

CAPA DE LOTE
RECURSO DE GLOSA
ODONTOLOGIA

1- Data do Envio

____/____/____

Dados do Prestador

2- Nome

3- Código

4- Número da Guia Recursada	5- Total Recursado	6- Número da Guia Recursada	7- Total Recursado
1- _____	_____,____	26- _____	_____,____
2- _____	_____,____	27- _____	_____,____
3- _____	_____,____	28- _____	_____,____
4- _____	_____,____	29- _____	_____,____
5- _____	_____,____	30- _____	_____,____
6- _____	_____,____	31- _____	_____,____
7- _____	_____,____	32- _____	_____,____
8- _____	_____,____	33- _____	_____,____
9- _____	_____,____	34- _____	_____,____
10- _____	_____,____	35- _____	_____,____
11- _____	_____,____	36- _____	_____,____
12- _____	_____,____	37- _____	_____,____
13- _____	_____,____	38- _____	_____,____
14- _____	_____,____	39- _____	_____,____
15- _____	_____,____	40- _____	_____,____
16- _____	_____,____	41- _____	_____,____
17- _____	_____,____	42- _____	_____,____
18- _____	_____,____	43- _____	_____,____
19- _____	_____,____	44- _____	_____,____
20- _____	_____,____	45- _____	_____,____
21- _____	_____,____	46- _____	_____,____
22- _____	_____,____	47- _____	_____,____
23- _____	_____,____	48- _____	_____,____
24- _____	_____,____	49- _____	_____,____
25- _____	_____,____	50- _____	_____,____

8- Carimbo Setor de Protocolo Unafisco Saúde

Data do Recebimento

9- Qtde de Guias

10- Valor Total Recursado

11- Assinatura e Carimbo do Credenciado

12- Assinatura e Carimbo do Analista de Contas

13- Assinatura e Carimbo do Auditor Odontológico