**RESPONSÁVEL DA OPERADORA - REPRESENTANTE LEGAL PERANTE A ANS**

Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,(telefone), (e-mail), inscrito(a) no CPF sob o nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, representante da operadora \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Razão Social)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,registrada sob o nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ na Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS, declaro que:

- Que sou responsável por todas as informações prestadas para a realização da pesquisa e da auditoria independente.

- Estou ciente que poderei ser responsabilizado pelas informações prestadas e pela ocorrência de situações que indiquem fraude, negligência ou imprudência na realização da pesquisa, elaboração do resultado e fornecimento dos dados necessários para a elaboração da auditoria independente, sem prejuízo da aplicação das penalidades previstas na legislação em vigor;

- Todo o material referente a pesquisa se encontra arquivado na sede da operadora, disponível para solicitação a qualquer tempo da ANS pelo prazo mínimo de 5 anos a contar da data de assinatura deste termo

- Assumo, integral responsabilidade pela fidedignidade das declarações ora prestadas, ficando à ANS, desde já, autorizada a delas fazer, nos limites legais e em juízo ou fora dele, o uso que lhe aprouver.

Local e data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Assinatura do Representante legal da operadora perante a ANS