



| DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLÓGICA                                                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 3 - Nome da Operadora                                                                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 - Nome do Contratado                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4602/AM - KAHN AZEDO LEITE                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 - Código na Operadora                                                                                                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 0 0 4 7 0 9 3 9 5 0 0 1 0 0                                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Dados do Recurso do Proibido                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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                                                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 0 3 1 1 1                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 - Código da Glosa da Guia                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 -                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 - Data de Realização do Procedimento                                                                                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 21 - Dentista/Região                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 22 - Face                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 23 - Quantidade                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 24 - Tabela                                                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 25 - Procedimento/Item Assistencial                                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 26 - Descrição do Procedimento                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 27 - Código da Glosa                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 - 3 0 0 6 2 0 2 1 2 5 0 1 9 4 8 5 1 0 0 1 9 6 RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE 3 0 1 7                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| CONFORME MANUAL DO CRENDENCIADO CONSIDERAR A EXECUÇÃO DO RX OU FOTOGRAFIA SOMENTE QUANDO ENVOLVER FACE PROXIMAL DE ELEMENTO POSTERIOR, ENTÃO NÃO TEMOS FOTO VISTO QUE PROCEDIMENTO |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 - 3 0 0 6 2 0 2 1 3 5 0 1 9 4 8 5 1 0 0 1 9 6 RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE 3 0 1 7                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| CONFORME MANUAL DO CRENDENCIADO CONSIDERAR A EXECUÇÃO DO RX OU FOTOGRAFIA SOMENTE QUANDO ENVOLVER FACE PROXIMAL DE ELEMENTO POSTERIOR, ENTÃO NÃO TEMOS FOTO VISTO QUE PROCEDIMENTO |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 - 3 0 0 6 2 0 2 1 2 4 0 1 9 4 8 5 1 0 0 1 9 6 RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE 3 0 1 7                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| CONFORME MANUAL DO CRENDENCIADO CONSIDERAR A EXECUÇÃO DO RX OU FOTOGRAFIA SOMENTE QUANDO ENVOLVER FACE PROXIMAL DE ELEMENTO POSTERIOR, ENTÃO NÃO TEMOS FOTO VISTO QUE PROCEDIMENTO |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 - 3 0 0 6 2 0 2 1 3 7 0 1 9 4 8 5 1 0 0 1 9 6 RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE 3 0 1 7                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| CONFORME MANUAL DO CRENDENCIADO CONSIDERAR A EXECUÇÃO DO RX OU FOTOGRAFIA SOMENTE QUANDO ENVOLVER FACE PROXIMAL DE ELEMENTO POSTERIOR, ENTÃO NÃO TEMOS FOTO VISTO QUE PROCEDIMENTO |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 - 3 0 0 6 2 0 2 1 3 4 0 1 9 4 8 5 1 0 0 1 9 6 RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE 3 0 1 7                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| CONFORME MANUAL DO CRENDENCIADO CONSIDERAR A EXECUÇÃO DO RX OU FOTOGRAFIA SOMENTE QUANDO ENVOLVER FACE PROXIMAL DE ELEMENTO POSTERIOR, ENTÃO NÃO TEMOS FOTO VISTO QUE PROCEDIMENTO |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 -                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 32 - Valor Total Recusado (R\$)                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 0 3 0 0 7 2 0 2 1 9 1 5 0                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 34 - Data do Recurso                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 0 3 0 0 7 2 0 2 1                                                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 35 - Assinatura do Prestador                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 36 - Data da Assinatura da Operadora                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 37 - Assinatura da Operadora                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |