


## ANEXO IV

### CONTROLE DE FREQUÊNCIA E CERTIFICAÇÃO (CONDENSADO)

	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE <b>(Inserir o nome da Superintendência / Diretoria solicitante)</b> <b>CONTROLE DE FREQUÊNCIA E CERTIFICAÇÃO (CONDENSADO)</b>
NOME PROCESSO EDUCACIONAL:	
PERÍODO: Início: ___ / ___ / ___      Término: ___ / ___ / ___	
CARGA HORÁRIA:	CIDADE/LOCAL DE REALIZAÇÃO:
SUPERINTENDÊNCIA RESPONSÁVEL:	

NOME COMPLETO	AVALIAÇÃO		CARGA HORÁRIA		CERTIFICAÇÃO	
	APTO	INAPTO	+ DE 75%	- DE 75%	SIM	NÃO
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

#### 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 Art. 4º 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: ___ / ___ / ___