

TERMO DE RESPONSABILIDADE DA PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO BENEFICIÁRIO 2017

Eu, Adriana Aparecida Marçal, telefone 11 97359-5517, e-mail: adrianamarcal1906@gmail.com, inscrito(a) no CPF sob o nº 284,546.688-96, estatística legalmente habilitado, com número de registro profissional 10524, CONRE3-SP sou o responsável técnico pela elaboração da pesquisa de satisfação de beneficiários da Associação Padre Albino Saúde, registrada sob o nº 42015-8 na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e DECLARO, para os devidos fins de direito:

- Que os trabalhos foram conduzidos de acordo com os princípios estatísticos, boas práticas e as diretrizes estabelecidas pela regulamentação vigente;
- Que a Nota Técnica da Pesquisa foi elaborada de acordo com as diretrizes mínimas estabelecidas em documento técnico específico emitido pela a ANS;
- Que as perguntas efetuadas na pesquisa correspondem as perguntas estabelecidas em documento técnico específico emitido pela a ANS;
- Que a elaboração da pesquisa obedeceu ao estabelecido na Nota Técnica e Plano Amostral por mim elaborado e assinado;
- Que ao proceder à pesquisa de satisfação de beneficiários, não foram observados fatos relevantes que ensejassem a adoção de medidas de adequação;
- Que no relatório os resultados da pesquisa demonstram a compilação das respostas efetivamente fornecidas pelos beneficiários entrevistados;
- Assumo, integral responsabilidade pela fidedignidade das declarações ora prestadas ou imperícia, ficando à ANS, desde já, autorizada a delas fazer, nos limites legais e em juízo ou fora dele, o uso que lhe aprover.

São Paulo, 09 de abril de 2018



Adriana Aparecida Marçal

Estatística - Coordenadora em planejamento e garantia da execução de pesquisas do
IBRC

CONRE3 - 10524

CPF 284.546.688-96

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, Pedro Gonzaga da Silva Netto, (17) 3311-3716, administracao@padrealbinosaude.com.br, inscrito no CPF sob o nº 737.588.848-53, representante da operadora ASSOCIAÇÃO PADRE ALBINO SAÚDE, registrada sob o nº 42.015-8 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.

Catanduva, 17 de Abril de 2018.



Dr. Pedro Gonzaga da Silva Netto
Assinatura do Representante legal da operadora perante a ANS