**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE VISITA**

**COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO**

À Sra.

**PALOMA APARECIDA LIBANIO NUNES**

Superintendente do HCFAMEMA

O GRUPO ..............., sediado .............................., por meio de seu Representante ..................., portador do RG .................., expedido em ........ e do CPF ............., no uso e gozo de suas atribuições de ........................, vem, mui respeitosamente, requerer a autorização para visitas relacionadas as atividades de........................................................................... nas Unidades Hospitalares do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília – HCFAMEMA.

 Estamos cientes e de acordo, que os voluntários nas unidades de saúde deverão, em suas atividades, acatar as determinações legais e regulamento desta instituição, a fim de não expor a riscos os voluntários, os usuários, os prestadores de serviço da unidade e a segurança do ambiente.

 Declaramos ciência também de que todos os representantes credenciados terão acesso ao Manual de Visitas, encontrada no site do HCFAMEMA e deverão participar de encontros com a Comissão de Humanização do HCFAMEMA.

 Em anexo, encaminhamos o Projeto das Ações que serão desenvolvidas em vossas unidades de saúde.

Local, data

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

Assinatura do Solicitante

**OBS: Não há limite quanto ao número de representantes a serem credenciados, todavia, as ações deverão respeitar as peculiaridades do local de atendimento, podendo haver necessidade de rodízios entre os representantes.**