



SOLICITAÇÃO DE VISITA TÉCNICA NO COMPLEXO UNIMED CHAPECÓ

FOR. INSA.0003/05
Implantação: 11/2018
5ª Revisão: 06/2023
Classificação: RESTRITO

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:

<p>Serviços Próprios</p> <p>() Hospital: () UTI Adulto () UTI Neonatal () UTI Pediátrica () Unidades de internação () Centro cirúrgico /SRPA/Hospital Dia () Hemodinâmica () Pronto Atendimento/ Emergência () Centro obstétrico/ Materno-infantil () CME (Central de materiais esterilizados) () Outros: _____</p> <p>() Laboratório () Fisioterapia () Imagem () Métodos endoscópios () Outros: _____</p>	<p>Operadora do Plano de Saúde</p> <p>() Autorizações () Auditoria () Comercial () Gestão de contratos () Medicina preventiva () Rede credenciada () Sustentabilidade () Relacionamento com o cooperado () Unimed Personal () Outros: _____</p>
<p>Áreas administrativas</p> <p>() Financeiro () Contabilidade () Faturamento () Jurídico () Marketing () Outros: _____</p>	<p>Áreas de apoio</p> <p>() Gestão de Pessoas () Ouvidoria () Logística () Saúde Ocupacional () Controle de Infecções () Manutenção () TI- Tecnologia da Informação () Núcleo de Qualidade em Saúde () Outros: _____</p>

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

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 preenchida e assinada por cada participante e enviada digitalizada para o e-mail acima.

PARA PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO COMPLEXO UNIMED CHAPECÓ

Data autorizada para visita _____/_____/_____	Ass. Coordenador Área visitada	Responsável pelo acompanhamento da visita Nome: _____ Ass:
--	--------------------------------	--

O Núcleo de Qualidade em Saúde dará os encaminhamentos de acordo com a Política Institucional de Visita Técnica.



**SOLICITAÇÃO DE VISITA TÉCNICA NO
COMPLEXO UNIMED CHAPECÓ**

FOR. INSA.0003/05
Implantação: 11/2018
5ª Revisão: 06/2023
Classificação: RESTRITO

**DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE
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: _____

Cargo/Função: _____