



1 - Registro ANS

3 - Nome da Operadora

DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLÓGICA

4 - Objeto do Recurso

2

5 - Número da Guia de Recursos de Glosas Attribuído pelo

1 9 8 7 7 0 4

Dados do Contratado

6 - Código no Operadora

1 8 3 7 5 8 6 0 0 0 1 4 2

7 - Nome do Contratado

3186/PB - KATHIA ARAGON ZAMATA

Dados do Recurso do Protocolo

8 - Número da Guia

9 - Número do Protocolo

10 - Código da Glosa do Protocolo

11 - Justificativa

12 -

Dados do Recurso da Guia

13 - Número da Guia no Prestador

1 8 9 0 0 1 6

14 - Número da Guia Attribuído pela Operadora

1 8 9 0 0 1 6

15 - Status

AUTORIZADO

16 - Beneficiário

00202511474320000101 - JOSE JANALSON LETE VIEIRA

17 - Código da Glosa da Guia

Em anexo novo raio x e termo de ciência

19 -

Dados dos itens da Guia

20 - Data de Realização do Procedimento

21 - Data de Realização

22 - Face

23 - Quantidade

24 - Tabela

25 - Procedimento Item Assistencial

26 - Descrição do Procedimento

27 - Código da Glosa

28 - Valor Recusado

30 - Valor Aceitado

31 - Justificativa da Operadora

1. 2 0 0 0 5 0 2 0 2 4

1 8 6 0 5 5

Em anexo novo raio x e termo de ciência

TRATAMENTO ENDODONTICO MULTIRADICULAR

3 0 4 0

2. 0 0 0 0

Em anexo novo raio x e termo de ciência

TRATAMENTO ENDODONTICO MULTIRADICULAR

3 0 4 0

3. 0 0 0 0

Em anexo novo raio x e termo de ciência

TRATAMENTO ENDODONTICO MULTIRADICULAR

3 0 4 0

4. 0 0 0 0

Em anexo novo raio x e termo de ciência

TRATAMENTO ENDODONTICO MULTIRADICULAR

3 0 4 0

5. 0 0 0 0

Em anexo novo raio x e termo de ciência

TRATAMENTO ENDODONTICO MULTIRADICULAR

3 0 4 0

6. 0 0 0 0

Em anexo novo raio x e termo de ciência

TRATAMENTO ENDODONTICO MULTIRADICULAR

3 0 4 0

7. 0 0 0 0

Em anexo novo raio x e termo de ciência

TRATAMENTO ENDODONTICO MULTIRADICULAR

3 0 4 0

8. 0 0 0 0

Em anexo novo raio x e termo de ciência

TRATAMENTO ENDODONTICO MULTIRADICULAR

3 0 4 0

9. 0 0 0 0

Em anexo novo raio x e termo de ciência

TRATAMENTO ENDODONTICO MULTIRADICULAR

3 0 4 0

32 - Valor Total Recusado (R\$)

1 8 6 0 5 5

33 - Valor Total Aceitado (R\$)

0 0 0 0

34 - Data do Recurso

2 1 0 5 0 2 4

35 - Assinatura do Prestador

Dr. Kathia A. Zamata
CPF 83196

36 - Data da Assinatura da Operadora

21 05 2024

37 - Assinatura da Operadora

Dr. Kathia A. Zamata
CPF 83196