



2108632

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS		3 - Nome da Operadora DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA		4 - Objeto do Recurso 2		5 - Número da Guia de Recurso de Glosas Atribuído pela 2 1 0 8 6 3 2	
6 - Nome do Contratado		7 - Nome do Contratado 23171/SC - GABRIEL LOPES DOS SANTOS		8 - Número do Contrato		9 - Número do Protocolo	
10 - Código da Glosa do Protocolo		11 - Justificativa		12 -		13 -	
14 - Número da Guia no Prestador 2 0 6 1 7 5 9		15 - Status AUTORIZADO		16 - Beneficiário 00202553311900286602 - NOEL DAVID VALERO ARIAS		17 -	
18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia) paciente não estava recebendo os códigos		19 -		20 -		21 -	

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									
20 - Valor Recusado										21 - Justificativa do Prestador										22 - Justificativa da Operadora										23 - Quantidade										24 - Tabela										25 - Procedimento/Item Assistencial										26 - Descrição do Procedimento										27 - Código da Glosa									
30 - Valor Aceito																																																																															
1. 1 0 / 1 0 / 2 0 2 4										6 5										O . M										0 1										9 4										8 5 1 0 0 2 0 0										RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES										1 4 3 7									
2 7 2 8																																																																															
0 0 0																																																																															
2. 1 0 / 1 0 / 2 0 2 4										8 4										D . O										0 1										9 4										8 5 1 0 0 2 0 0										RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES										1 4 3 7									
2 7 2 8																																																																															
0 0 0																																																																															
3. 1 0 / 1 0 / 2 0 2 4										7 4										D . O										0 1										9 4										8 5 1 0 0 2 0 0										RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES										1 4 3 7									
2 7 2 8																																																																															
0 0 0																																																																															
4. 1 0 / 1 0 / 2 0 2 4										6 4										D . O										0 1										9 4										8 5 1 0 0 2 0 0										RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES										1 4 3 7									
2 7 2 8																																																																															
0 0 0																																																																															
5. 1 0 / 1 0 / 2 0 2 4										7 5										M . O										0 1										9 4										8 5 1 0 0 2 0 0										RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES										1 4 3 7									
2 7 2 8																																																																															
0 0 0																																																																															
6. 1 0 / 1 0 / 2 0 2 4										5 4										D . O										0 1										9 4										8 5 1 0 0 2 0 0										RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES										1 4 3 7									
2 7 2 8																																																																															
0 0 0																																																																															
7. 1 0 / 1 0 / 2 0 2 4										5 5										M . O										0 1										9 4										8 5 1 0 0 2 0 0										RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES										1 4 3 7									
2 7 2 8																																																																															
0 0 0																																																																															

21 - Dente/Região 22 - Face
26 - Justificativa do Prestador
27 - Justificativa da Operadora

23 - Quantidade 24 - Tabela 25 - Procedimento/Item Assistencial

28 - Descrição do Procedimento

29 - Código de Barra

1 0 2 0 2 4 8 5 0 M 0 1 9 4 8 5 1 0 0 2 0 0

RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES

1 6 3 7

32 - Valor Total Recusado (R\$)

2 1 8 2 4

33 - Valor Total Aceite (R\$)

0 0 0

34 - Data do Recuso

1 0 / 1 0 / 2 0 2 4

35 - Assinatura do Prestador

CLINICA ODONTOLÓGICA LTDA
CNPJ 08.565.000/0001-21

36 - Data da Assinatura da Operadora

37 - Assinatura da Operadora