



Universidade de São Paulo

FACULDADE DE MEDICINA

CENTRO DE SAÚDE-ESCOLA PROF. SAMUEL BARNESLEY PESSOA

Av. Dr. Vital Brasil, 1490, Butantã - CEP 05503-000 São Paulo SP

☎ (011) 30618583 email csesbp@gmail.com

**FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE VISITA TÉCNICA
AO CENTRO DE SAÚDE-ESCOLA SAMUEL B. PESSOA, BUTANTÃ/FMUSP**

Aos cuidados da Direção do CSEB

INTERESSADO

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Individual | <input type="checkbox"/> Grupo Numero de visitantes: Em anexo lista com nome e RG dos participantes |
| Categoria: <input type="checkbox"/> aluno graduação área..... <input type="checkbox"/> especialização área..... <input type="checkbox"/> profissional área..... | Categoria: <input type="checkbox"/> aluno graduação área..... <input type="checkbox"/> especialização área..... <input type="checkbox"/> profissional área..... |
| Nome: | Dados do responsável : Nome: |
| Instituição a que pertence: | Instituição a que pertence: |
| Endereço residência: CEP: | |
| Fone: () | Fone: () |
| Cel: () | Cel: () |
| E-mail: | E-mail: |

VISITA TÉCNICA PERÍODO PARA VISITA:

AREA DE INTERESSE:

OBJETIVO DA VISITA:

QUEM INDICOU A VISITA TÉCNICA NO CSE/FONTE DE INFORMAÇÃO PARA VISITA:

Declaro estar ciente que esta proposta será submetida à análise pelo grupo executivo da Comissão de Ensino e Pesquisa do Centro de Saúde-Escola Samuel B. Pessoa, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. O prazo de análise é de 30 dias.

São Paulo, ____ de _____ de 20____

Assinatura do Interessado

Estamos à disposição para eventual contato e esclarecimentos, de modo a apoiar as iniciativas de ensino e pesquisa no CSE, Ana Sílvia Whitaker Dalmaso (anaswd@usp.br); Lygia Maria de França Pereira (lygiamaria@usp.br); Reneide Ramos (reramos_22@yahoo.com.br)

PARECER DA AREA DE INTERESSE DO POSTULANTE SOBRE A SOLICITAÇÃO DE VISITA TÉCNICA NO CSE-BUTANTÃ

DE ACORDO. PROGRAMA EM ANEXO
 NÃO APROVADA. JUSTIFICATIVA EM ANEXO

São Paulo, ____ de _____ de 20____

Responsável pela área solicitada para Visita Técnica