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. A documentação física deverá ser encaminhada para a sede da Copass Saúde.

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 Demonstrativo de Pagamento/Contas Médicas, no endereço www.copass-saude.com.br no menu principal > Tiss > 2ª via de protocolo/ Demonstrativo de Pagamento/Contas Médicas

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, no prazo estabelecido em contrato.