**ANEXO IV**

**CONTROLE DE FREQUÊNCIA E CERTIFICAÇÃO (CONDENSADO)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| logo | SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  **(Inserir o nome da Superintendência / Diretoria solicitante)**  **CONTROLE DE FREQUÊNCIA E CERTIFICAÇÃO (CONDENSADO)** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOME PROCESSO EDUCACIONAL: | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **PERÍODO**: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Início: \_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ | | | | | | Término: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ | | | | | | | | | | | |
| CARGA HORÁRIA: | |  | | | CIDADE/LOCAL DE REALIZAÇÃO: | | | | | | | | |  | | | |
| SUPERINTENDÊNCIA RESPONSÁVEL: | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Controle de Frequência e Certificação (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 artigo 2º desta portaria. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **NOME** | | | **TEMA TRABALHADO** | | | | | | | | | **DATA** | | | | **HORÁRIO** | |
| Nome completo do docente | | | Temática que foi trabalhada pelo referido docente | | | | | | | | | Data da realização da atividade | | | | Ex.: 14h às 18h | |
|  | | |  | | | | | | | | |  | | | |  | |
| **ASSINATURAS COM CARIMBO** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do Técnico Responsável | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura da Gerência Responsável | | | | | | | | | Local: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ | | | | |