



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
--------------	---	-----------------------------------	---

6 - Nome do Contratado Código na Operadora 8 5 5 0 3 0 5 0 0 0 1 9 6	7 - Nome do Contratado 11228/SC - ANDERSON FERNANDES FELIPE
---	---

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

13 - Número da Guia no Prestador 2 4 5 0 2	14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 7 2 4 5 0 2	15 - Status AUTORIZADO	16 - Beneficiário 00202529879500000102 - SARA PONTES RODRIGUES
--	--	----------------------------------	--

17 - Código da Glosa da Guia	18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)	19 -
------------------------------	--	------

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 Recusado										29 - Justificativa do Prestador										30 - Valor Acatado										31 - Justificativa da Operadora																													
---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3 0 0 9 2 0 2 1	4 6	0 1	9 4	8 5 2 0 0 1 5 8	TRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR	3 0 6 7
Radiografia final anexadas						

3 0 0 9 2 0 2 1	4 6	D, O, V	0 1	9 4	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES	3 0 4 0
Radiografia final anexadas						

3 0 0 9 2 0 2 1	4 6	0 1	9 4	8 5 1 0 0 2 1 8		

3 0 0 9 2 0 2 1	4 6	0 1	9 4	8 5 1 0 0 2 1 8		

3 0 0 9 2 0 2 1	4 6	0 1	9 4	8 5 1 0 0 2 1 8		

3 0 0 9 2 0 2 1	4 6	0 1	9 4	8 5 1 0 0 2 1 8		

2 - Valor Total Recusado (R\$)	33 - Valor Total Acatado (R\$)	
2 9 4 7 5	0 0 0	

34 - Data do Recurso 3 0 0 9 2 0 2 1	35 - Assinatura do Prestador <i>Anderson Fernandes Felipe</i> Cirurgião Dentista CRO/SC 11228	36 - Data da Assinatura da Operadora 3 0 0 9 2 0 2 1
--	--	--

Anderson Fernandes Felipe
Cirurgião Dentista
CRO/SC 11228