

ANS 2021: ROL DE RESPONSÁVEIS

UNIDADE JURISDICIONADA		ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar					
DADOS DO RESPONSÁVEL							
Nome:	PAULO ROBERTO VANDERLEI REBELLO FILHO				CPF:	xxx.xxx.xxx-xx	
Endereço Residencial:	-						
Cidade:	RIO DE JANEIRO		UF:	RJ	CEP:	-	
Telefone:	-	Fax:	-	e-Mail:	paulo.rebello@ans.gov.br		
INFORMAÇÕES DO CARGO OU FUNÇÃO							
Natureza de Responsabilidade (Art. 10 da IN TCU nº 63/2010)	DIRIG MAX DA UNID PRESTADORA DE CONTAS-UPC SEQ: 001 – TITULAR						
Nome do Cargo ou Função:	DIRETOR-PRESIDENTE						
Ato de Designação		Ato de Exoneração			Período de gestão no exercício		
Nome e número	Data	Nome e número	Data	Início	Fim		
DECR.12/JUL21	12/07/2021			12/07/2021	31/12/2021		

UNIDADE JURISDICIONADA		ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar					
DADOS DO RESPONSÁVEL							
Nome:	ROGERIO SCARABEL BARBOSA				CPF:	xxx.xxx.xxx-xx	
Endereço Residencial:	-						
Cidade:	RIO DE JANEIRO		UF:	RJ	CEP:	-	
Telefone:	-	Fax:	-	e-Mail:	rogerio.scarabel@ans.gov.br		
INFORMAÇÕES DO CARGO OU FUNÇÃO							
Natureza de Responsabilidade (Art. 10 da IN TCU nº 63/2010)	DIRIG MAX DA UNID PRESTADORA DE CONTAS-UPC SEQ: 001 - SUBSTITUTO						
Nome do Cargo ou Função:	DIRETOR PRESIDENTE SUBSTITUTO						
Ato de Designação		Ato de Exoneração			Período de gestão no exercício		
Nome e número	Data	Nome e número	Data	Início	Fim		
PORT.1202/19	03/06/2019	PORT.0201/21	13/07/2021	01/01/2021	12/07/2021		
PORT.0201/21	13/07/2021	DECRE24AGO21	27/08/2021	13/07/2021	26/08/2021		

UNIDADE JURISDICIONADA		ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar					
DADOS DO RESPONSÁVEL							
Nome:	MAURÍCIO NUNES DA SILVA				CPF:	xxx.xxx.xxx-xx	
Endereço Residencial:	-						
Cidade:	RIO DE JANEIRO		UF:	RJ	CEP:	-	
Telefone:	-	Fax:	-	e-Mail:	mauricio.silva@ans.gov.br		
INFORMAÇÕES DO CARGO OU FUNÇÃO							
Natureza de Responsabilidade (Art. 10 da IN TCU nº 63/2010)	DIRIG MAX DA UNID PRESTADORA DE CONTAS-UPC SEQ: 001 – INTERINO						
Nome do Cargo ou Função:	DIRETOR-PRESIDENTE SUBSTITUTO						
Ato de Designação		Ato de Exoneração			Período de gestão no exercício		
Nome e número	Data	Nome e número	Data	Início	Fim		
PORT.0289/21	28/10/2021			28/10/2021	31/12/2021		

UNIDADE JURISDICIONADA		ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar					
DADOS DO RESPONSÁVEL							
Nome:	MAURÍCIO NUNES DA SILVA				CPF:	xxx.xxx.xxx-xx	
Endereço Residencial:	-						
Cidade:	RIO DE JANEIRO		UF:	RJ	CEP:	-	
Telefone:	-	Fax:	-	e-Mail:	mauricio.silva@ans.gov.br		
INFORMAÇÕES DO CARGO OU FUNÇÃO							
Natureza de Responsabilidade (Art. 10 da IN TCU nº 63/2010)	DIRIG MAX DA UNID PRESTADORA DE CONTAS-UPC SEQ: 001 – INTERINO						
Nome do Cargo ou Função:	DIRETOR-PRESIDENTE INTERINO						
Ato de Designação		Ato de Exoneração			Período de gestão no exercício		
Nome e número	Data	Nome e número	Data	Início	Fim		
Port. 00444/20	31/12/2020	Port. 00444/20	08/01/2021	01/01/2021	07/01/2021		

UNIDADE JURISDICIONADA		ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar					
DADOS DO RESPONSÁVEL							
Nome:	PAULO ROBERTO VANDERLEI REBELLO FILHO				CPF:	xxx.xxx.xxx-xx	
Endereço Residencial:	-						
Cidade:	RIO DE JANEIRO		UF:	RJ	CEP:	-	
Telefone:	(21) 99889-4422	Fax:	-	e-Mail:	paulo.rebello@ans.gov.br		

INFORMAÇÕES DO CARGO OU FUNÇÃO					
Natureza de Responsabilidade (Art. 10 da IN TCU nº 63/2010)		DIRIG MAX DA UNID PRESTADORA DE CONTAS-UPC SEQ: 001 – TITULAR			
Nome do Cargo ou Função:		DIRETOR-PRESIDENTE			
Ato de Designação		Ato de Exoneração		Período de gestão no exercício	
Nome e número	Data	Nome e número	Data	Início	Fim
PORT00093/21	05/04/2021	PORT00093/21	09/04/2021	05/04/2021	08/04/2021
PORT00122/21	22/04/2021	PORT00122/21	23/04/2021	22/04/2021	22/04/2021
PORT00131/21	03/05/2021	PORT00131/21	21/05/2021	03/05/2021	20/05/2021
PORT00170/21	07/06/2021	PORT00170/21	25/06/2021	07/06/2021	24/06/2021

UNIDADE JURISDICIONADA		ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar			
DADOS DO RESPONSÁVEL					
Nome:		ROGERIO SCARABEL BARBOSA		CPF:	xxx.xxx.xxx-xx
Endereço Residencial:		-			
Cidade:	RIO DE JANEIRO	UF:	RJ	CEP:	-
Telefone:		Fax:		e-Mail:	rogerio.scarabel@ans.gov.br
INFORMAÇÕES DO CARGO OU FUNÇÃO					
Natureza de Responsabilidade (Art. 10 da IN TCU nº 63/2010)		ORDENADOR DE DESPESA SEQ: 001 - SUBSTITUTO			
Nome do Cargo ou Função:		DIRETOR PRESIDENTE SUBSTITUTO			
Ato de Designação		Ato de Exoneração		Período de gestão no exercício	
Nome e número	Data	Nome e número	Data	Início	Fim
PORT.1202/19	03/06/2019	PORT.0201/21	13/07/2021	01/01/2021	12/07/2021

UNIDADE JURISDICIONADA		ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar			
DADOS DO RESPONSÁVEL					
Nome:		MAURÍCIO NUNES DA SILVA		CPF:	xxx.xxx.xxx-xx
Endereço Residencial:		xxx.xxx.xxx-xx			
Cidade:	RIO DE JANEIRO	UF:	RJ	CEP:	-
Telefone:		Fax:		e-Mail:	mauricio.silva@ans.gov.br
INFORMAÇÕES DO CARGO OU FUNÇÃO					
Natureza de Responsabilidade (Art. 10 da IN TCU nº 63/2010)		ORDENADOR DE DESPESA SEQ: 001 – INTERINO			
Nome do Cargo ou Função:		DIRETOR-PRESIDENTE INTERINO			
Ato de Designação		Ato de Exoneração		Período de gestão no exercício	
Nome e número	Data	Nome e número	Data	Início	Fim
Port. 00444/20	31/12/2020	Port. 00444/20	08/01/2021	01/01/2021	07/01/2021

UNIDADE JURISDICIONADA		ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar			
DADOS DO RESPONSÁVEL					
Nome:		PAULO ROBERTO VANDERLEI REBELLO FILHO		CPF:	xxx.xxx.xxx-xx
Endereço Residencial:		-			
Cidade:	RIO DE JANEIRO	UF:	RJ	CEP:	-
Telefone:	-	Fax:		e-Mail:	paulo.rebello@ans.gov.br
INFORMAÇÕES DO CARGO OU FUNÇÃO					
Natureza de Responsabilidade (Art. 10 da IN TCU nº 63/2010)		ORDENADOR DE DESPESA SEQ: 001 – INTERINO			
Nome do Cargo ou Função:		DIRETOR-PRESIDENTE INTERINO			
Ato de Designação		Ato de Exoneração		Período de gestão no exercício	
Nome e número	Data	Nome e número	Data	Início	Fim
PORT00093/21	05/04/2021	PORT00093/21	09/04/2021	05/04/2021	08/04/2021
PORT00122/21	22/04/2021	PORT00122/21	23/04/2021	22/04/2021	22/04/2021
PORT00131/21	03/05/2021	PORT00131/21	21/05/2021	03/05/2021	20/05/2021
PORT00170/21	07/06/2021	PORT00170/21	25/06/2021	07/06/2021	24/06/2021

UNIDADE JURISDICIONADA		ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar			
DADOS DO RESPONSÁVEL					
Nome:		ROGERIO SCARABEL BARBOSA		CPF:	xxx.xxx.xxx-xx
Endereço Residencial:		-			
Cidade:	RIO DE JANEIRO	UF:	RJ	CEP:	-
Telefone:		Fax:		e-Mail:	rogerio.scarabel@ans.gov.br
INFORMAÇÕES DO CARGO OU FUNÇÃO					
Natureza de Responsabilidade (Art. 10 da IN TCU nº 63/2010)		ORDENADOR DE DESPESA SEQ: 001 - SUBSTITUTO			

Nome do Cargo ou Função:		DIRETOR PRESIDENTE SUBSTITUTO			
Ato de Designação		Ato de Exoneração		Período de gestão no exercício	
Nome e número	Data	Nome e número	Data	Início	Fim
PORT.0201/21	13/07/2021	DECRE24AGO21	27/08/2021	13/07/2021	26/08/2021

UNIDADE JURISDICIONADA		ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar			
DADOS DO RESPONSÁVEL					
Nome:		PAULO ROBERTO VANDERLEI REBELLO FILHO		CPF: xxx.xxx.xxx-xx	
Endereço Residencial:		-			
Cidade:		RIO DE JANEIRO		UF: RJ	
Telefone:		-		e-Mail: paulo.rebello@ans.gov.br	
INFORMAÇÕES DO CARGO OU FUNÇÃO					
Natureza de Responsabilidade (Art. 10 da IN TCU nº 63/2010)		ORDENADOR DE DESPESA SEQ: 001 – TITULAR			
Nome do Cargo ou Função:		DIRETOR-PRESIDENTE			
Ato de Designação		Ato de Exoneração		Período de gestão no exercício	
Nome e número	Data	Nome e número	Data	Início	Fim
DECR.12JUL21	12/07/2021			12/07/2021	31/12/2021

UNIDADE JURISDICIONADA		ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar			
DADOS DO RESPONSÁVEL					
Nome:		MAURÍCIO NUNES DA SILVA		CPF: xxx.xxx.xxx-xx	
Endereço Residencial:		-			
Cidade:		RIO DE JANEIRO		UF: RJ	
Telefone:		-		e-Mail: mauricio.silva@ans.gov.br	
INFORMAÇÕES DO CARGO OU FUNÇÃO					
Natureza de Responsabilidade (Art. 10 da IN TCU nº 63/2010)		ORDENADOR DE DESPESA SEQ: 001 – SUBSTITUTO			
Nome do Cargo ou Função:		DIRETOR-PRESIDENTE SUBSTITUTO			
Ato de Designação		Ato de Exoneração		Período de gestão no exercício	
Nome e número	Data	Nome e número	Data	Início	Fim
PORT.0289/21	28/10/2021			28/10/2021	31/12/2021

UNIDADE JURISDICIONADA		ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar			
DADOS DO RESPONSÁVEL					
Nome:		WASHINGTON PEREIRA DA CUNHA		CPF: xxx.xxx.xxx-xx	
Endereço Residencial:		-			
Cidade:		RIO DE JANEIRO		UF: RJ	
Telefone:		-		e-Mail: washington.cunha@ans.gov.br	
INFORMAÇÕES DO CARGO OU FUNÇÃO					
Natureza de Responsabilidade (Art. 10 da IN TCU nº 63/2010)		ORDENADOR DE DESPESA P/ DELEG. DE COMPETÊNCIA SEQ: 001 - TITULAR			
Nome do Cargo ou Função:		ORDENADOR DE DESPESA			
Ato de Designação		Ato de Exoneração		Período de gestão no exercício	
Nome e número	Data	Nome e número	Data	Início	Fim
PORT00141/20	02/04/2020	PORT00150/21	12/05/2021	01/01/2021	11/05/2021

UNIDADE JURISDICIONADA		ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar			
DADOS DO RESPONSÁVEL					
Nome:		MELINA TEJO CANEDO		CPF: xxx.xxx.xxx-xx	
Endereço Residencial:		-			
Cidade:		RIO DE JANEIRO		UF: RJ	
Telefone:		-		e-Mail: melina.tejo@ans.gov.br	
INFORMAÇÕES DO CARGO OU FUNÇÃO					
Natureza de Responsabilidade (Art. 10 da IN TCU nº 63/2010)		ORDENADOR DE DESPESA P/ DELEG. DE COMPETÊNCIA SEQ: 001 - SUBSTITUTO			
Nome do Cargo ou Função:		ORDENADORA DE DESPESA SUBSTITUTA			
Ato de Designação		Ato de Exoneração		Período de gestão no exercício	
Nome e número	Data	Nome e número	Data	Início	Fim
PORT00141/20	02/04/2020	PORT00150/21	12/05/2021	01/01/2021	11/05/2021

UNIDADE JURISDICIONADA		ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar			
DADOS DO RESPONSÁVEL					
Nome:		WASHINGTON PEREIRA DA CUNHA		CPF: xxx.xxx.xxx-xx	

Endereço Residencial:	-				
Cidade:	RIO DE JANEIRO	UF:	RJ	CEP:	
Telefone:		Fax:		e-Mail:	washington.cunha@ans.gov.br
INFORMAÇÕES DO CARGO OU FUNÇÃO					
Natureza de Responsabilidade (Art. 10 da IN TCU nº 63/2010)	ORDENADOR DE DESPESA P/ DELEG. DE COMPETÊNCIA SEQ: 001 - TITULAR				
Nome do Cargo ou Função:	ORDENADOR DE DESPESA				
Ato de Designação		Ato de Exoneração		Período de gestão no exercício	
Nome e número	Data	Nome e número	Data	Início	Fim
PORT00150/21	12/05/2021			12/05/2021	31/12/2021

UNIDADE JURISDICIONADA	ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar				
DADOS DO RESPONSÁVEL					
Nome:	MELINA TEJO CANEDO			CPF:	xxx.xxx.xxx-xx
Endereço Residencial:	-				
Cidade:	RIO DE JANEIRO	UF:	RJ	CEP:	-
Telefone:	-	Fax:		e-Mail:	melina.tejo@ans.gov.br
INFORMAÇÕES DO CARGO OU FUNÇÃO					
Natureza de Responsabilidade (Art. 10 da IN TCU nº 63/2010)	ORDENADOR DE DESPESA P/ DELEG. DE COMPETÊNCIA SEQ: 001 - SUBSTITUTO				
Nome do Cargo ou Função:	ORDENADORA DE DESPESA SUBSTITUTA				
Ato de Designação		Ato de Exoneração		Período de gestão no exercício	
Nome e número	Data	Nome e número	Data	Início	Fim
PORT00150/21	12/05/2021			12/05/2021	31/12/2021

UNIDADE JURISDICIONADA	ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar				
DADOS DO RESPONSÁVEL					
Nome:	TANIA MARIA VALANDRO			CPF:	xxx.xxx.xxx-xx
Endereço Residencial:	-				
Cidade:	RIO DE JANEIRO	UF:	RJ	CEP:	-
Telefone:		Fax:		e-Mail:	tania.valandro@ans.gov.br
INFORMAÇÕES DO CARGO OU FUNÇÃO					
Natureza de Responsabilidade (Art. 10 da IN TCU nº 63/2010)	RESP. PELA CONFORMIDADE DE REGISTRO DE GESTÃO SEQ: 001 - TITULAR				
Nome do Cargo ou Função:	RESP. PELA CONFORMIDADE DE GESTÃO				
Ato de Designação		Ato de Exoneração		Período de gestão no exercício	
Nome e número	Data	Nome e número	Data	Início	Fim
PORT00141/20	02/04/2020	PORT00150/21	12/05/2021	01/01/2021	11/05/2021

UNIDADE JURISDICIONADA	ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar				
DADOS DO RESPONSÁVEL					
Nome:	BIANCA DA COSTA RODRIGUES DIAS			CPF:	xxx.xxx.xxx-xx
Endereço Residencial:	-				
Cidade:	RIO DE JANEIRO	UF:	RJ	CEP:	-
Telefone:		Fax:		e-Mail:	bianca.dias@ans.gov.br
INFORMAÇÕES DO CARGO OU FUNÇÃO					
Natureza de Responsabilidade (Art. 10 da IN TCU nº 63/2010)	RESP. PELA CONFORMIDADE DE REGISTRO DE GESTÃO SEQ: 001 - SUBSTITUTO				
Nome do Cargo ou Função:	RESP. PELA CONFORMIDADE DE GESTÃO SUBSTITUTA				
Ato de Designação		Ato de Exoneração		Período de gestão no exercício	
Nome e número	Data	Nome e número	Data	Início	Fim
PORT00141/20	02/04/2020	PORT00150/21	12/05/2021	01/01/2021	11/05/2021

UNIDADE JURISDICIONADA	ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar				
DADOS DO RESPONSÁVEL					
Nome:	TANIA MARIA VALANDRO			CPF:	xxx.xxx.xxx-xx
Endereço Residencial:	-				
Cidade:	RIO DE JANEIRO	UF:	RJ	CEP:	-
Telefone:		Fax:		e-Mail:	tania.valandro@ans.gov.br
INFORMAÇÕES DO CARGO OU FUNÇÃO					
Natureza de Responsabilidade (Art. 10 da IN TCU nº 63/2010)	RESP. PELA CONFORMIDADE DE REGISTRO DE GESTÃO SEQ: 001 - SUBSTITUTO				
Nome do Cargo ou Função:	RESP. PELA CONFORMIDADE DE GESTÃO SUBSTITUTA				
Ato de Designação		Ato de Exoneração		Período de gestão no exercício	
Nome e número	Data	Nome e número	Data	Início	Fim

PORT00150/21	12/05/2021			12/05/2021	31/12/2021
--------------	------------	--	--	------------	------------

UNIDADE JURISDICIONADA		ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar			
DADOS DO RESPONSÁVEL					
Nome:	MARCELO BENEDITO MARTINS DA SILVA			CPF:	xxx.xxx.xxx-xx
Endereço Residencial:	-				
Cidade:	SÃO GONÇALO	UF:	RJ	CEP:	-
Telefone:		Fax:		e-Mail:	marcelo.martins@ans.gov.br
INFORMAÇÕES DO CARGO OU FUNÇÃO					
Natureza de Responsabilidade (Art. 10 da IN TCU nº 63/2010)	RESP. PELA CONFORMIDADE DE REGISTRO DE GESTÃO SEQ: 001 - TITULAR				
Nome do Cargo ou Função:	RESP. PELA CONFORMIDADE DE GESTÃO				
Ato de Designação		Ato de Exoneração		Período de gestão no exercício	
Nome e número	Data	Nome e número	Data	Início	Fim
PORT00150/21	12/05/2021			12/05/2021	31/12/2021

UNIDADE JURISDICIONADA		ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar			
DADOS DO RESPONSÁVEL					
Nome:	DAYSE RODRIGUES NEVES			CPF:	xxx.xxx.xxx-xx
Endereço Residencial:	-				
Cidade:	RIO DE JANEIRO	UF:	RJ	CEP:	-
Telefone:		Fax:		e-Mail:	dayse.neves@gmail.com
INFORMAÇÕES DO CARGO OU FUNÇÃO					
Natureza de Responsabilidade (Art. 10 da IN TCU nº 63/2010)	RESP. PELOS ATOS DE GESTÃO FINANCEIRA SEQ: 001 - TITULAR				
Nome do Cargo ou Função:	GERENTE DE FINANÇAS				
Ato de Designação		Ato de Exoneração		Período de gestão no exercício	
Nome e número	Data	Nome e número	Data	Início	Fim
PORT00141/20	02/04/2020	PORT00150/21	12/05/2021	01/01/2021	11/05/2021

UNIDADE JURISDICIONADA		ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar			
DADOS DO RESPONSÁVEL					
Nome:	PAULA DE ALMEIDA HASHIMOTO			CPF:	xxx.xxx.xxx-xx
Endereço Residencial:	-				
Cidade:	RIO DE JANEIRO	UF:	RJ	CEP:	-
Telefone:		Fax:		e-Mail:	paula.hashimoto@hotmail.com
INFORMAÇÕES DO CARGO OU FUNÇÃO					
Natureza de Responsabilidade (Art. 10 da IN TCU nº 63/2010)	RESP. PELOS ATOS DE GESTÃO FINANCEIRA SEQ: 001 - SUBSTITUTO				
Nome do Cargo ou Função:	GERENTE DE FINANÇAS SUBSTITUTA				
Ato de Designação		Ato de Exoneração		Período de gestão no exercício	
Nome e número	Data	Nome e número	Data	Início	Fim
PORT00141/20	02/04/2020	PORT00150/21	12/05/2021	01/01/2021	11/05/2021

UNIDADE JURISDICIONADA		ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar			
DADOS DO RESPONSÁVEL					
Nome:	DAYSE RODRIGUES NEVES			CPF:	xxx.xxx.xxx-xx
Endereço Residencial:	-				
Cidade:	RIO DE JANEIRO	UF:	RJ	CEP:	-
Telefone:		Fax:		e-Mail:	dayse.neves@gmail.com
INFORMAÇÕES DO CARGO OU FUNÇÃO					
Natureza de Responsabilidade (Art. 10 da IN TCU nº 63/2010)	RESP. PELOS ATOS DE GESTÃO FINANCEIRA SEQ: 001 - TITULAR				
Nome do Cargo ou Função:	GERENTE DE FINANÇAS				
Ato de Designação		Ato de Exoneração		Período de gestão no exercício	
Nome e número	Data	Nome e número	Data	Início	Fim
PORT00150/21	12/05/2021			12/05/2021	31/12/2021

UNIDADE JURISDICIONADA		ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar			
DADOS DO RESPONSÁVEL					
Nome:	PAULA DE ALMEIDA HASHIMOTO			CPF:	xxx.xxx.xxx-xx
Endereço Residencial:	-				

Cidade:	RIO DE JANEIRO	UF:	RJ	CEP:	-
Telefone:		Fax:		e-Mail:	paula.hashimoto@hotmail.com
INFORMAÇÕES DO CARGO OU FUNÇÃO					
Natureza de Responsabilidade (Art. 10 da IN TCU nº 63/2010)	RESP. PELOS ATOS DE GESTÃO FINANCEIRA SEQ: 001 - SUBSTITUTO				
Nome do Cargo ou Função:	GERENTE DE FINANÇAS SUBSTITUTA				
Ato de Designação		Ato de Exoneração		Período de gestão no exercício	
Nome e número	Data	Nome e número	Data	Início	Fim
PORT00150/21	12/05/2021			12/05/2021	31/12/2021

UNIDADE JURISDICIONADA	ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar				
DADOS DO RESPONSÁVEL					
Nome:	DAYSE RODRIGUES NEVES			CPF:	xxx.xxx.xxx-xx
Endereço Residencial:	-				
Cidade:	RIO DE JANEIRO	UF:	RJ	CEP:	-
Telefone:		Fax:		e-Mail:	dayse.neves@hotmail.com
INFORMAÇÕES DO CARGO OU FUNÇÃO					
Natureza de Responsabilidade (Art. 10 da IN TCU nº 63/2010)	RESP. PELA ARRECADAÇÃO DE RECEITAS SEQ: 001 - TITULAR				
Nome do Cargo ou Função:	GERENTE DE FINANÇAS				
Ato de Designação		Ato de Exoneração		Período de gestão no exercício	
Nome e número	Data	Nome e número	Data	Início	Fim
PORT00141/20	02/04/2020	PORT00150/21	12/05/2021	01/01/2021	11/05/2021

UNIDADE JURISDICIONADA	ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar				
DADOS DO RESPONSÁVEL					
Nome:	PAULA DE ALMEIDA HASHIMOTO			CPF:	xxx.xxx.xxx-xx
Endereço Residencial:	-				
Cidade:	RIO DE JANEIRO	UF:	RJ	CEP:	-
Telefone:		Fax:		e-Mail:	paula.hashimoto@hotmail.com
INFORMAÇÕES DO CARGO OU FUNÇÃO					
Natureza de Responsabilidade (Art. 10 da IN TCU nº 63/2010)	RESP. PELA ARRECADAÇÃO DE RECEITAS SEQ: 001 - SUBSTITUTO				
Nome do Cargo ou Função:	GERENTE DE FINANÇAS SUBSTITUTA				
Ato de Designação		Ato de Exoneração		Período de gestão no exercício	
Nome e número	Data	Nome e número	Data	Início	Fim
PORT00141/20	02/04/2020	PORT00150/21	12/05/2021	01/01/2021	11/05/2021

UNIDADE JURISDICIONADA	ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar				
DADOS DO RESPONSÁVEL					
Nome:	DAYSE RODRIGUES NEVES			CPF:	xxx.xxx.xxx-xx
Endereço Residencial:	-				
Cidade:	RIO DE JANEIRO	UF:	RJ	CEP:	-
Telefone:		Fax:		e-Mail:	dayse.neves@hotmail.com
INFORMAÇÕES DO CARGO OU FUNÇÃO					
Natureza de Responsabilidade (Art. 10 da IN TCU nº 63/2010)	RESP. PELA ARRECADAÇÃO DE RECEITAS SEQ: 001 - TITULAR				
Nome do Cargo ou Função:	GERENTE DE FINANÇAS				
Ato de Designação		Ato de Exoneração		Período de gestão no exercício	
Nome e número	Data	Nome e número	Data	Início	Fim
PORT00150/21	12/05/2021			12/05/2021	31/12/2021

UNIDADE JURISDICIONADA	ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar				
DADOS DO RESPONSÁVEL					
Nome:	PAULA DE ALMEIDA HASHIMOTO			CPF:	xxx.xxx.xxx-xx
Endereço Residencial:	-				
Cidade:	RIO DE JANEIRO	UF:	RJ	CEP:	-
Telefone:		Fax:		e-Mail:	paula.hashimoto@hotmail.com
INFORMAÇÕES DO CARGO OU FUNÇÃO					
Natureza de Responsabilidade (Art. 10 da IN TCU nº 63/2010)	RESP. PELA ARRECADAÇÃO DE RECEITAS SEQ: 001 - SUBSTITUTO				
Nome do Cargo ou Função:	GERENTE DE FINANÇAS SUBSTITUTA				
Ato de Designação		Ato de Exoneração		Período de gestão no exercício	
Nome e número	Data	Nome e número	Data	Início	Fim
PORT00150/21	12/05/2021			12/05/2021	31/12/2021

UNIDADE JURISDICIONADA		ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar					
DADOS DO RESPONSÁVEL							
Nome:	IGOR DOS SANTOS BENTO				CPF:	xxx.xxx.xxx-xx	
Endereço Residencial:	-						
Cidade:	RIO DE JANEIRO			UF:	RJ	CEP:	-
Telefone:		Fax:		e-Mail:	igor.bento@ans.gov.br		
INFORMAÇÕES DO CARGO OU FUNÇÃO							
Natureza de Responsabilidade (Art. 10 da IN TCU nº 63/2010)	RESP. PELA CONFORMIDADE CONTÁBIL SEQ: 001 - TITULAR						
Nome do Cargo ou Função:	ANALISTA ADMINISTRATIVO						
Ato de Designação		Ato de Exoneração			Período de gestão no exercício		
Nome e número	Data	Nome e número	Data	Início	Fim		
Port. 8.976	25/05/2017				01/01/2020	31/12/2020	

UNIDADE JURISDICIONADA		ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar					
DADOS DO RESPONSÁVEL							
Nome:	HELIO FERREIRA SANTOS				CPF:	xxx.xxx.xxx-xx	
Endereço Residencial:	-						
Cidade:	RIO DE JANEIRO			UF:	RJ	CEP:	-
Telefone:		Fax:		e-Mail:	helio.santos@ans.gov.br		
INFORMAÇÕES DO CARGO OU FUNÇÃO							
Natureza de Responsabilidade (Art. 10 da IN TCU nº 63/2010)	RESP. PELA CONFORMIDADE CONTÁBIL SEQ: 001 - SUBSTITUTO						
Nome do Cargo ou Função:	COORDENADOR SUBSTITUTO DA CCONT						
Ato de Designação		Ato de Exoneração			Período de gestão no exercício		
Nome e número	Data	Nome e número	Data	Início	Fim		
Port. 9.030	05/06/2017				01/01/2020	31/12/2020	

UNIDADE JURISDICIONADA		ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar					
DADOS DO RESPONSÁVEL							
Nome:	PAULO FERNANDO MELO VIEIRA				CPF:	xxx.xxx.xxx-xx	
Endereço Residencial:	-						
Cidade:	RIO DE JANEIRO			UF:	RJ	CEP:	-
Telefone:		Fax:		e-Mail:	paulo.vieira@hotmail.com		
INFORMAÇÕES DO CARGO OU FUNÇÃO							
Natureza de Responsabilidade (Art. 10 da IN TCU nº 63/2010)	RESPONSÁVEL PELO ALMOXARIFADO – BENS DE ESTOQUE SEQ: 001 - TITULAR						
Nome do Cargo ou Função:	COORDENADOR DE PATRIMÔNIO E ALMOXARIFADO						
Ato de Designação		Ato de Exoneração			Período de gestão no exercício		
Nome e número	Data	Nome e número	Data	Início	Fim		
Port. 10.426	25/07/2019				01/01/2020	31/12/2020	

UNIDADE JURISDICIONADA		ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar					
DADOS DO RESPONSÁVEL							
Nome:	THIAGO PEREIRA MEIRELLES				CPF:	xxx.xxx.xxx-xx	
Endereço Residencial:	-						
Cidade:	RIO DE JANEIRO			UF:	RJ	CEP:	-
Telefone:		Fax:		e-Mail:	thiago.meirelles@ans.gov.br		
INFORMAÇÕES DO CARGO OU FUNÇÃO							
Natureza de Responsabilidade (Art. 10 da IN TCU nº 63/2010)	RESPONSÁVEL PELO ALMOXARIFADO – BENS DE ESTOQUE SEQ: 001 - SUBSTITUTO						
Nome do Cargo ou Função:	TÉCNICO ADMINISTRATIVO						
Ato de Designação		Ato de Exoneração			Período de gestão no exercício		
Nome e número	Data	Nome e número	Data	Início	Fim		
Port. 10.427	25/07/2019				01/01/2020	31/12/2020	

UNIDADE JURISDICIONADA		ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar					
DADOS DO RESPONSÁVEL							
Nome:	MELINA TEJO CANEDO				CPF:	xxx.xxx.xxx-xx	
Endereço Residencial:	-						
Cidade:	RIO DE JANEIRO			UF:	RJ	CEP:	-

Telefone:	-	Fax:		e-Mail:	melina.tejo@ans.gov.br
INFORMAÇÕES DO CARGO OU FUNÇÃO					
Natureza de Responsabilidade (Art. 10 da IN TCU nº 63/2010)	GESTOR DE LICITAÇÕES SEQ: 001 – SUBSTITUTO				
Nome do Cargo ou Função:	GERENTE DE CONTRATOS E LICITAÇÕES SUBSTITUTA				
Ato de Designação		Ato de Exoneração		Período de gestão no exercício	
Nome e número	Data	Nome e número	Data	Início	Fim
Port. 10.603	27/11/2019	Port. 0002	09/01/2020	01/01/2020	08/01/2020

UNIDADE JURISDICIONADA	ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar				
DADOS DO RESPONSÁVEL					
Nome:	MELINA TEJO CANEDO			CPF:	xxx.xxx.xxx-xx
Endereço Residencial:	-				
Cidade:	RIO DE JANEIRO	UF:	RJ	CEP:	-
Telefone:	-	Fax:		e-Mail:	melina.tejo@ans.gov.br
INFORMAÇÕES DO CARGO OU FUNÇÃO					
Natureza de Responsabilidade (Art. 10 da IN TCU nº 63/2010)	GESTOR DE LICITAÇÕES SEQ: 001 – TITULAR				
Nome do Cargo ou Função:	GERENTE DE CONTRATOS E LICITAÇÕES				
Ato de Designação		Ato de Exoneração		Período de gestão no exercício	
Nome e número	Data	Nome e número	Data	Início	Fim
Port. 0002	09/01/2020			09/01/2020	31/12/2020

UNIDADE JURISDICIONADA	ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar				
DADOS DO RESPONSÁVEL					
Nome:	ROBSON DE OLIVEIRA FARIA			CPF:	xxx.xxx.xxx-xx
Endereço Residencial:	-				
Cidade:	NITERÓI	UF:	RJ	CEP:	-
Telefone:		Fax:		e-Mail:	robson.faria@ans.gov.br
INFORMAÇÕES DO CARGO OU FUNÇÃO					
Natureza de Responsabilidade (Art. 10 da IN TCU nº 63/2010)	GESTOR DE LICITAÇÕES SEQ: 001 – SUBSTITUTO				
Nome do Cargo ou Função:	GERENTE DE CONTRATOS E LICITAÇÕES SUBSTITUTO				
Ato de Designação		Ato de Exoneração		Período de gestão no exercício	
Nome e número	Data	Nome e número	Data	Início	Fim
Port. 0013	13/01/2020	Port. 0214	03/06/2020	13/01/2020	02/06/2020

UNIDADE JURISDICIONADA	ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar				
DADOS DO RESPONSÁVEL					
Nome:	JOAO BENJAMIN DE CAMPOS AMARO			CPF:	xxx.xxx.xxx-xx
Endereço Residencial:	-				
Cidade:	RIO DE JANEIRO	UF:	RJ	CEP:	-
Telefone:		Fax:		e-Mail:	joao.amaro@ans.gov.br
INFORMAÇÕES DO CARGO OU FUNÇÃO					
Natureza de Responsabilidade (Art. 10 da IN TCU nº 63/2010)	GESTOR DE LICITAÇÕES SEQ: 001 – SUBSTITUTO				
Nome do Cargo ou Função:	GERENTE DE CONTRATOS E LICITAÇÕES SUBSTITUTO				
Ato de Designação		Ato de Exoneração		Período de gestão no exercício	
Nome e número	Data	Nome e número	Data	Início	Fim
Port. 0075	19/02/2020	Port. 0075	26/02/2020	19/02/2020	25/02/2020

UNIDADE JURISDICIONADA	ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar				
DADOS DO RESPONSÁVEL					
Nome:	JOAO BENJAMIN DE CAMPOS AMARO			CPF:	xxx.xxx.xxx-xx
Endereço Residencial:	-				
Cidade:	RIO DE JANEIRO	UF:	RJ	CEP:	-
Telefone:		Fax:		e-Mail:	joao.amaro@ans.gov.br
INFORMAÇÕES DO CARGO OU FUNÇÃO					
Natureza de Responsabilidade (Art. 10 da IN TCU nº 63/2010)	GESTOR DE LICITAÇÕES SEQ: 001 – SUBSTITUTO				
Nome do Cargo ou Função:	GERENTE DE CONTRATOS E LICITAÇÕES SUBSTITUTO				
Ato de Designação		Ato de Exoneração		Período de gestão no exercício	
Nome e número	Data	Nome e número	Data	Início	Fim
Port. 0218	08/06/2020			08/06/2020	31/12/2020

UNIDADE JURISDICIONADA		ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar					
DADOS DO RESPONSÁVEL							
Nome:	CARLOS ALBERTO KWASINSKI DE AS EARP				CPF:	xxx.xxx.xxx-xx	
Endereço Residencial:	-						
Cidade:	RIO DE JANEIRO			UF:	RJ	CEP:	20.551-120
Telefone:		Fax:		e-Mail:	carlos.earp@ans.gov.br		
INFORMAÇÕES DO CARGO OU FUNÇÃO							
Natureza de Responsabilidade (Art. 10 da IN TCU nº 63/2010)	RESPONSÁVEL AUDITORIA INTERNA SEQ: 001 – TITULAR						
Nome do Cargo ou Função:	AUDITOR CHEFE – CGE III						
Ato de Designação		Ato de Exoneração			Período de gestão no exercício		
Nome e número	Data	Nome e número	Data	Início	Fim		
Port. 9.896	20/08/2018				01/01/2020	31/12/2020	

UNIDADE JURISDICIONADA		ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar					
DADOS DO RESPONSÁVEL							
Nome:	RODRIGO TUBARÃO DOS SANTOS				CPF:	xxx.xxx.xxx-xx	
Endereço Residencial:	-						
Cidade:	RIO DE JANEIRO			UF:	RJ	CEP:	-
Telefone:		Fax:		e-Mail:	rodrigo.tubarao@ans.gov.br		
INFORMAÇÕES DO CARGO OU FUNÇÃO							
Natureza de Responsabilidade (Art. 10 da IN TCU nº 63/2010)	RESPONSÁVEL AUDITORIA INTERNA SEQ: 001 – SUBSTITUTO						
Nome do Cargo ou Função:	AUDITOR CHEFE SUBSTITUTO						
Ato de Designação		Ato de Exoneração			Período de gestão no exercício		
Nome e número	Data	Nome e número	Data	Início	Fim		
Port. 10.030	01/11/2018				01/01/2020	31/12/2020	

UNIDADE JURISDICIONADA		ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar					
DADOS DO RESPONSÁVEL							
Nome:	BERENICE VALLOTA PANTALEAO				CPF:	xxx.xxx.xxx-xx	
Endereço Residencial:	-						
Cidade:	RIO DE JANEIRO			UF:	RJ	CEP:	-
Telefone:		Fax:		e-Mail:	Berenice.pantaleao@ans.gov.br		
INFORMAÇÕES DO CARGO OU FUNÇÃO							
Natureza de Responsabilidade (Art. 10 da IN TCU nº 63/2010)	GESTOR PESSOAL – FOLHA DE PAGAMENTO SEQ: 001 – TITULAR						
Nome do Cargo ou Função:	GERENTE DE RH						
Ato de Designação		Ato de Exoneração			Período de gestão no exercício		
Nome e número	Data	Nome e número	Data	Início	Fim		
Port. 9.272	29/09/2017				01/01/2020	31/12/2020	

UNIDADE JURISDICIONADA		ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar					
DADOS DO RESPONSÁVEL							
Nome:	ANDREA CAMPOS DOS REIS				CPF:	xxx.xxx.xxx-xx	
Endereço Residencial:	-						
Cidade:	RIO DE JANEIRO			UF:	RJ	CEP:	-
Telefone:		Fax:		e-Mail:	Andrea.reis@ans.gov.br		
INFORMAÇÕES DO CARGO OU FUNÇÃO							
Natureza de Responsabilidade (Art. 10 da IN TCU nº 63/2010)	GESTOR PESSOA – FOLHA DE PAGAMENTO SEQ: 001 – SUBSTITUTO						
Nome do Cargo ou Função:	GERENTE DE RH SUBSTITUTA						
Ato de Designação		Ato de Exoneração			Período de gestão no exercício		
Nome e número	Data	Nome e número	Data	Início	Fim		
Port.9.834	26/07/2018				01/01/2020	31/12/2020	

UNIDADE JURISDICIONADA		ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar					
DADOS DO RESPONSÁVEL							
Nome:	ROGERIO SCARABEL BARBOSA				CPF:	xxx.xxx.xxx-xx	
Endereço Residencial:	-						
Cidade:	RIO DE JANEIRO			UF:	RJ	CEP:	-
Telefone:		Fax:		e-Mail:	rogerio.scarabel@ans.gov.br		
INFORMAÇÕES DO CARGO OU FUNÇÃO							
Natureza de Responsabilidade (Art. 10 da IN TCU nº 63/2010)	COLEGIADO DE DIRETORES SEQ: 001 – TITULAR						

Nome do Cargo ou Função:		DIRETOR DA DIPRO					
Ato de Designação			Ato de Exoneração			Período de gestão no exercício	
Nome e número	Data	Nome e número	Data	Início	Fim		
Port. 9.913	29/08/2018			01/01/2020	31/12/2020		

UNIDADE JURISDICIONADA		ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar					
DADOS DO RESPONSÁVEL							
Nome:	RODRIGO RODRIGUES DE AGUIAR			CPF:	XXX.XXX.XXX-XX		
Endereço Residencial:	-						
Cidade:	RIO DE JANEIRO	UF:	RJ	CEP:	-		
Telefone:		Fax:		e-Mail:	rodrigo.aguiar@ans.gov.br		
INFORMAÇÕES DO CARGO OU FUNÇÃO							
Natureza de Responsabilidade (Art. 10 da IN TCU nº 63/2010)	COLEGIADO DE DIRETORES SEQ: 002 – TITULAR						
Nome do Cargo ou Função:	DIRETOR DE DESENVOLVIMENTO SETORIAL						
Ato de Designação		Ato de Exoneração			Período de gestão no exercício		
Nome e número	Data	Nome e número	Data	Início	Fim		
Port. 9.227	08/09/2017	Decreto	06/01/2020	01/01/2020	05/09/2020		

UNIDADE JURISDICIONADA		ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar					
DADOS DO RESPONSÁVEL							
Nome:	CESAR BRENHA ROCHA SERRA			CPF:	XXX.XXX.XXX-XX		
Endereço Residencial:	-						
Cidade:	RIO DE JANEIRO	UF:	RJ	CEP:	-		
Telefone:		Fax:		e-Mail:	cesar.serra@ans.gov.br		
INFORMAÇÕES DO CARGO OU FUNÇÃO							
Natureza de Responsabilidade (Art. 10 da IN TCU nº 63/2010)	COLEGIADO DE DIRETORES SEQ: 002 – TITULAR						
Nome do Cargo ou Função:	DIRETOR SUBSTITUTO RESPONSÁVEL PELA DIDES						
Ato de Designação		Ato de Exoneração			Período de gestão no exercício		
Nome e número	Data	Nome e número	Data	Início	Fim		
Port. 00318	08/09/2020	Port. 00324	14/09/2020	08/09/2020	13/09/2020		
Port. 00324	14/09/2020			14/09/2020	31/12/2020		

UNIDADE JURISDICIONADA		ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar					
DADOS DO RESPONSÁVEL							
Nome:	SIMONE SANCHES FREIRE			CPF:	XXX.XXX.XXX-XX		
Endereço Residencial:	-						
Cidade:	RIO DE JANEIRO	UF:	RJ	CEP:	-		
Telefone:		Fax:		e-Mail:	simone.freire@ans.gov.br		
INFORMAÇÕES DO CARGO OU FUNÇÃO							
Natureza de Responsabilidade (Art. 10 da IN TCU nº 63/2010)	COLEGIADO DE DIRETORES SEQ: 003 – TITULAR						
Nome do Cargo ou Função:	DIRETORA DA DIFIS						
Ato de Designação		Ato de Exoneração			Período de gestão no exercício		
Nome e número	Data	Nome e número	Data	Início	Fim		
Port. 9.915	29/08/2018	Port. 0197	25/05/2020	01/01/2020	24/05/2020		

UNIDADE JURISDICIONADA		ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar					
DADOS DO RESPONSÁVEL							
Nome:	MAURÍCIO NUNES DA SILVA			CPF:	XXX.XXX.XXX-XX		
Endereço Residencial:	-						
Cidade:	RIO DE JANEIRO	UF:	RJ	CEP:	-		
Telefone:		Fax:		e-Mail:	mauricio.silva@ans.gov.br		
INFORMAÇÕES DO CARGO OU FUNÇÃO							
Natureza de Responsabilidade (Art. 10 da IN TCU nº 63/2010)	COLEGIADO DE DIRETORES SEQ: 003 – TITULAR						
Nome do Cargo ou Função:	DIRETOR SUBSTITUTO RESPONSÁVEL PELA DIFIS						
Ato de Designação		Ato de Exoneração			Período de gestão no exercício		
Nome e número	Data	Nome e número	Data	Início	Fim		
Port. 0197	25/05/2020	Port. 00324	14/09/2020	24/05/2020	13/09/2020		
Port. 00324	14/09/2020			14/09/2020	31/12/2020		

UNIDADE JURISDICIONADA		ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar					
DADOS DO RESPONSÁVEL							
Nome:	BRUNO MARTINS RODRIGUES			CPF:	XXX.XXX.XXX-XX		

Endereço Residencial:		-						
Cidade:	RIO DE JANEIRO			UF:	RJ		CEP:	-
Telefone:	-21	Fax:		e-Mail:	bruno.rodrigues@ans.gov.br			
INFORMAÇÕES DO CARGO OU FUNÇÃO								
Natureza de Responsabilidade (Art. 10 da IN TCU nº 63/2010)		COLEGIADO DE DIRETORES SEQ: 004 – TITULAR						
Nome do Cargo ou Função:		DIRETOR DIGES						
Ato de Designação		Ato de Exoneração			Período de gestão no exercício			
Nome e número	Data	Nome e número	Data	Início	Fim			
Port. 00105	16/03/2020	Port. 00105	12/09/2020	16/03/2020	11/09/2020			
Port. 00324	14/09/2020			14/09/2020	31/12/2020			

UNIDADE JURISDICIONADA		ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar						
DADOS DO RESPONSÁVEL								
Nome:	PAULO ROBERTO VANDERLEI REBELLO FILHO			CPF:	.xxx.xxx.xxx-xx			
Endereço Residencial:		-						
Cidade:	RIO DE JANEIRO			UF:	RJ		CEP:	-
Telefone:		Fax:		e-Mail:	paulo.rebello@ans.gov.br			
INFORMAÇÕES DO CARGO OU FUNÇÃO								
Natureza de Responsabilidade (Art. 10 da IN TCU nº 63/2010)		COLEGIADO DE DIRETORES SEQ: 005 – TITULAR						
Nome do Cargo ou Função:		DIRETOR DA DIOPE						
Ato de Designação		Ato de Exoneração			Período de gestão no exercício			
Nome e número	Data	Nome e número	Data	Início	Fim			
Port. 10.310	28/05/2019			01/01/2020	31/12/2020			