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 (I) 81000405 (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME (I) 81000421- (I) 81000375-RPD (I) 81000421- (I) 81000375-RPE
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-Centro/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	00810000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	12/03/21		<i>Helio</i>
2	00810000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S			<i>Helio</i>
3	00810000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S			<i>Helio</i>
4	00810000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S			<i>Helio</i>
5	00810000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S			<i>Helio</i>
6	00810000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S			<i>Helio</i>
7	00810000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S			<i>Helio</i>
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

ICARO
216572 Sexo: Masculino
Pac: HENRIQUE PEREIRA MOTA
Ind: Dr. GIULIANO H. CAMARGO
Data: 12/03/2021 Nasc: 20/01/2014 Idade: 7a 2m

43-Data Previsão Término do Tratamento 12/03/21	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 162,00	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 12/03/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/03/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/03/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------

Nicacio Augusto Martins Luna
Cirurgião Dentista - Radiologista
CRO/SC 5855
Fones: 188.338.318-21



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

490535
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/03/21	4-Data de Autorização 04/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8354002	7-Data Validade da Senha 01/06/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202533549700000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JEAN CARLO FARIAS	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JEAN CARLO FARIAS		

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
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 Glória	42-Assinatura
1	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	08/03/21		jean
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

ICARO
216335
Pac: JEAN CARLO FARIAS
Ind: Dr. ALEXANDRE CESAR G. BAJO
Data: 08/03/2021 Nasc.: 21/10/1981 Idade: 39a 5m
Sexo: Masculino

43-Data de Emissão / Término do Tratamento 08/03/21	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 08/03/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/03/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--

Nicacio Augusto Martins Luna
Cirurgião Dentista - Radiologista
CRO/SC 5855
CPF: 186.338.318-2



490675
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/03/21	4-Data de Autorização 04/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8354567	7-Data Válida da Senha 02/06/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	------------------------------------

8-Número da Carteira 00202523524500004302	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RECOPE INDUSTRIA DO COBRE	11-Data Válida da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	---	-----------------------------------	---------------------------------------

13-Nome ROSANA SCHIER DA SILVA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARCELO DA SILVA
-----------------------------------	----------------------	---

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 CBO 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 (I) 81000405 (I) 81000375-RPD (I) 81000421- (I) 81000375-RPE (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME
--	--	--------------------------	-------------	----------------	---

26-Nome do Profissional Executante NICACIO AUGUSTO MARTINS LUNA	27-Número na 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	11/03/21		Rosana
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	11/03/21		Rosana
3-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	11/03/21		Rosana
4-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	11/03/21		Rosana
5-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	11/03/21		Rosana
6-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	11/03/21		Rosana
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

ICARC
216487
Sexo: Feminino
Pac: ROSANA SCHIER DA SILVA
Ind: Dr. ALEXANDRE CESAR G.BAJO
Data: 11/03/2021 Nasc: 23/12/1977 Idade: 43a 3m

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/03/21	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 148,00	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 11/03/21 Nicácio Augusto Martins Luna Cirurgião Dentista - Radiologista CRO/SC 5855 CPF: 186.338.318-21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/03/21 Rosana	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	--	--



490949
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/03/21	4-Data de Autorização 04/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8355797	7-Data Validade da Senha 02/06/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202525651700012602	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MICRO JUNTAS INDUSTRIA E	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome DANIELA DA SILVA GARCIA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano DEVIDI DA SILVA GARCIA
------------------------------------	----------------------	---

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 (I) 81000405
--	--	--------------------------	-------------	----------------	-----------------------------

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	10/03/21		x Daniela
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

ICARO
216450 Sexo: Feminino
Pac: DANIELA DA SILVA SANTOS
Ind: Dr. ALEXANDRE CESAR G. BAJO
Data: 10/03/2021 Nasc.: 08/03/2002 Idade: 19a 0m

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/03/21	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 10/03/21 Nicácio Augusto Martins Luna Cirurgião Dentista - Radiologia CRO/SC 5855 CPF: 186.328.318-2	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/03/21 Daniela	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



490959
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/03/21	4-Data de Autorização 04/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8355839	7-Data Validade da Senha 02/06/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202509757000026601		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 ITALITA PEREIRA MOTA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ITALITA PEREIRA MOTA		

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 da Glória 42-Assinatura
1-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	12/03/21	<i>[Assinatura]</i>
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

ICARO
216570
Pac: ITALITA PEREIRA MOTA
Sexo: Feminino
Ind: Dra. ANA CLAUDIA DE SOUZA SILVA C. ZUB
Data: 12/03/2021 Nasc.: 19/08/1981 Idade: 39a 7m

43-Data Previsão Término do Tratamento 12/03/21	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 12/03/21 <i>[Assinatura]</i> NICACIO AUGUSTO MARTINS LUNA Cirurgião Dentista - R.O.D. 5855 CPF: 18633831821	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/03/21 <i>[Assinatura]</i> ITALITA PEREIRA MOTA	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	--	-------------------------------------

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



493996
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/03/21	4-Data de Autorização 08/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8366753	7-Data Validade da Senha 06/06/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202528828500033801	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA ELETRONICOS S A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome CHRISNORD PARIS		14-Telefone 02/02/1990	15-Data de Nascimento 02/02/1990		
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) 81000405

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	08/03/21		rpardo
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

ICARO
216348 Sexo: Masculino
Pac: CHRISNORD PARIS
Ind: Dr. ALEXANDRE CESAR G. BAJO
Data: 08/03/2021 Nasc: 02/02/1990 Idade: 31a 1m

43-Data Previsão Término do Tratamento 08/03/21	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 08/03/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/03/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/03/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	---	-------------------------------------

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



497693
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/03/21	4-Data de Autorização 12/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8381536	7-Data Validade da Senha 10/06/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202527394600000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GILBERTO FERREIRA DE MENDONCA JUNIOR		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano GILBERTO FERREIRA DE MENDONCA JUNIOR		

16-Atendimento a RIN 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 da Glosa	42-Assinatura
1	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	12/03/21		x Gilbert
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

ICARO
216637 Sexo: Masculino
Pac: GILBERTO FERREIRA DE MENDONCA JUNIOR
Ind: Dr. FABIANO CHAVES
Data: 12/03/2021 Nasc: 09/03/1991 Idade: 30a 0m

43-Data Previsão Término do Tratamento 12/03/21	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 12/03/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/03/21 x Gilbert Mendonca	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	--	--

*Nicacio Augusto Martins Luna
Cirurgião Dentista - Radiologista
CRO/SC 5855
v: 188.338.342-24*

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



499766
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/03/21	4-Data de Autorização 16/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8388875	7-Data Validade da Senha 13/06/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202520211100002004	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ITAPOA TERMINAIS PORTUARIOS S	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional da Saúde	
13-Nome YASMIM DE ALMEIDA LAWSON		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LEONARDO BARTH LAWSON		

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	205 - 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	25-Enviar - RX (I) 81000405
26-Nome do Profissional Executante NICACIO AUGUSTO MARTINS LUNA	27-Número no CRO 5855
28-UF SC	28-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	17/03/21		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

216848 Sexo: Feminino
Pac: YASMIM DE ALMEIDA LAWSON
Ind: Dra. ELAINE GIACOMINI BERNARDI
Data: 17/03/2021 Nasc: 04/04/2006 Idade: 14a 11m

43-Data Previsão Término do Tratamento 17/03/21	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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 17/03/21	52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 17/03/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	-------------------------------------

Nicacio Augusto Martins Luna
Cirurgião-Dentista - R.O.D. 5855
CPF: 186.338.318-21

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



499890
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/03/21	4-Data de Autorização 16/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8389282	7-Data Validade da Senha 14/06/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202524417100009303		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa KRONA TUBOS E CONECCOES SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome THUANI NATANI VARGAS		14-Telefone () -		15-Data Validade da Senha 04/09/1995			
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		025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405
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	/ /		
2-										/ /		
3-										/ /		
4-										/ /		
5-										/ /		
6-										/ /		
7-										/ /		
8-										/ /		
9-										/ /		
10-										/ /		
11-										/ /		
12-										/ /		
13-										/ /		
14-										/ /		
15-										/ /		

ICAROC
217008 Sexo: Feminino
Pac: THUANI NATANI VARGAS
Ind: Dr. CARLOS FERNANDO M. DADALTO
Data: 19/03/2021 Nasc.: 04/09/1995 Idade: 25a 6m

43-Data Previsão Término do Tratamento 19/03/21	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 19/03/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/03/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/03/21	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

Z-Nº



504161
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/03/21	4-Data de Autorização 22/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8403303	7-Data Validade da Senha 17/06/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202507682500053001	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ACEVEDO DALL AGNOL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	--	--------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome CARLOS ROBERTO BATISTA	14-Telefone 23/11/1963	15-Nome do titular do plano CARLOS ROBERTO BATISTA
-----------------------------------	---------------------------	---

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

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	22/03/21		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

ICARC
217116 Sexo: Masculino
Pac: CARLOS ROBERTO BATISTA
Ind: Dr. ALEXANDRE CESAR G. BAJO
Data: 22/03/2021 Nasc: 23/11/1963 Idade: 57a 4m

43-Data Previsão Término do Tratamento 22/03/21	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 22/03/21 Nicácio Augusto Martins Luna Cirurgião Dentista - Radiologista CRO/SC 5855	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/03/21 X	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



507290
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/03/21	4-Data de Autorização 07/04/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8417654	7-Data Validade da Sanha 22/06/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202528606000000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GLAUSSICO RONY DA SILVA		14-Telefone (47) 3025-1316	15-Data Validade da Sanha 16/12/1993		

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-
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	13/04/21		<i>Glauco</i>
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	13/04/21		<i>Glauco</i>
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

ICARC
218404 Sexo: Masculino
Pac: GLAUSSICO RONY DA SILVA
Ind: Dr. TAMARA EDUARDA HESS BORBA
Data: 13/04/2021 Nasc.: 16/12/1993 Idade: 27a 4m

43-Data Previsão Término do Tratamento 13/04/21	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 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 13/04/21 <i>Nicacio Augusto Martins Luna</i> Cirurgião Dentista - Radiologista CRO/SC-355 186.338.318-21	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/04/21 <i>Glauco R. D.</i>	52-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	--	--	---	-------------------------------------

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



508317
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/21	4-Data de Autorização 25/10/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8421697	7-Data Validade da Senha 23/06/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202524417100009303		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa KRONA TUBOS E CONECCOES SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome THUANI NATANI VARGAS			14-Telefone 04/09/1995	15-Nome do titular do plano VALDECIR FREITAS VARGAS	
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
(1) 81000421-RIS

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	30/03/21		X. Thuan
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

ICARO
217591 Sexo: Feminino
Pac: THUANI NATANI VARGAS
Ind: Dr. CARLOS FERNANDO M. DADALTO
Data: 30/03/2021 Nasc: 04/09/1995 Idade: 25a 6m

43-Data Previsão Término do Tratamento 30/03/21	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 14,00	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 30/03/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/03/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/03/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	---	-------------------------------------

Nicacio Augusto Martins Luna
Cirurgião Dentista - Radiologista
CRO/SC 5855
486.338.318-21

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



509200
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 6 / 0 3 / 2 1	4-Data de Autorização 2 6 / 0 3 / 2 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8425614	7-Data Validade da Senha 2 4 / 0 6 / 2 1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 6 5 3 6 0 0 0 0 0 1 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome MARIANE EVANGELISTA QUANDT 19/09/1990		15-Nome do titular do plano MARIANE EVANGELISTA QUANDT	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		20-Código CBO S 09		25-Código CNES	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ICARO INSTITUTO CATARINENSE DE RADIOLOGIA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 5855	19-UF SC	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 8 6 3 3 8 3 1 8 2 1	22-Nome do Contratado Executante NICACIO AUGUSTO MARTINS LUNA
26-Nome do Profissional Executante NICACIO AUGUSTO MARTINS LUNA		23-Número no CRO 5855	24-UF SC	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-	0 0 8 1 0 0 0 4 0 5	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	7 8 0 0	0,00		S	29/03/21		X MARIANE
2-	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RPSE		1	1 4 0 0	0,00		S	29/03/21		X MARIANE
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 29/03/21	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 9 2 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 29/03/21 Nicácio Augusto Martins Luna Cirurgião Dentista - Radiologista CRO/SC 5855 CPF: 186.328.318-21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/03/21 MARIANE	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--



512643
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 31/03/21	4-Data de Autorização 01/04/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8440076	7-Data Validade da Senha 29/06/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa RECOPE INDUSTRIA DO COBRE		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202523524500006201									
13-Nome SAMUEL MARTINS DA SILVA				14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano SAMUEL MARTINS DA SILVA			
				08/02/1992					

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 (I) 81000405		26-Nome do Profissional Executante NICACIO AUGUSTO MARTINS LUNA		27-UF SC	
				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	06/04/21		Samuel
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

ICARO
217912 Sexo: Masculino
Pac: SAMUEL MARTINS DA SILVA
Ind: Dr. ALEXANDRE CESAR G. BAJO
Data: 06/04/2021 Nasc: 08/02/1991 Idade: 30a 2m

43-Data Previsão Término do Tratamento 06/04/21	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 06/04/21 Nicácio Augusto Martins Luna Cirurgião Dentista - Radiologista CRO/SC 5855 F: 186.338.318-21		51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/04/21 Samuel		52-Data, local e Carimbo da Empresa	
---------------	--	---	--	--	--	-------------------------------------	--