



2 - Nº Guia no Prestador

2321225

1 - Registro ANS	3 - Nome da Operadora	7 - Órgão de Recurso	8 - Número da Guia de Recurso de Glosas atribuída pelo
DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLÓGICA		2	2 3 2 1 2 2 5
6 - Código na Operadora	7 - Nome do Contratado		
5 4 0 4 0 2 5 5 0 0 0 1 0 7	56370/RJ - JULIA DA SILVA TRAVASSOS		
8 - Número da Guia	9 - Número do Protocolo	10 - Código da Glosa do Protocolo	11 - Justificativa
13 - Número da Guia no Prestador	14 - Número da Guia Atribuída pelo Operadora	15 - Status	16 - Beneficiário
2 2 6 8 4 4 6	2 2 6 8 4 4 6	RECURSO DE	00282541224500000101 - MICHELLE LOUZADA BOCHKORNY
17 - Código da Glosa de Guia	18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)		
	FOI REGULARIZADO TODAS AS ASSINATURAS PARA RECURSO DE GLOSA		
Dados das Bases da Guia			
20 - Data de Realização do Procedimento	21 - Dente/Região	22 - Face	23 - Quantidade
24 - Valor Recursado	25 - Justificativa do Prestador	26 - Procedimento/Item Assistencial	27 - Descrição do Procedimento
30 - Valor Acolado	31 - Justificativa da Operadora		
1 - 0 3 0 4 2 0 2 5 4 5 V 0 1 9 4 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE		1 3 1 9
2 - 0 3 0 4 2 0 2 5 3 4 V 0 1 9 4 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE		1 3 1 9
3 - 0 3 0 4 2 0 2 5 3 5 V 0 1 9 4 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE		1 3 1 9
4 - 0 3 0 4 2 0 2 5 2 4 V 0 1 9 4 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE		1 3 1 9
5 - 0 3 0 4 2 0 2 5 4 4 V 0 1 9 4 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE		1 3 1 9
6 -			
32 - Valor Total Recursado (R\$)	33 - Valor Total Acolado (R\$)		
9 1 5 0	0 0 0 0		
34 - Data do Recurso	35 - Assinatura do Prestador	36 - Data da Assinatura da Operadora	37 - Assinatura da Operadora
04/10/2025	Julia Travassos		

2268446
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão de Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	0 3 1 0 4 1 2 5	0 8 1 0 4 1 2 5	AUTORIZADO	13727140	0 2 1 0 7 1 2 5
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
0 0 2 0 2 5 4 1 2 2 4 5 0 0 0 0 0 1 0 1	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA			
13-Nome		14-Telefone	15-Nome do titular do plano		
MICHELLE LOUZADA BOCHKORNY		25/02/1984	MICHELLE LOUZADA BOCHKORNY		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S	25 -
N	JULIA DA SILVA TRAVASSOS	50379	RJ		Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES	
5 4 0 4 0 2 5 5 0 0 0 1 0 7	DRA. JULIA TRAVASSOS REABILITACAO ORAL E	50379	RJ	99999999	
26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S		
JULIA DA SILVA TRAVASSOS	50379	RJ			
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1 - 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1
2 - 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1
3 - 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1
4 - 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1
5 - 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	1
6 -					
7 -					
8 -					
9 -					
10 -					
11 -					
12 -					
13 -					
14 -					
15 -					
43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
04/10/2025	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	3 0 5 0 0	0 0 0	
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 Contratado-Donatário Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Contratado-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa		
04/10/2025 Julia Travassos	04/10/2025 Julia Travassos	04/10/2025 Michelle Louzada Bochkorny			