***SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÃO***

Pela presente **Solicitação**, o hospital abaixo 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), **solicita avaliação da organização**.

|  |  |
| --- | --- |
| Hospital: |  |
| Matrícula CQH: |  |

**Serviço Solicitado:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Avaliação Assistida |
|  | Avaliação obtenção / manutenção do selo de conformidade |

|  |  |
| --- | --- |
| Nome: |  |
| Departamento: |  |
| Telefone: |  |
| E-mail: |  |
| Data proposta da avaliação: |  |

Obs.: a data proposta para receber a avaliação deve ser no mínimo 2 meses após a data desta solicitação.

Em atendimento à **Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD, nº 13.709**, de 14 de agosto de 2018:

|  |  |
| --- | --- |
|  | Autorizo o Programa CQH a utilizar os dados acima para cadastro em sistema próprio, não divulgando a terceiros sem autorização prévia. |

**Para uso do Programa CQH**

|  |  |
| --- | --- |
| Data para entrega de documentos: |  |
| Pré-avaliação: |  |
| Reunião de consenso: |  |

**Equipe de Avaliadores**

|  |  |
| --- | --- |
| Médico: |  |
| Enfermeiro: |  |
| Administrador: |  |
| Trainee: |  |
| Trainee: |  |