**Anexo III** (Regimento Interno 1ª CEVS-MG) - **Formulário de Relatório das Propostas Municipais para a 1ª Conferência Estadual de Vigilância em Saúde– MG**

**Relatório de Propostas da 1ª Conferência Municipal de Saúde de Vigilância em Saúde\_XXXXX (NOME DO MUNICÍPIO)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_enviada à 1ª CEVS-MG**

Data de realização da Conferência Municipal: DD/MM/2017.

Nº TOTAL DE PROPROSTAS APROVADAS NA CONFERÊNCIA MUNICIPAL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

OBS: ESTE ARQUIVO DEVERÁ SER ENVIADO PARA O E-MAIL relatoria.ces@gmail.com COM TÍTULO – RELATÓRIO FINAL 1ª CEVS (Nome do Município) –

|  |  |
| --- | --- |
| PROPOSTAS DE ABRANGÊNCIA NACIONAL | EIXO TEMATICO |
| 1 |  |  |
| PROPOSTAS DE ABRANGÊNCIA ESTADUAL | EIXO TEMÁTICO |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |
| 7 |  |  |
| 8 |  |  |

Apresentar no máximo, 01 (uma) proposta prioritária de abrangência Nacional e 08 (oito) propostas prioritárias de abrangência estadual; em papel A4, fonte Arial 12 e espaço duplo)

XXXX (nome do município), XX de XXX de 2017.

**Anexo IV-** (Regimento 1ª CEVS-MG) **PLANILHA COM A RELAÇÃO DAS DELEGADAS E DOS DELEGADOS MUNICIPAIS ELEITOS** À 1ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE DE MINAS GERAIS –

OBS: ESSE ARQUIVO DEVERÁ SER ENVIADO PARA O E-MAIL relatoria.ces@gmail.com COM TÍTULO: RELAÇÃO DELEGADOS 1ª CMVS (Nome do Município)

|  |
| --- |
| **Planilha com Relação das Delegadas e dos Delegados Municipais eleitas e eleitos à 1ª Conferência Estadual de Vigilância em Saúde – CMS\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (NOME DO MUNICÍPIO)****DELEGADAS E DELEGADOS TITULARES (\* INFORMAÇÕES DE PREENCHIMENTO INDISPENSÁVEL -** o não preenchimento completo dos dados abaixo acarretará a não inscrição do delegada/ delegado)**ESTA CONFERÊNCIA CONTOU COM UM TOTAL DE \_\_\_\_\_PARTICIPANTES, SENDO nº \_\_\_\_USUÁRIAS (OS) nº \_\_\_\_\_TRABALHADORAS (ES); nº gestor/prestador \_\_\_\_\_\_; nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_convidada (os).**  |
| Nº DE DELEGADOS | Nome Completo\* e nome para Crachá | SEGMENTO\* (USUÁRIA (O), TRABALHADOR (A) OU GESTOR/PRESTADOR (A)). | Telefones\* | E-mail\* | Dados pessoais\*:  | Data de Nascimento\* | PESSOA COM DEFICIÊNCIA (SIM/NÃO) especificar infraestrutura especial |
| 1 | Nome Completo:nome para Crachá:Nome Social: |  | Fixo: (DDD)Celular: (DDD) |  | Nº Carteira de Identidade:Nº CPF:NIT ou PIS ou PASEP:  | dd/mm/aaaa |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |  |  |
| DELEGADAS E DELEGADOS SUPLENTES (inserir os nomes de acordo com a ordem de eleição do suplente) |  |
| Ordem da suplência | Nome Completo\* Nome para CracháNome Social: | SEGMENTO\* (USUÁRIO, TRABALHADOR OU GESTOR/PRESTADOR) | Telefones\* | E-mail\* | Dados pessoais\*: | Data de Nascimento\* | PESSOA COM DEFICIÊNCIA (SIM/NÃO) especificar infraestrutura especial |
| 1 | Nome Completo:nome para Crachá:Nome Social: |  | Fixo: (DDD)Celular: (DDD) |  | Nº Carteira de Identidade:Nº CPF:NIT ou PIS ou PASEP:  | dd/mm/aaaa |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |

OBS: ADEQUAR O QUANTITATIVO DE LINHAS NECESSÁRIAS DE ACORDO COM O Nº DE DELEGADAS E DELEGADOS CONSTANTES NO ANEXO I DESTE REGIMENTO