Unimed Fortaleza	**RESPOSTA DA OPERADORA**	COD: DATA: REVISÃO:

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

Unimed Fortaleza Sociedade Cooperativa Médica Ltda., CNPJ (MF) n° 05.868.278/0001-07, registro ANS n° 31.714-4, INFORMA para os devidos fins que a solicitação abaixo descrita não foi autorizada por esta Operadora pelo respectivo motivo:

SOLICITAÇÃO
Serviço:
Código:
JUSTIFICATIVA

Sendo o que nos cumpria para o momento, ficamos a disposição para posteriores esclarecimentos.

Atenciosamente,

_____

(Assinatura e Carimbo do Responsável pelo Setor)

PROTOCOLO DE RECEBIMENTO DA JUSTIFICATIVA	
Protocolo de atendimento:	
Data:_____/_____/_____ Hora:_____:_____	Assinatura do recebedor: _____ CPF: _____

Prezado cliente,
Caso deseje reanálise pela última instância da operadora, entre em contato com a **Ouvidoria** através do 0800 275 06 25 ou 4020.3333 (celular), segunda à sexta, das 08 h às 17 h, exceto em feriados, se preferir, através do portal da Unimed Fortaleza **http://www.unimedfortaleza.com.br/ouvidoria**