

TERMO DE RESPONSABILIDADE DA PESQUISA DE SATISFAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS

Eu, José Maria de Lima Junior, telefone (21) 98650-4089, e-mail: jlimajunior@gmail.com, inscrito no CPF sob o nº 026.261.237-22, estatístico legalmente habilitado, com número de registro profissional **7954-A CONRE- (RJ)** sou o responsável técnico pela elaboração da pesquisa de satisfação de beneficiários da operadora **UNIMED SUL PAULISTA - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO** registrada sob o nº **353027** 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 minimamente às 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, foram observados fatos relevantes que ensejaram a adoção das seguintes medidas de adequação:

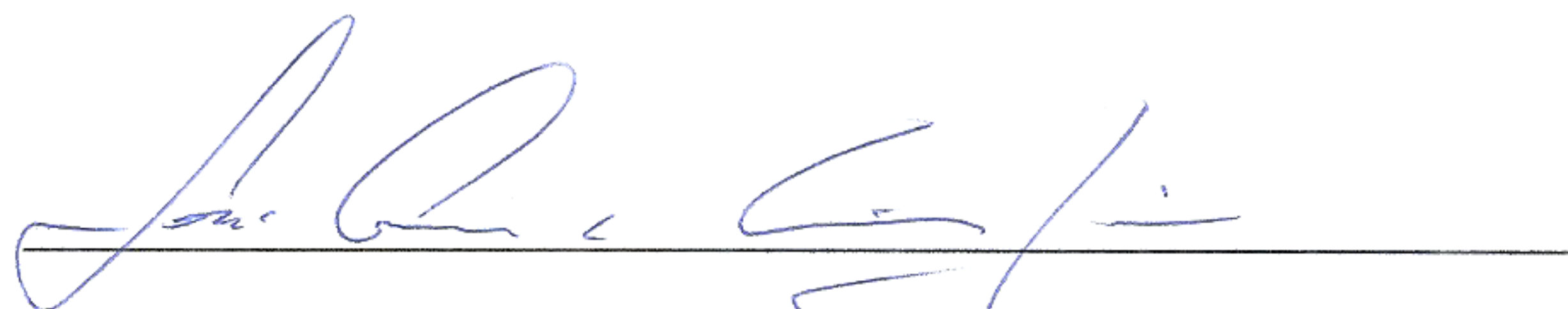
NÃO SE APLICA.

- 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 aprouver.

Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2020.



JOSÉ MARIA DE LIMA JÚNIOR

Assinatura do Estatístico - Registro Profissional nº7954-A CONRE (RJ)

RESPONSÁVEL DA OPERADORA - REPRESENTANTE LEGAL PERANTE A ANS

Eu, **Marcos de Almeida Cunha**, telefone (15) 3275-7105, e-mail: diretoria@unimedulpaulista.coop.br, inscrito no CPF sob o nº 005.566.088-60, representante da operadora **UNIMED SUL PAULISTA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**, registrada sob o nº **35.302-7** 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, averiguação de possíveis situações que envolvam o conflito de interesses, sem prejuízo da aplicação das penalidades previstas na legislação em vigor;
- O Relatório Final com os Resultados da Pesquisa efetivamente publicado no sítio institucional na internet foi o Relatório auditado pela auditoria independente da pesquisa;
- 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 aprover.

Itapetininga, 20 de julho de 2020.

MARCOS DE ALMEIDA CUNHA
DIRETOR PRESIDENTE
UNIMED SUL PAULISTA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
Assinatura do Representante Legal da Operadora perante a ANS

A handwritten signature in blue ink, consisting of a large, stylized initial 'M' followed by a cursive 'A' and a final flourish.