

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 Operacional 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.