

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

SOLICITAÇÃO DE VISTAS E CÓPIAS

VISTAS

CÓPIA INTEGRAL

CÓPIA PARCIAL  folhas \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

PEDIDO COM PRIORIDADE. JUSTIFICAR: \_\_\_\_\_

PEDIDO COM URGÊNCIA. JUSTIFICAR: \_\_\_\_\_

DOCUMENTO ESPECÍFICO \_\_\_\_\_

PROCESSO N° \_\_\_\_\_

Motivo da solicitação:

\_\_\_\_\_

Local para envio/entrega das cópias:  Protocolo/Sede  Núcleo ANS/\_\_\_\_\_  E-mail

Via Postal: Endereço completo:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Local e Data: \_\_\_\_\_

Nome do Requerente: \_\_\_\_\_

Telefone de contato: ( ) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Assinatura do Requerente: \_\_\_\_\_

Declaro estar ciente, que as cópias solicitadas estarão disponibilizadas para retirada ou remetidas por via postal, conforme requerido, em até 5 (cinco) dias úteis, contados do recebimento do comprovante da GRU pela ANS, observado, quando for o caso, o disposto no art.24 da RN n° xxxxxx, e que após 30 (trinta) dias da entrega do comprovante da GRU, não sendo retiradas as cópias requisitadas, as mesmas serão descartadas, a fim de não gerar custos para a ANS, considerando-se o serviço concluído, não ocorrendo a restituição de valores pagos pelas cópias.

TIVE VISTAS AO PRESENTE PROCESSO OU DOCUMENTO

RECEBI CÓPIAS DE FLS \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

ANEXAR CÓPIA DO DOCUMENTO DE IDENTIDADE DO SOLICITANTE E DE PROCURAÇÃO