

ANEXO I

FORMULÁRIO DE IMPUGNAÇÃO/RECURSO

Tipo de petição*: () Impugnação () Recurso			
Operadora			
Nome*:			
CNPJ*:		Reg. ANS*:	
Referências			
Processo administrativo*:		ABI*:	
Instrumento de autorização/registro do atendimento identificado			
Tipo*¹:	Número*:	Competência*:	Período*:
Beneficiário identificado			
CCO*:		Número de Registro do Produto*:	
Tempestividade e outras preliminares²			
Razões da(o) impugnação/recurso³			
Motivo de impugnação/recurso*⁴:			
Detalhamento do motivo*:			
Memória de cálculo*⁵:			
Documento(s) comprobatório(s)*⁶:			

ANEXO II		
MOTIVOS DE IMPUGNAÇÃO OU DE RECURSO		
Código	Motivo	Descrição
34	Acidente de trabalho, suas consequências ou moléstia profissional	Atendimento identificado realizado em decorrência de acidente de trabalho, suas consequências ou moléstia profissional sem cobertura pelo produto ao qual está vinculado o beneficiário.
4	Atendimento fora da abrangência geográfica do produto	O estabelecimento onde foi realizado o atendimento identificado se localiza fora da abrangência geográfica delimitada pelo contrato ou regulamento do produto.
7	Atendimento já pago	A OPS já realizou pagamento por atendimento idêntico, realizado na mesma data do atendimento pelo SUS e ao mesmo paciente
1	Beneficiário em carência	O atendimento identificado foi realizado durante o prazo contratual de carência do beneficiário para a utilização dos serviços prestados.
37	Beneficiário excluído	O paciente deixou de ser beneficiário do produto em data anterior à do atendimento identificado.
16	Cobertura Parcial Temporária para doença ou lesão preexistente	A cobertura do atendimento identificado é afastada por vigência de cobertura parcial temporária por doença ou lesão preexistente.
36	Doença ou lesão preexistente (plano antigo)	O atendimento identificado, por decorrer de doença ou lesão preexistente à adesão do beneficiário, não é coberto por contrato de plano de assistência à saúde firmado até 01 de janeiro de 1999, ainda não adaptado.
8	Franquia ou coparticipação	O contrato ou regulamento do produto da OPS ao qual está vinculado o beneficiário identificado prevê fator moderador a ser pago pelo beneficiário, seja ele franquia ou coparticipação, aplicável ao atendimento identificado.
2	Paciente atendido não é beneficiário de produto da operadora	Caso de homonímia em que o paciente atendido pelo SUS não é a mesma pessoa que o beneficiário de produto da OPS.
3	Produto não cobre procedimento	O produto da OPS ao qual está vinculado o beneficiário identificado não cobre procedimento realizado no atendimento pelo SUS.
6	Quantidade do procedimento não coberta pelo produto	A quantidade do procedimento realizado no atendimento identificado ultrapassa a quantidade máxima coberta pelo produto.
22	Repasse integral e individualizado da despesa assistencial ao beneficiário	O valor integral das despesas assistenciais é repassado de forma individualizada ao beneficiário que utilizou os serviços, nos termos do item 2 Súmula Normativa da ANS nº 9, de 10 de novembro de 2005.
13	Outros motivos de natureza administrativa	Demais hipótese de impugnação de natureza administrativa.
14	Outros motivos de natureza técnica	Demais hipótese de impugnação de natureza técnica.

Observação: A natureza do motivo, administrativa ou técnica, é determinada pela necessidade ou não de auditoria in loco prontuário do atendimento para sua comprovação. Dessa maneira, o mesmo motivo pode ter natureza administrativa em um caso e técnica em outro.

ANEXO III

DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS DE IMPUGNAÇÃO E RECURSO

A - ORIENTAÇÕES GERAIS

1.1. As orientações deste Anexo são exemplificativas, não esgotando as formas possíveis de comprovação das alegações.

1.2. Não serão consideradas no procedimento administrativo de ressarcimento ao SUS as provas obtidas por meios ilícitos, tampouco os documentos que apresentem emendas, rasuras, entrelinhas, ou informações ininteligíveis, incorretas, incompletas, sem data, sem assinatura, ou ilegíveis que venham a comprometer a clareza e a segurança de sua apreciação.

1.3. Não serão considerados como prova documentos unilaterais, tais como mera impressão de tela de consulta ao sistema, de lista de movimentação de beneficiários e outros documentos afins.

1.4. Qualquer declaração do beneficiário identificado prevista neste Anexo pode ser substituída por declaração de seu cônjuge, de ascendente, de descendente ou de qualquer pessoa por ele responsável, acompanhada de cópia de documento de identidade do declarante e de documento que comprove o vínculo do declarante com o beneficiário, como identidade, certidão de nascimento ou certidão de casamento.

1.5. Nos casos em que o motivo alegado demandar a apresentação de contrato, o instrumento contratual deverá conter:

- a) a identificação do contratante e da contratada;
- b) a data de assinatura;
- c) o número de registro do produto ou, no caso de contrato de plano de assistência à saúde firmado até 01 de janeiro de 1999 e ainda não adaptado, o número do cadastro do produto na ANS ou nome comercial do produto.

1.5.1. Nos casos em que o produto contratado for individual ou familiar e não constar no instrumento contratual a identificação e a assinatura do titular, nos casos em que o beneficiário identificado for dependente ou nos casos em que o produto contratado for coletivo, também deverá ser comprovado o vínculo entre o contrato e o beneficiário identificado, de forma que reste claro qual produto o beneficiário contratou com a operadora de plano de saúde - OPS. Esse vínculo deverá ser demonstrado por meio da apresentação de documento contendo o nome completo do beneficiário identificado, a data de adesão ao produto, o número do registro ou do cadastro do produto na ANS ou nome comercial do produto, tal como:

- a) proposta ou termo de adesão do beneficiário ao produto;
- b) declaração do beneficiário identificado, acompanhada de cópia de seu documento de identidade do declarante; ou
- c) declaração da pessoa jurídica contratante ou apresentação do pedido de inserção do beneficiário, com a identificação da pessoa jurídica contratante, incluindo seu CNPJ e telefone, nome, CPF, RG, matrícula e cargo do declarante.

1.6. O laudo de auditoria assistencial deve ser produzido conforme modelo do Anexo VIII desta Instrução Normativa, contendo argumentação técnica devidamente fundamentada em auditoria in loco ao prontuário do beneficiário identificado, assinada por auditor assistencial, devidamente registrado no respectivo Conselho Profissional e cadastrado perante a Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde - SAS/MS.

B - DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS EXIGIDOS DE FORMA ESPECÍFICA PARA CADA MOTIVO DE IMPUGNAÇÃO OU RECURSO

2.1. Código 34 - Acidente de trabalho, suas consequências, ou moléstia profissional:

2.1.1. A operadora deve comprovar:

- a) que o produto não cobre atendimento decorrente de acidente de trabalho, de suas consequências, ou de moléstia profissional;
- b) a ocorrência do acidente de trabalho, suas consequências, ou moléstia profissional; e
- c) o nexo de causalidade entre o acidente de trabalho, suas consequências, ou moléstia profissional e o atendimento identificado.

2.1.2. A não cobertura de atendimento decorrente de acidente de trabalho, suas consequências, ou moléstia profissional pode ser comprovada por meio da apresentação do contrato do plano privado de assistência à saúde e demais documentos de vinculação do beneficiário identificado ao contrato, conforme item 1.5 e subitem.

2.1.3. A ocorrência de acidente de trabalho, de suas consequências, ou de moléstia profissional pode ser comprovada por meio de Comunicação de Acidente de Trabalho.

2.1.4. O nexo de causalidade entre o acidente de trabalho, suas consequências, ou de moléstia profissional e o atendimento identificado pode ser comprovado por meio de laudo de auditoria assistencial.

2.1.5. Não há necessidade de comprovar os fatos previstos nas alíneas "b" e "c" do item 2.1.1 nos casos em que for lançado no documento de registro ou autorização de atendimento pelo SUS, como AIH e APAC, caráter de atendimento que registre a ocorrência de acidente de trabalho.

2.2. Código 4 - Atendimento fora da abrangência geográfica do produto:

2.2.1. A operadora deve comprovar, por meio da apresentação do contrato do plano privado de assistência à saúde e demais documentos de vinculação do beneficiário ao contrato, conforme item 1.5 e subitem:

- a) que o produto não tem abrangência geográfica nacional; e
- b) que os Estados ou Municípios cobertos pelo contrato não incluem o local do estabelecimento que prestou o atendimento identificado.

2.2.2. Em se tratando de atendimento de urgência/emergência, os documentos mencionados no item

2.2.1 também devem demonstrar:

- a) que o contrato não prevê reembolso ou atendimento em rede de outra operadora para beneficiário em trânsito, fora da abrangência geográfica; ou
- b) caso esteja previsto reembolso ou atendimento em rede de outra operadora, que a cobertura adicional não contempla o local do atendimento.

2.2.3. Nos casos em que for necessário demonstrar que o atendimento não foi de urgência/emergência para afastar reembolso ou cobertura em rede de outra operadora por atendimento fora da abrangência geográfica, será necessário apresentar laudo de auditoria assistencial que conteste o caráter do atendimento.

2.3. Código 7 - Atendimento já pago pela operadora:

2.3.1. A operadora deve comprovar que já pagou por atendimento idêntico, realizado na mesma data do atendimento pelo SUS e ao mesmo paciente, por meio da apresentação de:

- a) nota fiscal de pagamento de serviços de assistência à saúde, que discrimine os valores de cada procedimento pago;
- b) fatura de serviços de assistência à saúde, acompanhada de recibo de pagamento de serviços de assistência à saúde, que discrimine os valores de cada procedimento pago ou documento equivalente.

2.4. Código 1 - Beneficiário em carência:

2.4.1. Em qualquer caso, deve-se comprovar, por meio da apresentação do contrato do plano privado de assistência à saúde e demais documentos de vinculação do beneficiário ao contrato, conforme item 1.5 e subitem:

- a) a possibilidade de exigência do cumprimento dos prazos de carência;
- b) a data de adesão do beneficiário identificado ao contrato;
- c) o prazo contratual aplicável.

2.4.2. Em se tratando de contrato firmado até 01 de janeiro de 1999, ou já adaptado às coberturas da Lei nº 9.656, de 1998, na data do atendimento identificado, referente a plano coletivo empresarial ou coletivo por adesão, também será necessário comprovar:

- a) a quantidade de beneficiários vinculados ao contrato no momento da adesão do beneficiário identificado por meio de cópia de nota fiscal ou fatura mensal paga, emitida em nome da pessoa jurídica contratante, com o detalhamento da quantidade de participantes do contrato, referente ao mês de adesão do beneficiário identificado, ou documento equivalente, como, por exemplo, declaração da pessoa jurídica contratante;

- b) o ajuste ou não do contrato à RN nº 195, de 14/07/2009, por meio de declaração da pessoa jurídica contratante, aditivo contratual ou outro documento similar que ateste a não adequação ou a data em que foi adequado.

2.4.3. Em se tratando de plano coletivo empresarial ou coletivo por adesão ajustado à RN nº 195, de 14/07/2009, também será necessário comprovar data de vinculação do beneficiário à pessoa jurídica contratante, o que pode ser feito por meio de:

- a) declaração do contratante;
- b) declaração do beneficiário identificado ou do titular;
- c) contrato de trabalho; d) carteira de trabalho e previdência social; ou
- e) termo de posse de cargo público.

2.4.4. Nos casos em que for necessário demonstrar que o atendimento não foi de urgência/emergência para afastar a incidência do prazo de 24 horas de carência, será necessário apresentar laudo de auditoria assistencial que conteste o caráter do atendimento.

2.5. Código 37 - Beneficiário excluído:

2.5.1. Em qualquer caso, a operadora pode comprovar a exclusão do beneficiário do produto contratado por meio da apresentação de:

- a) declaração do beneficiário, no qual seja informada a data da exclusão;
- b) declaração da pessoa jurídica contratante, no qual seja informada a data da exclusão.

2.5.2. A exclusão a pedido do próprio beneficiário, de seu responsável, do beneficiário titular ou de pessoa jurídica contratante também pode ser comprovada por meio da apresentação de:

- a) termo de rescisão do contrato do plano de assistência à saúde;
- b) solicitação do beneficiário, de seu responsável, do beneficiário titular ou de pessoa jurídica contratante.

2.5.3. A exclusão por término da relação de dependência entre beneficiário identificado e o titular também pode ser comprovada por meio de:

- a) contrato do plano privado de assistência à saúde e demais documentos de vinculação do beneficiário ao contrato, conforme item 1.5 e subitem;
- b) qualquer outro documento adicional necessário para a demonstração do término da relação de dependência.

2.5.4. A exclusão por extinção do vínculo empregatício ou por término do período de manutenção da condição de beneficiário de que tratam os artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, também pode ser comprovada por meio de:

- a) contrato do plano privado de assistência à saúde e demais documentos de vinculação do beneficiário ao contrato, conforme item 1.5 e subitem;
- b) documento que comprove a extinção do vínculo empregatício, como declaração do ex empregador, declaração do beneficiário identificado; anotação em Carteira de Trabalho e Previdência Social, termo de rescisão de contrato de trabalho, pedido de demissão de emprego; publicação em diário oficial de exoneração ou demissão de cargo público, declaração de órgão ou entidade pública de exoneração ou demissão de cargo público; e
- c) termo de opção do beneficiário por se manter ou não em plano de assistência à saúde após extinção do vínculo empregatício, nos casos em que essa hipótese for admissível.

2.5.5. A exclusão do beneficiário dependente identificado por óbito do beneficiário titular também pode ser demonstrada por meio de:

- a) contrato do plano privado de assistência à saúde e demais documentos de vinculação do beneficiário ao contrato, conforme item 1.5 e subitem;
- b) documento que comprove o óbito do beneficiário titular, como atestado de óbito ou declaração de cônjuge, filho ou responsável; e
- c) termo de opção pela não permanência no plano após morte do titular, caso o contrato preveja a possibilidade de permanência.

2.5.6. A exclusão por óbito do beneficiário identificado também pode ser comprovada por meio de qualquer documento que comprove o óbito do beneficiário, como atestado de óbito ou declaração de cônjuge, filho ou responsável.

2.5.7. A exclusão por inadimplência também pode ser comprovada por meio de documentos que demonstrem o atendimento ao previsto no inciso II do parágrafo único do artigo 13 da Lei nº 9.656, de 1998m, quais sejam:

- a) Carta ao beneficiário notificando-o da inadimplência e informando-o da possibilidade de rescisão unilateral do contrato do plano de assistência à saúde em caso de não quitação dos débitos, acompanhada do respectivo aviso de recebimento; e

b) Carta ao beneficiário informando-o da rescisão unilateral ou suspensão do contrato do plano de assistência à saúde, acompanhada do respectivo aviso de recebimento.

2.5.8. A exclusão por fraude também pode ser comprovada por meio de:

a) Correspondência da ANS de notificação ao beneficiário da decisão do processo administrativo de fraude em declaração de saúde, acompanhada de respectivo aviso de recebimento da correspondência, ou Publicação no Diário Oficial da União de decisão de processo administrativo de fraude em declaração de saúde; e

b) Carta ao beneficiário informando-o da rescisão unilateral ou suspensão do contrato do plano de assistência à saúde, acompanhada do respectivo aviso de recebimento.

2.5.9. A exclusão por transferência de carteira também pode ser comprovada por meio de:

a) Publicação no Diário Oficial da União de Comunicado de Autorização de Proposta em face de oferta pública das referências operacionais e do cadastro de beneficiários da operadora de planos de assistência à saúde; ou

b) Instrumento de cessão de carteira registrado em cartório e publicação da comunicação de transferência da carteira em jornal de grande circulação e comprovação de envio e do recebimento de comunicação individual ao beneficiário de carteira transferida.

2.6. Código 16 - Cobertura Parcial Temporária de doença ou lesão preexistente:

2.6.1. A operadora deve comprovar:

a) a possibilidade de exigência do cumprimento do prazo de CPT;

b) a ciência do beneficiário quanto à DLP no momento da adesão ao produto; e

c) o nexo de causalidade entre o atendimento identificado e a DLP.

2.6.2. A possibilidade de exigência do cumprimento do prazo de CPT pode ser comprovada por meio da apresentação do contrato do plano privado de assistência à saúde e demais documentos de vinculação do beneficiário ao contrato, conforme item 1.5 e subitem.

2.6.3. Em se tratando de contrato firmado até 01 de janeiro de 1999, ou já adaptado às coberturas da Lei nº 9.656, de 1998, na data do atendimento identificado, referente a plano coletivo empresarial ou coletivo por adesão, também será necessário comprovar:

a) a quantidade de beneficiários vinculados ao contrato no momento da adesão do beneficiário identificado por meio de cópia de nota fiscal ou fatura mensal paga, emitida em nome da pessoa jurídica contratante, com o detalhamento da quantidade de participantes do contrato, referente ao mês de adesão do beneficiário identificado, ou documento equivalente, como, por exemplo, declaração da pessoa jurídica contratante;

b) o ajuste ou não do contrato à RN nº 195, de 14/07/2009, por meio de declaração da pessoa jurídica contratante, aditivo contratual ou outro documento similar que ateste a não adequação ou a data em que foi adequado.

2.6.4. Em se tratando de plano coletivo empresarial ou coletivo por adesão ajustado à RN nº 195, de 14/07/2009, também será necessário comprovar data de vinculação do beneficiário à pessoa jurídica contratante, o que pode ser feito por meio de:

a) declaração do contratante;

b) declaração do beneficiário identificado ou do titular;

c) contrato de trabalho;

d) carteira de trabalho e previdência social; ou

e) termo de posse de cargo público.

2.6.5. A ciência do beneficiário quanto à DLP no momento da adesão ao produto pode ser comprovada por meio de: a) declaração de saúde do beneficiário; b) laudo de perícia médica realizada à época da adesão; ou c) decisão em processo administrativo da ANS sobre doença ou lesão preexistente omitida em declaração de saúde do beneficiário.

2.6.6. O nexo de causalidade entre o atendimento identificado e a DLP pode ser comprovado por meio de laudo de auditoria assistencial.

2.6.5. A ciência do beneficiário quanto à DLP no momento da adesão ao produto pode ser comprovada por meio de:

a) declaração de saúde do beneficiário;

b) laudo de perícia médica realizada à época da adesão; ou

c) decisão em processo administrativo da ANS sobre doença ou lesão preexistente omitida em declaração de saúde do beneficiário.

2.6.6. O nexo de causalidade entre o atendimento identificado e a DLP pode ser comprovado por meio de laudo de auditoria assistencial.

2.7. Código 36 - Doença ou lesão preexistente (plano antigo):

2.7.1. A operadora deve comprovar:

a) a exclusão contratual de cobertura de atendimento decorrente de DLP;

b) que o contrato de plano de assistência à saúde foi firmado até 01 de janeiro de 1999, e ainda não estava adaptado na data do atendimento identificado;

c) a existência de DLP;

d) o nexo de causalidade entre o atendimento identificado e a DLP.

2.7.2. A exclusão contratual da cobertura de atendimento decorrente de DLP pode ser comprovada por meio da apresentação do contrato do plano privado de assistência à saúde e demais documentos de vinculação do beneficiário ao contrato, conforme item 1.5 e subitem.

2.7.3. A existência de DLP pode ser demonstrada por meio de:

a) declaração de saúde do beneficiário; ou

b) laudo de auditoria assistencial.

2.7.4. O nexo de causalidade entre o atendimento identificado e a DLP pode ser comprovado por meio de laudo de auditoria assistencial.

2.8. Código 8 - Franquia ou coparticipação:

2.8.1. A operadora deve comprovar, por meio da apresentação do contrato do plano privado de assistência à saúde e demais documentos de vinculação do beneficiário identificado ao contrato, conforme item 1.5 e subitem, que incide fator moderador sobre os valores dos serviços prestados ao beneficiário identificado, na forma de franquia ou coparticipação.

2.8.2. Necessário, também, apresentar a memória de cálculo para demonstrar o valor que entende devido.

2.9. Código 2 - Paciente atendido não é beneficiário de produto da operadora (homônimo):

2.9.1. A operadora por comprovar sua alegação por meio de:

a) declaração do beneficiário identificado, conforme modelo constante do Anexo VI e cópia de documento de identidade; ou

b) declaração da operadora, conforme Anexo VII.

2.10. Código 3 - Produto não cobre procedimento:

2.10.1. A operadora deve comprovar que o procedimento não está coberto pelo produto por meio da apresentação do contrato do plano privado de assistência à saúde e demais documentos de vinculação do beneficiário ao contrato, conforme item 1.5 e subitem, bem como laudo de auditoria assistencial, se necessário.

2.11. Código 6 - Quantidade de procedimento não coberta pelo produto:

2.11.1. A operadora deve comprovar, por meio da apresentação do contrato do plano privado de assistência à saúde e demais documentos de vinculação do beneficiário ao contrato, conforme item 1.5 e subitem, que a quantidade do procedimento realizado no atendimento identificado ultrapassa a quantidade máxima coberta pelo produto.

2.11.2. Nos casos em que for necessário considerar quantidade já utilizada do procedimento, deve-se comprovar o atendimento anterior por meio de:

a) nota fiscal de pagamento de serviços de assistência à saúde com detalhamento;

b) fatura de serviços de assistência à saúde com detalhamento e recibo de pagamento de serviços de assistência à saúde; ou

c) documento de registro ou autorização de atendimento pelo SUS, como AIH e APAC.

2.12. Código 22 - Repasse integral e individualizado da despesa assistencial ao beneficiário:

2.12.1. A operadora deve comprovar que o valor integral das despesas assistenciais é repassado de forma individualizada e integral ao beneficiário que utilizou os serviços, nos termos do item 2 da Súmula Normativa da ANS nº 9, de 10 de novembro de 2005, por meio da apresentação do contrato do plano privado de assistência à saúde e demais documentos de vinculação do beneficiário identificado ao contrato, conforme item 1.5 e subitem, os quais podem ser complementados por declaração da pessoa jurídica contratante que confirme o repasse integral e individualizado ao beneficiário.

2.13. Código 13 - Outras alegações de natureza administrativa:

2.13.1. A operadora deve apresentar todos os documentos necessários para comprovar sua alegação.

2.14. Código 14 - Outras alegações de natureza técnica:

2.14.1. Em qualquer caso, a operadora deve apresentar laudo de auditoria assistencial.

2.14.2. A operadora também deve apresentar todos os documentos necessários para comprovar sua alegação.

ANEXO IV

MODELO DE DECLARAÇÃO DO BENEFICIÁRIO DE QUE NÃO FOI ATENDIDO PELO SUS

Beneficiário identificado

Identificação

Nome*:

RG*:

Data de Expedição*:

CPF*:

Nome do pai*:

Nome da mãe*:

Data de nascimento*:

Naturalidade*:

Endereço de residência

Logradouro*:

Número*:

Complemento:

Bairro*:

Município*:

UF*:

CEP*:

Contatos

Telefone*:

Email:

Declarante (preencher apenas quando não for o próprio beneficiário identificado)

Parentesco*:

Identificação

Nome*:

RG*:

Data de Expedição*:

CPF*:

Endereço de residência

Logradouro*:

Número*:

Complemento:

Bairro*:

Município*:

UF*:

CEP*:

Contatos

Telefone*:

Email:

Declaração

Declaro, para os devidos fins, que o beneficiário identificado acima qualificado não esteve internado(a) no período de ____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____, no estabelecimento de saúde_____.

Atesto, sob as penas da lei, que as informações declaradas são verdadeiras.
[local], [data].

(Assinatura do declarante)

Observação: É obrigatório o preenchimento de todos os campos marcados com asterisco (*) e dos campos da declaração.

ANEXO V

MODELO DE DECLARAÇÃO DA OPERADORA DE QUE O BENEFICIÁRIO NÃO FOI ATENDIDO PELO SUS

Beneficiário identificado

Identificação

Nome*:

RG*:

Data de Expedição*:

CPF*:

Nome do pai*:

Nome da mãe*:

Data de nascimento*:

Naturalidade*:

Endereço de residência

Logradouro*:

Número*:

Complemento:

Bairro*:

Município*:

UF*:

CEP*:

Contatos

Telefone*:

Email:

Informante (preencher quando não for o próprio beneficiário identificado)

Parentesco*:

Identificação

Nome*:

RG*:

Data de Expedição*:

CPF*:

Endereço de residência

Logradouro*:

Número*:

Complemento:

Bairro*:

Município*:

UF*:

CEP*:

Contatos

Telefone*:

Email:

Declarante (representante da operadora)

Cargo*:

Identificação

Nome*:

RG*:

Data de Expedição*:

CPF*:

Declaração

Declaro, para os devidos fins, que o beneficiário identificado acima qualificado não esteve internado(a) no período de ____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____, no estabelecimento de saúde_____, conforme esclarecido pelo [próprio beneficiário identificado / pelo informante acima qualificado] em ligação telefônica para o número (____)_____.

Atesto, sob as penas da lei, que as informações declaradas são verdadeiras.
[local], [data].

(Assinatura do declarante)

ANEXO VI

MODELO DE LAUDO DE AUDITOR ASSISTENCIAL

Auditor	
Nome:	
CPF:	Registro no conselho profissional / UF:

Atendimento auditado	
Prontuário:	Período do atendimento:
Estabelecimento de saúde:	
Nome do paciente:	
Procedimento(s) realizado(s):	

Auditoria *in loco*? () sim () não

Laudo da auditoria

Fundamentação técnica

Atesto, sob as penas da lei, que as informações declaradas são verdadeiras.

[local e data].

(assinatura do auditor)

Observação: todos os campos devem ser preenchidos.