

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