

ANEXO V

FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO PARA: HOMOLOGAÇÃO DE ENTIDADE ACREDITADORA JUNTO À DIDES/ANS OU SOLICITAÇÃO DE ATUALIZAÇÃO CADASTRAL

FORMULÁRIO PARA HOMOLOGAÇÃO DA ENTIDADE ACREDITADORA/ATUALIZAÇÃO DE DADOS				
Nome da Entidade Acreditadora:				
CNPJ:				
Solicitação de:				
()	Homologação / Renovação da Homologação			
()	Atualização de Dados			
Representante da Entidade Acreditadora perante a ANS:				
Cargo que o Representante da Entidade Acreditadora perante a ANS ocupa na instituição:				
Endereço completo da Entidade Acreditadora:				
Telefones:				
E-mails:				
CPF dos membros da diretoria, conselho de administração, fiscal e afim:				
Nome Completo	Data de Nascimento	CPF	Cargo	Órgão
			<i>ex: Diretor de</i>	<i>ex: Diretoria de</i>
			<i>ex:Conselheiro</i>	<i>ex:Conselho Administrativo</i>
			<i>ex:Conselheiro</i>	<i>ex:Conselho Fiscal</i>
Lista de documentos a serem anexados:				
()	Manual da Entidade Acreditadora			
()	Ato constitutivo e suas alterações			
()	Certificado emitido pela CGCRE/INMETRO			

OBS: Os cargos e órgãos preenchidos são exemplificativos. Deverão ser encaminhados os dados de todos os membros da diretoria, conselho de administração, fiscal e afim.

TERMO DE RESPONSABILIDADE JUNTO À ANS

A _____, inscrita no Cadastro Nacional das Pessoas Jurídicas sob o nº _____, sediada _____, neste ato representada por seu _____, (DADOS PESSOAIS), vem firmar o compromisso com a Agência Nacional de Saúde Suplementar com as seguintes obrigações:

a) avaliar as operadoras de planos privados de assistência à saúde pelos critérios técnicos pré-estabelecidos pela ANS;

b) não realizar consultoria às operadoras de planos privados de assistência à saúde;

c) não realizar auditoria independente para Pesquisa de Satisfação de Beneficiários;

d) comunicar à ANS, no prazo de 30 (trinta) dias, qualquer alteração própria que altere os requisitos para o reconhecimento como Entidades Acreditoras em Saúde;

e) ser analisada anualmente pelo INMETRO, por meio de avaliação de escritório e uma auditoria de testemunha para acompanhamento *in loco*, conforme previsto na NIT DICOR 026//INMETRO e suas alterações; e

f) manter a documentação comprobatória de todos os atos praticados, inclusive a comprovação da formação e experiência profissional dos auditores prevista na Resolução.

DATA E LOCAL.

NOME

DECLARAÇÃO AUSÊNCIA DE CONFLITOS DE INTERESSES

A _____, inscrita no Cadastro Nacional das Pessoas Jurídicas sob o nº _____, sediada _____, neste ato representada por seu _____, (DADOS PESSOAIS), vem declarar que:

I - não possui administradores, acionistas controladores, sócios, alta gerência ou equipe de auditores com:

a) conflito de interesses para o exercício das atividades de certificação;

b) participação societária ou interesse, direto ou indireto, em operadoras de planos privados de assistência à saúde ou em alguma de suas controladas, coligadas ou equiparadas à coligada; e

c) relação de trabalho, direta ou indireta, como empregado, administrador ou colaborador assalariado em operadoras de planos privados de assistência à saúde ou em alguma de suas controladas, coligadas ou equiparadas à coligada.

II – no grupo econômico à qual pertença, não há pessoas jurídicas controladoras, coligadas ou equiparadas a coligadas com membros ou prepostos, bem como investimentos, nas condições do item I.

DATA E LOCAL.

NOME