



2 - Nº Guia no Prestador

751034

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

6 - Código na Operadora 8 5 5 0 3 0 5 0 0 0 1 9 6	7 - Nome do Contratado 11228/SC - ANDERSON FERNANDES FELIPE
---	---

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

13 - Número da Guia no Prestador 0 3 0 9 3	14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 7 0 3 0 9 3	15 - Status AUTORIZADO	16 - Beneficiário 0020253159000000102 - MATHEUS CONSTANTINO SOUTO
--	--	----------------------------------	---

17 - Código da Glosa da Guia	18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia) Paciente relatou que machuca a bochecha e dificulta a higienização.	19 -
------------------------------	--	------

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 Recursado 29 - Justificativa do Prestador 30 - Valor Acatado 31 - Justificativa da Operadora

1 4 0 9 2 0 2 1	4 8	0 1	9 4	8 2 0 0 0 8 7 5	EXODONTIA SIMPLES DE PERMANENTE	3 0 6 2
3 2 8 5	Paciente relatou que machuca a bochecha e dificulta a higienização.					
0 0 0						

1 4 0 9 2 0 2 1	3 8	0 1	9 4	8 2 0 0 0 8 7 5	EXODONTIA SIMPLES DE PERMANENTE	3 0 6 2
3 2 8 5	Paciente relatou que machuca a bochecha e dificulta a higienização.					
0 0 0						

1 4 0 9 2 0 2 1	2 8	0 1	9 4	8 2 0 0 0 8 7 5	EXODONTIA SIMPLES DE PERMANENTE	3 0 6 2
3 2 8 5	Paciente relatou que machuca a bochecha e dificulta a higienização.					
0 0 0						

1 4 0 9 2 0 2 1	1 8	0 1	9 4	8 2 0 0 0 8 7 5	EXODONTIA SIMPLES DE PERMANENTE	3 0 6 2
3 2 8 5	Paciente relatou que machuca a bochecha e dificulta a higienização.					
0 0 0						

1 4 0 9 2 0 2 1						
3 2 8 5						
0 0 0						

32 - Valor Total Recursado (R\$) 1 3 1 4 0	33 - Valor Total Acatado (R\$) 0 0 0
--	--

34 - Data do Recurso 1 4 0 9 2 0 2 1	35 - Assinatura do Prestador <i>Anderson Fernandes Felipe</i> Cirurgião Dentista CRB/SC 11228	36 - Data da Assinatura da Operadora	37 - Assinatura da Operadora
--	--	--------------------------------------	------------------------------