|  |  |
| --- | --- |
| logo | **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  **(Inserir o nome da Superintendência / Diretoria solicitante)**  **CONTROLE DE FREQUÊNCIA E CERTIFICAÇÃO (CONDENSADO)** |

|  |
| --- |
| NOME DO PROCESSO EDUCACIONAL: |
| PERÍODO:  Início: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Término: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ |
| CARGA HORÁRIA: |
| SUPERINTENDÊNCIA RESPONSÁVEL: |

# EXOrtificação (condensado)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOME COMPLETO** | **AVALIAÇÃO** | | **CARGA HORÁRIA** | | **CERTIFICAÇÃO** | |
| APTO | INAPTO | + DE 75% | - DE 75% | SIM | NÃO |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |  |

**DOCENTES OU CORRELATOS**

(Obs.: Quando houver mais de 01 docente ou correlato no Processo Educacional, estes serão certificados pelo quantitativo de horas e temas trabalhados, observado o disposto no Art. 3º desta Portaria).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOME** | **TEMA TRABALHADO** | **DATA** | **Horário** |
| Nome completo do Instrutor | Temática que foi trabalhada pelo referido Instrutor | Data da realização da atividade | Ex.: 14h às 18h |
|  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ASSINATURAS COM CARIMBO** | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura da Assessoria Técnica | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do Gerente da Área | Local: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ |