



Universidade Federal de Pernambuco
Centro Colaborador em Vigilância da Saúde Bucal do Ministério da Saúde

TERMO DE RECUSA

**AVALIAÇÃO EXTERNA DO PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA
QUALIDADE DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS (PMAQ-CEO)**

Avaliador

Eu, _____, afirmo
que estive no município/UF _____/_____ para avaliar o Centro
de Especialidades Odontológicas (CEO) com o CNES: _____, e, por
motivo _____, não
foi possível realizar o processo de Avaliação Externa do 2º Ciclo do PMAQ-CEO.

Assinatura do Avaliador

Gestor

Eu, _____,
cargo/função _____, no município/UF
_____/_____, afirmo que o Centro de Especialidades
Odontológicas (CEO) com o CNES: _____, não participará do
processo de Avaliação Externa do 2º Ciclo do PMAQ-CEO. E, no caso de adesão ao
Programa, estou ciente dos compromissos assumidos na fase de contratualização, e que
poderá ter como consequência o desligamento do Programa e a não certificação.

Local e Data

Assinatura e Carimbo do Gestor

