CAURN

SOLICITAÇÃO DE RECURSO

Titular:_____Código:_____

Beneficiário:_____Código:_____

Tel.Resid.:_____Tel.Celular:_____Tel.Trab.:_____

E-mail:_____Conta bancária (se necessário): _____

Encaminhado ao: ☐ Direção Geral ☐ Diretoria de Relacionamento

☐ Diretoria Administrativo-Financeiro ☐ Diretoria Médica

Assunto:_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Assinatura: _____ **Data:** ____ / ____ / _____

Nº Protocolo	
Nº Chamado	
Atendido(a) por:	
Observação:	

ANS N.º 31425-1

Av. Sen. Salgado Filho- 3000
Centro de Convivência - UFRN, Sala 20
Lagoa Nova - CEP 59078 900 - Natal/RN
(84) 3311 3665 - Fax: 3311-3651

CAURN

PARECER/DECISÃO

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Assinatura: _____ Data: ____/_____/_____

SERVIÇO SOCIAL:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Assinatura: _____ Data: ____/_____/_____

Av. Sen. Salgado Filho- 3000
Centro de Convivência - UFRN, Sala 20
Lagoa Nova - CEP 59078 900 - Natal/RN
(84) 3311 3665 - Fax: 3311-3651