Odontolife
Plano Odontológico

# 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: ____/____/____