|  |
| --- |
| ANEXO ILogo EstadoSECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDECOMITÊ DE REGULAÇÃO DE PROCESSOS EDUCACIONAIS EM SAÚDEFolha de Rosto para Processos Educacionais em Saúde |
| 1. Título do Processo Educacional: |
| 2. Nome Sugestivo para a Certificação: |
| 3. Finalidade: |
| **RESPONSÁVEL PELO PROCESSO EDUCACIONAL** |
| 4. Nome: |  |
| 5. Identidade: | 6. CPF: | 7. Endereço (Rua, nº.): |
| 8. Nacionalidade: | 9. Profissão: | 10. CEP: | 11. Cidade: | 12. U.F. |
| 13. Maior Titulação: | 14. Cargo: | 15. Fone: | 16. Fax: |
| 17. Área Técnica Responsável: | 18. E-mail: |
| 19. Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Portaria Sesau Nº. 1.318, de 06 de novembro de 2015, que institui o Comitê de Regulação dos Processos Educacionais em Saúde - Crepes. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados para fins de melhoria do serviço de saúde do Estado. Aceito as responsabilidades pela condução do Processo Educacional acima descrito.Data: \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura |
| **ÓRGÃO EXECUTOR** |
| 20. Órgão: | 21. Endereço (Rua, nº) (opcional): |
| 22. Unidade/Superintendência: | 23. CEP: | 24. Cidade: | 25. U.F. |
| **FONTE PAGADORA: Não se aplica ( )** |
| 26. Convênio: | 27. Bloco: |
| 28. Componente: | 29. Ação do PPA/Orçamento: |
| 30. Outros |
| **COMITÊ DE REGULAÇÃO DE PROCESSOS EDUCACIONAIS EM SAÚDE - CREPES** |
| 31. Data de Entrada:\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ | 32. Nº. Registro no Crepes: | 33. Deliberação: ( ) Aprovado ( ) Com Pendências ( ) Não Aprovado ( ) Aprovado após Correção das Pendências - Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ |
| 34. Secretaria-Executiva /Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura |
| **DELIBERAÇÃO FINAL DO CREPES** |
| Contata-se que o processo é de natureza educacional, estando ainda de acordo com o Art. 4º do Regimento Interno, dessa forma, está **APROVADO** no que diz respeito aos aspectos que cumpre a esse Comitê analisar. Assim sendo, não havendo óbices, manifestamo-nos favoravelmente à aprovação do Processo Educacional.PARECER Nº \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.**ESSE PARECER TEM VALIDADE DE 18 (Dezoito) MESES APÓS SUA APROVAÇÃO**.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Coordenador(a) do Crepes |