postalsaúde

RECURSO DE GLOSA POSTAL SAÚDE

CPF/CNPJ_NOME												
UF		DATA PEDIDO PRESTADOR		DATA ESTIMADA RETORNO OPERADORA		30	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	
Nome Beneficiário	Código Beneficiário	Nº PEG	Data do Evento	Código Evento	Descrição Evento	Qtde	Valor Cobrado	Valor Pago	Valor Glosado	Valor Aceito	Valor Recurso	JUSTIFICATIVA