

### ANEXO III

#### TERMO DE RESPONSABILIDADE JUNTO À ANS

A XXXXXXXXXXXXX, inscrita no Cadastro Nacional das Pessoas Jurídicas sob o nº XXXXXXXXX, sediada XXXXXXXXXXXXX, neste ato representada por seu XXXXX, (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) coletar e processar os dados dos indicadores bimestralmente;
- c) reportar os dados dos indicadores para ANS anualmente;
- d) realizar visitas presenciais e formular relatórios anualmente;
- e) enviar o relatório das visitas presenciais para a ANS anualmente;
- f) não realizar consultoria às operadoras de planos privados de assistência à saúde;
- g) não realizar auditoria independente para Pesquisa de Satisfação de Beneficiários; e
- h) comunicar à ANS, no prazo de 30 (trinta) dias, qualquer alteração própria que altere os requisitos para o reconhecimento como Entidades Acreditoras em Saúde.

DATA E LOCAL.

---

NOME