

**Formulário de Recurso de Glosa**

Nome do Credenciado: \_\_\_\_\_ CRO/UF: \_\_\_\_\_

Guia: \_\_\_\_\_ Mês de Referência: \_\_\_\_\_

| Código Procedimento | Dente/Região | Motivo da Glosa | Justificativa/Correções |
|---------------------|--------------|-----------------|-------------------------|
|                     |              |                 |                         |
|                     |              |                 |                         |
|                     |              |                 |                         |
|                     |              |                 |                         |
|                     |              |                 |                         |
|                     |              |                 |                         |
|                     |              |                 |                         |
|                     |              |                 |                         |
|                     |              |                 |                         |
|                     |              |                 |                         |
|                     |              |                 |                         |
|                     |              |                 |                         |
|                     |              |                 |                         |
|                     |              |                 |                         |

**Observações:**

---

---

---

---

---

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura e Carimbo

Analista/Auditor: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_