Termo de Aceita de Auditoria em Saúde – Instituição de Saúde

O presente Termo de Aceite de realização de auditoria em saúde, por parte das Instituições de Saúde, autoriza o desenvolvimento das atividades de auditoria pela Operadora de Saúde.

O requerente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(nome da instituição), CNPJ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, localizado em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(endereço, número, Cep, Estado), autoriza por meio desde Termo que a Operadora de saúde \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(nome da instituição), CNPJ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, localizada no endereço\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(endereço, número, Cep, Estado), realize auditoria em saúde na instituição, representada neste caso, pelo auditor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(nome do auditor), CRM/Coren\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador do CPF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

A auditoria deverá ser realizada na conta hospitalar do beneficiário \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome do beneficiário), carteira nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, conta do período de \_\_\_\_\_\_\_\_\_ (data inicial) até \_\_\_\_\_\_\_\_\_ (data final).

Este termo é regido pela aceitação de todos os termos e condições no que trata a Lei Geral de Proteção de Dados, assim como, das normas estipuladas pela SAÚDE FLIX, tendo como consequência a responsabilidade pelo uso indevido das informações de todas as partes citadas neste termo, as quais serão passíveis de apuração civil, penal e administrativa.

É de responsabilidade da operadora:

I – comunicar previamente a instituição acerca da auditoria em saúde que será realizada, informando nome do beneficiário, período da conta, nome do auditor, assim como, solicitar previamente o acesso do auditor ao prontuário do paciente seja ele de forma eletrônica ou física, e nome de um responsável na instituição para o contato do auditor;

II – comunicar o auditor acerca da auditoria em saúde a ser realizada, informando tipo de auditoria, nome do beneficiário e período da conta, assim como, nome do profissional a ser contatado na instituição de saúde para a realização da auditoria em saúde.

É de responsabilidade da instituição:

I – informar nome de um profissional da instituição para recepção do auditor em saúde;

II – disponibilizar acesso do auditor em saúde ao prontuário do paciente (físico ou eletrônico) e ao extrato da conta, no período estipulado da conta para auditoria;

É de responsabilidade do auditor:

I – realizar a auditoria em saúde em prontuário do beneficiário especificado (físico ou eletrônico) assim como, do extrato da conta do mesmo;

II – no caso de auditoria concorrente, realizar auditoria à beira leito, do beneficiário especificado unicamente prezando pelos princípios éticos profissionais;

III – prezar pelo espaço físico destinado para a realização da auditoria, assim como, de todos os documentos disponibilizados;

IV – a conformidade do preenchimento dos campos obrigatórios relativos ao relatório de auditoria e anexação dos documentos no sistema SAÚDE FLIX;

V – o sigilo de usuário e senha de acesso à prontuário eletrônico, não cabendo, em qualquer hipótese, alegação de uso indevido.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Cidade/UF

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Responsável – Instituição de Saúde