



Formulário de Recurso de Glosa

Nome do Credenciado:

Spiders Euthira Guimaraes Hodges

CRO/JF:

42541RJ

Guia:

317185

Mês de Referência:

0910

[illegible]

Observações:

Observações: A guia foi devidamente preenchida e anexada, foi
vinculada em uma guia a cópia de guias com o campo de data
de atendimento preenchido.

Data: 21 / 10 / 20

Assinatura e Contribuição

Rio das Ostras Odonto

374233121000

Analista/Auditor:

Data:



- Registro ANS						3 - Nome da Operadora DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA						4 - Objeto do Recurso 2		5 - Número da Guia de Recursos de Glosas Atribuído pela 3 7 9 0 0 5																	
idos do Contratado														7 - Nome do Contratado 42544/RJ - RAMAYANA HERINGER LAGE																	
- Código na Operadora 3 2 4 2 3 3 7 2 0 0 0 1 1 7														idos do Recurso do Protocolo																	
- Número do Lote						9 - Número do Protocolo						10 - Código da Glosa do Protocolo				11 - Justificativa										12 -					
idos do Recurso da Guia																															
1 - Número da Guia no Prestador 3 4 7 1 8 5						14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 3 4 7 1 8 5						15 - Status AUTORIZADO				16 - Beneficiário 00202520811500005002 - JOELMA CRISTINA GUIMARAES MEDEIROS										19 -					
7 - Código da Glosa da Guia						18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia) A GUIA FOI DEVIDAMENTE PREENCHIDA E ASSINADA, FOI INCLUIDO EM IMAGEM A CÓPIA DA GUIA COM O CAMPO DA DATA DE ATENDIMENTO PREENCHIDO.																		19 -							
idos dos Itens da Guia																															
20 - Data de Realização do Procedimento						21 - Dente/Região				22 - Faco				23 - Quantidade				24 - Tabela				25 - Procedimento/Item Assistencial				26 - Descrição do Procedimento				27 - Código da Glosa	
28 - Valor Recusado						29 - Justificativa do Prestador						30 - Valor Acatado						31 - Justificativa da Operadora													
- 2 8 0 7 2 0 2 0						1 6 M , O , D 0 1						9 4						8 5 1 0 0 2 1 8						RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES						1 3 1 7	
4 6 3 6						A GUIA FOI DEVIDAMENTE PREENCHIDA E ASSINADA, FOI INCLUIDO EM IMAGEM A CÓPIA DA GUIA COM O CAMPO DA DATA DE ATENDIMENTO PREENCHIDO.																									
0 0 0																															
-																															
-																															
-																															
-																															
12 - Valor Total Recusado (R\$)						33 - Valor Total Acatado (R\$)																									
4 6 3 6						0 0 0																									
14 - Data do Recurso						35 - Assinatura do Prestador						36 - Data da Assinatura da Operadora						37 - Assinatura da Operadora													
2 1 0 8 2 0 2 0						Rua da Estrada Odont - 32.423.372/mo - 17																									



347185

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/07/20	4-Data de Autorização 21/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7742118	7-Data Validade da Senha 26/10/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202520811500005002	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ACV TECLINE ENGENHARIA LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JOELMA CRISTINA GUIMARAES MEDEIROS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARCELO MASS DE MEDEIROS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RAMAYANA HERINGER LAGE	18-Número no CRO 42544	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 13630764770	22-Nome do Contratado Executante RAMAYANA HERINGER LAGE	23-Número no CRO 42544	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100218
26-Nome do Profissional Executante RAMAYANA HERINGER LAGE		27-Número no CRO 42544	28-UF RJ	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-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	16	MOD	1	122,00	0,00		S	21/08/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 122,00	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 21/08/20 Ramayana H. Lage Cirurgião Dentista CRO RJ 42544	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/08/20 Ramayana H. Lage Cirurgião Dentista CRO RJ 42544	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/08/20 Marcelo Mass de Medeiros	53-Data, local e Carimbo da Empresa 21/08/20 Rio das Ostras Odonto CNPJ - 32423372/0001-17
--	--	--	--