



**FORMULÁRIO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DA SCMS**

<b>1. TEMA:</b>			
<b>2. MODALIDADE:</b>			
Educação permanente		Evento	
Integração Ensino e Serviço		Outros	
<b>3. LINHAS DE AÇÃO:</b>			
Ensino, pesquisa e inovação		Gestão de Serviços e Liderança em Saúde	
Relações Humanas e Interpessoais em Saúde		Cuidados Assistenciais e Segurança do Paciente	
Segurança no Trabalho		Outros	
<b>4. JUSTIFICATIVA:</b>			
<b>5. OBJETIVO:</b>			
	<b>6. COMO A TEMÁTICA DE COMUNICAÇÃO SERÁ TRABALHADA NESTA EP ?</b>		
<b>7. PARTICIPANTES:</b>			
<b>8. NÚMERO DE VAGAS:</b>			
<b>9. CARGA HORÁRIA:</b>			
<b>10. PERÍODO:</b>			
<b>11. CONTEÚDO PROGRAMÁTICO:</b>			
<b>TEMA</b>	<b>DATA</b>	<b>FACILITADOR</b>	<b>HORÁRIO</b>
<b>12. FACILITADOR(nome completo):</b>			
<b>13. RECURSOS MATERIAIS:</b>			
<b>14. RECURSOS FINANCEIROS:</b>			
<b>15. INDICADORES DE AVALIAÇÃO:</b>			
<b>- Da ação educativa:</b> Serão avaliados aspectos relacionados ao planejamento e avaliação, programa e desempenho dos facilitadores da palestra.			
<b>- Impacto para o processo de trabalho ou para a assistência à saúde:</b>			

CÓD: 18.5



**16. COORDENAÇÃO DO SETOR RESPONSÁVEL:**

\_\_\_\_\_  
Coordenador/ Gestor do Serviço

Sobral-CE, dia, mês e ano

<b>Parecer</b>	<b>Deferimentos</b>	<b>Assinaturas</b>
Educação Permanente	( ) deferido ( ) indeferido	
Gerente do DEPE	( ) deferido ( ) indeferido	

CÓD: 18.5