
FORMULÁRIO DE RECURSO DE GLOSA

Prestador

PEG

Nota Fiscal glosada

Valor Glosa R\$

Beneficiário

Justificativa

Data

___ / ___ / ___

Ass. Resp.

Telefone/e-mail para contato



RECIBO DO PRESTADOR

Recebido por:

Data

___ / ___ / ___

Assinatura do recebedor