



|                                 |                                                                       |                                   |                                                                              |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br><div></div> | 3 - Nome da Operadora<br><b>DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA</b> | 4 - Objeto do Recurso<br><b>2</b> | 5 - Número da Guia de Recurso de Glosas Atribuído pela<br><b>5 5 8 6 4 8</b> |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|

|                                                         |  |                                                                      |
|---------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------|
| Dados do Contratado                                     |  | 7 - Nome do Contratado<br><b>101389/SP - MICHELLE SOUSA OLIVEIRA</b> |
| 6 - Código na Operadora<br><b>3 5 6 8 6 2 8 1 8 0 7</b> |  |                                                                      |

|                                   |                                        |                                                  |                                   |                     |
|-----------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------|
| 8 - Número do Lote<br><div></div> | 9 - Número do Protocolo<br><div></div> | 10 - Código da Glosa do Protocolo<br><div></div> | 11 - Justificativa<br><div></div> | 12 -<br><div></div> |
|-----------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------|

|                                                        |                                                                    |                                  |                                                                                  |
|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| Dados do Recurso da Guia                               |                                                                    | 15 - Status<br><b>AUTORIZADO</b> | 16 - Beneficiário<br><b>00202510550601882302 - REGIANE KULKAUSKI DA ASSUNCAO</b> |
| 13 - Número da Guia no Prestador<br><b>4 8 6 8 1 0</b> | 14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br><b>4 8 6 8 1 0</b> |                                  |                                                                                  |

|                                             |                                                                       |                     |
|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 17 - Código da Glosa da Guia<br><div></div> | 18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)<br><div></div> | 19 -<br><div></div> |
|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------|

|                                                                                       |                                                                                                      |                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Dados dos Itens da Guia                                                               |                                                                                                      | 27 - Código da Glosa |
| 20 - Data de Realização do Procedimento<br>28 - Valor Recursado<br>30 - Valor Acatado | 21 - Dente/Região<br>22 - Face<br>29 - Justificativa do Prestador<br>31 - Justificativa da Operadora |                      |

|                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1- <div>2 6 0 2 2 0 2 1</div> <div>4 2 7 0</div> <div>0 0 0</div> | <div>2 6</div> <div>M, O, D</div> <div>0 1</div> <div>9 4</div> <div>8 5 1 0 0 2 2 6</div> <div>RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 4 FACES</div> <div>3 0 4 0</div> <div>Estou enviando as radiografias para verificar carie interproximal e o preparo estendeu oclusal, palatina</div>   |
| 2- <div>2 6 0 2 2 0 2 1</div> <div>4 2 7 0</div> <div>0 0 0</div> | <div>2 5</div> <div>M, D, O</div> <div>0 1</div> <div>9 4</div> <div>8 5 1 0 0 2 1 8</div> <div>RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES</div> <div>3 0 4 0</div> <div>Estou enviando as radiografias para verificar carie interproximal e o preparo estendeu oclusal</div>             |
| 3- <div>2 6 0 2 2 0 2 1</div> <div>4 2 7 0</div> <div>0 0 0</div> | <div>2 7</div> <div>M, O, D</div> <div>0 1</div> <div>9 4</div> <div>8 5 1 0 0 2 2 6</div> <div>RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 4 FACES</div> <div>3 0 4 0</div> <div>Estou enviando as radiografias para verificar carie interproximal e o preparo estendeu oclusal, vestibular</div> |
| 4- <div>2 6 0 2 2 0 2 1</div> <div>4 2 7 0</div> <div>0 0 0</div> | <div>1 7</div> <div>M, O, D</div> <div>0 1</div> <div>9 4</div> <div>8 5 1 0 0 2 2 6</div> <div>RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 4 FACES</div> <div>3 0 4 0</div> <div>Estou enviando as radiografias para verificar carie interproximal e o preparo estendeu oclusal, palatina</div>   |
| 5- <div>2 6 0 2 2 0 2 1</div> <div>4 2 7 0</div> <div>0 0 0</div> | <div>1 6</div> <div>O, M, D</div> <div>0 1</div> <div>9 4</div> <div>8 5 1 0 0 2 2 6</div> <div>RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 4 FACES</div> <div>3 0 4 0</div> <div>Estou enviando as radiografias para verificar carie interproximal e o preparo estendeu oclusal, palatina</div>   |
| 6- <div></div> <div></div> <div></div>                            | <div></div> <div></div> <div></div>                                                                                                                                                                                                                                                         |

|                                                          |                                                    |
|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| 32 - Valor Total Recursado (R\$)<br><div>2 1 3 5 0</div> | 33 - Valor Total Acatado (R\$)<br><div>0 0 0</div> |
|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|

|                                                    |                              |                                                     |                              |
|----------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------|
| 34 - Data do Recurso<br><div>2 7 0 2 2 0 2 1</div> | 35 - Assinatura do Prestador | 36 - Data da Assinatura da Operadora<br><div></div> | 37 - Assinatura da Operadora |
|----------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------|