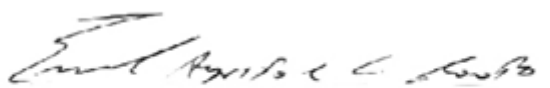


## TERMO DE RESPONSABILIDADE DA PESQUISA DE SATISFAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS:

Eu, Emmanuel Augusto de Carvalho Fontes, Cel. (86)2107-1461, E-mail: emmanuel.fontes@unimedteresina.com.br, inscrito(a) no CPF sob o nº 287.134.433-72, representante da operadora Unimed Teresina – Cooperativa de Trabalho Médico, registrada sob o nº 353353 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 aprouver.

Teresina, 11 de maio de 2020.



**Dr. Emmanuel Augusto de Carvalho Fontes**  
Presidente