

ANEXO I

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 nº 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.~~

Declaro estar ciente, que as cópias solicitadas estarão disponibilizadas para o requerente em até 5 (cinco) dias úteis, por meio do sistema de processo administrativo eletrônico. (NR)

TIVE VISTAS AO PRESENTE PROCESSO OU DOCUMENTO

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

Local e Data: \_\_\_\_\_ (NR)

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

ANEXAR CÓPIA DO DOCUMENTO DE IDENTIDADE DO SOLICITANTE E DE PROCURAÇÃO

## ANEXO II

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR  
SOLICITAÇÃO DE REUNIÃO COM PARTICULAR

ASSUNTO A SER ABORDADO:

---

 PROCESSO N° \_\_\_\_\_ DOCUMENTO ESPECÍFICO: \_\_\_\_\_ OUTROS: \_\_\_\_\_

---

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

---

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

---

INTERESSE DO REQUERENTE EM RELAÇÃO AO ASSUNTO:

---

---

DATA PRETENDIDA PARA A REUNIÃO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORA: \_\_: \_\_

REALIZAÇÃO DE REUNIÃO: ( ) PRESENCIAL ( ) VIDEOCONFERÊNCIA (NR)

Nome do Solicitante: \_\_\_\_\_

Identidade: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Telefone: ( ) \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Empresa: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_

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

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

ANEXAR CÓPIA DO DOCUMENTO DE IDENTIDADE DO SOLICITANTE E DE PROCURAÇÃO

ANEXO III

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

SOLICITAÇÃO DE CERTIDÃO

TEMA DA SOLICITAÇÃO:

---

---

FINALIDADE DA SOLICITAÇÃO:

---

---

ASSUNTO:

PROCESSO N° \_\_\_\_\_

DOCUMENTO ESPECÍFICO: \_\_\_\_\_

OUTROS: \_\_\_\_\_

PEDIDO COM PRIORIDADE. JUSTIFICAR:

---

PEDIDO COM URGÊNCIA. JUSTIFICAR:

---

INTERESSE DO REQUERENTE EM RELAÇÃO AO ASSUNTO:

---

---

Nome do Solicitante: \_\_\_\_\_

Identidade: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Telefone: ( ) \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Empresa: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ compl. \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

~~Local para envio/entrega da Certidão: \_\_\_\_\_~~

~~Local para envio/entrega:  Protocolo/Sede  Núcleo ANS/ \_\_\_\_\_~~

~~Via Postal: Endereço completo:~~

---

---

---

---

---

---

Declaro estar ciente, que a certidão solicitada será disponibilizada para o requerente em até 15 (quinze) dias, por meio do sistema de processo administrativo eletrônico. (NR)

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

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

**ANEXAR CÓPIA DO DOCUMENTO DE IDENTIDADE DO SOLICITANTE E DE PROCURAÇÃO**