

## PRESENTACIÓN DE RECLAMOS

RESOLUCIÓN SSSALUD N° 075/98 ANEXO B

N° \_\_\_\_\_  
(A completar por personal del Organismo)

### DATOS DEL TITULAR

Apellido/s \_\_\_\_\_ Nombre/s \_\_\_\_\_

Documento  DNI  CI  LC Número \_\_\_\_\_  CUIT  CUIL Número \_\_\_\_\_

### DATOS DEL APODERADO/GESTOR OFICIOSO

Apellido/s \_\_\_\_\_ Nombre/s \_\_\_\_\_

Documento:  DNI  CI  LC Número \_\_\_\_\_  CUIT  CUIL Número \_\_\_\_\_

### DOMICILIO DEL TITULAR/APODERADO QUE PRESENTA EL RECLAMO

Calle \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Dpto \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

### TIPO DE PRESENTACIÓN

Presentación personal  En representación de el/los beneficiario/s a su cargo \*

\*Completar solo en caso de que sea en representación de el/los beneficiario/s a su cargo

Apellido/s y Nombre/s	Tipo y N° de documento	CUIL/CUIT	Parentesco

### DATOS DEL RECLAMO

Síntesis del reclamo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Detalle de la documentación que se adjunta \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

El presente formulario reviste el carácter de declaración jurada, debiendo ser completada sin falsear ningún dato, sujetando a los infractores a las penalidades previstas en los artículos 172, 292 y 293 del Código Penal por delito de estafa y falsificación de documentos.

Autorizo a compulsar el expediente a \_\_\_\_\_ D.N.I. \_\_\_\_\_

Lugar y fecha \_\_\_\_\_

FIRMA Y ACLARACIÓN

**RESERVADO PARA LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD**

Denominación de la Obra Social \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Código RNOS \_\_\_\_\_

Número de expediente otorgado por la Obra Social

Clasificación del reclamo

Trámite normal

Especial

Urgencia médica

**FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO DE LA S.S.SALUD**

Fecha de envío a la Obra Social

/ /