RECLAMAÇÃO CONTRA PLANO DE SAÚDE

Eu,_____, brasileiro(a), estado civil _____, servidor(a) do DETRAN-RN, matrícula nº _____, portador da Carteira de Identidade nº_____, inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas sob o nº _____, residente na _____, bairro _____, Cidade _____, Estado ____, CEP _____, venho fazer a seguinte reclamação da HAPVIDA – Assistência Médica LTDA, empresa prestadora dos serviços de assistência médica hospitalar aos(as) servidores(as) ativos(as) e aposentados(as) do Departamento Estadual de Trânsito do RN e seus dependentes legais, em conformidade com o Contrato nº 13/2001 e a Lei nº 696/2022:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Desta forma, autorizo o Sindicato dos Servidores da Administração Indireta do RN (SINAI-RN) tomar as providências cabíveis administrativa e judicialmente visando: o cumprimento integral do Contrato n° 13/2001 e da Lei nº 696/2022, a fim de que possa usufruir da prestação de serviços de assistência médica e hospitalar de qualidade e digna aos usuários beneficiários do Plano de Saúde; e a reparação de danos morais e materiais em decorrência dos fatos narrados, assumindo total e exclusiva responsabilidade pelo exposto.

_____, ____/____/_____.
Local e data

_____
Assinatura do(a) Servidor(a)

Testemunha dos fatos relatados, se houver:
_____, CPF nº: _____.
_____, CPF nº: _____.