



559092

Registro ANS		3 - Nome da Operadora DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLÓGICA		2 - Nº Guia do Prestador 559092	
6 - Nome do Contratado		7 - Nome do Contratado 45287/SP - ELISETE MARIA ANTONIASSI		4 - Objeto do Recurso 2	
8 - Código na Operadora 3 4 0 3 7 0 9 6 0 0 0 1 1 3		9 - Número do Protocolo		5 - Número da Guia de Recurso de Recursos Attribuído pelo 5 5 9 0 9 2	
10 - Número do Lote		11 - Código da Guia do Protocolo		11 - Justificativa	
12 - Número da Guia		13 - Status RECURSO DE		14 - Beneficiário 00202531919000000101 - DALTON CESAR NASCIMENTO MARTINS	
15 - Código da Guia da Guia		16 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia) segue periograma e radiografia inicial necessária para o recurso de glosa		17 - Descrição do Procedimento	
20 - Data de Realização do Procedimento		21 - Dente/Região		22 - Face	
23 - Valor Recusado		24 - Quantidade		25 - Tabela	
26 - Valor Acatado		27 - Justificativa do Prestador		28 - Justificativa da Operadora	
0 6 0 4 2 0 2 1		0 1 3		0 1 9 4 8 5 3 0 0 0 3 9	
1 7 6 0				RASPAGEM SUB-GENGIVAL/ALISAMENTO RADICULAR	
0 4 0 0				3 0 5 2	
0 6 0 4 2 0 2 1		0 1 4		0 1 9 4 8 5 3 0 0 0 3 9	
1 7 6 0				RASPAGEM SUB-GENGIVAL/ALISAMENTO RADICULAR	
0 4 0 0				3 0 5 2	
0 6 0 4 2 0 2 1		0 1 2		0 1 9 4 8 5 3 0 0 0 3 9	
1 7 6 0				RASPAGEM SUB-GENGIVAL/ALISAMENTO RADICULAR	
0 4 0 0				3 0 5 2	
0 5 0 4 2 0 2 1		0 1 1		0 1 9 4 8 5 3 0 0 0 3 9	
1 7 6 0				RASPAGEM SUB-GENGIVAL/ALISAMENTO RADICULAR	
0 4 0 0				3 0 5 2	
0 5 0 4 2 0 2 1		0 1 1		0 1 9 4 8 5 3 0 0 0 3 9	
1 7 6 0				RASPAGEM SUB-GENGIVAL/ALISAMENTO RADICULAR	
0 4 0 0				3 0 5 2	
0 5 0 4 2 0 2 1		0 1 1		0 1 9 4 8 5 3 0 0 0 3 9	
1 7 6 0				RASPAGEM SUB-GENGIVAL/ALISAMENTO RADICULAR	
0 4 0 0				3 0 5 2	
0 5 0 4 2 0 2 1		0 1 1		0 1 9 4 8 5 3 0 0 0 3 9	
1 7 6 0				RASPAGEM SUB-GENGIVAL/ALISAMENTO RADICULAR	
0 4 0 0				3 0 5 2	
0 5 0 4 2 0 2 1		0 1 1		0 1 9 4 8 5 3 0 0 0 3 9	
1 7 6 0				RASPAGEM SUB-GENGIVAL/ALISAMENTO RADICULAR	
0 4 0 0				3 0 5 2	
0 5 0 4 2 0 2 1		0 1 1		0 1 9 4 8 5 3 0 0 0 3 9	
1 7 6 0				RASPAGEM SUB-GENGIVAL/ALISAMENTO RADICULAR	
0 4 0 0				3 0 5 2	
0 5 0 4 2 0 2 1		0 1 1		0 1 9 4 8 5 3 0 0 0 3 9	
1 7 6 0				RASPAGEM SUB-GENGIVAL/ALISAMENTO RADICULAR	
0 4 0 0				3 0 5 2	
0 5 0 4 2 0 2 1		0 1 1		0 1 9 4 8 5 3 0 0 0 3 9	
1 7 6 0				RASPAGEM SUB-GENGIVAL/ALISAMENTO RADICULAR	
0 4 0 0				3 0 5 2	
0 5 0 4 2 0 2 1		0 1 1		0 1 9 4 8 5 3 0 0 0 3 9	
1 7 6 0				RASPAGEM SUB-GENGIVAL/ALISAMENTO RADICULAR	
0 4 0 0				3 0 5 2	
0 5 0 4 2 0 2 1		0 1 1		0 1 9 4 8 5 3 0 0 0 3 9	
1 7 6 0				RASPAGEM SUB-GENGIVAL/ALISAMENTO RADICULAR	
0 4 0 0				3 0 5 2	
0 5 0 4 2 0 2 1		0 1 1		0 1 9 4 8 5 3 0 0 0 3 9	
1 7 6 0				RASPAGEM SUB-GENGIVAL/ALISAMENTO RADICULAR	
0 4 0 0				3 0 5 2	
0 5 0 4 2 0 2 1		0 1 1		0 1 9 4 8 5 3 0 0 0 3 9	
1 7 6 0				RASPAGEM SUB-GENGIVAL/ALISAMENTO RADICULAR	
0 4 0 0				3 0 5 2	
0 5 0 4 2 0 2 1		0 1 1		0 1 9 4 8 5 3 0 0 0 3 9	
1 7 6 0				RASPAGEM SUB-GENGIVAL/ALISAMENTO RADICULAR	
0 4 0 0				3 0 5 2	
0 5 0 4 2 0 2 1		0 1 1		0 1 9 4 8 5 3 0 0 0 3 9	
1 7 6 0				RASPAGEM SUB-GENGIVAL/ALISAMENTO RADICULAR	
0 4 0 0				3 0 5 2	
0 5 0 4 2 0 2 1		0 1 1		0 1 9 4 8 5 3 0 0 0 3 9	
1 7 6 0				RASPAGEM SUB-GENGIVAL/ALISAMENTO RADICULAR	
0 4 0 0				3 0 5 2	
0 5 0 4 2 0 2 1		0 1 1		0 1 9 4 8 5 3 0 0 0 3 9	
1 7 6 0				RASPAGEM SUB-GENGIVAL/ALISAMENTO RADICULAR	
0 4 0 0				3 0 5 2	



573425
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/06/21	4-Data de Autorização 04/06/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8662648	7-Data Validade da Senha 01/09/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

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

13-Nome DEJANIRA APARECIDA DAS CHAGAS BIDOIA		14-Telefone () -		15-Data de validade do plano 17/09/2012		16-Nome do titular do plano DEJANIRA APARECIDA DAS CHAGAS BIDOIA	
---	--	----------------------	--	--	--	---	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		17-Nome do Profissional Solicitante CEMAO		18-Número no CRO 45287		19-UF SP		20-Código CBO S 11		025 - Faturar Empresa	
---	--	--	--	---------------------------	--	-------------	--	-----------------------	--	--------------------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 73096334749		22-Nome do Contratado Executante ELISETTE MARIA ANTONIASSI		23-Número no CRO 45287		24-UF SP		25-Código CNES	
--	--	---	--	---------------------------	--	-------------	--	----------------	--

26-Nome do Profissional Executante ELISETTE MARIA ANTONIASSI		27-Número no CRO 45287		28-UF SP		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	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	08/06/21		Elisete Maria
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	08/06/21		Elisete Maria
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	08/06/21		Elisete Maria
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	08/06/21		Elisete Maria
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	08/06/21		Elisete Maria
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

Elisete Maria
CRO/SP 45287

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 no 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	
---------------	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/06/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/06/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--