

**Modelo 2 – Termo de Compromisso - SERVIÇO DE SAÚDE EM APS– RESPONSÁVEL TÉCNICO PELO SERVIÇO DE SAÚDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE-APS:**

Eu, \_\_\_\_\_, (telefone), \_\_\_\_\_ (e-mail), \_\_\_\_\_ inscrito(a) no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, Responsável Técnico pelo Serviço de Saúde de Atenção Primária à Saúde - APS (Razão Social) \_\_\_\_\_, registrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) sob o nº \_\_\_\_\_, declaro:

1. Que concordo com o acompanhamento da ANS do processo de implementação do Projeto-Piloto de APS, selecionado por meio do Edital 2.0;
2. Que concordo com a obrigatoriedade de seguir com a implementação e com a adoção do Projeto selecionado por pelo menos um período de 20 meses;
3. Que fornecerei à operadora de planos privados de saúde (Razão Social da Operadora) \_\_\_\_\_ Registro ANS \_\_\_\_\_ as informações necessárias para o cálculo dos indicadores monitorados, conforme periodicidade e fluxo definido com a operadora, observando minimamente a periodicidade semestral, com vistas ao envio para a ANS;
4. Que estarei disponível para participação em eventos e para realização de apresentação sobre o projeto sempre que convidado pela ANS e pelo grupo gestor do Projeto (ANS, IHI, HAOC e SBMFC), devendo encaminhar justificativa no caso de eventual impossibilidade;
5. Que estarei disponível, para a recepção de visitas técnicas de acompanhamento do Projeto realizadas por equipe da ANS e grupo gestor do Projeto (ANS, IHI, HAOC e SBMFC), ou por pessoas indicadas pela ANS. Tais visitas poderão ser realizadas de maneira presencial ou remota, sendo a operadora notificada pela ANS com antecedência mínima de 15 dias corridos à data estabelecida para a visita, se responsabilizando pela intermediação junto ao prestador para a realização da visita; e
6. Que me comprometo com a formalização junto à operadora do desligamento do Projeto, com a devida justificativa, caso esteja impossibilitado por algum motivo em dar continuidade ao Projeto. Nesta hipótese, a operadora realizará a formalização junto à ANS, com a devida justificativa.  
Em caso de rompimento de contrato com a operadora me comprometo em repassar todas as informações pertinentes ao monitoramento dos beneficiários participantes do Projeto.

DATA E LOCAL \_\_\_\_\_

NOME DO RESPONSÁVEL TÉCNICO PELO SERVIÇO DE SAÚDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - APS  
\_\_\_\_\_

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO PELO SERVIÇO DE SAÚDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - APS  
\_\_\_\_\_

**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.**