



348833
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/07/20	4-Data de Autorização 13/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7750059	7-Data Validade da Senha 28/10/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202528270100002601	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CONSELHO REGIONAL DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DILSON ARAUJO DE SOUZA		14-Telefone 09/11/1954	15-Nome do Titular do plano DILSON ARAUJO DE SOUZA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FERNANDA ROCHA FORTES	18-Número no CRO 46279	19-UF MG	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02493066111	22-Nome do Contratado Executante FERNANDA ROCHA FORTES	23-Número no CRO 46279	24-UF MG	25-Código CNE S
26-Nome do Profissional Executante FERNANDA ROCHA FORTES		27-Número no CRO 46279	28-UF MG	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-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	31/07/20		FRONTES
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	31/07/20		FRONTES
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	31/07/20		FRONTES
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	31/07/20		FRONTES
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 144,00	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 31/07/2020 FRONTES	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 31/07/2020 FRONTES	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 31/07/2020 x	53-Data, local e Carimbo da Empresa 31/07/2020
---------------	---	---	---	---

Dra. Fernanda Rocha Fortes
CIRURGIÃ - DENTISTA
CRO-MG 46.279



334797
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/07/20	4-Data de Autorização 07/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7685155	7-Data Validade da Senha 04/10/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202528270100007201	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CONSELHO REGIONAL DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome PRISCILA CRISTINI SILVA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano PRISCILA CRISTINI SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FERNANDA ROCHA FORTES	18-Número no CRO 46279	19-UF MG	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02493066111	22-Nome do Contratado Executante FERNANDA ROCHA FORTES	23-Número no CRO 46279	24-UF MG	25-Código CNEB
26-Nome do Profissional Executante FERNANDA ROCHA FORTES		27-Número no CRO 46279	28-UF MG	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	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	07/07/20		PR Rocha
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	07/07/20		PR Rocha
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	07/07/20		PR Rocha
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH		1	36,00	0,00		S	07/07/20		PR Rocha
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 144,00	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 07/07/2020 PR Rocha				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/07/2020 PR Rocha				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/07/2020 Priscila C. Silva				53-Data, local e Carimbo da Empresa 07/07/2020 CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA - DENTISTA MG 46279			
--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--



336593
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/07/20	4-Data de Autorização 10/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7692728	7-Data Validade da Senha 07/10/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202528270100006801	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CONSELHO REGIONAL DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	--	--------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome NADIA NAIRA MACIEL COSTA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano NADIA NAIRA MACIEL COSTA
-------------------------------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FERNANDA ROCHA FORTES	18-Número no CRO 46279	19-UF MG	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02493066111	22-Nome do Contratado Executante FERNANDA ROCHA FORTES	23-Número no CRO 46279	24-UF MG	25-Código CNEB
26-Nome do Profissional Executante FERNANDA ROCHA FORTES		27-Número no CRO 46279	28-UF MG	29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

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	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	14/07/20		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	14/07/20		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	14/07/20		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	14/07/20		
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 144,00	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 14/07/2020	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/07/2020	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/07/2020	53-Data, local e Carimbo da Empresa 14/07/2020
---	---	---	---

Dra. Fernanda Rocha
CIRURGIÃ - DENTISTA
CRO-MG 46.279



332024
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/01/2016	4-Data de Autorização 01/07/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7673728	7-Data Validade da Senha 28/09/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202528270100008601	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CONSELHO REGIONAL DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome VIVIANE AGUILAR FARIA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano VIVIANE AGUILAR FARIA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FERNANDA ROCHA FORTES	18-Número no CRO 46279	19-UF MG	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02493066111	22-Nome do Contratado Executante FERNANDA ROCHA FORTES	23-Número no CRO 46279	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante FERNANDA ROCHA FORTES	27-Número no CRO 46279	28-UF MG	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabeta	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
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00	0,00		S	16/07/2012		Fernanda
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 61,00	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 16/07/2012				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/07/2012				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/07/2012				53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/07/2012			
---	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--

Dra. Fernanda Rocha Fortes
CIRURGIÁ - DENTISTA
CRO-MG 46.279



338822
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/07/20	4-Data de Autorização 15/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7703162	7-Data Validade da Senha 12/10/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202528270100003101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CONSELHO REGIONAL DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ELI TEODORO DA SILVA JUNIOR		14-Telefone 23/03/1980	15-Nome do titular do plano ELI TEODORO DA SILVA JUNIOR	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FERNANDA ROCHA FORTES	18-Número no CRO 46279	19-UF MG	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02493066111	22-Nome do Contratado Executante FERNANDA ROCHA FORTES	23-Número no CRO 46279	24-UF MG	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante FERNANDA ROCHA FORTES		27-Número no CRO 46279	28-UF MG	29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

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	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	20/07/20		gontu
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	20/07/20		gontu
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	20/07/20		gontu
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	20/07/20		gontu
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 14,00	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 20/07/2020	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/07/2020	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/07/2020	53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/07/2020
---	---	---	---

Dra. Fernanda Rocha Fortes
CIRURGIÃ - DENTISTA
CRO-MG 46.279



1 - 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 4 4 2 7 9
----------------------	---	-----------------------------------	---

Dados do Contratado		7 - Nome do Contratado 46279/MG - FERNANDA ROCHA FORTES
6 - Código na Operadora 0 2 4 9 3 0 6 6 1 1 1		

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

Dados do Recurso da Guia		15 - Status AUTORIZADO	16 - Beneficiário 00202528416000000102 - RONALDO MOTA RIBEIRO
13 - Número da Guia no Prestador 3 1 7 7 2 2	14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 3 1 7 7 2 2		

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

Dados dos Itens da Guia		21 - Dente/Região	22 - Face	23 - Quantidade	24 - Tabela	25 - Procedimento/Item Assistencial	26 - Descrição do Procedimento	27 - Código da Glosa
20 - Data de Realização do Procedimento	28 - Valor Recusado	29 - Justificativa do Prestador	31 - Justificativa da Operadora					
30 - Valor Acatado								

1- 2 8 0 5 2 0 2 0 	0 1 3 	0 1 9 4 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	3 0 5 2
Não havia entendido que era pra preencher nessa área também.				

2- 2 8 0 5 2 0 2 0 	0 1 4 	0 1 9 4 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	3 0 5 2
Não havia entendido que era pra preencher nessa área também.				

3- 2 8 0 5 2 0 2 0 	0 1 2 	0 1 9 4 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	3 0 5 2
Não havia entendido que era pra preencher nessa área também.				

4- 2 8 0 5 2 0 2 0 	0 1 1 	0 1 9 4 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	3 0 5 2
Não havia entendido que era pra preencher nessa área também.				

5-				

6-				

32 - Valor Total Recusado (R\$) 4 3 2 0	33 - Valor Total Acatado (R\$) 0 0 0 0
---	--

34 - Data do Recurso 0 2 0 6 2 0 2 0	35 - Assinatura do Prestador <i>[Assinatura]</i>	36 - Data da Assinatura da Operadora 	37 - Assinatura da Operadora
--	---	--	------------------------------

*Dra. Fernanda
CIRURGIÃ - L
Dra. Fernanda Rocha Fortes
CIRURGIÃ - DENTISTA
CRO-MG 46.279*



1 - Registro ANS		3 - Nome da Operadora		4 - Objeto do Recurso		5 - Número da Guia de Recursos de Glosas Atribuído pela	
DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLÓGICA				2		3 4 4 1 8 6	
Dados do Contratado				7 - Nome do Contratado			
6 - Código na Operadora				46279/MG - FERNANDA ROCHA FORTES			
0 2 4 9 3 0 6 6 1 1 1							
Dados do Recurso do Protocolo				11 - Justificativa			
8 - Número do Lote		9 - Número do Protocolo		10 - Código da Glosa do Protocolo		12 -	
Dados do Recurso da Guia				15 - Status			
13 - Número da Guia no Prestador		14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		AUTORIZADO		16 - Beneficiário	
2 4 7 7 1 5		2 4 7 7 1 5				00202528270100007401 - RAFAEL VICENTE CORREA LUCAS	
17 - Código da Glosa da Guia		18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)				19 -	
Dados dos Itens da Guia				27 - Código da Glosa			
20 - Data de Realização do Procedimento		21 - Dente/Região		22 - Face		23 - Quantidade	
28 - Valor Recusado		29 - Justificativa do Prestador		30 - Tabela		24 - Procedimento/Item Assistencial	
32 - Valor Acatado		31 - Justificativa da Operadora				25 - Descrição do Procedimento	
1- 1 3 1 1 2 0 1 9		0 1 4		0 1 9 4		8 5 3 0 0 0 4 7	
1 0 8 0		Não havia entendido que era pra preencher nessa área também.		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		3 0 5 2	
0 0 0 0							
2- 1 3 1 1 2 0 1 9		0 1 3		0 1 9 4		8 5 3 0 0 0 4 7	
1 0 8 0		Não havia entendido que era pra preencher nessa área também.		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		3 0 5 2	
0 0 0 0							
3- 1 3 1 1 2 0 1 9		0 1 2		0 1 9 4		8 5 3 0 0 0 4 7	
1 0 8 0		Não havia entendido que era pra preencher nessa área também.		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		3 0 5 2	
0 0 0 0							
4- 1 3 1 1 2 0 1 9		0 1 1		0 1 9 4		8 5 3 0 0 0 4 7	
1 0 8 0		Não havia entendido que era pra preencher nessa área também.		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		3 0 5 2	
0 0 0 0							
5- 1 1 1 1 1 1 1 1							
1 1 1 1 1 1 1 1							
1 1 1 1 1 1 1 1							
6- 1 1 1 1 1 1 1 1							
1 1 1 1 1 1 1 1							
1 1 1 1 1 1 1 1							
32 - Valor Total Recusado (R\$)		33 - Valor Total Acatado (R\$)		34 - Data do Recurso		35 - Assinatura do Prestador	
4 3 2 0		0 0 0 0		1 4 1 1 2 0 1 9		Dra. Fernanda Rocha Fortes CIRURGIÃ - DENTISTA CRO-MG 46.273	
						36 - Data da Assinatura da Operadora	
						37 - Assinatura da Operadora	



1 - Registro ANS		3 - Nome da Operadora		4 - Objeto do Recurso		5 - Número da Guia de Recursos de Glosas Atribuído pela																													
DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA		2		3		4		1		8		7																							
Dados do Contratado				7 - Nome do Contratado																															
6 - Código na Operadora				46279/MG - FERNANDA ROCHA FORTES																															
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				14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora				15 - Status				16 - Beneficiário				19 -															
2				4				7				7				1				7				AUTORIZADO				00202528270100008601 - VIVIANE AGUILAR FARIA							
17 - Código da Glosa da Guia				18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)																															
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 Recusado				29 - Justificativa do Prestador				30 - Valor Acatado				31 - Justificativa da Operadora																							
1- 1 3 1 1 2 0 1 9				0 1 4				0 1				9 4				8 5 3 0 0 0 4 7				RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				3 0 5 2											
1 0 8 0				Não havia entendido que era pra preencher nessa área também.																															
0 0 0 0																																			
2- 1 3 1 1 2 0 1 9				0 1 3				0 1				9 4				8 5 3 0 0 0 4 7				RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				3 0 5 2											
1 0 8 0				Não havia entendido que era pra preencher nessa área também.																															
0 0 0 0																																			
3- 1 3 1 1 2 0 1 9				0 1 2				0 1				9 4				8 5 3 0 0 0 4 7				RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				3 0 5 2											
1 0 8 0				Não havia entendido que era pra preencher nessa área também.																															
0 0 0 0																																			
4- 1 3 1 1 2 0 1 9				0 1 1				0 1				9 4				8 5 3 0 0 0 4 7				RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				3 0 5 2											
1 0 8 0				Não havia entendido que era pra preencher nessa área também.																															
0 0 0 0																																			
5- 1 1 1 1																																			
1 1 1 1																																			
1 1 1 1																																			
6- 1 1 1 1																																			
1 1 1 1																																			
1 1 1 1																																			
32 - Valor Total Recusado (R\$)				33 - Valor Total Acatado (R\$)				Dra. Fernanda Rocha Fortes				CIRURGIÃ - DENTISTA				CRO-MG 45.273				36 - Data da Assinatura da Operadora				37 - Assinatura da Operadora											
4 3 2 0				0 0 0 0																															
34 - Data do Recurso				35 - Assinatura do Prestador																															
1 4 1 1 2 0 1 9				ARocha																															



1 - 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 4 4 1 8 8		
Dados do Contratado									
6 - Código na Operadora 0 2 4 9 3 0 6 6 1 1 1				7 - Nome do Contratado 46279/MG - FERNANDA ROCHA FORTES					
Dados do Recurso do Protocolo									
8 - Número do Lote 			9 - Número do Protocolo 			10 - Código da Glosa do Protocolo 		11 - Justificativa 	
Dados do Recurso da Guia									
13 - Número da Guia no Prestador 2 4 7 7 1 8			14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2 4 7 7 1 8			15 - Status AUTORIZADO		16 - Beneficiário 00202528270100008602 - GUSTAVO GUIMARAES FARIA	
17 - Código da Glosa da Guia 			18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia) 						19 -

Dados dos Itens da Guia		21 - Dente/Região	22 - Face	23 - Quantidade	24 - Tabela	25 - Procedimento/Item Assistencial	26 - Descrição do Procedimento	27 - Código da Glosa
20 - Data de Realização do Procedimento 28 - Valor Recusado 30 - Valor Acatado	29 - Justificativa do Prestador 31 - Justificativa da Operadora							
1- 1 3 1 1 2 0 1 9 2 1 6 0 0 0 0 	0 1 9 4 8 4 0 0 0 0 9 0 Não havia entendido que era pra preencher nessa área também. 					APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR 	3 0 5 2 	
2- 	 					 	 	
3- 	 					 	 	
4- 	 					 	 	
5- 	 					 	 	
6- 	 					 	 	

32 - Valor Total Recusado (R\$) 2 1 6 0		33 - Valor Total Acatado (R\$) 0 0 0		34 - Data do Recurso 1 4 1 1 2 0 1 9		35 - Assinatura do Prestador <i>AR Fortes</i>		36 - Data da Assinatura da Operadora 		37 - Assinatura da Operadora	
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------------------------------	--

Dra. Fernanda Rocha Fortes
CIRURGIÃ - DENTISTA
CRO-MG 46.279



1 - Registro ANS		3 - Nome da Operadora		4 - Objeto do Recurso		5 - Número da Guia de Recursos de Glosas Atribuído pela																																					
DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLÓGICA		2		3		4		1		8		9																															
Dados do Contratado				7 - Nome do Contratado																																							
6 - Código na Operadora				46279/MG - FERNANDA ROCHA FORTES																																							
0				2				4				9				3				0				6				6				1				1				1			
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				14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora				15 - Status				16 - Beneficiário				17 - Código da Glosa da Guia				18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)				19 -															
2				4				8				7				4				6				AUTORIZADO				00202528270100002601 - DILSON ARAUJO DE SOUZA															
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																															
1- 1 6 1 1 2 0 1 9				0 1 2				0 1				9 4				8 5 3 0 0 0 4 7				RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				3 0 5 2																			
				1 0 8 0																																							
				0 0 0																																							
2- 1 6 1 1 2 0 1 9				0 1 3				0 1				9 4				8 5 3 0 0 0 4 7				RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				3 0 5 2																			
				1 0 8 0																																							
				0 0 0																																							
3- 1 6 1 1 2 0 1 9				0 1 4				0 1				9 4				8 5 3 0 0 0 4 7				RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				3 0 5 2																			
				1 0 8 0																																							
				0 0 0																																							
4- 1 6 1 1 2 0 1 9				0 1 1				0 1				9 4				8 5 3 0 0 0 4 7				RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				3 0 5 2																			
				1 0 8 0																																							
				0 0 0																																							
5- 1 1 1 1																																											
				1 1																																							
				1 1																																							
6- 1 1 1 1																																											
				1 1																																							
				1 1																																							
32 - Valor Total Recusado (R\$)				33 - Valor Total Acatado (R\$)																																							
4 3 2 0				0 0 0																																							
34 - Data do Recurso				35 - Assinatura do Prestador				36 - Data da Assinatura da Operadora				37 - Assinatura da Operadora																															
1 8 1 1 2 0 1 9				Dra. Fernanda Rocha Fortes CIRURGIÃ - DENTISTA 02-279				1 1 1 1																																			



1 - 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 4 4 1 9 0
----------------------	---	-----------------------------------	---

Dados do Contratado		7 - Nome do Contratado 46279/MG - FERNANDA ROCHA FORTES
6 - Código na Operadora 0 2 4 9 3 0 6 6 1 1 1		

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

Dados do Recurso da Guia		15 - Status AUTORIZADO	16 - Beneficiário 00202528270100007301 - RACHEL ADE COIMBRA
13 - Número da Guia no Prestador 2 5 2 7 7 9	14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2 5 2 7 7 9		

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

Dados dos Itens da Guia		21 - Dente/Região	22 - Face	23 - Quantidade	24 - Tabela	25 - Procedimento/Item Assistencial	26 - Descrição do Procedimento	27 - Código da Glosa
20 - Data de Realização do Procedimento	28 - Valor Recusado	29 - Justificativa do Prestador	30 - Justificativa da Operadora					

1- 2 6 1 1 2 0 1 9 	0 1 3 	0 1 9 4 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	3 0 5 2
Não havia entendido que era pra preencher nessa área também.				

2- 2 6 1 1 2 0 1 9 	0 1 4 	0 1 9 4 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	3 0 5 2
Não havia entendido que era pra preencher nessa área também.				

3- 2 6 1 1 2 0 1 9 	0 1 2 	0 1 9 4 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	3 0 5 2
Não havia entendido que era pra preencher nessa área também.				

4- 2 6 1 1 2 0 1 9 	0 1 1 	0 1 9 4 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	3 0 5 2
Não havia entendido que era pra preencher nessa área também.				

5- 				
---	--	--	--	--

6- 				
---	--	--	--	--

32 - Valor Total Recusado (R\$) 4 3 2 0	33 - Valor Total Acatado (R\$) 0 0 0
---	--

34 - Data do Recurso 2 8 1 1 2 0 1 9	35 - Assinatura do Prestador <i>Dra. Fernanda Rocha Fortes</i> CIRURGIÃ - DENTISTA CRO-MG 45.279	36 - Data da Assinatura da Operadora 	37 - Assinatura da Operadora
--	---	--	------------------------------



1 - 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 4 4 1 9 1
----------------------	---	-------------------------------------	--

Dados do Contratado		7 - Nome do Contratado 46279/MG - FERNANDA ROCHA FORTES
6 - Código na Operadora 0 2 4 9 3 0 6 6 1 1 1		

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

Dados do Recurso da Guia		15 - Status AUTORIZADO	16 - Beneficiário 00202528270100003001 - ELBENA NORONHA DE SOUZA
13 - Número da Guia no Prestador 2 5 3 1 7 0	14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2 5 3 1 7 0		

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

Dados dos Itens da Guia		21 - Dente/Região 22 - Face 23 - Quantidade 24 - Tabela 25 - Procedimento/Item Assistencial 26 - Descrição do Procedimento 27 - Código da Glosa
20 - Data de Realização do Procedimento 28 - Valor Recusado 30 - Valor Acatado	29 - Justificativa do Prestador 31 - Justificativa da Operadora	

1- 2 7 1 1 2 0 1 9	3 4	D O	0 1	9 4	8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES	3 0 5 2

32 - Valor Total Recusado (R\$) 2 6 4 0	33 - Valor Total Acatado (R\$) 0 0 0	34 - Data do Recurso 2 8 1 1 1 2 0 1 9	35 - Assinatura do Prestador <i>Dra. Fernanda Rocha Fortes</i> <i>CIRURGIÃ - DENTISTA</i> <i>CRO-MG 46.273</i> <i>FR Fortes</i>	36 - Data da Assinatura da Operadora 	37 - Assinatura da Operadora
--	--	--	---	--	----------------------------------



1 - 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 344192																																																																					
Dados do Contratado										7 - Nome do Contratado 46279/MG - FERNANDA ROCHA FORTES																																																																					
6 - Código na Operadora 02493066111																																																																															
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 265504					14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 265504					15 - Status AUTORIZADO					16 - Beneficiário 00202506065500307601 - JAQUELINE SOARES LEMOS																																																																
17 - Código da Glosa da Guia					18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)															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 Recusado										29 - Justificativa do Prestador										30 - Valor Aceitado										31 - Justificativa da Operadora																																																	
1- 03A01A2020 26 01 94 82000859										EXODONTIA DE RAIZ RESIDUAL										3052																																																											
2-																																																																															
3-																																																																															
4-																																																																															
5-																																																																															
6-																																																																															
32 - Valor Total Recusado (R\$) 2190										33 - Valor Total Aceitado (R\$) 0400										Dra. Fernanda Rocha Fortes CIRURGIÃ - DENTISTA CRO-MG 46.272										35 - Data da Assinatura do Prestador										36 - Data da Assinatura da Operadora										37 - Assinatura da Operadora																													



Dra. Fernanda Rocha Torres
CIRURGIÃ - DENTISTA
CRO-MG 46.279



1 - 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 4 4 1 9 5	
Dados do Contratado							
6 - Código da Operadora 0 2 4 9 3 0 6 6 1 1 1				7 - Nome do Contratado 46279/MG - FERNANDA ROCHA FORTES			
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 2 7 9 0 7 5		14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2 7 9 0 7 5		15 - Status AUTORIZADO		16 - Beneficiário 00202506065500051701 - ADILSON DE OLIVEIRA DUARTE	
17 - Código da Glosa da Guia 		18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia) 					
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 Recusado	30 - Valor Acatado								
29 - Justificativa do Prestador	31 - Justificativa da Operadora								
1- 2 9 0 1 2 0 2 0	0 1 1		0 1	9 4	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	3 0 5 2	Não havia entendido que era pra preencher nessa área também.	
2- 2 9 0 1 2 0 2 0	0 1 4		0 1	9 4	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	3 0 5 2	Não havia entendido que era pra preencher nessa área também.	
3- 2 9 0 1 2 0 2 0	0 1 3		0 1	9 4	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	3 0 5 2	Não havia entendido que era pra preencher nessa área também.	
4- 2 9 0 1 2 0 2 0	0 1 2		0 1	9 4	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	3 0 5 2	Não havia entendido que era pra preencher nessa área também.	
5- 1 1									
6- 1 1									

32 - Valor Total Recusado (R\$) 4 3 2 0		33 - Valor Total Acatado (R\$) 0 0 0	
34 - Data do Recurso 3 0 0 1 2 0 2 0		35 - Assinatura do Prestador 	
36 - Data da Assinatura da Operadora 		37 - Assinatura da Operadora 	

Dr. Fernanda Rocha Fortes
CIRURGIA - DENTISTA
CRC-MG 46.273



1 - 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 4 4 1 9 6]													
Dados do Contratado		6 - Código na Operadora [0 2 4 9 3 0 6 6 1 1 1]		7 - Nome do Contratado 46279/MG - FERNANDA ROCHA FORTES															
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 [2 7 9 7 9 5]		14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora [2 7 9 7 9 5]		15 - Status AUTORIZADO		16 - Beneficiário 00202529023600000101 - SHEILA ALVES DOS SANTOS											
17 - Código da Glosa da Guia		18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)										19 -							
Dados dos Itens da Guia																			
20 - Data de Realização do Procedimento				21 - Dente/Régião		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															
1-		[3 0 1 0 1 2 0 2 0]	[0 1 4]		[0 1]		[9 4]		[8 5 3 0 0 0 4 7]		RASPAGEM SUPRA-GENIVAL				[3 0 5 2]				
		[]	Não havia entendido que era pra preencher nessa área também.																
		[]																	
2-		[3 0 1 0 1 2 0 2 0]	[0 1 3]		[0 1]		[9 4]		[8 5 3 0 0 0 4 7]		RASPAGEM SUPRA-GENIVAL				[3 0 5 2]				
		[]	Não havia entendido que era pra preencher nessa área também.																
		[]																	
3-		[3 0 1 0 1 2 0 2 0]	[0 1 2]		[0 1]		[9 4]		[8 5 3 0 0 0 4 7]		RASPAGEM SUPRA-GENIVAL				[3 0 5 2]				
		[]	Não havia entendido que era pra preencher nessa área também.																
		[]																	
4-		[3 0 1 0 1 2 0 2 0]	[0 1 1]		[0 1]		[9 4]		[8 5 3 0 0 0 4 7]		RASPAGEM SUPRA-GENIVAL				[3 0 5 2]				
		[]	Não havia entendido que era pra preencher nessa área também.																
		[]																	
5-		[]																	
		[]																	
		[]																	
6-		[]																	
		[]																	
		[]																	
32 - Valor Total Recusado (R\$) [] [4 3 2 0]				33 - Valor Total Acatoado (R\$) [] [0 0 0 0]				34 - Assinatura do Prestador <i>Fernanda Rocha Fortes</i> CIRURGIA - DENTISTA CRC-MG 46.279				35 - Data da Assinatura da Operadora []				36 - Assinatura da Operadora			
34 - Data do Recurso [3 1 0 1 2 0 2 0]																			



1 - 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 4 4 1 9 9																																																																					
Dados do Contratado 6 - Código na Operadora 0 2 4 9 3 0 6 6 1 1 1										7 - Nome do Contratado 46279/MQ - FERNANDA ROCHA FORTES																																																																					
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 2 8 4 4 0 3										14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2 8 4 4 0 3										15 - Status AUTORIZADO										16 - Beneficiário 00202529023600000102 - CRISTIANO VIEIRA GONCALVES																																																	
17 - Código da Glosa da Guia 										18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia) 																				19 - 																																																	
Dados dos Itens da Guia																																																																															
20 - Data de Realização do Procedimento 28 - Valor Recusado 30 - Valor Acatado										21 - Dente/Região 29 - Justificativa do Prestador 31 - Justificativa da Operadora										22 - Face										23 - Quantidade										24 - Tabela										25 - Procedimento/Item Assistencial										26 - Descrição do Procedimento										27 - Código da Glosa									
1- 0 7 0 2 2 0 2 0										2 5										0 1										8 2 0 0 0 8 5 9										EXODONTIA DE RAIZ RESIDUAL										3 0 5 2																													
										Não havia entendido que era pra preencher nessa área também.																																																																					
2-																																																																															
3-																																																																															
4-																																																																															
5-																																																																															
6-																																																																															
32 - Valor Total Recusado (R\$)										33 - Valor Total Acatado (R\$)										34 - Data do Recurso										35 - Assinatura do Prestador										36 - Data da Assinatura da Operadora										37 - Assinatura da Operadora																													
2 1 9 0										0 0 0										1 2 0 2 2 0 2 0																																																											
Dra. Fernanda Rocha Fortes CIRURGIÃ - DENTISTA CRC-MG #6.272																																																																															



1 - Registro ANS		3 - Nome da Operadora		4 - Objeto do Recurso		5 - Número da Guia de Recurso de Glosas Atribuída pela	
DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA				2		3 4 4 2 0 0	
Dados do Contratado		6 - Código na Operadora		7 - Nome do Contratado			
0 2 4 9 3 0 6 6 1 1 1		46279/MG - FERNANDA ROCHA FORTES					
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		14 - Número da Guia Atribuída pela Operadora		15 - Status	
2 8 4 4 0 7		2 8 4 4 0 7		AUTORIZADO		16 - Beneficiário	
17 - Código da Glosa da Guia		18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)		00202529023600000102 - CRISTIANO VIEIRA GONCALVES		19 -	
Dados dos Itens da Guia		20 - Data de Realização do Procedimento		21 - Dente/Região		22 - Face	
28 - Valor Recusado		29 - Justificativa do Prestador		23 - Quantidade		24 - Tabela	
30 - Valor Acatado		31 - Justificativa da Operadora		25 - Procedimento/Item Assistencial		26 - Descrição do Procedimento	
						27 - Código da Glosa	
1- 0 7 0 2 2 0 2 0 1 0 1 4 0 1 9 4 8 5 3 0 0 0 4 7 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL 3 0 5 2		Não havia entendido que era pra preencher nessa área também.					
2- 0 7 0 2 2 0 2 0 1 0 1 3 0 1 9 4 8 5 3 0 0 0 4 7 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL 3 0 5 2		Não havia entendido que era pra preencher nessa área também.					
3- 0 7 0 2 2 0 2 0 1 0 1 2 0 1 9 4 8 5 3 0 0 0 4 7 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL 3 0 5 2		Não havia entendido que era pra preencher nessa área também.					
4- 0 7 0 2 2 0 2 0 1 0 1 1 0 1 9 4 8 5 3 0 0 0 4 7 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL 3 0 5 2		Não havia entendido que era pra preencher nessa área também.					
5- 0 7 0 2 2 0 2 0 1 0 1 0 1 9 4 8 5 3 0 0 0 4 7 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL 3 0 5 2		Não havia entendido que era pra preencher nessa área também.					
6- 0 7 0 2 2 0 2 0 1 0 1 0 1 9 4 8 5 3 0 0 0 4 7 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL 3 0 5 2		Não havia entendido que era pra preencher nessa área também.					
32 - Valor Total Recusado (R\$)		33 - Valor Total Acatado (R\$)		34 - Data do Recurso		35 - Assinatura do Prestador	
4 3 2 0		0 0 0		1 0 0 2 2 0 2 0		36 - Data da Assinatura da Operadora	
						37 - Assinatura da Operadora	

[illegible]

[illegible]

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: AGOSTO/2020

CRO: 46279/MG

Cirurgião Dentista: (14470) - FERNANDA ROCHA FORTES

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
314200 - I	HELIDA MARQUES ABREU SILVA (00202528270100004101)		18/05/2020	41	0.3	R\$ 12,30
315879 - I	INGRID MIRANDA WINKLER (00202527435800000102)		22/05/2020	144	0.3	R\$ 43,20
332024 - I	VIVIANE AGUILAR FARIA (00202528270100008601)		30/06/2020	61	0.3	R\$ 18,30
332026 - I	GUSTAVO GUIMARAES FARIA (00202528270100008602)		30/06/2020	72	0.3	R\$ 21,60
334030 - I	JAQUELINE SOARES LEMOS (00202506065500307601)		03/07/2020	144	0.3	R\$ 43,20
334797 - I	PRISCILA CRISTINI SILVA (00202528270100007201)		06/07/2020	144	0.3	R\$ 43,20
336593 - I	NADIA NAIRA MACIEL COSTA (00202528270100006801)		09/07/2020	144	0.3	R\$ 43,20
338822 - I	ELI TEODORO DA SILVA JUNIOR (00202528270100003101)		14/07/2020	144	0.3	R\$ 43,20

Totalizador por Operadora

N° de USOs: 894
N° de atendimentos: 8
Valor: R\$ 268,20

Totalizador

N° de USOs: 894
N° de atendimentos: 8
Valor: R\$ 268,20

IMPORTANTE: Este relatório contém valores brutos. Os valores serão alterados devido à dedução de impostos, possíveis taxas e ajustes necessários.

Guias: I - Intercâmbio E - Emergencial P - Possui procedimentos faturados para a empresa