

Modelo 1 – Termo de Compromisso - OPERADORA DE PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

A _____, Operadora inscrita no Cadastro Nacional das Pessoas Jurídicas sob o nº _____, registro ANS nº _____, sediada _____, neste ato representada pelo Representante Legal da

Operadora:

Nome _____, estado civil _____, número de documento de identidade _____, órgão emissor _____ UF _____ CPF _____, vem firmar o compromisso do

acompanhamento do Projeto Cuidado Integral à Saúde, desenvolvido pela ANS, em parceria com o Institute for Healthcare Improvement (IHI), o Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC) e a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) comprometendo-se, durante a vigência do Projeto Cuidado Integral à Saúde: **Projeto Piloto em Boas Práticas em Atenção Primária à Saúde (APS) a:**

1. Implementar o modelo de cuidado proposto;
2. Participar das atividades previstas;
3. Avaliar e monitorar os resultados de acordo com a metodologia estabelecida;
4. Apresentar os resultados, por meio de indicadores, de acordo com o modelo e a metodologia estabelecida, de forma anonimizada, com base no que preconiza a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD);
5. Fornecer informações consolidadas, sempre que solicitado, relacionadas à estrutura, à organização e ao desenvolvimento do Projeto;
6. Recepcionar a equipe do Projeto para a realização de visita presencial ou virtual, tanto na Operadora quanto nos Prestadores de serviços envolvidos;
7. Participar de eventos e reuniões previstas. Em caso de impossibilidade de participação, deverá ser encaminhada justificativa formal em relação ao motivo da ausência.
8. Autorizar o uso das informações inerentes ao Projeto para fins de divulgação e publicação;
9. Não divulgar materiais e informações compartilhadas, bem como informações sigilosas que venham a ter acesso pela participação no Projeto;
10. Realizar publicidade institucional ou promocional das ações executadas, exclusivamente com caráter educativo, informativo ou de orientação social;
11. Manter atualizados o cadastro (nomes, e-mails e telefones) de gestores e participantes da equipe do Projeto;
12. Garantir os recursos financeiros para a implantação e implementação do Projeto;
13. Garantir os profissionais necessários para a implantação e implementação do Projeto, assegurando o tempo de dedicação ao Projeto Cuidado Integral à Saúde;
14. Formalizar junto à ANS do desligamento do Projeto, com a devida justificativa, caso a operadora e/ou o prestador esteja impossibilitado por algum motivo em dar continuidade ao Projeto;
15. Comprometer-se em entrar em contato com o HAOC, no prazo máximo de 10 dias corridos após a divulgação do resultado da seleção para efetivar a Contratualização Inerente Ao Projeto.

DATA E LOCAL _____

NOME DO REPRESENTANTE LEGAL DA OPERADORA _____

ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL DA OPERADORA _____

Destaca-se que a assinatura deste Termo é obrigatória para todas as Operadoras participantes do Projeto Cuidado Integral à Saúde.

O não cumprimento das obrigações previstas no presente Termo de Compromisso poderá ensejar a exclusão da Operadora e seus respectivos prestadores, bem como a suspensão da bonificação pela participação no Projeto Cuidado Integral à Saúde prevista no Índice de Desempenho na Saúde Suplementar (IDSS) no ano base correspondente.