**#10**

**FOP 021.03 - DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE I**

|  |
| --- |
| **INFORMAÇÕES DO CANDIDATO** |
|  |  |
| **Nome da Chapa:** |
| **Nome (completo e sem abreviação):** |
| **Matrícula no empregador:** | **CPF:** | **Data de Nascimento:****/  /** |
| **RG:** | **Órgão Emissor:** | **Data de Emissão:****/  /** |
| **DECLARAÇÃO** |
| Declaro que estou apto a exercer cargo de direção em operadora de plano privado de assistência à saúde, conforme as regras da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e em especial que:1. Não me encontro impedido por lei para o exercício de tal cargo;
2. Não fui declarado falido ou insolvente;
3. Não participei e/ou participo da administração de pessoa jurídica que esteja, ou que tenha estado em falência, insolvência civil, ou liquidação não voluntária, seja extrajudicial ou judicial, nos últimos cinco anos contados da data da decretação do encerramento destes institutos pela respectiva autoridade competente;
4. Não participei e/ou participo ou estou participando da administração de operadora de planos privados de assistência à saúde durante a vigência de regime especial de direção fiscal e/ou técnica, cujo encerramento não tenha sido deliberado pela Diretoria Colegiada da ANS;
5. Não fui declarado inabilitado para cargos de administração em outras instituições sujeitas à autorização, ao controle e à fiscalização de órgãos ou entidades da administração pública direta ou indireta;
6. Não estou sob os efeitos de condenação por pena que vede, ainda que temporariamente, o acesso a cargos públicos; ou por crime falimentar, de prevaricação, peita ou suborno, concussão, peculato; ou contra a economia popular, contra o sistema financeiro nacional, contra as normas de defesa da concorrência, contra as relações de consumo, a fé pública ou a propriedade; ou, havendo sido condenado, estar reabilitado na forma da legislação penal; e
7. Não participei da administração de operadora de planos privados de assistência à saúde durante a vigência de regime especial de direção fiscal e/ou técnica, cujo encerramento tenha se dado com o cancelamento compulsório da autorização de funcionamento ou do registro provisório pela Diretoria Colegiada da ANS como medida alternativa à decretação de liquidação extrajudicial, pelo período de 5 (cinco) anos após a efetiva baixa do registro.
 |
| **ASSINATURA** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Local e Data  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura do Candidato |