

Título: Formulário Revisão de Glosa - Detalhamento por Guia

Tipo de Anexo: Registro

Fase: Vigente

Número e Versão do Anexo: RGQ-0119 - V.0

Prestador solicitante: _____ **Matrícula:** _____

Nome do paciente: _____ **Matrícula:** _____

N.º guia principal: _____ **N.º guia secundária:** _____ **Referência:** _____

| 01 | Material/ Medicamento | | | |
|-------------|-----------------------|------|----------------|------------------------|
| Código item | Descrição | Data | Valor da glosa | Justificativa por item |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| 02 | Diárias/ Taxas | | | |
|-------------|----------------|------|----------------|------------------------|
| Código item | Descrição | Data | Valor da glosa | Justificativa por item |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Título: Formulário Revisão de Glosa - Detalhamento por Guia

Tipo de Anexo: Registro

Fase: Vigente

Número e Versão do Anexo: RGQ-0119 - V.0

| 03 | Exames | | | |
|-------------|-----------|------|----------------|------------------------|
| Código item | Descrição | Data | Valor da glosa | Justificativa por item |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| 04 | Procedimentos | | | |
|-------------|---------------|------|----------------|------------------------|
| Código item | Descrição | Data | Valor da glosa | Justificativa por item |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Local e data: _____, ____ / ____ / ____ **Valor total da glosa: R\$** _____

Diretor clínico e/ou profissional responsável – Assistente (assinatura e carimbo)