# ANEXO IV

# Lista de Frequência

|  |  |
| --- | --- |
| **TO** | **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  **(Inserir o nome da Superintendência / Diretoria solicitante)**  **LISTA DE FREQUÊNCIA (Sugestão)** |

**NOME DO PROCESSO EDUCACIONAL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PERÍODO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ a \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_\_\_\_**

**LOCAL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOME COMPLETO** | **MANHÃ** | **TARDE** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**OBS**.: Observar o disposto no § 4º do Art. 3º desta Portaria.

Obs.: Nos Processos Educacionais na modalidade de EaD, com uso do Telessaúde, deve constar a assinatura e carimbo do Coordenador / Responsável local.