

	<b>RESPOSTA DA OPERADORA</b>	COD:
		DATA:
		REVISÃO:

<b>Protocolo de atendimento:</b>
<b>Nome completo do cliente:</b>
<b>CPF (MF):</b>
<b>Nº do Cartão:</b>
<b>Registro do plano (ANS/ SCPA):</b>
<b>Abrangência:</b>
<b>Acomodação:</b>

<b>Unimed Fortaleza Sociedade Cooperativa Médica Ltda., CNPJ (MF) nº 05.868.278/0001-07, registro ANS nº 31.714-4, INFORMA para os devidos fins que a solicitação abaixo descrita não foi autorizada por esta Operadora pelo respectivo motivo:</b>
<b>SOLICITAÇÃO</b>
<b>Serviço:</b>
<b>Código:</b>
<b>JUSTIFICATIVA</b>

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo - Auditoria Médica

<b>Protocolo da Ouvidoria:</b>
<p>Conforme solicitado, sua manifestação foi reanalisada pela Ouvidoria que vem informar o posicionamento da operadora de acordo com os motivos acima expostos. Sendo o que nos cumpria para o momento, permanecemos a disposição para eventuais esclarecimentos que ainda se façam necessários.</p>
Fortaleza, 15 de abril de 2016.

Atenciosamente,

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo - Ouvidoria

<b><u>PROTOCOLO DE RECEBIMENTO DA JUSTIFICATIVA</u></b>	
<b>Protocolo de atendimento:</b>	
Data: ____/____/____  Hora: ____:____	Assinatura do recebedor: _____  CPF: _____