

SOLICITAÇÃO DE NEGATIVA DE COBERTURA POR ESCRITO

Operadora do plano de saúde: _____

Enviado por: () e-mail () aplicativo () site () protocolo presencial

() outro: _____

DADOS DO BENEFICIÁRIO

Nome completo: _____

CPF: _____ Carteirinha nº: _____

Plano: _____ () titular () dependente

Se dependente, nome do titular: _____

Telefone: _____ E-mail: _____

DADOS DO PEDIDO

Protocolo nº: _____ Data do pedido: ____/____/____

Exame, cirurgia, tratamento ou medicamento pedido: _____

Código (se constar no pedido médico): _____

Médico(a): _____ CRM: _____

A autorização foi () negada () não respondida, () por telefone () pelo aplicativo () pelo prestador () outro: _____, sem que eu recebesse, por escrito, o motivo da negativa.

Por isso, solicito que a operadora me informe, por escrito, em linguagem clara e adequada, o motivo da negativa, com a indicação da cláusula contratual ou do dispositivo legal que a justifique, em formato que permita impressão ou download, como determina o art. 14 da Resolução Normativa ANS nº 623/2024, em atenção também ao direito à informação adequada e clara previsto no art. 6º, III, do Código de Defesa do Consumidor. Peço também o número de protocolo desta solicitação.

Enviar a resposta para o e-mail ou endereço: _____

DOCUMENTOS ANEXOS

() pedido médico () relatório médico () cópia da carteirinha

() documento de identidade () outro: _____

Cidade: _____ Data: ____/____/____

Assinatura

Nome de quem assina: _____

PROTOCOLO DE RECEBIMENTO (preenchimento por quem receber o pedido)

Recebido em: ____/____/____ às ____:____ Nº do protocolo: _____

Nome e assinatura de quem recebeu: _____