

DADOS DA GUIA DE RECURSOS DE GLOSA			
<i>Número do Campo</i>	<i>Nome do Campo</i>	<i>Descrição</i>	<i>Obrigatório</i>
2	Nº GTO Recursada	Nº da GTO principal que originou a glosa	SIM
DADOS DO CREDENCIADO SOLICITANTE			
<i>Número do Campo</i>	<i>Nome do Campo</i>	<i>Descrição</i>	<i>Obrigatório</i>
3	Nome do Credenciado	Nome do Credenciado	SIM
4	CNPJ/CPF	Número do CNPJ e CPF	SIM. Quando não preencher o campo 5.
5	Código na Operadora	Cadastro do prestador no Unafisco Saúde	SIM. Quando não preencher o campo 4.
DADOS DO BENEFICIÁRIO			
<i>Número do Campo</i>	<i>Nome do Campo</i>	<i>Descrição</i>	<i>Obrigatório</i>
6	Nome do Beneficiário	Nome do Beneficiário	SIM
7	Número da Carteira	Número do cartão do beneficiário	SIM
DADOS DOS PROCEDIMENTOS/SERVIÇOS PARA RECURSO DE GLOSA			
<i>Número do Campo</i>	<i>Nome do Campo</i>	<i>Descrição</i>	<i>Obrigatório</i>
8	Código de Procedimento	Código do Procedimento glosado na GTO principal	SIM
9	Descrição do Procedimento	Descrição do Procedimento glosado na GTO principal	SIM
10	Justificativa do Recurso	Descrição da Justificativa, por parte do credenciado, com objetivo para recorrer ao pagamento da glosa.	SIM
11	Dente/Região	Número do dente/região	Obrigatório dependendo do procedimento recursado
12	Face	Número da face	Obrigatório dependendo do procedimento recursado
13	Quantidade	Quantidade glosada	SIM
14	Valor Glosado (R\$)	Valor unitário em R\$ do procedimento/serviço glosado na GTO principal	SIM
15	Valor Recursado (R\$)	Valor unitário em R\$ do procedimento/serviço solicitado pelo Credenciado para Recurso de Glosa	SIM
16	Valor Total (R\$)	Valor total em R\$ dos procedimentos/serviços Glosados	SIM
17	Valor Total (R\$)	Valor total em R\$ dos procedimentos/serviços Recursados	SIM
DADOS DA OPERADORA			
<i>Número do Campo</i>	<i>Nome do Campo</i>	<i>Descrição</i>	<i>Obrigatório</i>
18	Observação da Auditoria Odontológica	Campo para registros da análise Técnica do Recurso de glosa pela Auditoria Odontológica.	Uso Exclusivo Unafisco Saúde
19	Observação da Análise	Campo para registro da análise operacional do Recurso de Glosa pelos Analista.	Uso Exclusivo Unafisco Saúde
20	Data e assinatura do Dentista Executante	Data e assinatura do Dentista que executou os procedimentos	SIM
21	Data e assinatura da Auditoria Odontológica_Unafisco Saúde	Data e assinatura da Auditoria Odontológica	Uso Exclusivo Unafisco Saúde
22	Data e assinatura do Analista_Unafisco Saúde	Data e assinatura do Analista de Contas	Uso Exclusivo Unafisco Saúde