

[illegible]



1 - Registro ANS	3 - Nome da Operadora		4 - Objeto do Recurso
	DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLÓGICA		2
6 - Código na Operadora	7 - Nome do Contratado	5 - Número da Guia de Recursos de Glosas Arbitrado pela	
3 4 3 6 0 6 1 5 0 0 0 1 4 0	48299/MG - BARBARA RIBEIRO LINHARES	3 7 9 0 6 0	
Dados do Recurso do Procedimento			
8 - Número do Lote	9 - Número do Procedimento	10 - Código da Guia do Procedimento	11 - Justificativa
Dados do Recurso da Guia		12 -	
13 - Número da Guia no Prestador	14 - Número da Guia Arbitrado pela Operadora	15 - Status	16 - Beneficiário
3 2 1 1 4 9	3 2 1 1 4 9	AUTORIZADO	00202530225400000101 - LEONEL ALVES DE MIRANDA
17 - Código da Guia da Guia	18 - Justificativa (no caso de recurso da toda a guia)		19 -
Dados dos Itens da Guia			
20 - Data de Realização do Procedimento	21 - Dentar/Região	22 - Face	23 - Quantidade
28 - Valor Recorrido	29 - Justificativa do Prestador	30 - Valor Aceito	31 - Justificativa da Operadora
30 - Valor Aceito	31 - Justificativa da Operadora	24 - Tabela	25 - Procedimento/Item Assistencial
26 - Descrição do Procedimento	27 - Código da Guia		
1 - 0 5 // 0 6 // 2 0 2 0	1 4	V, M	0 1 9 4 8 5 1 0 0 2 0 0
2 6 4 0	0 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0
0 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0
2 - 0 5 // 0 6 // 2 0 2 0	1 3	V, M	0 1 9 4 8 5 1 0 0 2 0 0
2 6 4 0	0 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0
0 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0
3 - 0 5 // 0 6 // 2 0 2 0	2 1	V, M	0 1 9 4 8 5 1 0 0 2 0 0
2 6 4 0	0 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0
0 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0
4 - 0 5 // 0 6 // 2 0 2 0	2 8	O, M	0 1 9 4 8 5 1 0 0 2 0 0
2 6 4 0	0 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0
0 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0
5 - 0 5 // 0 6 // 2 0 2 0	1 8	M, O, D	0 1 9 4 8 5 1 0 0 2 1 8
3 6 6 0	0 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0
0 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0
6 - 0 5 // 0 6 // 2 0 2 0	2 3	D, V	0 1 9 4 8 5 1 0 0 2 0 0
2 6 4 0	0 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0
0 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0
7 - 0 5 // 0 6 // 2 0 2 0	2 2	V, M	0 1 9 4 8 5 1 0 0 2 0 0
2 6 4 0	0 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0
0 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0

Dados dos Irens da Guia

20 - Data de Realização do Procedimento

28 - Valor Recusado

30 - Valor Aceito

21 - Dente/Região

22 - Face

23 - Quantidade

24 - Tabela

25 - Procedimento/Item Assistencial

26 - Descrição do Procedimento

27 - Código da Clínica

28 - Justificativa do Prestador

31 - Justificativa da Operadora

32 - Assinatura do Prestador

33 - Assinatura da Operadora

34 - Data do Recurso

35 - Valor Total Recusado (R\$)

36 - Valor Total Aceito (R\$)

37 - Data da Assinatura da Operadora

38 - Assinatura da Operadora

39 - Assinatura da Operadora

40 - Assinatura da Operadora

41 - Assinatura da Operadora

42 - Assinatura da Operadora

43 - Assinatura da Operadora

44 - Assinatura da Operadora

45 - Assinatura da Operadora

46 - Assinatura da Operadora

47 - Assinatura da Operadora

48 - Assinatura da Operadora

49 - Assinatura da Operadora

50 - Assinatura da Operadora

51 - Assinatura da Operadora

52 - Assinatura da Operadora

53 - Assinatura da Operadora

54 - Assinatura da Operadora

55 - Assinatura da Operadora

56 - Assinatura da Operadora

57 - Assinatura da Operadora

58 - Assinatura da Operadora

59 - Assinatura da Operadora

60 - Assinatura da Operadora

61 - Assinatura da Operadora

62 - Assinatura da Operadora

63 - Assinatura da Operadora

64 - Assinatura da Operadora

65 - Assinatura da Operadora

66 - Assinatura da Operadora

67 - Assinatura da Operadora

68 - Assinatura da Operadora

69 - Assinatura da Operadora

70 - Assinatura da Operadora

71 - Assinatura da Operadora

72 - Assinatura da Operadora

73 - Assinatura da Operadora

74 - Assinatura da Operadora

75 - Assinatura da Operadora

76 - Assinatura da Operadora

77 - Assinatura da Operadora

78 - Assinatura da Operadora

79 - Assinatura da Operadora

80 - Assinatura da Operadora

81 - Assinatura da Operadora

82 - Assinatura da Operadora

83 - Assinatura da Operadora

84 - Assinatura da Operadora

85 - Assinatura da Operadora

86 - Assinatura da Operadora

87 - Assinatura da Operadora

88 - Assinatura da Operadora

89 - Assinatura da Operadora

90 - Assinatura da Operadora

91 - Assinatura da Operadora

92 - Assinatura da Operadora

93 - Assinatura da Operadora

94 - Assinatura da Operadora

95 - Assinatura da Operadora

96 - Assinatura da Operadora

97 - Assinatura da Operadora

98 - Assinatura da Operadora

99 - Assinatura da Operadora

100 - Assinatura da Operadora

101 - Assinatura da Operadora

102 - Assinatura da Operadora

103 - Assinatura da Operadora

104 - Assinatura da Operadora

105 - Assinatura da Operadora

106 - Assinatura da Operadora

107 - Assinatura da Operadora

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 Clínica
28 - Valor Recusado	29 - Justificativa do Prestador	30 - Valor Aceito	31 - Justificativa da Operadora	32 - Assinatura do Prestador	33 - Assinatura da Operadora	34 - Data do Recurso	35 - Valor Total Recusado (R\$)
36 - Valor Total Aceito (R\$)	37 - Data da Assinatura da Operadora	38 - Assinatura da Operadora	39 - Assinatura da Operadora	40 - Assinatura da Operadora	41 - Assinatura da Operadora	42 - Assinatura da Operadora	43 - Assinatura da Operadora
44 - Assinatura da Operadora	45 - Assinatura da Operadora	46 - Assinatura da Operadora	47 - Assinatura da Operadora	48 - Assinatura da Operadora	49 - Assinatura da Operadora	50 - Assinatura da Operadora	51 - Assinatura da Operadora
52 - Assinatura da Operadora	53 - Assinatura da Operadora	54 - Assinatura da Operadora	55 - Assinatura da Operadora	56 - Assinatura da Operadora	57 - Assinatura da Operadora	58 - Assinatura da Operadora	59 - Assinatura da Operadora
60 - Assinatura da Operadora	61 - Assinatura da Operadora	62 - Assinatura da Operadora	63 - Assinatura da Operadora	64 - Assinatura da Operadora	65 - Assinatura da Operadora	66 - Assinatura da Operadora	67 - Assinatura da Operadora
68 - Assinatura da Operadora	69 - Assinatura da Operadora	70 - Assinatura da Operadora	71 - Assinatura da Operadora	72 - Assinatura da Operadora	73 - Assinatura da Operadora	74 - Assinatura da Operadora	75 - Assinatura da Operadora
76 - Assinatura da Operadora	77 - Assinatura da Operadora	78 - Assinatura da Operadora	79 - Assinatura da Operadora	80 - Assinatura da Operadora	81 - Assinatura da Operadora	82 - Assinatura da Operadora	83 - Assinatura da Operadora
84 - Assinatura da Operadora	85 - Assinatura da Operadora	86 - Assinatura da Operadora	87 - Assinatura da Operadora	88 - Assinatura da Operadora	89 - Assinatura da Operadora	90 - Assinatura da Operadora	91 - Assinatura da Operadora
92 - Assinatura da Operadora	93 - Assinatura da Operadora	94 - Assinatura da Operadora	95 - Assinatura da Operadora	96 - Assinatura da Operadora	97 - Assinatura da Operadora	98 - Assinatura da Operadora	99 - Assinatura da Operadora
100 - Assinatura da Operadora	101 - Assinatura da Operadora	102 - Assinatura da Operadora	103 - Assinatura da Operadora	104 - Assinatura da Operadora	105 - Assinatura da Operadora	106 - Assinatura da Operadora	107 - Assinatura da Operadora

Barbara R. dos Santos

RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES

RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES



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 7 9 0 5 9	
6 - Código na Operação		7 - Nome do Contratado					
3 4 3 6 0 6 1 5 0 0 0 1 4 0		48299/MG - BARBARA RIBEIRO LINHARES					
8 - Número do Lote		9 - Número do Protocolo		10 - Código da Glosa do Protocolo		11 - Justificativa	
13 - Número da Guia no Prestador		14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		15 - Status		16 - Beneficiário	
3 1 9 2 6 6		3 1 9 2 6 6		AUTORIZADO		002053025400000101 - LEONEL ALVES DE MIRANDA	
17 - Código da Glosa da Guia		18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)				19 -	

Dados da Guia		Dados do Recurso		Dados do Recurso		Dados do Recurso	
20 - Data da Realização do Procedimento	21 - Dente/Régio	22 - Face	23 - Quantidade	24 - Tabula	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 - 0 2 0 6 2 0 2 0	2 7		0 1	9 4	8 2 0 0 0 8 7 5	EXODONTIA SIMPLES DE PERMANENTE	1 3 1 7
2 - 0 2 0 6 2 0 2 0	3 6	0	0 1	9 4	8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL 2 FACES	1 3 1 7
3 - 0 2 0 6 2 0 2 0	1 7		0 1	9 4	8 2 0 0 0 8 7 5	EXODONTIA SIMPLES DE PERMANENTE	1 3 1 7
4 - 0 2 0 6 2 0 2 0	1 6		0 1	9 4	8 2 0 0 0 8 7 5	EXODONTIA SIMPLES DE PERMANENTE	1 3 1 7
5 - 0 2 0 6 2 0 2 0	2 6		0 1	9 4	8 2 0 0 0 8 7 5	EXODONTIA SIMPLES DE PERMANENTE	1 3 1 7
6 - 0 2 0 6 2 0 2 0	3 5	0	0 1	9 4	8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL 2 FACES	1 3 1 7

32 - Valor Total Recusado (R\$)	33 - Valor Total Aceitado (R\$)
1 4 0 4 0	0 0 0 0

34 - Data do Recurso	35 - Assinatura do Prestador	36 - Data da Assinatura da Operadora	37 - Assinatura da Operadora
0 4 0 6 2 0 2 0	Barbara R. Ribeiro	0 4 0 6 2 0 2 0	



379059

3 - Registro ANS										3 - Nome da Operadora										4 - Objeto do Recurso										5 - Número da Guia de Recursos de Guias Arribado pela									
6 - Código na Operadora										6 - Nome da Operadora										7 - Nome do Contratado										7 - Número da Guia de Recursos de Guias Arribado pela									
3 4 3 6 0 6 1 5 0 0 1 4 0										48299/MG - BARBARA RIBEIRO LINHARES																													
Dados do Recurso do Protocolo										9 - Número do Protocolo										10 - Código da Guia do Protocolo										11 - Justificativa									
8 - Número do Lote																																							
Dados do Recurso da Guia										13 - Número da Guia no Prestador										14 - Número da Guia Arribado pela Operadora										15 - Status									
3 1 9 2 6 6										3 1 9 2 6 6										AUTORIZADO										0020530225400000101 - LEONEL ALVES DE MIRANDA									
17 - Código da Guia da Guia										18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)																				19 -									
Dados das Guias da Guia										20 - Data de Realização do Procedimento										21 - Dente/Região										22 - Face									
20 - Valor Requerido										20 - Justificativa do Prestador										23 - Quantidade										24 - Tabela									
30 - Valor Arribado										31 - Justificativa da Operadora										25 - Procedimento/Item Anestésico										26 - Descrição do Procedimento									
1- 0 2 0 6 0 2 0 2 0										2 1 9 0										0 1 9 4										8 2 0 0 0 8 7 5									
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1										2 1 9 0										1 1 1 1 1 1 1 1										2 1 9 0									
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1										0 0 0 0										1 1 1 1 1 1 1 1										0 0 0 0									
2- 0 2 0 6 0 2 0 2 0										2 6 4 0										0 1 9 4										8 5 1 0 0 2 0 0									
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1										2 6 4 0										1 1 1 1 1 1 1 1										0 1 9 4									
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1										0 0 0 0										1 1 1 1 1 1 1 1										0 1 9 4									
3- 0 2 0 6 0 2 0 2 0										2 1 9 0										0 1 9 4										8 2 0 0 0 8 7 5									
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1										2 1 9 0										1 1 1 1 1 1 1 1										0 1 9 4									
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1										0 0 0 0										1 1 1 1 1 1 1 1										0 1 9 4									
4- 0 2 0 6 0 2 0 2 0										2 1 9 0										0 1 9 4										8 2 0 0 0 8 7 5									
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1										2 1 9 0										1 1 1 1 1 1 1 1										0 1 9 4									
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1										0 0 0 0										1 1 1 1 1 1 1 1										0 1 9 4									
5- 0 2 0 6 0 2 0 2 0										2 1 9 0										0 1 9 4										8 2 0 0 0 8 7 5									
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1										2 1 9 0										1 1 1 1 1 1 1 1										0 1 9 4									
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1										0 0 0 0										1 1 1 1 1 1 1 1										0 1 9 4									
6- 0 2 0 6 0 2 0 2 0										2 6 4 0										0 1 9 4										8 5 1 0 0 2 0 0									
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1										2 6 4 0										1 1 1 1 1 1 1 1										0 1 9 4									
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1										0 0 0 0										1 1 1 1 1 1 1 1										0 1 9 4									
32 - Valor Total Recurso (R\$)										33 - Valor Total Arribado (R\$)										34 - Assinatura do Prestador										35 - Assinatura da Operadora									
1 4 0 4 0										1 0 0 0										Barbara R. Ribeiro										1 1 1 1 1 1 1 1									
34 - Data do Recurso										35 - Assinatura do Prestador										36 - Data da Assinatura da Operadora										37 - Assinatura da Operadora									
0 4 0 6 0 2 0 2 0										0 4 0 6 0 2 0 2 0										0 4 0 6 0 2 0 2 0										0 4 0 6 0 2 0 2 0									



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 7 9 0 5 8	
6 - Código na Operadora		7 - Nome do Contratado					
3 4 3 6 0 6 1 5 0 0 0 1 4 0		48299/MG - BARBARA RIBEIRO LINHARES					
8 - Número do Lote		9 - Número do Protocolo		10 - Código da Glosa do Protocolo		11 - Justificativa	
13 - Número da Guia no Prestador		14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		15 - Status		16 - Beneficiário	
3 1 9 2 5 8		3 1 9 2 5 8		AUTORIZADO		00202590225400000101 - LEONEL ALVES DE MIRANDA	
17 - Código das Glosas da Guia		18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)					
Dados dos Itens da Guia				27 - Código da Glosa			
20 - Data da Realização do Procedimento		21 - Diagnóstico		22 - Fase		23 - Quantidade	
22 - Valor Recusado		29 - Justificativa do Prestador		30 - Justificativa da Operadora		24 - Tabela	
30 - Valor Anulado						25 - Procedimento/Item Assistencial	
20 - 0 2 / 0 6 / 2 0 2 0		0 1 0 2 0		0 1		9 4	
1 0 4 0 0		0 1 0 4		8 4 0 0 0 1 9 8		CONSULTA ODONTOLÓGICA	
1 3 1 1 7							
2 - 0 2 / 0 6 / 2 0 2 0		0 1 1 3		0 1		9 4	
1 0 4 5 0		0 1 0 4		8 4 0 0 0 1 9 8		PROFILAXIA: POLIMENTO CORONÁRIO	
1 3 1 1 7							
3 - 0 2 / 0 6 / 2 0 2 0		0 1 1 4		0 1		9 4	
1 0 4 5 0		0 1 0 4		8 4 0 0 0 1 9 8		PROFILAXIA: POLIMENTO CORONÁRIO	
1 3 1 1 7							
4 - 0 2 / 0 6 / 2 0 2 0		0 1 1 2		0 1		9 4	
1 0 4 5 0		0 1 0 4		8 4 0 0 0 1 9 8		PROFILAXIA: POLIMENTO CORONÁRIO	
1 3 1 1 7							
5 - 0 2 / 0 6 / 2 0 2 0		0 1 1 1		0 1		9 4	
1 0 4 5 0		0 1 0 4		8 4 0 0 0 1 9 8		PROFILAXIA: POLIMENTO CORONÁRIO	
1 3 1 1 7							
6 - 0 2 / 0 6 / 2 0 2 0		0 1 1 0		0 1		9 4	
1 0 4 5 0		0 1 0 4		8 4 0 0 0 1 9 8		PROFILAXIA: POLIMENTO CORONÁRIO	
1 3 1 1 7							
32 - Valor Total Recusado (R\$)		33 - Valor Total Anulado (R\$)					
5 2 4 2 0		0 4 0 0					
34 - Data do Recurso		35 - Assinatura do Prestador		36 - Data da Assinatura da Operadora		37 - Assinatura da Operadora	
0 5 / 0 6 / 2 0 2 0		Barbara R. de Jesus		/ /			



1 - Registro ANS		3 - Nome da Operadora		4 - Objeto do Recurso		5 - Número da Guia de Recurso de Glorias Atribuído pela																																																																																																																																																	
		DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLÓGICA		2		3 7 9 0 5 7																																																																																																																																																	
6 - Código na Operadora				7 - Nome do Contratado																																																																																																																																																			
3 4 3 6 0 6 1 5 0 0 1 4 0				48299/MG - BARBARA RIBEIRO LINHARES																																																																																																																																																			
8 - Número do Lote				9 - Número do Protocolo																																																																																																																																																			
Dados do Recurso da Guia				10 - Código das Glórias do Protocolo																																																																																																																																																			
13 - Número da Guia no Prestador				11 - Justificativa																																																																																																																																																			
3 1 4 6 5 3																																																																																																																																																							
14 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora				15 - Status																																																																																																																																																			
3 1 4 6 5 3				AUTORIZADO																																																																																																																																																			
17 - Código das Glórias da Guia				18 - Beneficiário																																																																																																																																																			
				0020250605500341202 - ISABELA HAZER DE OLIVEIRA																																																																																																																																																			
18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)																																																																																																																																																							
Dados dos Itens da Guia <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>20 - Data de Realização do Procedimento</th> <th>21 - Dente/Rapido</th> <th>22 - Face</th> <th>23 - Quantidade</th> <th>24 - Tabela</th> <th>25 - Procedimento/Item Assistencial</th> <th>26 - Descrição do Procedimento</th> <th>27 - Código da Glória</th> </tr> </thead> <tbody> <!-- Item 1 --> <tr> <td>1- 19/05/2020</td> <td>2640</td> <td></td> <td>24</td> <td>O, P</td> <td>01</td> <td>94</td> <td>85100218</td> </tr> <tr> <td colspan="7">ausência de data devido a</td> <td>RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES</td> </tr> <tr> <td colspan="7"></td> <td>1317</td> </tr> <!-- Item 2 --> <tr> <td>2- 19/05/2020</td> <td>2640</td> <td></td> <td>15</td> <td>O, D</td> <td>01</td> <td>94</td> <td>85100218</td> </tr> <tr> <td colspan="7">ausência de data devido a</td> <td>RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES</td> </tr> <tr> <td colspan="7"></td> <td>1317</td> </tr> <!-- Item 3 --> <tr> <td>3- 19/05/2020</td> <td>3640</td> <td></td> <td>36</td> <td>O, L, D</td> <td>01</td> <td>94</td> <td>85100218</td> </tr> <tr> <td colspan="7">ausência de data devido a</td> <td>RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES</td> </tr> <tr> <td colspan="7"></td> <td>1317</td> </tr> <!-- Item 4 --> <tr> <td>4- 19/05/2020</td> <td>3640</td> <td></td> <td>17</td> <td>O, M, V</td> <td>01</td> <td>94</td> <td>85100218</td> </tr> <tr> <td colspan="7">ausência de data devido a</td> <td>RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES</td> </tr> <tr> <td colspan="7"></td> <td>1317</td> </tr> <!-- Item 5 --> <tr> <td>5- 19/05/2020</td> <td>3640</td> <td></td> <td>26</td> <td>O, M, V</td> <td>01</td> <td>94</td> <td>85100218</td> </tr> <tr> <td colspan="7">ausência de data devido a</td> <td>RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES</td> </tr> <tr> <td colspan="7"></td> <td>1317</td> </tr> <!-- Item 6 --> <tr> <td>6- 19/05/2020</td> <td>0400</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="7"></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>								20 - Data de Realização do Procedimento	21 - Dente/Rapido	22 - Face	23 - Quantidade	24 - Tabela	25 - Procedimento/Item Assistencial	26 - Descrição do Procedimento	27 - Código da Glória	1- 19/05/2020	2640		24	O, P	01	94	85100218	ausência de data devido a							RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES								1317	2- 19/05/2020	2640		15	O, D	01	94	85100218	ausência de data devido a							RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES								1317	3- 19/05/2020	3640		36	O, L, D	01	94	85100218	ausência de data devido a							RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES								1317	4- 19/05/2020	3640		17	O, M, V	01	94	85100218	ausência de data devido a							RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES								1317	5- 19/05/2020	3640		26	O, M, V	01	94	85100218	ausência de data devido a							RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES								1317	6- 19/05/2020	0400														
20 - Data de Realização do Procedimento	21 - Dente/Rapido	22 - Face	23 - Quantidade	24 - Tabela	25 - Procedimento/Item Assistencial	26 - Descrição do Procedimento	27 - Código da Glória																																																																																																																																																
1- 19/05/2020	2640		24	O, P	01	94	85100218																																																																																																																																																
ausência de data devido a							RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES																																																																																																																																																
							1317																																																																																																																																																
2- 19/05/2020	2640		15	O, D	01	94	85100218																																																																																																																																																
ausência de data devido a							RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES																																																																																																																																																
							1317																																																																																																																																																
3- 19/05/2020	3640		36	O, L, D	01	94	85100218																																																																																																																																																
ausência de data devido a							RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES																																																																																																																																																
							1317																																																																																																																																																
4- 19/05/2020	3640		17	O, M, V	01	94	85100218																																																																																																																																																
ausência de data devido a							RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES																																																																																																																																																
							1317																																																																																																																																																
5- 19/05/2020	3640		26	O, M, V	01	94	85100218																																																																																																																																																
ausência de data devido a							RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES																																																																																																																																																
							1317																																																																																																																																																
6- 19/05/2020	0400																																																																																																																																																						
32 - Valor Total Recorrido (R\$)				33 - Valor Total Acusado (R\$)																																																																																																																																																			
16260				0400																																																																																																																																																			
34 - Data do Recurso				35 - Assinatura do Prestador																																																																																																																																																			
01/06/2020				Barbara R. Linhares																																																																																																																																																			
				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 Attribuído pela	
		DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLÓGICA		2		3 7 9 0 5 7	
6 - Código na Operadora		7 - Nome do Contratado					
3 4 3 6 0 6 1 5 0 0 1 4 0		48299/MG - BARBARA RIBEIRO LINHARES					
8 - Número do Contrato		9 - Número do Protocolo		10 - Código da Glosa do Protocolo		12 -	
Dados do Recurso da Guia		14 - Número da Guia Attribuído pela Operadora		15 - Status		16 - Beneficiário	
3 1 4 6 5 3		3 1 4 6 5 3		AUTORIZADO		002050605500341202 - ISABELA HAIZER DE OLIVEIRA	
17 - Código da Glosa da Guia		18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)				19 -	
Dados dos Itens de Guia							
20 - Data de Realização do Procedimento		21 - Dente/Região		22 - Face		23 - Quantidade	
28 - Valor Requerido		29 - Justificativa do Prestador		30 - Justificativa da Operadora		25 - Procedimento/Item Assistencial	
30 - Valor Analítico						26 - Descrição do Procedimento	
						27 - Código da Glosa	
1 - 1 9 / 0 5 / 2 0 2 0		2 4		O, P		0 1	
2 6 4 0		ausência de data devido a		8 5 1 0 0 2 0 0		RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES	
0 4 0 0						1 3 1 7	
2 - 1 9 / 0 5 / 2 0 2 0		1 5		O, D		0 1	
2 6 4 0		ausência de data devido a		8 5 1 0 0 2 0 0		RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES	
0 4 0 0						1 3 1 7	
3 - 1 9 / 0 5 / 2 0 2 0		3 6		O, L, D		0 1	
3 6 4 0		ausência de data devido a		8 5 1 0 0 2 1 8		RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES	
0 4 0 0						1 3 1 7	
4 - 1 9 / 0 5 / 2 0 2 0		1 7		O, M, V		0 1	
3 6 4 0		ausência de data devido a		8 5 1 0 0 2 1 8		RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES	
0 4 0 0						1 3 1 7	
5 - 1 9 / 0 5 / 2 0 2 0		2 6		O, M, V		0 1	
3 6 4 0		ausência de data devido a		8 5 1 0 0 2 1 8		RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES	
0 4 0 0						1 3 1 7	
6 - 1 9 / 0 5 / 2 0 2 0							
3 6 4 0							
0 4 0 0							
32 - Valor Total Requerido (R\$)		33 - Valor Total Aceitado (R\$)					
1 6 2 4 6 0		0 4 0 0					
34 - Data do Recurso		35 - Assinatura do Prestador		36 - Data da Assinatura da Operadora		37 - Assinatura da Operadora	
0 1 / 0 6 / 2 0 2 0		Isabela R. Haizer		/ / / / /			

[illegible]