



SOLICITAÇÃO DE VISITA TÉCNICA NO COMPLEXO UNIMED CHAPECÓ

FOR 003/00
INS A
Implantação: 11/2018

IDENTIFICAÇÃO

Nome do solicitante:

Instituição de origem:

Profissão:

Cargo:

Endereço da instituição:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

Telefones:

E-mail:

SOLICITAÇÃO

ASSINALE ABAIXO ÀS ÁREAS DE INTERESSE PARA VISITA TÉCNICA:

Serviços Próprios	Operadora do Plano de Saúde
<input type="checkbox"/> Hospital: <input type="checkbox"/> UTI Adulto <input type="checkbox"/> UTI Neonatal <input type="checkbox"/> Unidades de internação <input type="checkbox"/> Centro cirúrgico /SRPA/Hospital Dia <input type="checkbox"/> Hemodinâmica <input type="checkbox"/> Centro clínico/ Emergência <input type="checkbox"/> Centro obstétrico/ Materno-infantil <input type="checkbox"/> CME (Central de materiais esterilizados) <input type="checkbox"/> Outro _____	<input type="checkbox"/> Autorizações <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> NAPS - Núcleo de atenção primária a saúde <input type="checkbox"/> Gestão de contratos <input type="checkbox"/> Auditoria <input type="checkbox"/> Univida - Medicina preventiva <input type="checkbox"/> Rede credenciada <input type="checkbox"/> Sustentabilidade <input type="checkbox"/> Relacionamento com o cooperado <input type="checkbox"/> Outros: _____
<input type="checkbox"/> Laboratório <input type="checkbox"/> Imagem <input type="checkbox"/> Outros: _____	<input type="checkbox"/> Fisioterapia <input type="checkbox"/> Métodos endoscópios
Áreas administrativas	Áreas de apoio
<input type="checkbox"/> Financeiro <input type="checkbox"/> Contabilidade <input type="checkbox"/> Faturamento <input type="checkbox"/> Jurídico <input type="checkbox"/> Marketing <input type="checkbox"/> Outros: _____	<input type="checkbox"/> Gestão de pessoas <input type="checkbox"/> Logística <input type="checkbox"/> Controle de Infecções <input type="checkbox"/> TI- Tecnologia da informação <input type="checkbox"/> Núcleo de qualidade em saúde <input type="checkbox"/> Outros: _____
<input type="checkbox"/> Ouvidoria <input type="checkbox"/> Saúde Ocupacional <input type="checkbox"/> Manutenção e Projetos	

Nº total de participantes da visita: _____ Observação: anexar relação de participantes com nome completo e cargo.

Informe no mínimo duas sugestões de datas para a visita:

Esta solicitação deverá ser feita com no mínimo 15 dias de antecedência para a data da visita

1ª Opção de data:

2ª Opção de data:

3ª Opção de data:

___/___/___

___/___/___

___/___/___

Descreva os objetivos da visita

ATENÇÃO

Após preencher este formulário, encaminhar para o e-mail: qualidade.corporativo@unimedchapeco.coop.br

A Declaração de compromisso e responsabilidade em anexo deverá ser entregue devidamente preenchida e assinada no ato da visita.

PARA PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO COMPLEXO UNIMED CHAPECÓ

Data autorizada para visita

Ass. Coordenador Área visitada

Responsável pelo acompanhamento da visita

___/___/___

Nome: _____

Ass:



SOLICITAÇÃO DE VISITA TÉCNICA NO COMPLEXO UNIMED CHAPECÓ

FOR 003/00
INS A
Implantação: 11/2018

PARECER DA GERÊNCIA E DIREÇÃO PARA SOLICITAÇÃO DE VISITA TÉCNICA

Conforme Política Institucional de Solicitação de Visita Técnica (PLI 001 INS A - pg.2):

“Visita técnica no Complexo Unimed Chapecó Por definição da Diretoria Executiva da Unimed Chapecó, todas as solicitações de visita técnica no Complexo Unimed Chapecó, ficarão centralizadas no Núcleo de Segurança Assistencial e Qualidade em Saúde (NSA/NQS). Este receberá a solicitação por meio do Preenchimento do formulário “FOR 003 INS A Solicitação de visita técnica no Complexo Unimed” pela Instituição solicitante...O NSA/NQS receberá a documentação e encaminhará para análise e deliberação da Gerência e Direção da Área, que devolverá parecer ao NSA/NQS que dará os encaminhamentos com Coordenador e equipe da área intencionada para visita.”

O NSA/NQS Solicita parecer sobre a solicitação:

() Favorável (a visita pode ser programada com a coordenação da área).

() Favorável com ressalvas: _____

_____.

() Desfavorável. Motivo para retorno ao solicitante: _____

_____.

Observações: _____

_____.

Chapecó, ____/____/_____.

Assinatura(s) do(s) responsável(is) pelo parecer.

DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE PARA VISITA TÉCNICA

Eu, _____, portador(a) do RG nº _____ e inscrito(a) no CPF sob n.º _____, em atenção à solicitação por mim apresentada para realização de visita técnica na instituição **Unimed Chapecó**, no dia _____ em caráter exclusivamente observatório, com objetivo de desenvolvimento técnico na minha atuação profissional, **DECLARO** que:

- Estou ciente e me responsabilizo em respeitar o sigilo durante a observação dos procedimentos e condutas dos profissionais que atuam junto ao Complexo Unimed Chapecó;
- Comprometo-me a não divulgar as informações observadas sem autorização expressa da Unimed Chapecó;
- Cumprirei os critérios e política institucional da Cooperativa de Trabalho Médico Unimed Chapecó;
- Estou ciente e de acordo que a realização da visita técnica não gera vínculo empregatício, bem como quaisquer ônus de pagamento e/ou indenização por parte da Unimed Chapecó.

Chapecó/SC, ____ de _____ de _____.

Assinatura

Nome Completo: _____

CPF: _____

Instituição: _____