



|   |  |   |  |                                      |  |   |  |
|---|--|---|--|--------------------------------------|--|---|--|
| 1 - Registro ANS                        |  | 3 - Nome da Operadora   |  | 4 - Objeto do Recurso                |  | 5 - Número da Guia de Recursos de Glosas Atribuído pela |  |
| DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA   |  |   |  | 2                                    |  | 1 8 2 2 6 4 7   |  |
| Dados do Contratado                     |  |   |  | 7 - Nome do Contratado               |  |   |  |
| 6 - Código na Operadora                 |  |   |  | 3944/PR - EDWARD BERNARDI JUNIOR     |  |   |  |
| 3 0 7 1 2 0 5 0 9 0 6                   |  |   |  |                                      |  |   |  |
| Dados do Recurso do Protocolo           |  |   |  | 12 -                                 |  |   |  |
| 8 - Número do Lote                      |  | 9 - Número do Protocolo   |  | 10 - Código da Glosa do Protocolo    |  | 11 - Justificativa                                      |  |
|   |  |   |  |                                      |  |   |  |
| Dados do Recurso da Guia                |  |   |  | 19 -                                 |  |   |  |
| 13 - Número da Guia no Prestador        |  | 14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora                                |  | 15 - Status                          |  | 16 - Beneficiário                                       |  |
| 1 7 9 6 4 2 1                           |  | 1 7 9 6 4 2 1   |  | AUTORIZADO                           |  | 00202572767800051501 - THAISA LAIANE CAMPANHOLI         |  |
| 17 - Código da Glosa da Guia            |  | 18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)                      |  |                                      |  |   |  |
|   |  |   |  |                                      |  |   |  |
| Dados dos Itens da Guia                 |  |   |  |                                      |  |   |  |
| 20 - Data de Realização do Procedimento |  | 21 - Dente/Região   |  | 22 - Face                            |  | 23 - Quantidade   |  |
| 28 - Valor Recusado                     |  | 29 - Justificativa do Prestador   |  | 24 - Tabela                          |  | 25 - Procedimento/Item Assistencial                     |  |
| 30 - Valor Acatado                      |  | 31 - Justificativa da Operadora   |  | 26 - Descrição do Procedimento       |  | 27 - Código da Glosa                                    |  |
| 1- 2 8 0 2 2 0 2 4                      |  | 1 5   |  | 0 1                                  |  | 9 4   |  |
| 1 5 4 8 0                               |  | endodontia do elemento 15.  |  | 8 5 2 0 0 1 6 6                      |  | TRATAMENTO ENDODÔNTICO UNIRRADICULAR                    |  |
| 0 0 0                                   |  |   |  |                                      |  | 3 0 4 0   |  |
| 2- 2 8 0 2 2 0 2 4                      |  | R P S D   |  | 0 1                                  |  | 9 4   |  |
| 4 2 0                                   |  | a radiografia foi enviada invertida segue a radiografia na posição correta. |  | 8 1 0 0 0 4 2 1                      |  | RX PERIAPICAL   |  |
| 0 0 0                                   |  |   |  |                                      |  | 3 0 4 0   |  |
| 3- 1 1                                  |  |   |  |                                      |  |   |  |
| 1 1                                     |  |   |  |                                      |  |   |  |
| 1 1                                     |  |   |  |                                      |  |   |  |
| 4- 1 1                                  |  |   |  |                                      |  |   |  |
| 1 1                                     |  |   |  |                                      |  |   |  |
| 1 1                                     |  |   |  |                                      |  |   |  |
| 5- 1 1                                  |  |   |  |                                      |  |   |  |
| 1 1                                     |  |   |  |                                      |  |   |  |
| 1 1                                     |  |   |  |                                      |  |   |  |
| 6- 1 1                                  |  |   |  |                                      |  |   |  |
| 1 1                                     |  |   |  |                                      |  |   |  |
| 1 1                                     |  |   |  |                                      |  |   |  |
| 32 - Valor Total Recusado (R\$)         |  | 33 - Valor Total Acatado (R\$)  |  | 36 - Data da Assinatura da Operadora |  | 37 - Assinatura da Operadora                            |  |
| 1 5 9 0 0                               |  | 0 0 0   |  | 1 1 1 1                              |  |   |  |
| 34 - Data do Recurso                    |  | 35 - Assinatura do Prestador  |  | 36 - Data da Assinatura da Operadora |  | 37 - Assinatura da Operadora                            |  |
| 2 8 0 2 2 0 2 4                         |  |   |  | 1 1 1 1                              |  |   |  |