

Termo de Responsabilidade ANS

Eu, _____
_____ (nome completo), _____ (nacionalidade), _____ (estado civil), nascido(a) no(a) _____ (local de nascimento), no _____ (dia, mês e ano), do sexo _____ (masculino/feminino), residente e domiciliada na _____ (Avenida/Rua, _____ nº, Complemento), _____ (Bairro), _____ (Município), _____ (UF), _____ (CEP), telefone _____ (DDD/Telefone comercial e residencial), e-mail: _____, portador(a) do documento _____ de _____ identidade nº _____ (contendo tipo, número, órgão expedidor e data de expedidor), inscrito(a) no CPF sob o nº _____ (11 dígitos), filho(a) de _____ (filiação completa), concorrendo ao pleito como administrador(a) para exercer o cargo de _____ (nome do cargo), na operadora de planos privados de assistência à saúde _____ (razão social completa), inscrita no CNPJ sob o nº _____ (14 dígitos), e registrada sob o nº _____ (6 dígitos) na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS,

DECLARO, para os devidos fins de direito:

1 – que não me enquadro nas restrições descritas no art. 3º da Resolução Normativa - RN nº 311, de 1 de novembro de 2012, e preencho os requisitos das demais legislações pertinentes em vigor, para o exercício do cargo de _____ (nome e do cargo) na operadora de planos privados de assistência acima qualificada para o qual me candidato;

2 – assumo, sob pena de sofrer as sanções cíveis, administrativas e criminais cabíveis, integral responsabilidade pela fidedignidade das declarações ora prestadas.

_____, _____ **de** _____ **de** _____
