



751509

3 - Nome da Operadora DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA		7 - Nº Guia no Prestador 751509	
4 - Objeto do Recurso 2		5 - Número da Guia de Recursos de Glosas Atribuída pela 7 5 1 5 0 9	
6 - Nome do Contratado 4 0 3 7 0 9 6 0 0 0 1 1 3		7 - Nome do Contratado 45287/SP - ELISETTE MARIA ANTONIASSI	
8 - Número do Protocolo 9 4 0 3 7 0 9 6 0 0 0 1 1 3		9 - Número do Protocolo 9 4 0 3 7 0 9 6 0 0 0 1 1 3	
10 - Código da Glosa do Protocolo 9 4 0 3 7 0 9 6 0 0 0 1 1 3		11 - Justificativa RECURSO DE	
12 - Beneficiário 00202538573100000102 - SIDIMAR PRADO FERNANDES		13 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)	
14 - Número da Guia Atribuída pela Operadora 7 1 4 9 4 6		15 - Status RECURSO DE	
16 - Data de Realização do Procedimento 2 2 0 9 1 2 0 2 1		17 - Valor Recusado 0 1 4	
18 - Valor Acatado 0 1 4		19 - Descrição do Procedimento RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	
20 - Data de Realização do Procedimento 2 2 0 9 1 2 0 2 1		21 - Dente/Região 0 1 3	
22 - Valor Recusado 0 1 4		23 - Quantidade 8 5 3 0 0 0 4 7	
24 - Valor Acatado 0 1 4		25 - Procedimento/Item Assistencial RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	
26 - Data de Realização do Procedimento 2 2 0 9 1 2 0 2 1		27 - Dente/Região 0 1 2	
28 - Valor Recusado 0 1 4		29 - Quantidade 8 5 3 0 0 0 4 7	
29 - Valor Acatado 0 1 4		30 - Procedimento/Item Assistencial RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	
30 - Data de Realização do Procedimento 2 2 0 9 1 2 0 2 1		31 - Dente/Região 0 1 1	
31 - Valor Recusado 0 1 4		32 - Quantidade 8 5 3 0 0 0 4 7	
32 - Valor Acatado 0 1 4		33 - Procedimento/Item Assistencial RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	
33 - Data de Realização do Procedimento 2 2 0 9 1 2 0 2 1		34 - Dente/Região 0 1 1	
34 - Valor Recusado 0 1 4		35 - Quantidade 8 1 0 0 0 0 6 5	
35 - Valor Acatado 0 1 4		36 - Procedimento/Item Assistencial CONSULTA ODONTOLÓGICA INICIAL	
36 - Data de Realização do Procedimento 2 2 0 9 1 2 0 2 1		37 - Dente/Região 0 1 1	
37 - Valor Recusado 0 1 4		38 - Quantidade 8 1 0 0 0 0 6 5	
38 - Valor Acatado 0 1 4		39 - Procedimento/Item Assistencial CONSULTA ODONTOLÓGICA INICIAL	
39 - Data de Realização do Procedimento 2 2 0 9 1 2 0 2 1		40 - Dente/Região 0 1 1	
40 - Valor Recusado 0 1 4		41 - Quantidade 8 1 0 0 0 0 6 5	
41 - Valor Acatado 0 1 4		42 - Procedimento/Item Assistencial CONSULTA ODONTOLÓGICA INICIAL	
42 - Data de Realização do Procedimento 2 2 0 9 1 2 0 2 1		43 - Dente/Região 0 1 1	
43 - Valor Recusado 0 1 4		44 - Quantidade 8 1 0 0 0 0 6 5	
44 - Valor Acatado 0 1 4		45 - Procedimento/Item Assistencial CONSULTA ODONTOLÓGICA INICIAL	
45 - Data de Realização do Procedimento 2 2 0 9 1 2 0 2 1		46 - Dente/Região 0 1 1	
46 - Valor Recusado 0 1 4		47 - Quantidade 8 1 0 0 0 0 6 5	
47 - Valor Acatado 0 1 4		48 - Procedimento/Item Assistencial CONSULTA ODONTOLÓGICA INICIAL	
48 - Data de Realização do Procedimento 2 2 0 9 1 2 0 2 1		49 - Dente/Região 0 1 1	
49 - Valor Recusado 0 1 4		50 - Quantidade 8 1 0 0 0 0 6 5	
50 - Valor Acatado 0 1 4		51 - Procedimento/Item Assistencial CONSULTA ODONTOLÓGICA INICIAL	
51 - Data de Realização do Procedimento 2 2 0 9 1 2 0 2 1		52 - Dente/Região 0 1 1	
52 - Valor Recusado 0 1 4		53 - Quantidade 8 1 0 0 0 0 6 5	
53 - Valor Acatado 0 1 4		54 - Procedimento/Item Assistencial CONSULTA ODONTOLÓGICA INICIAL	
54 - Data de Realização do Procedimento 2 2 0 9 1 2 0 2 1		55 - Dente/Região 0 1 1	
55 - Valor Recusado 0 1 4		56 - Quantidade 8 1 0 0 0 0 6 5	
56 - Valor Acatado 0 1 4		57 - Procedimento/Item Assistencial CONSULTA ODONTOLÓGICA INICIAL	
57 - Data de Realização do Procedimento 2 2 0 9 1 2 0 2 1		58 - Dente/Região 0 1 1	
58 - Valor Recusado 0 1 4		59 - Quantidade 8 1 0 0 0 0 6 5	
59 - Valor Acatado 0 1 4		60 - Procedimento/Item Assistencial CONSULTA ODONTOLÓGICA INICIAL	
60 - Data de Realização do Procedimento 2 2 0 9 1 2 0 2 1		61 - Dente/Região 0 1 1	
61 - Valor Recusado 0 1 4		62 - Quantidade 8 1 0 0 0 0 6 5	
62 - Valor Acatado 0 1 4		63 - Procedimento/Item Assistencial CONSULTA ODONTOLÓGICA INICIAL	
63 - Data de Realização do Procedimento 2 2 0 9 1 2 0 2 1		64 - Dente/Região 0 1 1	
64 - Valor Recusado 0 1 4		65 - Quantidade 8 1 0 0 0 0 6 5	
65 - Valor Acatado 0 1 4		66 - Procedimento/Item Assistencial CONSULTA ODONTOLÓGICA INICIAL	
66 - Data de Realização do Procedimento 2 2 0 9 1 2 0 2 1		67 - Dente/Região 0 1 1	
67 - Valor Recusado 0 1 4		68 - Quantidade 8 1 0 0 0 0 6 5	
68 - Valor Acatado 0 1 4		69 - Procedimento/Item Assistencial CONSULTA ODONTOLÓGICA INICIAL	
69 - Data de Realização do Procedimento 2 2 0 9 1 2 0 2 1		70 - Dente/Região 0 1 1	
70 - Valor Recusado 0 1 4		71 - Quantidade 8 1 0 0 0 0 6 5	
71 - Valor Acatado 0 1 4		72 - Procedimento/Item Assistencial CONSULTA ODONTOLÓGICA INICIAL	
72 - Data de Realização do Procedimento 2 2 0 9 1 2 0 2 1		73 - Dente/Região 0 1 1	
73 - Valor Recusado 0 1 4		74 - Quantidade 8 1 0 0 0 0 6 5	
74 - Valor Acatado 0 1 4		75 - Procedimento/Item Assistencial CONSULTA ODONTOLÓGICA INICIAL	
75 - Data de Realização do Procedimento 2 2 0 9 1 2 0 2 1			

24



714946
INTERCÀMBIO

Unidade para uso exclusivo		3-Dia de Emissão de Guia 22/10/91/21		4-Dia de Autorização 23/10/91/21		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 9090005		7-Dia Validade da Guia 21/11/21/21		8-Número do Cartão Nacional de Saúde 714946 INTERCÂMBIO	
9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA				11-Dia Validade da Guia 11/11/11				12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome do Beneficiário SIDIMAR PRADO FERNANDES				14-Data de Nascimento 14/08/1961				15-Nome do Rótulo do plano DENISE NOGUEIRA PRADO FERNANDES				16-Data de Nascimento do Rótulo	
17-Endereço e CEP N				18-Nome do Profissional Solicitante CEMAO				19-Data de Emissão da Guia 22/10/91				20-Data de Validade da Guia 21/11/21	
21-Endereço da Empresa 73096334749				22-Nome do Contratado Executante ELISETTE MARIA ANTONIASSI				23-Número no CRO 45287				24-Data de Emissão da Guia 22/10/91	
25-Data de Emissão da Guia 22/10/91				26-Data de Validade da Guia 21/11/21				27-Data de Emissão da Guia 22/10/91				28-Data de Validade da Guia 21/11/21	
29-Data de Emissão da Guia 22/10/91				30-Data de Validade da Guia 21/11/21				31-Data de Emissão da Guia 22/10/91				32-Data de Validade da Guia 21/11/21	
33-Data de Emissão da Guia 22/10/91				34-Data de Validade da Guia 21/11/21				35-Data de Emissão da Guia 22/10/91				36-Data de Validade da Guia 21/11/21	
37-Data de Emissão da Guia 22/10/91				38-Data de Validade da Guia 21/11/21				39-Data de Emissão da Guia 22/10/91				40-Data de Validade da Guia 21/11/21	
41-Data de Emissão da Guia 22/10/91				42-Data de Validade da Guia 21/11/21				43-Data de Emissão da Guia 22/10/91				44-Data de Validade da Guia 21/11/21	
45-Data de Emissão da Guia 22/10/91				46-Data de Validade da Guia 21/11/21				47-Data de Emissão da Guia 22/10/91				48-Data de Validade da Guia 21/11/21	
49-Data de Emissão da Guia 22/10/91				50-Data de Validade da Guia 21/11/21				51-Data de Emissão da Guia 22/10/91				52-Data de Validade da Guia 21/11/21	
53-Data de Emissão da Guia 22/10/91				54-Data de Validade da Guia 21/11/21				55-Data de Emissão da Guia 22/10/91				56-Data de Validade da Guia 21/11/21	
57-Data de Emissão da Guia 22/10/91				58-Data de Validade da Guia 21/11/21				59-Data de Emissão da Guia 22/10/91				60-Data de Validade da Guia 21/11/21	
61-Data de Emissão da Guia 22/10/91				62-Data de Validade da Guia 21/11/21				63-Data de Emissão da Guia 22/10/91				64-Data de Validade da Guia 21/11/21	
65-Data de Emissão da Guia 22/10/91				66-Data de Validade da Guia 21/11/21				67-Data de Emissão da Guia 22/10/91				68-Data de Validade da Guia 21/11/21	
69-Data de Emissão da Guia 22/10/91				70-Data de Validade da Guia 21/11/21				71-Data de Emissão da Guia 22/10/91				72-Data de Validade da Guia 21/11/21	
73-Data de Emissão da Guia 22/10/91				74-Data de Validade da Guia 21/11/21				75-Data de Emissão da Guia 22/10/91				76-Data de Validade da Guia 21/11/21	
77-Data de Emissão da Guia 22/10/91				78-Data de Validade da Guia 21/11/21				79-Data de Emissão da Guia 22/10/91				80-Data de Validade da Guia 21/11/21	
81-Data de Emissão da Guia 22/10/91				82-Data de Validade da Guia 21/11/21				83-Data de Emissão da Guia 22/10/91				84-Data de Validade da Guia 21/11/21	
85-Data de Emissão da Guia 22/10/91				86-Data de Validade da Guia 21/11/21				87-Data de Emissão da Guia 22/10/91				88-Data de Validade da Guia 21/11/21	
89-Data de Emissão da Guia 22/10/91				90-Data de Validade da Guia 21/11/21				91-Data de Emissão da Guia 22/10/91				92-Data de Validade da Guia 21/11/21	
93-Data de Emissão da Guia 22/10/91				94-Data de Validade da Guia 21/11/21				95-Data de Emissão da Guia 22/10/91				96-Data de Validade da Guia 21/11/21	
97-Data de Emissão da Guia 22/10/91				98-Data de Validade da Guia 21/11/21				99-Data de Emissão da Guia 22/10/91				100-Data de Validade da Guia 21/11/21	

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), 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Assinatura do Beneficiário: *Sidimar Prado Fernandes*
CRO SP 45.287

Assinatura do Profissional Solicitante: *Elisete Maria Antoniassi*
CRO SP 45.287

Assinatura do Profissional Contratado: *Elisete Maria Antoniassi*
CRO SP 45.287

Assinatura da Empresa: *CEMAO*
CRO/SP 5502



714942
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/09/21	4-Data de Autorização 23/09/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9090002	7-Data Validade de Senha 21/12/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202538573100000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome DENISE NOGUEIRA PRADO FERNANDES		14-Telefone 05/09/1963 () -	15-Nome do titular do plano DENISE NOGUEIRA PRADO FERNANDES		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CEMAO	18-Número na CRO 45287	19-UF SP	20-Código CBO 3 11	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 73096334749	22-Nome do Contratado Executante ELISETTE MARIA ANTONIASSI	23-Número na CRO 45287	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ELISETTE MARIA ANTONIASSI		27-Número na CRO 45287	28-UF SP	29-Código CBO 5	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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

43-Data Previsão 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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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. Antoniasse Periodontista CRO SP 45.287	Dr. Elisete M. Antoniasse Periodontista CRO SP 45.287	CEMAO CRO/SP 5502
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

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS



2 - Nº Guia no Prestador

751508

1 - Nome da Operadora DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA		4 - Objeto do Recurso 2		5 - Número da Guia de Recursos de Glosas Atribuído pelo 7 5 1 5 0 8	
6 - Nome da Contratada 45287/SP - ELISETTE MARIA ANTONIASSI		9 - Número do Protocolo		10 - Código da Glosa do Protocolo	
11 - Justificativa		12 -		13 -	
14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 7 1 4 9 4 2		15 - Status RECURSO DE		16 - Beneficiário 00202538573100000101 - DENISE NOGUEIRA PRADO FERNANDES	
17 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)		18 -		19 -	
20 - Data de Realização do Procedimento		21 - Dente/Região		22 - Face	
23 - Quantidade		24 - Tabela		25 - Procedimento/Item Assistencial	
26 - Descrição do Procedimento		27 - Código da Glosa		28 - Valor Recusado	
29 - Valor Acatado		30 - Justificativa da Operadora		31 - Justificativa da Operadora	
32 - Valor Total Recusado (R\$) 7 1 2 0		33 - Valor Total Acatado (R\$) 0 4 0 0		34 - Data do Recurso	
35 - Assinatura do Prestador		36 - Data da Assinatura da Operadora		37 - Assinatura da Operadora	

20 - Data de Realização do Procedimento	21 - Dente/Região	22 - Face	23 - Quantidade	24 - Tabela	25 - Procedimento/Item Assistencial	26 - Descrição do Procedimento	27 - Código da Glosa
22/09/2021	01	94	81000065		CONSULTA ODONTOLOGICA INICIAL	3035	
22/09/2021	013	01	94	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	3035	
22/09/2021	012	01	94	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	3035	
22/09/2021	014	01	94	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	3035	
22/09/2021	011	01	94	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	3035	

Beneficiária

Volte

para

revisar

anual

Dr. Elisete M. Antonassi
Periodontista
CRO SP 45287

Dr. Elisete M. Antonassi
Periodontista
CRO SP 45287

CEMAO
CRO/SP 5502