

## **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 2012, e preencho os requisitos das demais legislações pertinentes em vigor, para o exercício do cargo de \_\_\_\_\_(nom 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** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_