



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

| | | |
|---|--|--|
| Dados do Contratado | | 7 - Nome do Contratado 20312/MG - CHARLES ADRIANO OLIVEIRA FERNANDES |
| 6 - Código na Operadora 1 3 3 1 7 9 4 4 0 0 0 1 3 9 | | |

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

| | | | |
|--|--|----------------------------------|--|
| Dados do Recurso da Guia | | 15 - Status AUTORIZADO | 16 - Beneficiário 00202529903900000101 - PATRICIA SARAGOCA COSTA PAIVA |
| 13 - Número da Guia no Prestador 4 4 5 7 0 3 | 14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 4 4 5 7 0 3 | | |

| | | |
|----------------------------------|--|----------|
| 17 - Código da Glosa da Guia | 18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia) SEGUE RADIOGRAFIA PARA RECURSO DE GLOSA | 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 Recursado | 29 - Justificativa do Prestador | 30 - Valor Acatado | 31 - Justificativa da Operadora | | | | |
| 1- 2 3 1 2 2 0 2 0 | 2 2 | 0 1 | 9 4 | 8 5 2 0 0 1 6 6 | TRATAMENTO ENDODÔNTICO UNIRRADICULAR | | 3 0 4 0 | |
| 7 7 4 0 | | SEGUE RADIOGRAFIA PARA RECURSO DE GLOSA | | | | | | |
| 0 0 0 | | | | | | | | |
| 2- | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| 3- | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| 4- | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| 5- | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| 6- | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| | |
|---|---|
| 32 - Valor Total Recursado (R\$) 7 7 4 0 | 33 - Valor Total Acatado (R\$) 0 0 0 |
|---|---|

| | | | |
|--|------------------------------|--|------------------------------|
| 34 - Data do Recurso 1 3 0 1 2 0 2 1 | 35 - Assinatura do Prestador | 36 - Data da Assinatura da Operadora | 37 - Assinatura da Operadora |
|--|------------------------------|--|------------------------------|