



1 - Registro ANS 	3 - Nome da Operadora <b>DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA</b>	4 - Objeto do Recurso <b>  2  </b>	5 - Número da Guia de Recuros de Glosas Atribuído pela <b>  2     1     5     2     3     0     7                </b>
----------------------	---	---------------------------------------	--

Dados do Contratado	
6 - Código na Operadora <b>  1     1     9     6     1     8     6     1     6     2     3          </b>	7 - Nome do Contratado <b>58748/MG - MAIRA TOMAIN BRACARENSE</b>

Dados do Recurso do Protocolo				
8 - Número do Lote 	9 - Número do Protocolo 	10 - Código da Glosa do Protocolo 	11 - Justificativa 	12 - 

Dados do Recurso da Guia			
13 - Número da Guia no Prestador <b>  2     0     8     5     5     6     9        </b>	14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>  2     0     8     5     5     6     9        </b>	15 - Status <b>RECURSO DE</b>	16 - Beneficiário <b>002025117813100000101 - LUCIANO CARDOSO</b>

17 - Código da Glosa da Guia 	18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia) <b>O beneficiário Vinicio é dependente o beneficiário Luciano e não possui número de celular</b>	19 - 
----------------------------------	--	----------

Dados dos Itens da Guia		20 - Data de Realização do Procedimento	21 - Dente/Região	22 - Face	23 - Quantidade	24 - Tabela	25 - Procedimento/Item Assistencial	26 - Descrição do Procedimento	27 - Código da Glosa
		28 - Valor Recursado	29 - Justificativa do Prestador						
		30 - Valor Acatado	31 - Justificativa da Operadora						
1-	<b>  2     9     1     0     2     0     2     4  </b>	<b>  3     5                </b>	<b>  0     1  </b>	<b>  9     4  </b>	<b>  8     5     2     0     0     1     6     6  </b>	<b>TRATAMENTO ENDODÔNTICO UNIRRADICULAR</b>		<b>  1     4     3     7  </b>	
	7   7   4   0								
	0   0   0								
2-									
3-									
4-									
5-									
6-									

32 - Valor Total Recursado (R\$)           7   7   4   0	33 - Valor Total Acatado (R\$)           0   0   0	34 - Data do Recurso <b>  07     01     20     29  </b>	35 - Assinatura do Prestador 	36 - Data da Assinatura da Operadora 	37 - Assinatura da Operadora
---	---	--	----------------------------------	--	------------------------------