

Nº de Protocolo de Atendimento:		
Identificação do(a) Beneficiário(a) Titular:		
Nome:		
Órgão/Entidade:		CPF:
E-mail:		Telefone:
IDENTIFICAÇÃO DOS(AS) BENEFICIÁRIOS(AS) DEPENDENTES		
Ordem	Nome:	CPF
1		
2		
3		
4		
5		
TIPO DE SOLICITAÇÃO		
☐ Assistencial (demandas relativas a autorização de procedimentos/tratamentos)		
☐ Não assistencial (demandas que não se referem à solicitação de procedimentos ou serviços de cobertura assistencial — ex: cadastro, contribuições, declarações, contestações, etc.)		
Observação: Não são recebidas, neste setor, notificações judiciais ou extrajudiciais ou requerimentos administrativos que tenham por finalidade a abertura de pedidos assistenciais. A abertura de pedidos assistenciais, tais como autorizações ou guias, conforme o Regulamento do GDF SAÚDE, devem ser registrados em sistema informatizado pelo prestador ou profissional responsável pelo atendimento, mediante apresentação de pedido médico válido.		
NATUREZA		
☐ Informação	☐ Solicitação	
☐ Reclamação	☐ Contestação	
ASSUNTO DA DEMANDA		
☐ Adesão / Reingresso	☐ Cancelamento do plano (grupo familiar)	
☐ Cadastro / dados do(s) beneficiário(s)	☐ Dependentes (inclusão / exclusão)	
☐ Cartão de Identificação do Beneficiário (CIB-e)	☐ Autorização de procedimentos / tratamentos	
☐ Mensalidade	☐ Boletos bancários	
☐ Coparticipação	☐ Outros	
DETALHAMENTO DO ASSUNTO		

Assinatura do (a) Beneficiário (a): _____ Data:____/____/____

O beneficiário poderá acompanhar o andamento de sua solicitação por meio dos canais de atendimento do INAS, mediante informação do número de protocolo.

IDENTIFICAÇÃO DO(A) ATENDENTE	
Nome:	Matrícula:

Assinatura do(a) Servidor(a) _____