

Título: Revisão de Glosa - Detalhamento por Guia

Tipo de Anexo: Formulário

Número e Versão do Anexo: RQ-FOR-455 - V.2

Fase: Vigente

Prestador Solicitante:	Matrícula:	
Nome do Paciente:	Matrícula:	
Guia:	Guia principal () Guia Secundária ()	Referência:

01		MAT/ MED			
Código item	Descrição	Data	Código Glosa	Valor da Glosa	Justificativa
02		DIÁRIAS / TAXAS			
Código item	Descrição	Data	Código Glosa	Valor da Glosa	Justificativa

Título: Revisão de Glosa - Detalhamento por Guia

Tipo de Anexo: Formulário

Número e Versão do Anexo: RQ-FOR-455 - V.2

Fase: Vigente

03 EXAMES					
Código item	Descrição	Data	Código Glosa	Valor da Glosa	Justificativa
04 PROCEDIMENTOS					
Código item	Descrição	Data	Código Glosa	Valor da Glosa	Justificativa

VALOR TOTAL DE GLOSA R\$ _____

Local e Data _____, ____/____/____

Diretor Clínico e/ou Profissional Responsável - Assitente (Assinatura e Carimbo)