



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

Dados do Contratado	
6 - Código na Operadora <b>  0     9     5     5     1     9     1     8     8     2     7          </b>	7 - Nome do Contratado <b>46063/SP - FABRICIO MARCELO OLIVATTI</b>

Dados do Recurso do Protocolo				
8 - Número do Lote 	9 - Número do Protocolo 	10 - Código da Glosa do Protocolo 	11 - Justificativa 	12 - 

Dados do Recurso da Guia			
13 - Número da Guia no Prestador <b>  2     0     9     7     7     8     3          </b>	14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>  2     0     9     7     7     8     3          </b>	15 - Status <b>AUTORIZADO</b>	16 - Beneficiário <b>002025009620200159101 - LUCAS RIBEIRO PINTO</b>

17 - Código da Glosa da Guia 	18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia) <b>PREZADOS AUDITORES. NÃO SE BASEIEM PELA PANORAMICA POIS ELA DISTORCE. AMBOS ESTES DENTES ESTAVAM RECOBERTOS POR GENGIVA E SEMI INCLUSOS. NÃO FORAM FÁCEIS. SOLICITO REVISÃO DESTA GLOSA POIS DE</b>	19 - 
----------------------------------	--	----------

Dados dos Itens da Guia						
20 - Data de Realização do Procedimento 28 - Valor Recursado 30 - Valor Acatado	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
1- <b>  0     8     1     1     2     0     2     4          </b> <b>          6     5     1     0          </b> <b>          0     0     0          </b>	<b>  1     8                    </b> <b>  0     1                    </b> <b>  9     4                    </b> <b>  8     2     0     0     1     2     9     4          </b>	<b>REMOÇÃO DE DENTES SEMI INCLUSOS / IMPACTADOS</b>	<b>  3     0     4     4          </b>			
<b>PREZADOS AUDITORES. NÃO SE BASEIEM PELA PANORAMICA POIS ELA DISTORCE. AMBOS ESTES DENTES ESTAVAM RECOBERTOS POR GENGIVA E SEMI INCLUSOS. NÃO FORAM FÁCEIS. SOLICITO REVISÃO DESTA GLOSA POIS DE</b>						
2- <b>  0     8     1     1     2     0     2     4          </b> <b>          1     2     6     3     5          </b> <b>          0     0     0          </b>	<b>  2     8                    </b> <b>  0     1                    </b> <b>  9     4                    </b> <b>  8     2     0     0     1     2     8     6          </b>	<b>REMOÇÃO DE DENTES INCLUSOS / IMPACTADOS</b>	<b>  3     0     4     4          </b>			
<b>PREZADOS AUDITORES. NÃO SE BASEIEM PELA PANORAMICA POIS ELA DISTORCE. AMBOS ESTES DENTES ESTAVAM RECOBERTOS POR GENGIVA E SEMI INCLUSOS. NÃO FORAM FÁCEIS. SOLICITO REVISÃO DESTA GLOSA POIS DE</b>						
3- <b>          1           1          </b> <b>          1           1          </b> <b>          1           1          </b>	<b>                             </b> <b>                             </b> <b>                             </b>					
4- <b>          1           1          </b> <b>          1           1          </b> <b>          1           1          </b>	<b>                             </b> <b>                             </b> <b>                             </b>					
5- <b>          1           1          </b> <b>          1           1          </b> <b>          1           1          </b>	<b>                             </b> <b>                             </b> <b>                             </b>					
6- <b>          1           1          </b> <b>          1           1          </b> <b>          1           1          </b>	<b>                             </b> <b>                             </b> <b>                             </b>					

32 - Valor Total Recursado (R\$) <b>          1     9     1     4     5          </b>	33 - Valor Total Acatado (R\$) <b>          0     0     0          </b>	34 - Data do Recurso <b>  1     1     1     1     1     2     0     2     4          </b>	35 - Assinatura do Prestador	36 - Data da Assinatura da Operadora <b>          1     1     1     1     1     1     1     1    </b>	37 - Assinatura da Operadora
--	--	--	------------------------------	--	------------------------------