SOLICITAÇÃO DE RECURSO DE GLOSA

2-Nome do Credenciado	3-CNPJ/CPF		4-Código na Operadora	5-Nº do Protocolo	
6-Nome do Beneficiário	**7-Guia**	**8-Código do Procedimento**	**9-Justificativa do Recurso**	**10-Valor Glosado**	**11-Valor Recursado**
12-Data e Assinatura do Executante:				**13-V.Total Glosado R$**	**14-V.Total Recursado R$**

INSTRUÇÕES PARA APRESENTAÇÃO DO RECURSO DE GLOSA

1. Em caso de divergência em relação aos valores apresentados e recebidos, o CREDENCIADO deverá solicitar a revisão do processo de pagamento por meio deste formulário "Recurso de Glosa" com documentos anexados, se necessários.
2. Os recursos de glosas somente serão aceitos dentro do prazo de 60 (sessenta) dias corridos da data do pagamento da fatura.
3. Para obter informações sobre a divergência do valor cobrado e pago, o CREDENCIADO poderá consultar o Demosntrativo de Pagamento/Contas Médicas, no endereço www.copass-saude.com.br
4. As divergências relativas a uma determinada guia deverão ser recursadas de uma única vez.
5. Assistindo razão ao CREDENCIADO quanto a cassação das glosas, a Copass Saúde efetuará o pagamento referente aos valores acatados para os recursos apresentados, num prazo de até 30 (trinta) dias após o recebimento do Recurso de Glosas.

ANS Nº 41.656-8