

Formulário de Solicitação
Percentual de Partos Cesáreas e Normais

Venho pelo presente, nos termos da Resolução Normativa nº 368, publicada pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar em 06 de janeiro de 2015, **SOLICITAR** o envio do **percentual de partos cesáreas e normais** realizados por:

() Operadora (contempla a rede própria e a rede credenciada)

() Estabelecimento de Saúde (hospitais e/ou maternidades)

Qual(is): 1. _____

2. _____

3. _____

() Médico. Qual(is): 1. _____

2. _____

3. _____

Declaro ainda, estar ciente de que os percentuais e dados recebidos se referem somente aos partos efetuados pelo Plano de Saúde São Cristóvão, e não ao total de partos realizados pelos médicos ou estabelecimentos cooperados, credenciados ou referenciados por outras Operadoras.

Dados da Beneficiária:

Matrícula: _____ Nome Completo: _____

E-mail: _____ Telefone: () _____

Dados do Solicitante (se solicitado por responsável legal):

Nome: _____ CPF: _____

RG: _____

Solicito a resposta por: () correio () email _____

() retirar pessoalmente na sede da Operadora

São Paulo, _____ de _____ de 201____.

Assinatura da Beneficiária ou Responsável Legal