

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)