Nome do beneficiário(a): _____

Código do contrato:_____Data:____/____/_____

Requerimento à Ouvidoria do Santa Casa Saúde

☐ **Reanálise** ☐ **Junta médica***

Com base na Resolução Normativa - RN n.º 395, de 14 de janeiro de 2016, em seu artigo 11º, solicito que se efetue o requerimento acima assinalado, em razão de não concordar com a resposta obtida referente a solicitação de procedimento e/ou serviço de cobertura assistencial protocolada junto ao Setor Assistencial desta operadora, sendo assim manifesto abaixo minha opinião sobre essa negativa:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Estou ciente que o prazo para resposta é de 7 (sete) dias úteis e que a mesma será feita mediante registro de protocolo na operadora, conforme disposto pela RN 395.

Atenciosamente.

_____

Assinatura do beneficiário/responsável

***Para o requerimento de junta médica serão observados os critérios da RN 424, quando houver divergência técnico assistencial pelo médico auditor da operadora.

Plano de Saúde da Santa Casa de Bragança Paulista
Ouvidoria – Rua Alpheu Grimello, 464, Taboão – Bragança Paulista - SP
(11) 4481-7966 / ouvidoria@scsbp.com.br

ANS 42016-6