ANEXO II

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			