



**TERMO DE ADESÃO**

Nº MATRÍCULA:	
Nº CQH:	
REV.:	
DATA:	

**Hospital Participante:**

---

Pelo presente **Termo**, o Hospital acima identificado, declara pelo seu representante abaixo assinado, a sua concordância com as normas e procedimentos do Programa Compromisso com a Qualidade Hospitalar - CQH mantido pela Associação Paulista de Medicina (APM) e administrado pela Sociedade Paulista de Medicina Preventiva e Administração em Saúde (SOMPAS).

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. Realizar autoavaliação semestral.
4. Enviar bimestralmente os indicadores através do Sistema CQH.
5. Estabelecer uma Comissão Interna da Qualidade com representantes do Corpo Clínico, da Equipe de Enfermagem e dos Setores Administrativos, designando pelo menos três interlocutores (um de cada área), perante a Governança do Programa CQH, garantir que tenham a capacitação no Curso de Formação de Avaliadores do Programa CQH e permitir que estes profissionais realizem até duas avaliações por ano em outras instituições.
6. Participar das Assembleias dos Hospitais Participantes do Programa CQH.
7. Contribuir bimestralmente ou anualmente para o Fundo de Apoio do Programa CQH.

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, de maneira agregada.

**Data:**

---

**Nome:**

---

**Cargo:**

---

**Assinatura:**

---

**Carimbo do hospital**