

Termo de responsabilidade da Pesquisa de Satisfação do Beneficiário 2018

Eu, Ivania Fumegali Guerra, (46) 3224-2210, polisaude@polisaudepb.com.br, inscrito no CPF sob o nº 015.998.959-00, representante da operadora POLI SAÚDE OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE LTDA, registrada sob nº 35127-0 na Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS, declaro 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 elaboração da auditoria independente, averiguação de possíveis situações que envolvam o conflito de interesses, sem prejuízo da aplicação das penalidades previstas na legislação em vigor;
- todo o material referente à pesquisa se encontra arquivado na sede da operadora, disponível para solicitação a qualquer tempo da ANS pelo prazo mínimo de 5 (cinco) anos a contar da data de assinatura deste termo;
- assumo integral responsabilidade pela fidedignidade das declarações ora prestadas, ficando a ANS, desde já, autorizada a delas fazer, nos limites legais e em juízo ou fora dele, o uso que lhe aprouver.

Pato Branco, 08 de abril de 2019.


IVANIA FUMEGALI GUERRA
Diretor Geral