

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: MAIO/2021

Razão Social: ICARO INSTITUTO CATARINENSE DE RADIOLOGIA ODONTOLOGICA LTDA

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

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 7116/SC

Cirurgião Dentista: (16964) - SANDRO MARCELO ZIEMBIKIEWICZ

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
467286 - I	ELOAH ISABELA BLODOFF (00202520201700009702)		02/02/2021	78	0.5	R\$ 39,00
489352 - I	ERICK MARTINS GLOVACKI (00202532823600000102)		02/03/2021	78	0.5	R\$ 39,00
489360 - I	SONIA IOLANDA MARTINS (00202532823600000101)		02/03/2021	409	0.5	R\$ 204,50
497813 - I	LUCAS RAFAEL FUGEL (00202509784001006402)		12/03/2021	78	0.5	R\$ 39,00
511071 - I	MAURICIO DE OLIVEIRA FERREIRA (00202520201800014702)		29/03/2021	14	0.5	R\$ 7,00

Totalizador						
				N° de USOs:	657	
				N° de atendimentos:	5	
				Valor:	R\$ 328,50	

Totalizador da Operadora						
				N° de USOs:	657	
				N° de atendimentos:	5	
				Valor:	R\$ 328,50	

Totalizador da Clínica						
				N° de USOs:	657	
				N° de atendimentos:	5	
				Valor:	R\$ 328,50	

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

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

Data e Hora de Emissão: 27/04/2021 15:42

Página 1 de 1



467286
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/02/21	4-Data de Autorização 04/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8256995	7-Data Validade da Senha 03/05/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202520201700009702	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa A ANGELONI & CIA LTDA LOJA 10	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ELOAH ISABELA BLODOFF		14-Telefone 24/10/2012 () -	15-Nome do titular do plano GISLEINE JAQUELINE ALVES		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ICARO INSTITUTO CATARINENSE DE RADIOLOGIA ODONTOLOGICA LTDA	18-Número no CRO 7116	19-UF SC	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02774289980	22-Nome do Contratado Executante SANDRO MARCELO ZIEMBIKIEWICZ	23-Número no CRO 7116	24-UF SC	25-Código CNES	Enviar - RX (1) 8100405
26-Nome do Profissional Executante SANDRO MARCELO ZIEMBIKIEWICZ		27-Número no CRO 7116	28-UF SC	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	12/03/21		Gisline
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												



216617

Pac: ELOAH ISABELA BLODOFF
Ind: Dra. JULIANA MORESKI
Data: 12/03/2021 Nasc: 24/10/2012 Idade: 8a 5m
Sexo: Feminino

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 Gisline Jaqueline Alves	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	---	---	-------------------------------------

Nicácio Augusto Martins Luna
Cirurgião Dentista - Radiologista
CRO SC 5656
CPF: 188.888.318-21



489352
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/03/21	4-Data de Autorização 05/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8349121	7-Data Validade da Senha 31/05/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202532823600000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SONIA IOLANDA MARTINS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ERICK MARTINS GLOVACKI				14-Telefone 07/12/2004	15-Nome do titular do plano SONIA IOLANDA MARTINS		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ICARO INSTITUTO CATARINENSE DE RADIOLOGIA ODONTOLOGICA LTDA		18-Número no CRO 7116	19-UF SC	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02774289980		22-Nome do Contratado Executante SANDRO MARCELO ZIEMBIKIEWICZ		23-Número no CRO 7116		24-UF SC	25-Código CNES		
26-Nome do Profissional Executante SANDRO MARCELO ZIEMBIKIEWICZ				27-Número no CRO 7116		28-UF SC	29-Código CBO S		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	18/03/2021		Sonia
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

ICARC
216967 Sexo: Masculino
Pac: ERICK MARTINS GLOVACKI
Ind: Dr. RODRIGO JULIANO MOLON
Data: 18/03/2021 Nasc: 07/12/2004 Idade: 16a 3m

43-Data Previsão Término do Tratamento 18/03/21	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 de Cirurgião-Dentista Solicitante 18/03/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/03/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/03/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------

Nicácio Augusto Martins Luna
Cirurgião Dentista - Radiologia
CRO/SC 5855
CPF: 186.338.318-24

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



489360
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/03/21	4-Data de Autorização 05/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8349197	7-Data Validade da Senha 31/05/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SONIA IOLANDA MARTINS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202532823600000101					
13-Nome SONIA IOLANDA MARTINS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano SONIA IOLANDA MARTINS		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ICARO INSTITUTO CATARINENSE DE RADIOLOGIA ODONTOLOGICA LTDA	18-Número no CRO 7116	19-UF SC	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000421-RII (I) 81000421-RIS
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02774289980	22-Nome do Contratado Executante SANDRO MARCELO ZIEMBIKIEWICZ	23-Número no CRO 7116	24-UF SC	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante SANDRO MARCELO ZIEMBIKIEWICZ		27-Número no CRO 7116	28-UF SC	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00345	DOC ORTODONTICA "A"			1	381,00	0,00		S	18/03/2021		Sonia
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RII		1	14,00	0,00		S	18/03/2021		Sonia
3	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	18/03/2021		Sonia
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

ICAROC
216965 Sexo: Feminino
Pac: SONIA IOLANDA MARTINS
Ind: Dr. RODRIGO JULIANO MOLON
Data: 18/03/2021 Nasc: 29/12/1978 Idade: 42a 3m

43-Data Previsão Término do Tratamento 18/03/21	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 409,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/03/21 Núcleo Martins Luna Cirurgião Dentista - Radiologista CRO/SC 5855 CPF: 186.338.318-21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/03/2021	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



497813

INTERCÂMBIO

406414	3-Data de Emissão da Guia 12/10/2013	4-Data de Autorização 15/10/2013	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8381931	7-Data Validade da Senha 11/10/2016
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 101021021509178141010106402					
9-Plano POS REDE PRESTADORA					
10-Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE					
11-Data Validade da Carteira					
12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
13-Nome LUCAS RAFAEL FUGEL					
14-Telefone (147) 1312171512131512					
15-Nome do Titular do Plano MAIKA JANINE LAZZARIS					
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante ICARO INSTITUTO CATARINENSE DE RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA LTDA					
18-Número no CRO 7116					
19-UF SC					
20-Código CBO S 09					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 027774289180					
22-Nome do Contratado Excludente SANDRO MARCELO ZIEMBIKIEWICZ					
23-Número no CRO 7116					
24-UF SC					
25-Código CNES Enviar - RX					
26-Nome do Profissional Excludente SANDRO MARCELO ZIEMBIKIEWICZ					
27-Número no CRO 7116					
28-UF SC					
29-Código CBO S					
30-Planos de Tratamento / Procedimentos Solicitados SANDRO MARCELO ZIEMBIKIEWICZ					

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

ICARO INSTITUTO CATARINENSE DE RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA LTDA
Pac: LUCAS RAFAEL FUGEL
Ind: Dra. JULIANA MORESKI
Sexo: Masculino
217703
Data: 31/03/2021 Nasc. 02/05/2005 Idade: 15a 10m

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) acima, e por mim assinado(s), foram realizados(s), foram realizados(s), foram realizados(s).

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
31/03/21	31/03/21	31/03/21	



511071
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/03/21	4-Data de Autorização 31/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8433267	7-Data Validade da Senha 27/06/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202520201800014702	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa A ANGELONI & CIA LTDA LOJA 22	11-Data Validade de Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MAURICIO DE OLIVEIRA FERREIRA		14-Telefone () -	15-Data de Nascimento do titular do plano 22/05/1964		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ICARO INSTITUTO CATARINENSE DE RADIOLOGIA ODONTOLOGICA LTDA	18-Número no CRO 7116	19-UF SC	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02774289980	22-Nome do Contratado Executante SANDRO MARCELO ZIEMBIKIEWICZ	23-Número no CRO 7116	24-UF SC	25-Código CNES	Enviar - RX (1) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante SANDRO MARCELO ZIEMBIKIEWICZ		27-Número no CRO 7116	28-UF SC	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	31/03/21		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 31/03/21	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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 31/03/21 Nicolau Augusto - Radiologista Cirurgião Dentista CRP-5855 CPF: 186.338.318-21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 31/03/21 Mauricio de Oliveira Ferreira	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--