RELATÓRIO DE RECURSO DE GLOSA - PRESTADORES									
Prestador				**CNPJ**					
				Valor total do recurso	R$ -				
Fatura/Nota Fiscal				**Data de Pagamento**					
CONTA	**BENEFICIÁRIO (nome)**	**SERVIÇO (Procedimento)**	**DATA ATENDIMENTO**	**MOTIVO GLOSA**	**VALOR COBRADO**	**VALOR PAGO**	**VALOR ACEITO PRESTADOR**	**VALOR RECURSADO**	**JUSTIFICATIVA**
					R$ -	R$ -	R$ -	0,00	
					R$ -	R$ -	R$ -	0,00	
					R$ -	R$ -	R$ -	0,00	
					R$ -	R$ -	R$ -	0,00	
					R$ -	R$ -	R$ -	0,00	
					R$ -	R$ -	R$ -	0,00	
					R$ -	R$ -	R$ -	0,00	
					R$ -	R$ -	R$ -	0,00	
					R$ -	R$ -	R$ -	0,00	
					R$ -	R$ -	R$ -	0,00	
					R$ -	R$ -	R$ -	0,00	
					R$ -	R$ -	R$ -	0,00	
					R$ -	R$ -	R$ -	0,00	
					R$ -	R$ -	R$ -	0,00	
					R$ -	R$ -	R$ -	0,00	
					R$ -	R$ -	R$ -	0,00	
					R$ -	R$ -	R$ -	0,00	
					R$ -	R$ -	R$ -	0,00	
					R$ -	R$ -	R$ -	0,00	
					R$ -	R$ -	R$ -	0,00	
					R$ -	R$ -	R$ -	0,00	
					R$ -	R$ -	R$ -	0,00	
					R$ -	R$ -	R$ -	0,00	
				TOTAL	**R$ -**	**R$ -**	**R$ -**	**R$ -**	

Documentação necessária para a Apresentação do Recurso de Glosas

> Xerox do demonstrativo de Glosas;

> Relatórios, Laudos, Justificativas Médicas ou de Enfermagem se solicitado;

O Recurso de Glosas deverá ser encaminhado formalmente, em até 30 dias a contar da notificação da fatura glosada, a Operadora terá o prazo de 30 dias para responder os referidos recursos apresentados.
As glosas não recursadas nesse período serão consideradas como aceitas pelo Prestador.