



gistro ANS	3 - Nome da Operadora DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA	4 - Objeto do Recurso 2	5 - Número da Guia de Recurso de Glosas Atribuído pela 1 1 5 3 0 9 9
------------	---	-----------------------------------	--

do Contratado	6 - Nome do Contratado 11228/SC - ANDERSON FERNANDES FELIPE
---------------	---

do Recurso do Protocolo	7 - Número do Protocolo	8 - Código da Glosa do Protocolo	9 - Justificativa	10 -
-------------------------	-------------------------	----------------------------------	-------------------	------

do Recurso da Guia	11 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 1 1 2 7 4 3 1	12 - Status AUTORIZADO	13 - Beneficiário 00202544229600000101 - ALESSANDRA FERNANDES DA SILVA
--------------------	--	----------------------------------	--

Código da Glosa da Guia	14 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia) Paciente nao apresenta sinais ou sintomas de nao tratamento neste dente. Canais foram devidamente tratados.	15 -
-------------------------	--	------

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

0 1 0 9 2 0 2 2	2 6	0 1	9 4	8 5 2 0 0 1 5 8	TRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR	3 0 6 8
-----------------	-----	-----	-----	-----------------	--	---------

0 1 0 9 2 0 2 2	2 6	0	0 1	9 4	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE	3 0 4 0
-----------------	-----	---	-----	-----	-----------------	---	---------

0 1 0 9 2 0 2 2	2 6	0	0 1	9 4	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE	3 0 4 0
-----------------	-----	---	-----	-----	-----------------	---	---------

0 1 0 9 2 0 2 2	2 6	0	0 1	9 4	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE	3 0 4 0
-----------------	-----	---	-----	-----	-----------------	---	---------

0 1 0 9 2 0 2 2	2 6	0	0 1	9 4	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE	3 0 4 0
-----------------	-----	---	-----	-----	-----------------	---	---------

0 1 0 9 2 0 2 2	2 6	0	0 1	9 4	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE	3 0 4 0
-----------------	-----	---	-----	-----	-----------------	---	---------

0 1 0 9 2 0 2 2	2 6	0	0 1	9 4	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE	3 0 4 0
-----------------	-----	---	-----	-----	-----------------	---	---------

0 1 0 9 2 0 2 2	2 6	0	0 1	9 4	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE	3 0 4 0
-----------------	-----	---	-----	-----	-----------------	---	---------

0 1 0 9 2 0 2 2	2 6	0	0 1	9 4	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE	3 0 4 0
-----------------	-----	---	-----	-----	-----------------	---	---------

2 - Valor Total Recusado (R\$)	33 - Valor Total Acatado (R\$)	34 -	35 -	36 -	37 -
--------------------------------	--------------------------------	------	------	------	------

1 - Data do Recurso	35 - Assinatura do Prestador	36 - Data da Assinatura da Operadora	37 - Assinatura da Operadora
---------------------	------------------------------	--------------------------------------	------------------------------

Anderson Fernandes Felipe
Cirurgião Dentista
CRO/SC 11228