

ANEXO I - FICHA DE INSCRIÇÃO e DOCUMENTAÇÃO 1ª ETAPA

TODAS AS CATEGORIAS

NOME DO PROJETO:

1. Dados do responsável pelo Projeto (pessoa física):

Nome:

Cargo na instituição realizadora do projeto:

Instituição:

E-mail (1):

E-mail (2):

Sexo:

CPF:

RG:

Órgão Expedidor:

UF Expedição:

Telefone Celular:

Telefone Comercial:

Função no projeto:

Além do responsável, informe os dados dos demais integrantes da equipe do projeto, se houver:

2. Selecionar a categoria para qual o projeto se candidata:

() Inovação em Segurança do Paciente no Brasil, voltado para projetos que comprovem avanços em qualidade e segurança do paciente a partir de práticas inovadoras no país;

() Comunicação em Segurança do Paciente, com vistas às iniciativas que demonstrem o monitoramento da capacidade do prestador em envolver o paciente nas decisões relativas a sua saúde e sua preocupação/capacidade de escuta e comunicação do prestador;

() Aprendizado em Segurança do Paciente, com vistas às iniciativas que demonstrem resultados relacionados à educação dos profissionais de saúde, priorizando a prevenção, uma cultura de diálogo, a partir da responsabilização ética em lugar da culpabilização.

() Núcleo de Segurança do Paciente do Ano, voltado para projetos que evidenciem uma gestão estruturada, organizada e continuada de Núcleos de Segurança do Paciente.

3. Instituição Titular realizadora do projeto (pessoa jurídica) Nome(s) da(s) instituição(ões):

CNPJ(s):

Endereço(s) da(s) instituição(ões):

Cidade:

Estado:

CEP:

Telefone Institucional com DDD:

E-mail Institucional:

Site Institucional:

Além da Instituição titular, informe os dados das demais instituições participantes do projeto, se houver:

4. Dados do Projeto:

Resumo: O resumo do projeto deverá ser redigido em até 05 (cinco) laudas, podendo incluir gráficos, figuras e tabelas, contendo os seguintes tópicos:

- Apresentação da instituição e cenário inicialmente identificado
- Objetivos
- Cronograma
- Ações programadas/realizadas
- Beneficiários de planos de saúde, pacientes e profissionais alcançados
- Resultados previstos/atingidos/comprovados
- Indicadores da mudança em benefício da melhoria da segurança do paciente e da qualidade da assistência prestada
- Perspectivas de aplicação da experiência em benefício de outras instituições e pacientes

5. Documentação digitalizada necessária para validação da candidatura

Documento de identidade do responsável pelo trabalho (frente e verso);

CPF do responsável pelo trabalho (frente e verso, caso ele não conste no documento de identidade);

CNPJ da instituição realizadora do projeto;

6. Premiações já recebidas

Descreva os prêmios/reconhecimentos já recebidos pelo projeto em questão, o nome do prêmio/reconhecimento, ano da premiação, instituição promotora e categoria do prêmio/reconhecimento (se houver).

7. Declaração de compromisso

Concordância com todos os termos do Edital do Laboratório de Inovações e Reconhecimento a boas práticas de Segurança do Paciente na Saúde Suplementar Brasileira, assinada pelo responsável da instituição.