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 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_____

_____