**ANEXO II**

**FOLHA DE ROSTO PARA PROCESSOS EDUCACIONAIS EM SAÚDE**

|  |
| --- |
| **COMITÊ DE REGULAÇÃO DE PROCESSOS EDUCACIONAIS EM SAÚDE - CREPES** **Folha de Rosto para Processos Educacionais em Saúde** |
| 1.Nome do Processo Educacional (Programação Anual de Saúde - PAS): |
| 2. Nome para a Certificação: |
| 3. Finalidade: |
| **RESPONSÁVEL PELA SUBMISSÃO DO PROCESSO EDUCACIONAL** |
| 4. Nome:  |  |
| 5. Matrícula: | 6. Cargo: | 7. Fone: | 8. WhatsApp: |
| 9. Área Técnica Responsável: | 10. E-mail: |
| 11. Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos no regimento do 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 do responsável Assinatura chefia imediata |
| **ÓRGÃO EXECUTOR** |
| 12. Órgão:  | 13. Endereço (Rua, nº) (opcional):  |
| 14. Unidade/Superintendência:  | 15. CEP:  | 16. Cidade: | 17. U.F.: |
| **FONTE PAGADORA: Não se aplica ( )** |
| 18. Convênio:  | 19. Ação do PPA/Orçamento: |
| 20. Outros:  |
| **COMITÊ DE REGULAÇÃO DE PROCESSOS EDUCACIONAIS EM SAÚDE - CREPES** |
| 21. Data de Entrada:\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ | 22. Deliberação: ( ) Aprovado ( ) Não Aprovado  |
| 23. Deliberação de Alteração:( ) Aprovado ( ) Não Aprovado |
| **DELIBERAÇÃO FINAL DO CREPES** |
| Constata-se que o processo é de natureza educacional, estando de acordo com o Art. 2º do Regimento Interno. Desta forma, está **APROVADO**, no que diz respeito aos aspectos analisados por esse Comitê. PARECER Nº \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.**ESSE PARECER TEM VALIDADE DE 36 (trinta e seis) MESES**.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Coordenador (a) do CREPES |