

[illegible]

1-Registro ANS 406614	3-Data de Emissão da Guia 10/7/10 6/12 11	4-Data de Autorização 10/7/10 6/12 11	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8668623	7-Data Válida da Sentença 10/5/10 9/12 11
--------------------------	--	--	--------------------------	---------------------------------------	--

575617
INTERCÂMBIO

[illegible]

16-Identificação a IN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Alíquota no CNIO	19-Alíq	20-Código CNIO 5	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (R) 85200140-24
N	FLAVIA CAMPOS DE OMEENA FRAGOSO	4429	24-LF	25-Código CNIS	
21-Código na Operadora CNPJ / CNP	22-Nome do Contratado Exatíssimo	23-Número no CNIO	24-LF	25-Código CNIS	
0314514508410	FLAVIA CAMPOS DE OMEENA FRAGOSO	4429	AL		
26-Nome do Profissional Exatíssimo	27-Alíquota no CNIO	28-LF	29-Código CNIO 5		
FLAVIA CAMPOS DE OMEENA FRAGOSO	4429	AL			

[illegible]

contatos. Declara, ainda que (4) periodicamente (diariamente, semanalmente, bimestralmente, trimestralmente, semestralmente ou anualmente), foram realizadas () com meu consentimento e de forma satisfatória. Autento a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, as prestações de que trata este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-se a área com os custos conforme previsto em contrato.

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / Responsável	51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / Cirurgia Dentária	52-Data local e Assinatura do Genitor(a) / Responsável	53-Data local e Cópia da Empresa
07/10/2011 CRO/PA 4429	07/10/2011 CRO/PA 4429	07/10/2011 CRO/PA 4429	07/10/2011 CRO/PA 4429

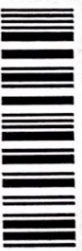
Qd. 146 L. 03/ Benedito Bentes
CEP 57 084-092 MACEIO AL

Odontolife

Tratamento Odontológico

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24x



569915
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 13/11/2015	3-Data de Autocrato 10/11/2016	4-Sigla AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8850909	6-Data Válida da Guia 12/11/2016
--------------------------	---	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	-------------------------------------

7-Data Válida da Guia 12/11/2016	8-Número do Contrato Nacional de Saúde
-------------------------------------	--

9-Data Válida da Guia 12/11/2016	10-Data Válida da Guia 12/11/2016	11-Data Válida da Guia 12/11/2016	12-Data Válida da Guia 12/11/2016
-------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

13-Nome FLAVIANA SILVA DE OLIVEIRA	14-Endereço 28/08/1981	15-Nome do titular do plano FLAVIANA SILVA DE OLIVEIRA
---------------------------------------	---------------------------	---

16-Atendimento a RN N	17-Nome do profissional Solicitante FLAVIA CAMPOS DE OLIVEIRA	18-Número no CNO 4429	19-UF AL	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	--	--------------------------	-------------	--------------------------

21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 0345451084110	22-Nome do Contratado Executante FLAVIA CAMPOS DE OLIVEIRA	23-Número no CNO 4429	24-UF AL	25-Código CNEB 025 -
--	---	--------------------------	-------------	-------------------------

26-Nome do Profissional Executante FLAVIA CAMPOS DE OLIVEIRA	27-Número no CNO 4429	28-UF AL	29-Código CBO S 025 -	30-Fatura Empresa Enviar - RX
---	--------------------------	-------------	--------------------------	----------------------------------

31-Código do Procedimento 1-0108511001218	32-Descrição RESTAURAÇÃO RESINA	33-Quantidade 11	34-Fatores 11	35-Faturado Participação R\$ 11	36-Data de Realização 11	37-Motivo da Exclusão 11
--	------------------------------------	---------------------	------------------	------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

38-Código do Procedimento 2-0108511001196	39-Descrição RESTAURAÇÃO RESINA	40-Quantidade 12	41-Fatores 11	42-Faturado Participação R\$ 12	43-Data de Realização 12	44-Motivo da Exclusão 12
--	------------------------------------	---------------------	------------------	------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

45-Código do Procedimento 3-0108511001196	46-Descrição RESTAURAÇÃO RESINA	47-Quantidade 13	48-Fatores 11	49-Faturado Participação R\$ 13	50-Data de Realização 13	51-Motivo da Exclusão 13
--	------------------------------------	---------------------	------------------	------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

52-Código do Procedimento 4-0108511001196	53-Descrição RESTAURAÇÃO RESINA	54-Quantidade 14	55-Fatores 11	56-Faturado Participação R\$ 14	57-Data de Realização 14	58-Motivo da Exclusão 14
--	------------------------------------	---------------------	------------------	------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

59-Código do Procedimento 5-0108511001210	60-Descrição RESTAURAÇÃO RESINA	61-Quantidade 21	62-Fatores 11	63-Faturado Participação R\$ 21	64-Data de Realização 21	65-Motivo da Exclusão 21
--	------------------------------------	---------------------	------------------	------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

66-Código do Procedimento 6-0108511001210	67-Descrição RESTAURAÇÃO RESINA	68-Quantidade 22	69-Fatores 11	70-Faturado Participação R\$ 22	71-Data de Realização 22	72-Motivo da Exclusão 22
--	------------------------------------	---------------------	------------------	------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

73-Código do Procedimento 7-0108511001210	74-Descrição RESTAURAÇÃO RESINA	75-Quantidade 22	76-Fatores 11	77-Faturado Participação R\$ 22	78-Data de Realização 22	79-Motivo da Exclusão 22
--	------------------------------------	---------------------	------------------	------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

80-Código do Procedimento 8-0108511001210	81-Descrição RESTAURAÇÃO RESINA	82-Quantidade 22	83-Fatores 11	84-Faturado Participação R\$ 22	85-Data de Realização 22	86-Motivo da Exclusão 22
--	------------------------------------	---------------------	------------------	------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

87-Código do Procedimento 9-0108511001210	88-Descrição RESTAURAÇÃO RESINA	89-Quantidade 22	90-Fatores 11	91-Faturado Participação R\$ 22	92-Data de Realização 22	93-Motivo da Exclusão 22
--	------------------------------------	---------------------	------------------	------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

94-Código do Procedimento 10-0108511001210	95-Descrição RESTAURAÇÃO RESINA	96-Quantidade 22	97-Fatores 11	98-Faturado Participação R\$ 22	99-Data de Realização 22	100-Motivo da Exclusão 22
---	------------------------------------	---------------------	------------------	------------------------------------	-----------------------------	------------------------------

101-Código do Procedimento 11-0108511001210	102-Descrição RESTAURAÇÃO RESINA	103-Quantidade 22	104-Fatores 11	105-Faturado Participação R\$ 22	106-Data de Realização 22	107-Motivo da Exclusão 22
--	-------------------------------------	----------------------	-------------------	-------------------------------------	------------------------------	------------------------------

108-Código do Procedimento 12-0108511001210	109-Descrição RESTAURAÇÃO RESINA	110-Quantidade 22	111-Fatores 11	112-Faturado Participação R\$ 22	113-Data de Realização 22	114-Motivo da Exclusão 22
--	-------------------------------------	----------------------	-------------------	-------------------------------------	------------------------------	------------------------------

115-Código do Procedimento 13-0108511001210	116-Descrição RESTAURAÇÃO RESINA	117-Quantidade 22	118-Fatores 11	119-Faturado Participação R\$ 22	120-Data de Realização 22	121-Motivo da Exclusão 22
--	-------------------------------------	----------------------	-------------------	-------------------------------------	------------------------------	------------------------------

-4 94 34 760" data-label="Form">

122-Código do Procedimento 14-0108511001210	123-Descrição RESTAURAÇÃO RESINA	124-Quantidade 22	125-Fatores 11	126-Faturado Participação R\$ 22	127-Data de Realização 22	128-Motivo da Exclusão 22
--	-------------------------------------	----------------------	-------------------	-------------------------------------	------------------------------	------------------------------

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 pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assinar este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

43-Data Final do Tratamento
11/11/2016

44-Tipo de Atendimento
1-1-Atendimento Consultivo 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Implantes 5-Endodontia

45-Data, local e Assinatura do Grupo-Dentista
04/11/2016

46-Data, local e Assinatura do Grupo-Dentista
04/11/2016

-4 89 34 911" data-label="Text">

47-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
04/11/2016

FLAVIA CAMPOS DE OLIVEIRA

04/11/2016

04/11/2016

-4 674 34 844" data-label="Text">

04/11/2016



2-M



CEP 57 084-092 MACIEIO



1 - Registro ANS		3 - Nome da Operadora		4 - Digno do Recurso		5 - Número da Guia de Recursos da Clínica Autorizada pelo	
6 - Código no Operadora		DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLÓGICA		2		5 5 9 3 1 6	
7 - Nome do Contratado		4429/AL - FLAVIA CAMPOS DE OLIVEIRA FRAGOSO					
8 - Número da Guia		9 - Número do Procedimento		10 - Código da Guia do Procedimento		11 - Justificativa	
12 -		13 - Número da Guia Autorizada pela Operadora		14 - Status		15 - Beneficiário	
5 3 6 5 7 3		5 3 6 5 7 3		AUTORIZADO		P02025198192000123005 - ISACQUE ARRAS DOS SANTOS	
16 - Código da Guia da Guia		17 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)		18 - Beneficiário		19 -	
		20 - Data de Realização do Procedimento		21 - Data de Regulação		22 - Fone	
		23 - Valor Recusado		24 - Justificativa do Prestador		25 - Procedimento Item Assistencial	
		26 - Valor Aceito		27 - Justificativa da Operação		28 - Descrição do Procedimento	
1 2 8 0 0 4 2 0 2 1		2 6		0 1		9 4	
2 7 4 5		0		1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE	
0 0 0 0						1 0 1 0	
2 -		3 -		4 -		5 -	
6 -		7 -		8 -		9 -	
10 -		11 -		12 -		13 -	
14 -		15 -		16 -		17 -	
18 -		19 -		20 -		21 -	
22 -		23 -		24 -		25 -	
26 -		27 -		28 -		29 -	
30 -		31 -		32 -		33 -	
34 -		35 -		36 -		37 -	
38 -		39 -		40 -		41 -	
42 -		43 -		44 -		45 -	
46 -		47 -		48 -		49 -	
50 -		51 -		52 -		53 -	
54 -		55 -		56 -		57 -	
58 -		59 -		60 -		61 -	
62 -		63 -		64 -		65 -	
66 -		67 -		68 -		69 -	
70 -		71 -		72 -		73 -	
74 -		75 -		76 -		77 -	
78 -		79 -		80 -		81 -	
82 -		83 -		84 -		85 -	
86 -		87 -		88 -		89 -	
90 -		91 -		92 -		93 -	
94 -		95 -		96 -		97 -	
98 -		99 -		100 -		101 -	
102 -		103 -		104 -		105 -	
106 -		107 -		108 -		109 -	
110 -		111 -		112 -		113 -	
114 -		115 -		116 -		117 -	
118 -		119 -		120 -		121 -	
122 -		123 -		124 -		125 -	
126 -		127 -		128 -		129 -	
130 -		131 -		132 -		133 -	
134 -		135 -		136 -		137 -	
138 -		139 -		140 -		141 -	
142 -		143 -		144 -		145 -	
146 -		147 -		148 -		149 -	
150 -		151 -		152 -		153 -	
154 -		155 -		156 -		157 -	
158 -		159 -		160 -		161 -	
162 -		163 -		164 -		165 -	
166 -		167 -		168 -		169 -	
170 -		171 -		172 -		173 -	
174 -		175 -		176 -		177 -	
178 -		179 -		180 -		181 -	
182 -		183 -		184 -		185 -	
186 -		187 -		188 -		189 -	
190 -		191 -		192 -		193 -	
194 -		195 -		196 -		197 -	
198 -		199 -		200 -		201 -	
202 -		203 -		204 -		205 -	
206 -		207 -		208 -		209 -	
210 -		211 -		212 -		213 -	
214 -		215 -		216 -		217 -	
218 -		219 -		220 -		221 -	
222 -		223 -		224 -		225 -	
226 -		227 -		228 -		229 -	
230 -		231 -		232 -		233 -	
234 -		235 -		236 -		237 -	
238 -		239 -		240 -		241 -	
242 -		243 -		244 -		245 -	
246 -		247 -		248 -		249 -	
250 -		251 -		252 -		253 -	
254 -		255 -		256 -		257 -	
258 -		259 -		260 -		261 -	
262 -		263 -		264 -		265 -	
266 -		267 -		268 -		269 -	
270 -		271 -		272 -		273 -	
274 -		275 -		276 -		277 -	
278 -		279 -		280 -		281 -	
282 -		283 -		284 -		285 -	
286 -		287 -		288 -		289 -	
290 -		291 -		292 -		293 -	
294 -		295 -		296 -		297 -	
298 -		299 -		300 -		301 -	
302 -		303 -		304 -		305 -	
306 -		307 -		308 -		309 -	
310 -		311 -		312 -		313 -	
314 -		315 -		316 -		317 -	
318 -		319 -		320 -		321 -	
322 -		323 -		324 -		325 -	
326 -		327 -		328 -		329 -	
330 -		331 -		332 -		333 -	
334 -		335 -		336 -		337 -	
338 -		339 -		340 -		341 -	
342 -		343 -		344 -		345 -	
346 -		347 -		348 -		349 -	
350 -		351 -		352 -		353 -	
354 -		355 -		356 -		357 -	
358 -		359 -		360 -		361 -	
362 -		363 -		364 -		365 -	
366 -		367 -		368 -		369 -	
370 -		371 -		372 -		373 -	
374 -		375 -		376 -		377 -	
378 -		379 -		380 -		381 -	
382 -		383 -		384 -		385 -	
386 -		387 -		388 -		389 -	
390 -		391 -		392 -		393 -	
394 -		395 -		396 -		397 -	
398 -		399 -		400 -		401 -	
402 -		403 -		404 -		405 -	
406 -		407 -		408 -		409 -	
410 -		411 -		412 -		413 -	
414 -		415 -		416 -		417 -	
418 -		419 -		420 -		421 -	
422 -		423 -		424 -		425 -	
426 -		427 -		428 -		429 -	
430 -		431 -		432 -		433 -	
434 -		435 -		436 -		437 -	
438 -		439 -		440 -		441 -	
442 -		443 -		444 -		445 -	
446 -		447 -		448 -		449 -	
450 -		451 -		452 -		453 -	
454 -		455 -		456 -		457 -	
458 -		459 -		460 -		461 -	
462 -		463 -		464 -		465 -	
466 -		467 -		468 -		469 -	
470 -		471 -		472 -		473 -	
474 -		475 -		476 -		477 -	
478 -		479 -		480 -		481 -	
482 -		483 -		484 -		485 -	
486 -		487 -		488 -		489 -	
490 -		491 -		492 -		493 -	
494 -		495 -		496 -		497 -	
498 -		499 -		500 -		501 -	
502 -		503 -		504 -		505 -	
506 -		507 -		508 -		509 -	
510 -		511 -		512 -		513 -	
514 -		515 -		516 -		517 -	
518 -		519 -		520 -		521 -	
522 -		523 -		524 -		525 -	
526 -		527 -		528 -		529 -	
530 -		531 -		532 -		533 -	
534 -		535 -		536 -		537 -	
538 -		539 -		540 -		541 -	
542 -		543 -		544 -		545 -	
546 -		547 -		548 -		549 -	
550 -		551 -		552 -		553 -	
554 -		555 -		556 -		557 -	
558 -		559 -		560 -		561 -	
562 -		563 -		564 -		565 -	
566 -		567 -		568 -		569 -	
570 -		571 -		572 -		573 -	
574 -		575 -		576 -		577 -	
578 -		579 -		580 -		581 -	
582 -		583 -		584 -		585 -	
586 -		587 -		588 -		589 -	
590 -		591 -		592 -		593 -	
594 -		595 -		596 -		597 -	
598 -		599 -		600 -		601 -	
602 -		603 -		604 -		605 -	
606 -		607 -		608 -		609 -	
610 -		611 -		612 -		613 -	
614 -		615 -		616 -		617 -	
618 -		619 -		620 -		621 -	
622 -		623 -		624 -		625 -	
626 -		627 -		628 -		629 -	
630 -		631 -		632 -		633 -	
634 -		635 -		636 -		637 -	
638 -		639 -		640 -		641 -	
642 -		643 -		644 -		645 -	
646 -		647 -		648 -		649 -	
650 -		651 -		652 -		653 -	
654 -		655 -		656 -		657 -	
658 -		659 -		660 -		661 -	
662 -		663 -		664 -		665 -	
666 -		667 -		668 -		669 -	
670 -		671 -		672 -		673 -	
674 -		675 -		676 -		677 -	
678 -		679 -		680 -		681 -	
682 -		683 -		684 -		685 -	
686 -		687 -		688 -		689 -	
690 -		691 -		692 -		693 -	
694 -		695 -		696 -		697 -	
698 -		699 -		700 -		701 -	
702 -		703 -		704 -		705 -	
706 -		707 -		708 -		709 -	
710 -		711 -		712 -		713 -	
714 -		715 -		716 -		717 -	
718 -		719 -		720 -		721 -	
722 -		723 -		724 -		725 -	
726 -		727 -		728 -		729 -	
730 -		731 -		732 -		733 -	
734 -		735 -		736 -		737 -	
738 -		739 -		740 -		741 -	
742 -		743 -		744 -		745 -	
746 -		747 -		748 -		749 -	
750 -		751 -		752 -		753 -	
754 -		755 -		756 -		757 -	
758 -		759 -		760 -		761 -	
762 -		763 -		764 -		765 -	
766 -		767 -					



2-N^o Galia no Proslador

559250

1 - Registro ANS		3 - Nome da Operadora		4 - Orgão do Recurso		5 - Número da Guia de Recursos de Gênes Autorizado pelo	
6 - Código na Operadora		7 - Nome do Contratado		8 - Número da Guia de Recursos de Gênes Autorizado pelo		9 - Número da Guia de Recursos de Gênes Autorizado pelo	
3 7 9 4 8 2 8 5 0 0 1 0 5		423/AL - FLAVIA CAMPOS DE OMEIA FRAGOSO		002025384420000101 - EVERTON EMANUEL DA SILVA SANTOS		5 5 9 2 5 0	
8 - Número da Guia de Recursos de Gênes Autorizado pelo		9 - Número da Guia de Recursos de Gênes Autorizado pelo		10 - Código da Guia de Recursos de Gênes Autorizado pelo		11 - Justificativa	
12 - Número da Guia de Recursos de Gênes Autorizado pelo		13 - Número da Guia de Recursos de Gênes Autorizado pelo		14 - Número da Guia de Recursos de Gênes Autorizado pelo		15 - Status	
5 2 7 0 3 2		5 2 7 0 3 2		AUTORIZADO		16 - Beneficiário	
17 - Código da Guia de Recursos de Gênes Autorizado pelo		18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)		19 -		20 -	
21 - Data de Realização do Procedimento		22 - Fato		23 - Quantidade		24 - Trabalho	
25 - Valor Recusado		26 - Justificativa do Prorrateio		27 - Procedimento Item Assistencial		28 - Descrição do Procedimento	
30 - Valor Recusado		31 - Justificativa da Operação		32 -		33 -	
1 - 1 9 0 0 4 0 2 0 2 1		2 7		0 1		9 4	
2 - 2 3 9 4 8 5		3 0		1 5 8		TRATAMENTO ENDODONTICO MULTIRRADICULAR	
3 - 0 4 0 0		4 -		5 -		6 -	
7 -		8 -		9 -		10 -	
11 -		12 -		13 -		14 -	
15 -		16 -		17 -		18 -	
19 -		20 -		21 -		22 -	
23 -		24 -		25 -		26 -	
27 -		28 -		29 -		30 -	
31 -		32 -		33 -		34 -	
35 -		36 -		37 -		38 -	
39 -		40 -		41 -		42 -	
43 -		44 -		45 -		46 -	
47 -		48 -		49 -		50 -	
51 -		52 -		53 -		54 -	
55 -		56 -		57 -		58 -	
59 -		60 -		61 -		62 -	
63 -		64 -		65 -		66 -	
67 -		68 -		69 -		70 -	
71 -		72 -		73 -		74 -	
75 -		76 -		77 -		78 -	
79 -		80 -		81 -		82 -	
83 -		84 -		85 -		86 -	
87 -		88 -		89 -		90 -	
91 -		92 -		93 -		94 -	
95 -		96 -		97 -		98 -	
99 -		100 -		101 -		102 -	
103 -		104 -		105 -		106 -	
107 -		108 -		109 -		110 -	
111 -		112 -		113 -		114 -	
115 -		116 -		117 -		118 -	
119 -		120 -		121 -		122 -	
123 -		124 -		125 -		126 -	
127 -		128 -		129 -		130 -	
131 -		132 -		133 -		134 -	
135 -		136 -		137 -		138 -	
139 -		140 -		141 -		142 -	
143 -		144 -		145 -		146 -	
147 -		148 -		149 -		150 -	
151 -		152 -		153 -		154 -	
155 -		156 -		157 -		158 -	
159 -		160 -		161 -		162 -	
163 -		164 -		165 -		166 -	
167 -		168 -		169 -		170 -	
171 -		172 -		173 -		174 -	
175 -		176 -		177 -		178 -	
179 -		180 -		181 -		182 -	
183 -		184 -		185 -		186 -	
187 -		188 -		189 -		190 -	
191 -		192 -		193 -		194 -	
195 -		196 -		197 -		198 -	
199 -		200 -		201 -		202 -	
203 -		204 -		205 -		206 -	
207 -		208 -		209 -		210 -	
211 -		212 -		213 -		214 -	
215 -		216 -		217 -		218 -	



1 - Registro ANS		3 - Nome da Operadora		4 - Objeto do Recurso		5 - Número da Guia de Recurso da Classe Autorizada para	
		DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLÓGICA		2 -		5 5 9 0 0 0	
6 - Código na Operadora		7 - Nome do Contratado		8 - Objeto do Recurso		9 - Número da Guia de Recurso da Classe Autorizada para	
3 7 9 4 8 2 8 5 0 0 0 1 0 5		4429/AL - FLAVIA CAMPOS DE OMEIA FRAGOSO		2 -		5 5 9 0 0 0	
10 - Número do Contrato		11 - Número do Procedimento		12 -		13 -	
14 - Número da Guia Autorizada pela Operadora		15 - Status		16 - Beneficiário		17 - Justificativa	
5 0 7 2 4 2		AUTORIZADO		0020253546800000102 - ERICK DAVI DA SILVA SANTOS			
18 - Código da Classe da Guia		19 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)		20 -		21 -	
3 0 4 0							
22 - Data de Realização do Procedimento		23 - Data de Realização do Procedimento		24 - Quantidade		25 - Procedimento com Assistência	
20 -		21 -		22 -		23 -	
24 -		25 -		26 -		27 -	
28 - Valor Recusado		29 - Justificativa da Recusa		30 - Valor Recusado		31 - Justificativa da Recusa	
3 9 1 6 0				3 9 1 6 0			
32 - Valor Total Recusado (R\$)		33 - Valor Total Aceitado (R\$)		34 - Data do Recurso		35 - Assinatura do Prestador	
3 9 1 6 0		0 1 0 0		2 4 1 0 3 1 2 0 2 1		36 - Assinatura da Operadora	
37 - Assinatura da Operadora		38 - Assinatura do Prestador		39 - Assinatura da Operadora		40 - Assinatura do Prestador	

Feito o tratamento endodôntico do maxilar antes da restauração, favor considerar

RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL, 2 FACES

3 0 4 0

27 - Código da Classe

Flávio Almeida Frazão
Cirurgião Dentista
CRM 4429



2 - Nº Guia no Proveedor

558922

[illegible]



2 - Nº Guia no Prestador

558955

1 - Registro ANS		3 - Nome da Operadora		4 - Objeto do Recurso	
		DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLÓGICA		2	
5 - Nome do Contratado		6 - Código no Operadora		7 - Nome do Contratado	
3 7 9 4 8 2 8 5 0 0 1 0 5		4429IAL - FLAVIA CAMPOS DE OMEIA FRAGOSO			
8 - Número do Lote		9 - Número do Protocolo		10 - Código da Guia do Procedimento	
11 - Número da Guia no Prestador		12 - Número da Guia Autorizada pelo Operadora		13 - Status	
5 0 1 4 1 6		5 0 1 4 1 6		AUTORIZADO	
14 - Código da Guia da Guia		15 - Justificativa (no caso de recurso da toda a guia)		16 - Beneficiário	
3 0 1 4 0 1		Radiografia inicial anexada na guia pelo portal		0020253546080000102 - ERICK DAVI DA SILVA SANTOS	
20 - Data de Realização do Procedimento		21 - Data de Realização		22 - Fato	
23 - Valor Recusado		24 - Quantidade		25 - Procedimento Item Assistencial	
30 - Valor Recusado		31 - Justificativa da Operação		26 - Descrição do Procedimento	
1 7 0 0 3 2 0 2 1		3 8		0 1 9 4 8 2 0 0 1 2 8 6	
1 6 2 4 5		Rx do elemento antes da exodontia enviado, favor considerar		REMOÇÃO DE DENTES INCLUSOS / IMPACTADOS	
0 1 0 0		Radiografia antes do procedimento anexada na Guia pelo Portal		3 0 4 0	
2 -					
3 -					
4 -					
5 -					
6 -					
32 - Valor Total Recusado (R\$)		33 - Valor Total Aceito (R\$)		34 - Data do Recurso	
1 6 2 4 5		0 1 0 0		1 7 0 0 3 2 0 2 1	
35 - Assinatura do Prestador		36 - Data da Assinatura da Operadora		37 - Assinatura da Operadora	
Flavia C. de Almeida Fragoso CFOA 4429					



2 - Nº Guia no Prestador

558935

1 - Registro ANS		3 - Nome da Operadora		4 - Orgão do Recurso	
DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLÓGICA				[2]	
6 - Código na Operadora		7 - Nome do Contratado		5 - Número da Guia de Recurso de Glosas Arbitrado pela	
3 7 9 4 8 2 8 5 0 0 1 0 5		4429/AL - FLAVIA CAMPOS DE OMEVA FRAGOSO		5 5 8 9 3 5	
8 - Número do Lote		9 - Número do Protocolo		10 - Código da Glosa do Protocolo	
11 - Código da Glosa da Guia		12 - Justificativa		13 - Número da Guia Arbitrado pela Operadora	
3040		Radiografia na posição correta inserida no sistema		4 9 9 9 3 6	
14 - Justificativa (no caso de recurso da toda a guia)		15 - Status		16 - Beneficiário	
		RECURSO DE		002025354808000102 - ERICK DAVI DA SILVA SANTOS	
20 - Data de Realização do Procedimento		21 - Dente/Região		22 - Fases	
23 - Valor Recusado		24 - Quantidade		25 - Tabela	
30 - Valor Aceito		26 - Procedimento Item Assistencial		27 - Descrição do Procedimento	
1 6 0 3 1 2 0 2 1		0 1		9 4	
1 1 6 1 0		8 5 2 0 0 1 6 6		TRATAMENTO ENDODONTICO UNIRADICULAR	
0 0 0 0				3 0 4 0	
2 -					
3 -					
4 -					
5 -					
6 -					
32 - Valor Total Recusado (R\$)		33 - Valor Total Aceito (R\$)		Firma do Dentista	
1 1 6 1 0		0 0 0 0		Flavio L. de Almeida	
34 - Data do Recurso		35 - Assinatura do Prestador		36 - Data da Assinatura da Operadora	
12/06/2011				17 - Assinatura da Operadora	