

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Solicitação de Vista e Cópias

SOLICITA VISTA: ( ) INTEGRAL / ( ) PARCIAL: FOLHAS \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

PEDIDO COM PRIORIDADE ( ) JUSTIFICAR:

PEDIDO COM URGÊNCIA ( ) JUSTIFICAR:

DOCUMENTO ESPECÍFICO:

PROCESSO Nº:

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

Nome do requerente:

Telefone de contato:

( )

E-mail para recebimento das cópias:

( )  Declaro estar ciente que, com o deferimento do pedido pela unidade organizacional responsável no prazo de até 5 dias úteis, as cópias solicitadas serão disponibilizadas imediatamente pelo sistema de processo administrativo eletrônico, ressalvado o disposto no art. 9º, §6º da RN 408 (NR) e, observado, quando for o caso, o disposto no art. 24 da RN n° 408.

ANEXAR OS DOCUMENTOS INFORMADOS NO ART. 5º, §1º E ART 6º DA RN408