**REQUERIMENTO DE ANUÊNCIA DE PROJETO DE INTERVENÇÃO**

À Escola Municipal de Saúde Pública

Encaminho para análise o projeto de intervenção abaixo descrito:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Instituição | **Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia** | | | | | | |
| Área de execução do projeto | | | |  | | | |
| Unidade de Saúde | | | |  | | | |
| Parcerias | | | |  | | | |
| Coordenador(a) responsável | | | |  | | | |
| E-mail do(a) coordenador(a) | | | |  | | Telefone | ( ) |
| Título do projeto | | | |  | | | |
| Objetivo geral | |  | | | | | |
| Problema identificado | | |  | | | | |
| Intervenção sugerida | | |  | | | | |
| Período de execução do projeto | | | | |  | | |
| Data de entrega do relatório parcial à EMSP | | | | |  | | |
| Data de entrega do relatório final à EMSP | | | | |  | | |

Goiânia, \_\_\_\_ de\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Coordenador responsável

(com carimbo e assinatura ou assinatura por extenso)