

RECURSO DE GLOSA SAÚDE BRB

Credenciado: _____
Código do credenciado: _____
Telefone: _____
Contato: _____
E-mail: _____
Número da Fatura: _____
Valor do recurso: _____
Data de pagamento do lote: ___/___/___
Data da interposição do recurso: ___/___/___

DETALHAMENTO DO RECURSO

1) Nome do beneficiário:

Nº do cartão: _____
Data do atendimento: ___/___/___
Nº da guia: _____
Profissional executante: _____ Registro no Conselho: _____
Código do procedimento: _____ - _____
Valor recursado: R\$ _____
Justificativa do recurso:

Análise administrativa (Saúde BRB):

Data\Assinatura

Análise Técnica (Saúde BRB):

Data\Assinatura

2) Nome do beneficiário:

Nº do cartão: _____
Data do atendimento: ___/___/___
Nº da guia: _____
Profissional executante: _____ Registro no Conselho: _____
Código do procedimento: _____ - _____
Valor recursado: R\$ _____
Justificativa do recurso:

Análise administrativa (Saúde BRB):

Data\Assinatura

Análise Técnica (Saúde BRB):

Data\Assinatura

3) Nome do beneficiário:

Nº do cartão: _____
Data do atendimento: ___/___/___
Nº da guia: _____
Profissional executante: _____ Registro no Conselho: _____
Código do procedimento: _____ - _____
Valor recursado: R\$ _____
Justificativa do recurso:

Análise administrativa (Saúde BRB):

Data\Assinatura

Análise Técnica (Saúde BRB):

Data\Assinatura

4) Nome do beneficiário:

Nº do cartão: _____
Data do atendimento: ___/___/___
Nº da guia: _____
Profissional executante: _____ Registro no Conselho: _____
Código do procedimento: _____ - _____
Valor recursado: R\$ _____
Justificativa do recurso:

Análise administrativa (Saúde BRB):

Data\Assinatura

Análise Técnica (Saúde BRB):

Data\Assinatura

5) Nome do beneficiário:

Nº do cartão: _____

Data do atendimento: ___/___/___

Nº da guia: _____

Profissional executante: _____ Registro no Conselho: _____

Código do procedimento: _____ - _____

Valor recursado: R\$ _____

Justificativa do recurso:

Análise administrativa (Saúde BRB):

Data\Assinatura

Análise Técnica (Saúde BRB):

Data\Assinatura

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do credenciado sob carimbo

Parecer Conclusivo:

Valor total deferido: R\$
Valor total indeferido: R\$

Decisão Supervisão e Gerência GEOPE:

() Favorável Total () Favorável Parcial () Desfavorável
Justificativa:
