

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/Ru
a, _____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 expeditor e data de expeditor), 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 520, de 29 de abril de 2022, e preencho os requisitos das demais legislações pertinentes em vigor, para o exercício do cargo de _____

_____(nome 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** _____
