

ANEXO V

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

FORMULÁRIO PARA RECONHECIMENTO DA ENTIDADE ACREDITADORA/ATUALIZAÇÃO DE DADOS				
Nome da Entidade Acreditadora:				
CNPJ:				
Solicitação de:				
()	Reconhecimento / Renovação do Reconhecimento			
()	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 _____, Entidade Acreditoradora de Operadoras, inscrita no Cadastro Nacional das Pessoas Jurídicas sob o nº _____, sediada _____, neste ato representada por seu _____, (DADOS PESSOAIS DO REPRESENTANTE: nome, estado civil, identidade, CPF, residência), 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 já acreditadas pela própria Entidade Acreditoradora durante o período de 3 (três) anos após o fim de vigência da certidão de acreditação da operadora;
- c) só realizar acreditação – incluindo visitas de diagnóstico e de auditoria – na mesma operadora após um período de 3 (três) anos do fim da realização de consultoria;
- d) não realizar auditoria independente para Pesquisa de Satisfação de Beneficiários prevista no requisito 4.4 da Dimensão Experiência do Beneficiário estabelecida no inciso IV do art. 12 da Resolução Normativa nº 452, de 9 de março de 2020, nas Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde a serem acreditadas pela própria Entidade Acreditoradora;
- e) comunicar à ANS, no prazo de 30 (trinta) dias corridos, qualquer alteração na pessoa jurídica que altere os requisitos previstos no art. 3º da RN nº 452, de 2020, para o reconhecimento como Entidade Acreditoradora do Programa de Acreditação de Operadoras;
- f) ser analisada anualmente pela CGCRE- 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;
- g) manter a documentação comprobatória de todos os atos praticados de acordo com a RN nº 452, de 2020, inclusive a comprovação da formação e experiência profissional dos auditores prevista no art. 14 da RN nº 452, de 2020; e
- h) no caso de perda da acreditação na forma do art. 23 da RN nº 452, de 2020, comunicar formalmente a ANS, no máximo, 15 (quinze) dias úteis.

DATA E LOCAL.

(assinatura)

NOME

REPRESENTANTE DA ENTIDADE ACREDITADORA PERANTE A ANS

DECLARAÇÃO AUSÊNCIA DE CONFLITOS DE INTERESSES

A _____, Entidade Acreditadora de Operadoras, inscrita no Cadastro Nacional das Pessoas Jurídicas sob o nº _____, sediada _____, neste ato representada por seu _____, (DADOS PESSOAIS REPRESENTANTE: nome, estado civil, identidade, CPF, residência), 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 operadora 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 ao qual pertença, não há pessoas jurídicas controladoras, coligadas ou equiparadas a coligadas com membros ou prepostos, bem como investimentos, nas condições do item I.

III – não foram identificadas outras causas que caracterizem comprometimento da nossa imparcialidade como Entidade Acreditadora a ser reconhecida pela ANS como Entidade Acreditadora do Programa de Acreditação de Operadoras.

DATA E LOCAL.

(assinatura)

NOME

REPRESENTANTE DA ENTIDADE ACREDITADORA PERANTE A ANS