



2 - Nº Guia no Prestador

424186

Digitalizado com CamScanner

- Registro ANS		3 - Nome da Operadora DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA		4 - Objeto da Recurso 2		5 - Número da Guia de Recurso de Glosas Atribuído pela 4 4 5 0 5 6	
Idos do Contratado		7 - Nome do Contratado 0 3 2 1 9 6 8 4 0 0 0 1 0 5 4992/DF - YEDA ALMEIDA RODRIGUES					
- Código da Operadora		9 - Número do Protocolo		10 - Código da Glosa do Protocolo		11 - Justificativa	
Idos do Recurso do Protocolo						12 -	
- Número do Lote		14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		15 - Status CONCLUÍDO		16 - Beneficiário 00202533131600000101 - PRISCILA ARIANY PEREIRA MARTINS	
Idos do Recurso da Guia		3 - Número da Guia no Prestador 4 2 1 1 9 8				19 -	
7 - Código da Glosa da Guia		18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)					
Idos dos Itens da Guia		21 - Dente/Região		22 - Face		23 - Quantidade	
20 - Data de Realização do Procedimento		29 - Justificativa do Prestador		25 - Procedimento/Item Assistencial		26 - Descrição do Procedimento	
28 - Valor Recusado		31 - Justificativa da Operadora				27 - Código da Glosa	
30 - Valor Aceitado							
1- 1 7 1 1 2 0 2 0 3 3 4 4 0 0 0		1 4 O D 0 1 9 4 8 5 1 0 0 2 0 0		RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES		3 0 8 1	
		EM ANEXO RADIOGRAFIA SOLICITADA. GRATA					
2- 1 7 1 1 2 0 2 0 3 3 4 4 0 0 0		1 5 O M 0 1 9 4 8 5 1 0 0 2 0 0		RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES		3 0 8 1	
		EM ANEXO RADIOGRAFIA SOLICITADA. GRATA					
3- 1 7 1 1 2 0 2 0 3 3 4 4 0 0 0							
4- 1 7 1 1 2 0 2 0 3 3 4 4 0 0 0							
5- 1 7 1 1 2 0 2 0 3 3 4 4 0 0 0							
6- 1 7 1 1 2 0 2 0 3 3 4 4 0 0 0							
7- 1 7 1 1 2 0 2 0 3 3 4 4 0 0 0							
8- 1 7 1 1 2 0 2 0 3 3 4 4 0 0 0							
9- 1 7 1 1 2 0 2 0 3 3 4 4 0 0 0							
10- 1 7 1 1 2 0 2 0 3 3 4 4 0 0 0							
11- 1 7 1 1 2 0 2 0 3 3 4 4 0 0 0							
12- 1 7 1 1 2 0 2 0 3 3 4 4 0 0 0							
13- 1 7 1 1 2 0 2 0 3 3 4 4 0 0 0							
14- 1 7 1 1 2 0 2 0 3 3 4 4 0 0 0							
15- 1 7 1 1 2 0 2 0 3 3 4 4 0 0 0							
16- 1 7 1 1 2 0 2 0 3 3 4 4 0 0 0							
17- 1 7 1 1 2 0 2 0 3 3 4 4 0 0 0							
18- 1 7 1 1 2 0 2 0 3 3 4 4 0 0 0							
19- 1 7 1 1 2 0 2 0 3 3 4 4 0 0 0							
20- 1 7 1 1 2 0 2 0 3 3 4 4 0 0 0							
21- 1 7 1 1 2 0 2 0 3 3 4 4 0 0 0							
22- 1 7 1 1 2 0 2 0 3 3 4 4 0 0 0							
23- 1 7 1 1 2 0 2 0 3 3 4 4 0 0 0							
24- 1 7 1 1 2 0 2 0 3 3 4 4 0 0 0							
25- 1 7 1 1 2 0 2 0 3 3 4 4 0 0 0							
26- 1 7 1 1 2 0 2 0 3 3 4 4 0 0 0							
27- 1 7 1 1 2 0 2 0 3 3 4 4 0 0 0							
28- 1 7 1 1 2 0 2 0 3 3 4 4 0 0 0							
29- 1 7 1 1 2 0 2 0 3 3 4 4 0 0 0							
30- 1 7 1 1 2 0 2 0 3 3 4 4 0 0 0							
31- 1 7 1 1 2 0 2 0 3 3 4 4 0 0 0							
32 - Valor Total Recusado (R\$)		33 - Valor Total Aceitado (R\$)		34 - Data do Recurso		35 - Assinatura do Prestador	
6 6 8 8		0 0 0 0		1 9 1 1 2 0 2 0		36 - Data da Assinatura da Operadora	
						37 - Assinatura da Operadora	

YEDA ALMEIDA RODRIGUES
CERCAÇÃO DENTISTA
4992-DF



2 - Nº Guia no Prestador

444955

1 - 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 [4][4][4][9][5][5]	
6 - Idos do Contratado		7 - Nome do Contratado 4992/DF - YEDA ALMEIDA RODRIGUES		8 - Código na Operadora 0[3][2][1][9][6][8][4][0][0][0][1][0][5]		9 - Número do Protocolo	
10 - Idos do Recurso do Protocolo		11 - Justificativa		12 -		13 - Número da Guia no Prestador 4[0][7][8][8][6]	
14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 4[0][7][8][8][6]		15 - Status CONCLUÍDO		16 - Beneficiário 00202531136700000101 - JOYCE MENDES PEREIRA		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 Guia		28 - Valor Recusado		29 - Valor Acatado	
30 - Valor Recusado		31 - Valor Acatado		32 - Valor Total Recusado (R\$) [3][3][4][4]		33 - Valor Total Acatado (R\$) [0][0][0]	
34 - Data do Recurso 1[2][1][1][2][0][2][0]		35 - Assinatura do Prestador		36 - Data da Assinatura da Operadora		37 - Assinatura da Operadora	

20 - Data de Realização do Procedimento: 12/11/2020

21 - Dente/Região: 44 O.D 01

22 - Face: 94

23 - Quantidade: 85100200

24 - Tabela: RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES

25 - Procedimento/Item Assistencial: EM ANEXO RADIOGRAFIA SOLICITADA. GRATA

26 - Descrição do Procedimento: 3081

27 - Código da Guia: 3081

28 - Valor Recusado: 3344

29 - Valor Acatado: 000

30 - Valor Recusado: 3344

31 - Valor Acatado: 000

32 - Valor Total Recusado (R\$): 3344

33 - Valor Total Acatado (R\$): 000

34 - Data do Recurso: 12/11/2020

35 - Assinatura do Prestador: YEDA ALMEIDA RODRIGUES, CRO-DF-4992

36 - Data da Assinatura da Operadora: 12/11/2020

37 - Assinatura da Operadora: [Assinatura]



Digitalizado com CamScanner



450971
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/21	4-Data de Autorização 14/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8183901	7-Data Validade da Senha 11/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202534636000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MATHEUS LUIS DOS SANTOS ALVES		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MATHEUS LUIS DOS SANTOS ALVES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODENT TAGUATINGA	18-Número no CRO 4992	19-UF DF	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 61128201100	22-Nome do Contratado Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES	23-Número no CRO 4992	24-UF DF	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES		27-Número no CRO 4992	28-UF DF	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	14/01/21		Matheus
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	14/01/21		Matheus
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	14/01/21		Matheus
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	14/01/21		Matheus
5	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	14/01/21		Matheus
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prescrição do Tratamento 14/01/21	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação:
YEDA ALMEIDA RODRIGUES
Cirurgião Dentista
CRO-DF 4992

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 14/01/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 14/01/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/01/21	53-Data, local e Cambio de Empresa
---	---	---	------------------------------------



450966
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/21	4-Data de Autorização 14/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8183899	7-Data Validade da Senha 11/04/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202534090800000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ROMULO DOS SANTOS MORAES			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ROMULO DOS SANTOS MORAES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODENT TAGUATINGA	18-Número no CRD 4992	19-UF DF	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 61128201100	22-Nome do Contratado Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES	23-Número no CRO 4992	24-UF DF	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES		27-Número no CRO 4992	28-UF DF	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	14/01/21		<i>Romulo</i>
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	14/01/21		<i>Romulo</i>
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	14/01/21		<i>Romulo</i>
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	14/01/21		<i>Romulo</i>
5-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	14/01/21		<i>Romulo</i>
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 14/01/21	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	
YEDA ALMEIDA RODRIGUES Cirurgião Dentista 34/01/21	YEDA ALMEIDA RODRIGUES Cirurgião Dentista 34/01/21
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 34/01/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 34/01/21
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 34/01/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa



452750
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/01/21	4-Data de Autorização 19/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8191232	7-Data Validade da Senha 13/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202534584700000101									
13-Nome HELEN CRISTINA DE SOUZA				14-Telefone 31/01/2000 () -		15-Nome do titular do plano HELEN CRISTINA DE SOUZA			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		19-Número no CRO 4992		19-UF DF		20-Código CBO S 01		025 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODENT TAGUATINGA							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 61128201100		22-Nome do Contratado Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES		23-Número no CRO 4992		24-UF DF		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES				27-Número no CRO 4992		28-UF DF		29-Código CBO S	

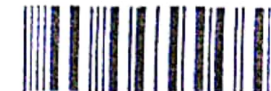
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			19/01/21		Helena
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			19/01/21		Helena
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			19/01/21		Helena
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			19/01/21		Helena
5-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			19/01/21		Helena
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data de Término do Tratamento 19/01/21	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	-----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	
YEDA ALMEIDA RODRIGUES Cirurgião Dentista	

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/01/21 Helena	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/01/21 Helena CRO DF 4992	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/01/21 Helena	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	--	-------------------------------------



449585
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/01/21	4-Data de Autorização 21/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8179277	7-Data Validade da Senha 08/04/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253396290000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome RENATO BARBOSA LOPES		14-Telefone 29/07/1987	15-Nome do titular do plano RENATO BARBOSA LOPES		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Consentimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ISADORA BARREIRA DA ROCHA	18-Número no CRO 12547	19-UF DF	20-Código CBO 5	025 - Faturar Empresa
21-Código da Operadora - CNPJ / CPF 05611359167	22-Nome do Contratado Executante ISADORA BARREIRA DA ROCHA	23-Número no CRO 12547	24-UF DF	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ISADORA BARREIRA DA ROCHA		27-Número no CRO 12547	28-UF DF	29-Código CBO 5	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Matru da Gênia	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	21/01/21		Renato
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	21/01/21		Renato
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	21/01/21		Renato
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	21/01/21		Renato
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	21/01/21		Renato
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 21/01/21	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia - Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizados com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, Local e Assinatura do Contratado Dentista 21/01/21 Isadora Barreira da Rocha CRO-DF 12547	51-Data, Local e Assinatura do Contratado Cirurgião Dentista 21/01/21 Isadora Barreira da Rocha CRO-DF 12547	52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/01/21 Renato Barbosa Lopes	53-Data, Local e Assinatura da Empresa 21/01/21
---	---	--	--