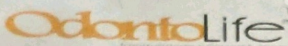




2 - Nº Guia no Prestador

672797

1 - Nome da Operadora DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA		4 - Objeto do Recurso (2)		5 - Número da Guia de Recursos de Glosas Atribuído pela 672797																															
6 - Nome do Contratado 122642/SP - AMANDA SUANES DA SILVA																																			
7 - Nome do Contratado 122642/SP - AMANDA SUANES DA SILVA																																			
8 - Número do Protocolo		10 - Código da Glosa do Protocolo		11 - Justificativa																															
14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 639864		15 - Status RECURSO DE		16 - Beneficiário 00202540320800000101 - DIOGO REIS DE OLIVEIRA																															
18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a 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																																			
<table border="1"> <tr> <td>29 - Valor Recusado</td> <td>30 - Valor Aceitado</td> <td>31 - Justificativa da Operadora</td> <td>32 - Valor Total Recusado (R\$)</td> <td>33 - Valor Total Aceitado (R\$)</td> <td>34 - Assinatura do Prestador</td> </tr> <tr> <td>29072021</td> <td>240</td> <td>O, M, P 01 94 85100218</td> <td>4880</td> <td>0400</td> <td><i>[Assinatura]</i></td> </tr> <tr> <td colspan="6">35 - Assinatura do Prestador Dr. Anderson Suane da Silva CRD/SP 722642</td> </tr> <tr> <td colspan="6">36 - Data da Assinatura da Operadora</td> </tr> <tr> <td colspan="6">37 - Assinatura da Operadora</td> </tr> </table>						29 - Valor Recusado	30 - Valor Aceitado	31 - Justificativa da Operadora	32 - Valor Total Recusado (R\$)	33 - Valor Total Aceitado (R\$)	34 - Assinatura do Prestador	29072021	240	O, M, P 01 94 85100218	4880	0400	<i>[Assinatura]</i>	35 - Assinatura do Prestador Dr. Anderson Suane da Silva CRD/SP 722642						36 - Data da Assinatura da Operadora						37 - Assinatura da Operadora					
29 - Valor Recusado	30 - Valor Aceitado	31 - Justificativa da Operadora	32 - Valor Total Recusado (R\$)	33 - Valor Total Aceitado (R\$)	34 - Assinatura do Prestador																														
29072021	240	O, M, P 01 94 85100218	4880	0400	<i>[Assinatura]</i>																														
35 - Assinatura do Prestador Dr. Anderson Suane da Silva CRD/SP 722642																																			
36 - Data da Assinatura da Operadora																																			
37 - Assinatura da Operadora																																			



GUIA DE RECURSO DE GLOSAS



2 - Nº Guia no Prestador 712688

1 - Registro ANS	3 - Nome da Operadora DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA	4 - Objeto do Recurso 2	5 - Número de Guia de Recursos de Glosas Atribuído pela 7 1 2 6 8 8
------------------	--	----------------------------	--

6 - Nome do Contratado 6 4 8 3 4 7 9 0 0 0 1 0 1	7 - Nome do Contratado 122642/SP - AMANDA SUANES DA SILVA
---	--

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

11 - Número da Guia no Prestador 6 1 7 7 7	14 - Número de Guia Atribuído pela Operadora 6 6 1 7 7 7	15 - Status AUTORIZADO	16 - Beneficiário 00202539126300000102 - MARCIA MARQUES DOS SANTOS
---	---	---------------------------	---

17 - Código da Guia	18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)	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 Recusado	29 - Justificativa do Prestador	30 - Valor Aceitado	31 - Justificativa da Operadora
---------------------	---------------------------------	---------------------	---------------------------------

1 6 0 8 2 0 2 1	4 6	0 1	9 4	8 5 2 0 0 1 0 7	RETRATAMENTO ENDODONTICO MULTIRRADICULAR	3 0 4 0
-----------------	-----	-----	-----	-----------------	--	---------

3 3 7 6 0	paciente veio com encaminhamento para retratamento do elemento em questão, estava sentindo dor com percussão. foi realizado a desobturação e realizado o tratamento com limites apicais respeitados pelo sistema rotatório					
-----------	--	--	--	--	--	--

0 0 0 0						
---------	--	--	--	--	--	--

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

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

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

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

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

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

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

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

33 - Valor Total Recusado (R\$)	33 - Valor Total Aceitado (R\$)
---------------------------------	---------------------------------

3 3 7 6 0	0 0 0
-----------	-------

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

6 0 8 2 0 2 1		
---------------	--	--

[Handwritten Signature]
Cirurgia Dentista
CRO/SP 122.642



GUIA DE RECURSO DE GLOSAS



2 - Nº Guia no Prestador

629614

Legislação ANS	3 - Nome da Operadora DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLÓGICA	4 - Objeto do Recurso 2	5 - Número da Guia de Recursos de Glosas Atribuído pela
16 do Contratado	7 - Nome do Contratado 122642/SP - AMANDA SUANES DA SILVA	6 - Número da Guia de Recursos de Glosas Atribuído pela	
17 do Recurso do Protocolo	8 - Número do Protocolo	9 - Código da Glosa do Protocolo	10 - Justificativa
11 do Recurso da Guia	12 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	13 - Status AUTORIZADO	14 - Beneficiário 0020253855680000101 - VANIA CRISTINA GOMES MARTINS
15 do Recurso da Guia	16 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)	17 - Código da Glosa	
18 - Valor Recusado	19 - Valor Aceitado	20 - Data de Realização do Procedimento	21 - Dente/Região
22 - Valor Aceitado	23 - Quantidade	24 - Tabela	25 - Procedimento/Item Assistencial
26 - Descrição do Procedimento	27 - Código da Glosa	28 - Valor Recusado	
29 - Valor Aceitado	30 - Valor Recusado	31 - Valor Aceitado	32 - Valor Recusado
33 - Valor Total Recusado (R\$)	34 - Valor Total Aceitado (R\$)	35 - Assinatura do Prestador	36 - Data da Assinatura da Operadora
37 - Assinatura da Operadora	38 - Data da Assinatura da Operadora		

1 7 0 6 2 0 2 1 0 1 4 0 1 9 4 8 5 3 0 0 0 4 7 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL 3 0 3 5
foi realizado a raspagem completa

1 7 0 6 2 0 2 1 0 1 3 0 1 9 4 8 5 3 0 0 0 4 7 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL 3 0 3 5
foi realizado a raspagem completa

1 7 0 6 2 0 2 1 0 1 2 0 1 9 4 8 5 3 0 0 0 4 7 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL 3 0 3 5
foi realizado a raspagem completa

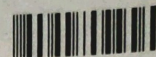
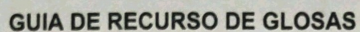
1 7 0 6 2 0 2 1 0 1 1 0 1 9 4 8 5 3 0 0 0 4 7 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL 3 0 3 5
foi realizado a raspagem completa

4 3 2 0

35 - Assinatura do Prestador

36 - Data da Assinatura da Operadora

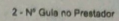
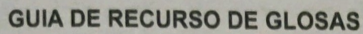
37 - Assinatura da Operadora



2 - Nº Guia no Prestador

629352

[illegible]



672796

0 0 0

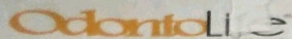
Dra. Amanda Suanes da Silva
Cirurgiã Dentista
CRPSP 122.642



2 - Nº Guia no Prestador

629301

[illegible]



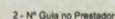
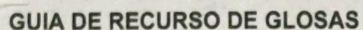
GUIA DE RECURSO DE GLOSAS



2 - Nº Guia no Prestador

672794

1 - Registro ANS	3 - Nome da Operadora DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLÓGICA	4 - Objeto do Recurso (2)	5 - Número da Guia de Recurso de Glosas Atribuído pela 6 7 2 7 9 4
6 - Nome do Contratado 6 4 8 3 4 7 9 0 0 0 1 0 1	7 - Nome do Contratado 122642/SP - AMANDA SUANES DA SILVA		
8 - Número do Protocolo 6 4 8 3 4 7 9 0 0 0 1 0 1	9 - Código da Glosa do Protocolo 6 4 8 3 4 7 9 0 0 0 1 0 1	10 - Justificativa	12 -
11 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 9 7 1 1 0	14 - Status AUTORIZADO	16 - Beneficiário 0020253855680000102 - MARCELO MAIA MUNIZ	19 -
18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)			
20 - Data de Realização do Procedimento 2 4 0 6 2 0 2 1			
21 - Dente/Região 4 3			
22 - Face V			
23 - Quantidade 0 1			
24 - Tabela 9 4			
25 - Procedimento/Item Assistencial 8 5 1 0 0 1 9 6			
26 - Descrição do Procedimento RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE			
27 - Código da Glosa 3 0 8 1			
28 - Valor Recusado 1 8 3 0			
29 - Valor Aceito 0 0 0			
30 - Valor Aceito 0 0 0			
31 - Justificativa da Operadora segue em sistema foto inicial			
32 - Valor Total Recusado (R\$) 1 8 3 0			
33 - Valor Total Aceito (R\$) 0 0 0			
34 - Data do Recurso 2 6 0 6 2 0 2 1			
35 - Assinatura do Prestador Dra. Amanda Suane da Silva CRP/SP 12.642			
36 - Data da Assinatura da Operadora 2 6 0 6 2 0 2 1			
37 - Assinatura da Operadora			



672795

Legatário ANS		3 - Nome da Operadora		4 - Objeto do Recurso		5 - Número da Guia de Recurso de Glosas Atribuído pela	
		DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA		2		6 7 2 7 9 5	
16 - Nome do Contratado		7 - Nome do Contratado					
122642/SP - AMANDA SUANES DA SILVA							
18 - Número do Protocolo		10 - Código da Glosa do Protocolo		11 - Justificativa		12 -	
14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		15 - Status		16 - Beneficiário			
5 9 7 4 2 3		AUTORIZADO		00202538731300000102 - GERSON ARAUJO DOS SANTOS			
18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)						19 -	
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							
2 4 0 6 2 0 2 1		2 7		0 1		9 4	
1 8 3 0						8 5 1 0 0 1 9 6	
0 0 0 0						RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE	
						3 0 1 7	
2 4 0 6 2 0 2 1		4 7		0 1		9 4	
1 8 3 0						8 5 1 0 0 1 9 6	
0 0 0 0						RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE	
						3 0 1 7	
2 4 0 6 2 0 2 1		1 8		0 1		9 4	
1 8 3 0						8 5 1 0 0 1 9 6	
0 0 0 0						RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE	
						3 0 1 7	
2 4 0 6 2 0 2 1		1 7		0 1		9 4	
1 8 3 0						8 5 1 0 0 1 9 6	
0 0 0 0						RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE	
						3 0 1 7	
2 4 0 6 2 0 2 1		1 7		0 1		9 4	
1 8 3 0						8 5 1 0 0 1 9 6	
0 0 0 0						RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE	
						3 0 1 7	
2 4 0 6 2 0 2 1		1 7		0 1		9 4	
1 8 3 0						8 5 1 0 0 1 9 6	
0 0 0 0						RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE	
						3 0 1 7	
2 4 0 6 2 0 2 1		1 7		0 1		9 4	
1 8 3 0						8 5 1 0 0 1 9 6	
0 0 0 0						RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE	
						3 0 1 7	
2 4 0 6 2 0 2 1		1 7		0 1		9 4	
1 8 3 0						8 5 1 0 0 1 9 6	
0 0 0 0						RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE	
						3 0 1 7	
2 4 0 6 2 0 2 1		1 7		0 1		9 4	
1 8 3 0						8 5 1 0 0 1 9 6	
0 0 0 0						RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE	
						3 0 1 7	
2 4 0 6 2 0 2 1		1 7		0 1		9 4	
1 8 3 0						8 5 1 0 0 1 9 6	
0 0 0 0						RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE	
						3 0 1 7	
2 4 0 6 2 0 2 1		1 7		0 1		9 4	
1 8 3 0						8 5 1 0 0 1 9 6	
0 0 0 0						RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE	
						3 0 1 7	
2 4 0 6 2 0 2 1		1 7		0 1		9 4	
1 8 3 0						8 5 1 0 0 1 9 6	
0 0 0 0						RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE	
						3 0 1 7	
2 4 0 6 2 0 2 1		1 7		0 1		9 4	
1 8 3 0						8 5 1 0 0 1 9 6	
0 0 0 0						RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE	
						3 0 1 7	
2 4 0 6 2 0 2 1		1 7		0 1		9 4	
1 8 3 0						8 5 1 0 0 1 9 6	
0 0 0 0						RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE	
						3 0 1 7	
2 4 0 6 2 0 2 1		1 7		0 1		9 4	
1 8 3 0						8 5 1 0 0 1 9 6	
0 0 0 0						RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE	
						3 0 1 7	
2 4 0 6 2 0 2 1		1 7		0 1		9 4	
1 8 3 0						8 5 1 0	