

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, _____ (nome completo),
_____ (nacionalidade), _____ (estado civil),
nascido(a) em _____ (local de nascimento) no
dia _____ de _____ (mês) de _____ (ano), do sexo _____
(masculino/feminino), residente e domiciliado na _____
(avenida/rua, n.º, complemento), _____ (bairro), _____ (município),
_____ (UF), _____ (CEP), telefone _____ (DDD/Telefone
comercial e residencial), e-mail _____, portador(a) do documento
de identidade nº _____, _____ (órgão expedidor) expedida em
_____, inscrito(a) no CPF sob o nº _____, filho(a)
de _____
_____ (filiação completa),
_____ (eleito(a) e/ou reeleito(a)) como administrador(a) para exercer o cargo de
membro do Conselho de Administração da Caixa de Assistência dos Empregados do Banco do Estado do
Rio Grande do Sul - Cabergs, inscrita no CNPJ sob n.º 02.315.431/0001-72 e registrada sob o n.º 30731-9
na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS,

DECLARO, para os devidos fins de direito:

1 – Que não me enquadro nas restrições descritas no art. 3º da Resolução Normativa - RN nº 520, de 29 de abril de 2022, e preencho os requisitos das demais legislações pertinentes em vigor, para o exercício do cargo de membro do Conselho de Administração na operadora de planos privados de assistência acima qualificada para o qual fui eleito(a); e

2 – Assumo, sob pena de sofrer as sanções cíveis, administrativas e criminais cabíveis, integral responsabilidade pela fidedignidade das declarações ora prestadas.

3 – Estou devidamente ciente do tratamento de meus dados pessoais e dados pessoais sensíveis pela CABERGS, nos termos previstos no Documento de Adesão à CABERGS – DAC assinado por mim e no Regulamento da Assembleia Geral.

Porto Alegre, ____ de _____ de 2025.
