

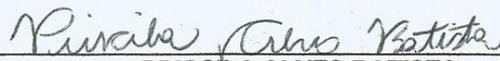
TERMO DE RESPONSABILIDADE DA PESQUISA DE SATISFAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS

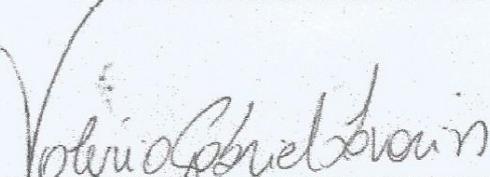
RESPONSÁVEL TÉCNICO DA PESQUISA

Eu, Priscila Alves Batista, telefone (41) 3092-7505, e-mail priscila@zoompesquisas.com.br, inscrita no CPF sob o nº 025.647.369-20, estatística legalmente habilitada, com número de registro profissional 9408-A, CONRE-PR sou a responsável técnica pela elaboração da pesquisa de satisfação de beneficiários da operadora HUMANA ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA, registrada sob o nº 357511 na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e DECLARO, para os devidos fins de direito:

- Que conduzi os trabalhos de acordo com os princípios estatísticos, boas práticas e as diretrizes estabelecidas pela regulamentação vigente;
- Que executei análises e avaliações que atestaram a boa qualidade do cadastro do universo de beneficiários, bem como do registro de seus contatos. Essas avaliações demonstraram a qualidade dos dados que serviram de base para a elaboração da amostragem e da pesquisa realizada;
- Que elaborei a Nota Técnica da Pesquisa de acordo com as diretrizes mínimas estabelecidas em documento técnico específico emitido pela ANS;
- Que as perguntas efetuadas na pesquisa e as opções de resposta para cada uma delas foram organizadas exatamente da forma estabelecida em documento técnico específico emitido pela ANS e que eventuais perguntas adicionais constaram após as perguntas mínimas estabelecidas pela ANS;
- Que a condução 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, não foram observados fatos relevantes que ensejassem a adoção de medidas de adequação.
- Que o relatório contendo os resultados da pesquisa demonstra a compilação das respostas efetivamente fornecidas pelos beneficiários entrevistados;
- Assumo integral responsabilidade pela fidedignidade das declarações ora prestadas ou imperícia, ficando a ANS, desde já, autorizada a delas fazer, nos limites legais e em juízo ou fora dele, o uso que lhe aprouver.

Curitiba, 05 de abril de 2021.


PRISCILA ALVES BATISTA
REGISTRO PROFISSIONAL Nº 9408-A


ZOOM AGÊNCIA DE PESQUISAS
REPRESENTANTE VALÉRIA GABRIEL FAVARIN
CPF: 077.777.149-70

03.566.875/0001-43
ZOOM AGÊNCIA DE
PESQUISAS LTDA - EPP
R. ACYR GUIMARÃES, 436 - Cjs. 401 a 404
ÁGUA VERDE - CEP 80240-230
CURITIBA - PR

RESPONSÁVEL DA OPERADORA – REPRESENTANTE LEGAL PERANTE A ANS

Eu, **Fábio Minamisawa Hirota**, telefone comercial (11) 98930-3125, e-mail fabio.hirota@athenasaude.com.br, inscrito no CPF sob o nº 186.360.418-99, representante da operadora **HUMANA ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA.**, registrada sob o nº 35751-1, 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.
- Que foram realizadas análises e avaliações do cadastro de beneficiários que atestaram a sua qualidade, bem como do registro de seus contatos.
- Que as avaliações efetuadas demonstraram a qualidade dos dados que serviram de base para a elaboração da amostragem e da pesquisa realizada.
- Que na observância de problemas relevantes no cadastro de beneficiários e/ou na base de dados que contém as informações que permitam o contato com o beneficiário entrevistado (por exemplo: telefone e e-mail, foram tomadas medidas administrativas que permitiram a elaboração da amostragem e da pesquisa realizada.
- Que estou ciente de que poderei ser responsabilizado pelas informações prestadas e pela ocorrência de situações que indiquem atos ilícitos, 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 conflito de interesses, sem prejuízo da aplicação das penalidades previstas na legislação em vigor.
- Que o Relatório Final com os Resultados da Pesquisa publicado no sítio institucional da operadora na internet foi o Relatório elaborado pelo Responsável Técnico e auditado pela auditoria independente da pesquisa.
- Que os requisitos de independência estabelecidos para a auditoria independente foram apurados e estão em conformidade com o disposto no item 6.1 do Documento Técnico para a Realização da Pesquisa de Satisfação de Beneficiários de Planos de Saúde.
- Que o contrato entre a minha operadora e o auditor e/ou a empresa de auditoria independente da pesquisa prevê item específico quanto à confidencialidade dos dados tratados.
- Que todo o material referente à pesquisa se encontra arquivado na sede da operadora e disponível para eventual averiguação por parte 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 a ANS, desde já, autorizada a delas fazer, nos limites legais e em juízo ou fora dele, o uso que lhe aprover.

Local e data: Teresina/PI, 07 de abril de 2021

Fábio Minamisawa Hirota