

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS



2 - Nº Guia no Prestador

751508

1 - Nome da Operadora DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLÓGICA	4 - Objeto do Recurso 2	5 - Número da Guia de Recurso de Glosas Atribuído para 7 5 1 5 0 8
---	-----------------------------------	--

6 - Nome do Contratado 45287/SP - ELISETE MARIA ANTONIASSI
--

7 - Número do Protocolo	8 - Código da Glosa do Protocolo	9 - Justificativa
-------------------------	----------------------------------	-------------------

10 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 7 1 4 9 4 2	11 - Status RECURSO DE	12 - Beneficiário 00202538573100000101 - DENISE NOGUEIRA PRADO FERNANDES
--	----------------------------------	--

13 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)	14 - Código da Glosa da Guia
--	------------------------------

15 - Data de Realização do Procedimento	16 - Valor Recusado	17 - Valor Acatado	18 - Dente/Região	19 - Face	20 - Quantidade	21 - Tabela	22 - Procedimento/Item Assistencial	23 - Descrição do Procedimento	24 - Código da Glosa
---	---------------------	--------------------	-------------------	-----------	-----------------	-------------	-------------------------------------	--------------------------------	----------------------

25 - Consulta ODONTOLÓGICA INICIAL	26 - 3 0 3 5
------------------------------------	--------------

25 - RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	26 - 3 0 3 5
------------------------------	--------------

25 - RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	26 - 3 0 3 5
------------------------------	--------------

25 - RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	26 - 3 0 3 5
------------------------------	--------------

25 - RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	26 - 3 0 3 5
------------------------------	--------------

25 - RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	26 - 3 0 3 5
------------------------------	--------------

25 - RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	26 - 3 0 3 5
------------------------------	--------------

25 - RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	26 - 3 0 3 5
------------------------------	--------------

27 - Valor Total Recusado (R\$) 7 1 2 0	28 - Valor Total Acatado (R\$) 0 0 0 0
---	--

29 - Data do Recurso	30 - Assinatura do Prestador	31 - Data da Assinatura da Operadora	32 - Assinatura da Operadora
----------------------	------------------------------	--------------------------------------	------------------------------

Dr. Eliete M. Antonassi
Períodontista
CRO SP 45.287

Dr. Eliete M. Antonassi
Períodontista
CRO SP 45.287

CEMAO
CRO/SP 5502

Beneficiária
Volte
para
revisão
anual.



714942
INTERCÂMBIO

1-Registro AHS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/09/21	4-Data de Autorização 23/09/21	5-Sertha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9090002	7-Data Validade da Sertha 21/12/21
8-Endereço do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202538573100000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome DENISE NOGUEIRA PRADO FERNANDES			14-Telefone 05/09/1963 () - - - -	15-Nome do titular do plano DENISE NOGUEIRA PRADO FERNANDES	
16-Atendimento a RH N					
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	

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	29/09/21		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	29/09/21		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH		1	36,00	0,00		S	29/09/21		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	29/09/21		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	29/09/21		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto 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 em 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 29/09/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/09/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/09/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/09/21
---------------	---	---	---	---

Dr. Elisete M. Antoniassi
Periodontista
CRO-SP 45.287

Dr. Elisete M. Antoniassi
Periodontista
CRO-SP 45.287

CEMAO
CRO/SP 5502



714946
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/10/91/21	4-Data de Autorização 23/10/91/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9090005	7-Data Validade da Senha 21/11/21/21
8-Número da Carteira 00202538573100000102					
9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /	
12-Número do Cartão Nacional de Saúde		13-Nome SIDIMAR PRADO FERNANDES			
14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano DENISE NOGUEIRA PRADO FERNANDES			
16-Atendimento a RH N					
17-Nome do Profissional Solicitante CEMAO					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 73096334749		22-Nome do Contratado Executante ELISETE MARIA ANTONIASSI		23-Número no CRO 45287	
24-UF SP		25-Código CNES		26-Nome do Profissional Executante ELISETE MARIA ANTONIASSI	
27-Número no CRO 45287		28-UF SP		29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentes/Região	34-Faixa	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			29/11/21		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			29/11/21		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			29/11/21		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			29/11/21		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH		1	36,00	0,00			29/11/21		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto 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\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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	Dr. Elisete M. Antonassi Periodontista CRO. SP 45.287	Dr. Elisete M. Antonassi Periodontista CRO. SP 45.287	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 29/11/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/11/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/11/21 A	53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/11/21
---------------	---	---	---	---	---	---

CEMAO
CRO/SP 5502



2 - Nº Guia no Prestador

751509

1 - Nome da Operadora DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA		4 - Objeto do Recurso (2)		5 - Número da Guia de Recurso de Glosas Atribuído pela 7 5 1 5 0 9	
6 - Nome do Contratado 45287/SP - ELISETTE MARIA ANTONIASSI					
7 - Nome do Contratado 45287/SP - ELISETTE MARIA ANTONIASSI					
8 - Número do Protocolo		9 - Código da Glosa do Protocolo		10 - Justificativa	
11 - Número da Guia no Prestador 7 1 4 9 4 6		12 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 7 1 4 9 4 6		13 - Status RECURSO DE	
14 - Beneficiário 00202538573100000102 - SIDIMAR PRADO FERNANDES					
15 - Código da Glosa da Guia		16 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)			
20 - Data da Realização do Procedimento 21 - Valor Recusado 22 - Valor Aceito					
23 - Dente/Região 24 - Face 25 - Quantidade 26 - Tabela 27 - Procedimento/Item Assistencial 28 - Descrição do Procedimento 29 - Código da Glosa					
30 - Valor Recusado 31 - Valor Aceito 32 - Justificativa do Prestador 33 - Justificativa da Operadora					
34 - Valor Total Recusado (R\$) 7 1 2 0					
35 - Valor Total Aceito (R\$) 0 4 0 0					
36 - Data da Assinatura da Operadora					
37 - Assinatura da Operadora Dr. Elisete M. Antoniasse Periodontista CRO. SP 45.287					
38 - Data da Assinatura da Operadora					
39 - Assinatura da Operadora Dr. Elisete M. Antoniasse Periodontista CRO. SP 45.287					

20 - Data da Realização do Procedimento	21 - Valor Recusado	22 - Valor Aceito	23 - Dente/Região	24 - Face	25 - Quantidade	26 - Tabela	27 - Procedimento/Item Assistencial	28 - Descrição do Procedimento	29 - Código da Glosa
2 2 / 0 9 / 2 0 2 1	0 1 4	0 1	9 4	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	3 0 3 5			
1 4 4 0									
0 4 0 0									
2 2 / 0 9 / 2 0 2 1	0 1 3	0 1	9 4	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	3 0 3 5			
1 4 4 0									
0 4 0 0									
2 2 / 0 9 / 2 0 2 1	0 1 2	0 1	9 4	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	3 0 3 5			
1 4 4 0									
0 4 0 0									
2 2 / 0 9 / 2 0 2 1	0 1 1	0 1	9 4	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	3 0 3 5			
1 4 4 0									
0 4 0 0									
2 2 / 0 9 / 2 0 2 1	0 1	9 4	8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA INICIAL	3 0 3 5				
1 3 6 0									
0 4 0 0									

LEMAO
CRO/SP 5502