

# FORMULÁRIO DE IMPUGNAÇÃO/RECURSO POR ALEGAÇÃO DE ATENDIMENTO FORA DA ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA

**Tipo da petição:**      Impugnação      Recurso

## 1- Dados do atendimento

**Nº do processo:**      **Tipo de atendimento:**

**Atendimento:**      **Competência:**

## 2- Dados do Contrato

**Data da assinatura do contrato**

### 2.2 – Adaptação do contrato (obrigatório caso a data da assinatura do contrato seja anterior a 02/01/1999)

**Contrato foi adaptado?**

Sim      Não

**Data da adaptação**

## 3- Dados da área geográfica de abrangência contratual

**Indique o número da cláusula contratual que determina a área geográfica de abrangência do plano**

### 3.1 – Extensão de área geográfica de abrangência (obrigatório caso o caráter do atendimento seja de urgência)

**Indique o número da cláusula contratual que regulamenta o atendimento de urgência e/ou emergência.**

**Há previsão de extensão de cobertura para atendimentos de urgência e/ou emergência fora da área geográfica de abrangência contratual?**

Sim                      Não

**Há previsão de reembolso em caso de atendimentos de urgência e/ou emergência ocorridos fora da área geográfica de abrangência contratual?**

Sim                      Não

#### 4 – Laudo de auditoria assistencial

**A operadora apresentará laudo de auditoria assistencial a fim de subsidiar a presente alegação de que o atendimento prestado ocorreu fora da área geográfica de abrangência?**

Sim                      Não

##### 4.1 - Dados da auditoria assistencial *in loco* (obrigatório caso tenha sido elaborado laudo de auditoria técnica)

**Informe o número do prontuário que foi auditado**

#### 5 - Fundamentação adicional (opcional)

**Utilize o quadro abaixo para acrescentar qualquer outra informação que julgar relevante para a análise da alegação de atendimento fora da área geográfica de abrangência**

#### 5- Assinatura

Declaro, sob pena de responsabilidade legal, que as respostas fornecidas no presente formulário estão em conformidade com a verdade e com o contrato do produto ao qual o beneficiário identificado participa, pelo quê, solicito a anulação da cobrança de ressarcimento ao SUS em razão de o procedimento realizado ter sido prestado fora da área geográfica de abrangência para o produto contratado.

---

Representante legal da operadora

#### Observações quanto ao preenchimento do formulário

- 1- Os campos de data deste formulário devem ser preenchidos no formato dd/mm/aaaa (exemplo: 15/03/2024)