**ANEXO C – FORMULÁRIO DE ALTERAÇÃO DE PROJETO**



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COMITÊ DE REGULAÇÃO DE PROCESSOS EDUCACIONAIS EM SAÚDE

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Número do Projeto** | | | | | | **Data de** | | | | **DD/MM/AAAA** |
|  | | | | | | APROVAÇÃO NO CREPES | | | | / / |
| TÉRMINO DA VIGÊNCIA | | | | / / |
| **Nome para Certificação do Projeto** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **RESPONSÁVEL PELO PROJETO** | | | | | | | | | | |
| **Nome:** |  | | | | | | | | | |
| **Área Técnica:** | |  | | | | | | | | |
| **Fone:** |  | | | | **E-mail:** | | |  | | |
| **ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO PROJETO** | | | | | | | **ASSINATURA DA CHEFIA IMEDIATA** | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| **PROPOSTA DE ALTERAÇÃO** | | | | | | | | | | |
| **Na(s) página(s)** | | | **Onde se lê:** | | | | | | **Leia-se:** | |
|  | | |  | | | | | |  | |
|  | | |  | | | | | |  | |
|  | | |  | | | | | |  | |
|  | | |  | | | | | |  | |
| **OBSERVAÇÕES:** | | | | | | | | | | |
| **PARECER CREPES** | | | | | | | | | | |
| DATA DE ENTRADA: | | | | / / | | | DATA DA REUNIÃO: | | / / | |
| DELIBERAÇÃO SOBRE A PROPOSTA DE ALTERAÇÃO: ( ) APROVADO ( ) NÃO APROVADO | | | | | | | | | | |

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

**COORDENADOR(A) DO CREPES**