



PROGRAMA CQH COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

TERMO DE PARTICIPAÇÃO NO GRUPO DE INDICADORES FINANCEIROS NÚCLEO DE APOIO À GESTÃO HOSPITALAR – CQH-22

Pelo presente **Termo de Participação**, o Hospital _____

_____, CNPJ: _____

localizado na cidade de _____, Estado de _____,
Matrícula CQH _____, declara, pelo seu representante abaixo-assinado, a sua concordância com as normas e procedimentos do **Programa CQH – Compromisso com a Qualidade Hospitalar** mantido pela Associação Paulista de Medicina e administrado pela Sociedade Médica Paulista de Administração em Saúde.

Pelo presente, assume o compromisso de:

1. Colaborar para a melhoria contínua da qualidade do atendimento médico-hospitalar;
2. Promover o aprimoramento e desenvolvimento dos seus recursos humanos em todos os níveis;
3. Desenvolver um programa de qualidade com os representantes das Unidades participantes.

Entendemos que todas as informações fornecidas pelo hospital serão tratadas dentro dos princípios éticos e qualquer divulgação dos dados referentes aos hospitais participantes será feita apenas pelo código da Unidade.

Data: _____

Nome: _____

Cargo: Diretor Geral do Hospital

Assinatura: _____

Carimbo do hospital

INTERLOCUTORES:

Gerente Financeiro:		
	Nome	Assinatura
E-mail:		
Telefone:		

Responsável pelo preenchimento:		
	Nome	Assinatura
E-mail:		
Telefone:		