



# RECURSO DE GLOSA ODONTOLÓGICA

1. Nome Prestador:		2. Matrícula do Prestador:	3. Município do Prestador:	
4. Nº Remessa glosada:	5. Competência de Remessa:	6. Data Processamento: __ / __ / ____	7. Data Apresentação: __ / __ / ____	8. Valor total por Beneficiário:
9. Nome do Beneficiário:				10. Matrícula do Beneficiário:

Código Procedimento (8 DÍGITOS)	Valor Procedimento (R\$)	Deferido	Indeferido	Valor Autorizado Pagto (R\$)
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### Justificativa para Recurso

---



---



---



---



---

\_\_\_\_\_ Data: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_  
**Assinatura Profissional e Carimbo**

### Parecer Auditor Técnico / Revisor Administrativo

---



---



---



---

Auditor Técnico  
 Revisor Administrativo

\_\_\_\_\_ Data: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_  
**Assinatura e Carimbo**

Padronização de formulários IPSEMG - Departamento de Planejamento e Orçamento - DEPO. Ramal: 52586

IP1418 - PÁGINA 1 DE 1 - 02/04/2018