INSTITUTO DE ADMINISTRAÇÃO DA SAÚDE

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: _____

_____

_____

Mod. IASAÚDE 385.02

Região Autónoma da Madeira | Governo Regional | Secretaria Regional de Saúde e Proteção Civil
Rua das Pretas, n.º 1 | 9004-515 Funchal | T. +351 291 212 300 F. +351 291 212 302
https://iasaude.pt | iasaude@iasaude.madeira.gov.pt | NIPC: 511 284 349

INSTITUTO DE ADMINISTRAÇÃO DA SAÚDE

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 corregido ☐ **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 de Saúde e Proteção Civil
Rua das Pretas, n.º 1 | 9004-515 Funchal | T. +351 291 212 300 F. +351 291 212 302
https://iasaude.pt | iasaude@iasaude.madeira.gov.pt | NIPC: 511 284 349

INSTITUTO DE ADMINISTRAÇÃO DA SAÚDE

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 de Saúde e Proteção Civil
Rua das Pretas, n.º 1 | 9004-515 Funchal | T. +351 291 212 300 F. +351 291 212 302
https://iasaude.pt | iasaude@iasaude.madeira.gov.pt | NIPC: 511 284 349

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: _____

Região Autónoma da Madeira | Governo Regional | Secretaria Regional de Saúde e Proteção Civil
Rua das Pretas, n.º 1 | 9004-515 Funchal | T. +351 291 212 300 F. +351 291 212 302
https://iasaude.pt | iasaude@iasaude.madeira.gov.pt | NIPC: 511 284 349