



2 - Nº Guia no Prestador

307547

1 - Registro ANS

3 - Nome da Operadora

DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLÓGICA

Dados do Contratado

6 - Código na Operadora

0 2 1 0 2 2 2 5 0 0 0 1 8 4

7 - Nome do Contratado

5535/SP - LUCIANA MARY KAWAGUCHI

Dados do Recurso do Protocolo

8 - Número do Lote

9 - Número do Protocolo

10 - Código da Glosa do Protocolo

11 - Justificativa

Dados do Recurso da Guia

13 - Número da Guia no Prestador

2 8 5 6 9 2

14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

2 8 5 6 9 2

15 - Status

AUTORIZADO

16 - Beneficiário

00202510176300026902 - PAMELA SANTOS DE MOURA

17 - Código da Glosa da Guia

18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)

segue imagens finais

Dados dos Itens da Guia

20 - Data de Realização do Procedimento

21 - Dente/Região

22 - Face

23 - Quantidade

24 - Tabela

25 - Procedimento/Item Assistencial

26 - Descrição do Procedimento

28 - Valor Recurso

30 - Valor Acabado

27 - Código da Glosa

1 - 1 0 1 0 2 2 2 0 2 0

2 5

0 1

9 4

8 5 1 0 0 2 0 0

RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES

3 0 8 1

3 5 2 0

0 0 0

1 1 1 1 1 1

1 1 1 1 1 1

1 1 1 1 1 1

1 1 1 1 1 1

1 1 1 1 1 1

1 1 1 1 1 1

1 1 1 1 1 1

1 1 1 1 1 1

1 1 1 1 1 1

1 1 1 1 1 1

1 1 1 1 1 1

1 1 1 1 1 1

1 1 1 1 1 1

1 1 1 1 1 1

1 1 1 1 1 1

1 1 1 1 1 1

1 1 1 1 1 1

1 1 1 1 1 1

1 1 1 1 1 1

1 1 1 1 1 1

1 1 1 1 1 1

1 1 1 1 1 1

1 1 1 1 1 1

1 1 1 1 1 1

1 1 1 1 1 1

1 1 1 1 1 1

1 1 1 1 1 1

1 1 1 1 1 1

1 1 1 1 1 1

1 1 1 1 1 1

1 1 1 1 1 1

1 1 1 1 1 1

1 1 1 1 1 1

1 1 1 1 1 1

1 1 1 1 1 1

1 1 1 1 1 1

1 1 1 1 1 1

1 1 1 1 1 1

1 1 1 1 1 1

1 1 1 1 1 1

1 1 1 1 1 1

1 1 1 1 1 1

1 1 1 1 1 1

1 1 1 1 1 1

1 1 1 1 1 1

1 1 1 1 1 1

1 1 1 1 1 1

1 1 1 1 1 1

1 1 1 1 1 1

1 1 1 1 1 1

1 1 1 1 1 1

1 1 1 1 1 1

1 1 1 1 1 1

1 1 1 1 1 1

1 1 1 1 1 1

1 1 1 1 1 1

1 1 1 1 1 1

1 1 1 1 1 1

1 1 1 1 1 1

1 1 1 1 1 1

1 1 1 1 1 1

1 1 1 1 1 1

1 1 1 1 1 1

1 1 1 1 1 1

1 1 1 1 1 1

1 1 1 1 1 1

1 1 1 1 1 1

1 1 1 1 1 1

1 1 1 1 1 1

1 1 1 1 1 1

1 1 1 1 1 1

1 1 1 1 1 1

32 - Valor Total Recusado (R\$)

3 5 2 0

33 - Valor Total Acabado (R\$)

0 0 0 0

34 - Data do Recurso

1 6 1 0 3 1 2 0 2 0

35 - Assinatura do Prestador

*Dr. Osborn Vasconcelos Leite*

CPF: 429.988.988-90

CRQ: 117.799

36 - Data da Assinatura da Operadora

1 1 1 1 1 1

37 - Assinatura da Operadora

1 1 1 1 1 1