



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 7 5 0 3 4 0 					
6 - Nome do Contratado 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 9 0 8 3 7 		14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 6 9 0 8 3 7 				15 - Status AUTORIZADO		16 - Beneficiário 00202520200300002701 - SUMAIA SILVA SANTOS CARVALHO					
17 - Código da Glosa da Guia 		18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia) SEGUI EM ANEXO A RADIOGRAFIA PANORÂMICA INICIAL										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	30 - Valor Acatado	29 - Justificativa do Prestador		31 - Justificativa da Operadora				
0 2 0 9 2 0 2 1		4 8	0 1	9 4	8 2 0 0 1 2 8 6	REMOÇÃO DE DENTES INCLUSOS / IMPACTADOS		3 0 8 1
1 6 2 4 5		SEGUI EM ANEXO A RADIOGRAFIA PANORÂMICA INICIAL						
0 0 0								
0 2 0 9 2 0 2 1		3 8	0 1	9 4	8 2 0 0 1 2 9 4	REMOÇÃO DE DENTES SEMI INCLUSOS / IMPACTADOS		3 0 8 1
8 3 7 0		SEGUI EM ANEXO A RADIOGRAFIA PANORÂMICA INICIAL						
0 0 0								
0 2 0 9 2 0 2 1			0 1	9 4	8 1 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA		3 0 6 2
1 5 3 0		SEGUI EM ANEXO A RADIOGRAFIA PANORÂMICA INICIAL						
0 0 0								
0 2 0 9 2 0 2 1		2 5	0 1	9 4	8 2 0 0 0 8 5 9	EXODONTIA DE RAIZ RESIDUAL		3 0 6 2
3 2 8 5		SEGUI EM ANEXO A RADIOGRAFIA PANORÂMICA INICIAL						
0 0 0								
0 2 0 9 2 0 2 1		3 7	0 1	9 4	8 2 0 0 0 8 5 9	EXODONTIA DE RAIZ RESIDUAL		3 0 6 2
3 2 8 5		SEGUI EM ANEXO A RADIOGRAFIA PANORÂMICA INICIAL						
0 0 0								
0 2 0 9 2 0 2 1		1 5	0 1	9 4	8 2 0 0 0 8 5 9	EXODONTIA DE RAIZ RESIDUAL		3 0 6 2
3 2 8 5		SEGUI EM ANEXO A RADIOGRAFIA PANORÂMICA INICIAL						
0 0 0								
0 2 0 9 2 0 2 1		1 4	0 1	9 4	8 2 0 0 0 8 5 9	EXODONTIA DE RAIZ RESIDUAL		3 0 6 2
3 2 8 5		SEGUI EM ANEXO A RADIOGRAFIA PANORÂMICA INICIAL						
0 0 0								

20 - Descrição do Procedimento
Recurso

21 - Dente/Região
22 - Face
29 - Justificativa do Prestador
31 - Justificativa da Operadora

23 - Quantidade
24 - Tabela

25 - Procedimento/Item Assistencial

26 - Descrição do Procedimento

27 - Código da Glosa

0 2 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

SEGUI EM ANEXO A RADIOGRAFIA PANORÂMICA INICIAL

0 0 0

0 2 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

SEGUI EM ANEXO A RADIOGRAFIA PANORÂMICA INICIAL

0 0 0

Valor Total Recusado (R\$)

4 5 8 5 5

33 - Valor Total Acatado (R\$)

0 0 0

Data do Recurso

2 0 9 2 0 2 1

35 - Assinatura do Prestador

Anderes Mendes Felipe
Dentista
CRO/SC 11228

36 - Data da Assinatura da Operadora

1 1 1 1 1 1 1

37 - Assinatura da Operadora