

ANEXO I

TERMO DE COMPROMISSO DE PARTICIPAÇÃO NO PROGRAMA DE MONITORAMENTO DA QUALIDADE HOSPITALAR NA SAÚDE SUPLEMENTAR

Eu, _____ (telefone) _____,
(e-mail) _____, inscrito(a) no CPF sob o nº _____
_____, responsável legal pelo Hospital participante (Razão Social) _____
e Nome Fantasia _____, registrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de
Saúde (CNES) sob o nº _____, declaro ciência e concordância com os seguintes termos:

- Cumprir os critérios gerais de participação efetiva no Programa;
- Autorizar a divulgação anual dos seus resultados de acordo com a Metodologia de Classificação Global da Qualidade disponibilizada no portal eletrônico da ANS;
- Designar pelo menos um colaborador para ser o Gestor Hospitalar no SIHOSP*, que submeterá os dados para o cálculo dos indicadores mensalmente no sistema, fará atualização do formulário de perfil anualmente e ficará responsável por cadastrar novos usuários e inativar os que não façam mais parte da equipe;
- Assegurar a fidedignidade das informações prestadas e registradas no sistema de indicadores hospitalares - SIHOSP, bem como promover sua atualização periódica;
- Responsabilizar-se pela exatidão, integridade e atualidade dos dados reportados ao Programa;
- Zelar pelo cumprimento das regras dispostas quanto à utilização do sistema SIHOSP, presentes no Termo de Responsabilidade de Uso, aceito na ocasião do primeiro acesso ao sistema;
- Manter atualizado o cadastro dos usuários do SIHOSP, cadastrar os novos usuários que forem necessários e inativar os usuários que saírem da equipe;
- Disponibilizar equipe do hospital para participação nas atividades vinculadas ao Programa, tais como reuniões, treinamentos e oficinas etc.;
- Autorizar a participação da equipe do hospital em eventos públicos vinculadas ao Programa, tais como Simpósios, Seminários, Webinários;
- Cumprir com o que estabelece a Lei Geral de Proteção de Dados no âmbito do PM-QUALISS
- Recepcionar a ANS em visitas técnicas periódicas, presenciais ou remotas, para o devido acompanhamento do Programa ou com vistas a checar os procedimentos, testar a base de dados e comprovar a fidedignidade das informações disponibilizadas e enviadas para a ANS.
- Permitir, inclusive auditoria in loco, a ser efetuada por auditores ou peritos independentes, a critério da ANS, atestando a confiabilidade dos dados enviados, avaliando a metodologia aplicada pela Entidade Participante.
- Caso o responsável pela assinatura do Termo de Compromisso deixe de responder legalmente pelo hospital, deverá ser encaminhado novo Termo, devidamente preenchido e assinado pelo atual responsável, para fins de atualização cadastral junto ao Programa.
- Formalizar junto à ANS eventual desligamento do Hospital do Programa.

*Designe aqui um ou mais colaboradores que serão os Gestor(es) Hospitalar(es) do Programa no SIHOSP:

O Gestor Hospitalar é um usuário indicado pelo representante legal do hospital participante, com autorização para inserir dados para o cálculo de indicadores no SIHOSP e indicar e cadastrar outros usuários no sistema. Tem a permissão de visualizar dados da sua instituição por meio do dashboard do Sistema; solicitar reabertura de competência; verificar relatórios de operação e é, ainda, o responsável por enviar, uma vez ao ano, os dados de perfil hospitalar da sua instituição.

Nome completo:	
CPF:	
Cargo na Instituição:	
E-mail	
Celular com DDD:	

O SIHOSP permite o cadastramento de mais de um usuário com perfil de gestor, cabendo ao prestador definir os responsáveis e manter as informações atualizadas no sistema.

Local e data:

Nome do responsável:

Assinatura do representante legal do Hospital

PARA MAIS INFORMAÇÕES E OUTROS ESCLARECIMENTOS, ENTRE EM CONTATO COM A ANS.
VEJA ABAIXO NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO:



0800 701 9656



**Formulário
Eletrônico**
www.gov.br/ans



Atendimento presencial
12 Núcleos da ANS
Acesse o portal e
confira os endereços



**Atendimento
exclusivo para
deficientes auditivos**
0800 021 2105



[ans.reguladora](https://www.facebook.com/ans.reguladora)



[@ANS_reguladora](https://twitter.com/ANS_reguladora)



[company/ans_reguladora](https://www.linkedin.com/company/ans_reguladora)



[@ans.reguladora](https://www.instagram.com/ans.reguladora)



[ansreguladoraoficial](https://www.youtube.com/ansreguladoraoficial)

