



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
GOVERNO REGIONAL
SECRETARIA REGIONAL DA SAÚDE
INSTITUTO DE ADMINISTRAÇÃO DA SAÚDE, IP-RAM

N.º Interno:

FORMULÁRIO PARA RECLAMAÇÕES

A - IDENTIFICAÇÃO

Entidade / Prestador: _____
Área Faturação/Convenção: _____
Mês de Faturação: _____ Ano: _____

B – DETALHE DA RECLAMAÇÃO

B1
Documento sobre o qual incide a reclamação:
N.º Fatura _____ Lote _____ N.º Requisição _____ Outro _____
Descrição da Reclamação: _____

B2
Documento sobre o qual incide a reclamação:
N.º Fatura _____ Lote _____ N.º Requisição _____ Outro _____
Descrição da Reclamação: _____

B3
Documento sobre o qual incide a reclamação:
N.º Fatura _____ Lote _____ N.º Requisição _____ Outro _____
Descrição da Reclamação: _____

B4
Documento sobre o qual incide a reclamação:
N.º Fatura _____ Lote _____ N.º Requisição _____ Outro _____
Descrição da Reclamação: _____





REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
GOVERNO REGIONAL
SECRETARIA REGIONAL DA SAÚDE
INSTITUTO DE ADMINISTRAÇÃO DA SAÚDE, IP-RAM

B5
Documento sobre o qual incide a reclamação:
N.º Fatura _____ Lote _____ N.º Requisição _____ Outro _____

Descrição da Reclamação: _____

B6
Documento sobre o qual incide a reclamação:
N.º Fatura _____ Lote _____ N.º Requisição _____ Outro _____

Descrição da Reclamação: _____

A - IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO PRESTADOR

Assinatura: _____
Data: ____/____/____ Contato: _____

(área reservada à conferência)

D – RESULTADO DA ANÁLISE DA RECLAMAÇÃO:

B1
Erro corrigido Erro não corrigido Outro: _____

B2
Erro corrigido Erro não corrigido Outro: _____

B3
Erro corrigido Erro não corrigido Outro: _____

B4
Erro corrigido Erro não corrigido Outro: _____

B5
Erro corrigido Erro não corrigido Outro: _____

B6
Erro corrigido Erro não corrigido Outro: _____

Conferente: _____ Data: ____/____/____

Validação: _____





REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
GOVERNO REGIONAL
SECRETARIA REGIONAL DA SAÚDE
INSTITUTO DE ADMINISTRAÇÃO DA SAÚDE, IP-RAM

B _____
Documento sobre o qual incide a reclamação:
N.º Fatura _____ Lote _____ N.º Requisição _____ Outro _____

Descrição da Reclamação: _____

B _____
Documento sobre o qual incide a reclamação:
N.º Fatura _____ Lote _____ N.º Requisição _____ Outro _____

Descrição da Reclamação: _____

B _____
Documento sobre o qual incide a reclamação:
N.º Fatura _____ Lote _____ N.º Requisição _____ Outro _____

Descrição da Reclamação: _____

B _____
Documento sobre o qual incide a reclamação:
N.º Fatura _____ Lote _____ N.º Requisição _____ Outro _____

Descrição da Reclamação: _____

B _____
Documento sobre o qual incide a reclamação:
N.º Fatura _____ Lote _____ N.º Requisição _____ Outro _____

Descrição da Reclamação: _____





REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
GOVERNO REGIONAL
SECRETARIA REGIONAL DA SAÚDE
INSTITUTO DE ADMINISTRAÇÃO DA SAÚDE, IP-RAM

B Erro corrigido Erro não corrigido Outro: _____

B Erro corrigido Erro não corrigido Outro: _____

B Erro corrigido Erro não corrigido Outro: _____

B Erro corrigido Erro não corrigido Outro: _____

B Erro corrigido Erro não corrigido Outro: _____

B Erro corrigido Erro não corrigido Outro: _____

B Erro corrigido Erro não corrigido Outro: _____

B Erro corrigido Erro não corrigido Outro: _____

B Erro corrigido Erro não corrigido Outro: _____

B Erro corrigido Erro não corrigido Outro: _____

B Erro corrigido Erro não corrigido Outro: _____

B Erro corrigido Erro não corrigido Outro: _____

B Erro corrigido Erro não corrigido Outro: _____

Conferente: _____

Data: ___/___/___

Validação: _____

