| | | |
|---|---|---|
| oami Medicina Pre-paga ¡Cerca para vos! | **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD** | Versión: 02<br>Código: F-AM-07<br>Fecha: 05/06/2018<br>Página 1 de 1 |
| | **NOTIFICACIÓN DE EVENTO ADVERSO** | |

Nombre del Beneficiario: Adverso Nº:

Grupo: Plan:

Edad: Fecha de ingreso a OAMI: Antigüedad:

Renta: Vendedor:

| Auditoría Médica | Descripción del Caso | Documentación de Respaldo |
|---|---|---|
| | | * |
| | | |
| | | * |
| | | |
| | | * |
| | | |
| | Conclusión | Recomendación |
| | | |
| | Firma de Auditor Médico: | Fecha: |

| Gerencia Gral. | Resolución | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | Firma de Gerencia General: | Fecha: | |

| Ases. Legal | | | |
|---|---|---|---|
| | F-AM-05, Preexistencia | | Observaciones: |
| | Nota Informativa | | |
| | Nota Baja Anticipada | | |
| | Firma de Asesoría Legal: | Fecha: | |

| Afiliaciones | | | |
|---|---|---|---|
| Recibido por: | | Fecha | |