**Anexo III.** Regimento CESMu-MG - **Formulário de Relatório das Propostas Municipais para a 1ª Conferência Estadual de Saúde da Mulher –** MG

Relatório de Propostas da 1ª Conferência Municipal de Saúde da Mulher\_ XXXXX (NOME DO MUNICÍPIO)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_enviada à 1ª CESMU-MG

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

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

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

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

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

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Anexo VI-** Regimento 1ª CESMu-MG – **PLANILHA COM A RELAÇÃO DAS DELEGADAS E DOS DELEGADOS** **MUNICIPAIS ELEITOS** À 1ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DA MULHER DE MINAS GERAIS - OBS: ESSE ARQUIVO DEVERÁ SER ENVIADO PARA O E-MAIL [relatoria.ces@gmail.com](mailto:relatoria.ces@gmail.com) COM TÍTULO: RELAÇÃO DELEGADOS 1ª CMSMu (Nome do Municipio) | | | | | | | | |
| Planilha com Relação das Delegadas e dos Delegados Municipais eleitas e eleitos à 1ª Conferência Estadual de Saúde da Mulher do 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)  Municipio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  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\*  (USUÁRIO, TRABALHADOR OU GESTOR) | 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) | | | | | | | |  |
|  | Nome Completo\* e nome para Crachá  Nome Social | SEGMENTO\*  (USUÁRIO, TRABALHADOR OU GESTOR) | | Telefones\* | E-mail\* | Dados pessoais\*: | Data de Nascimento\* | PESSOA COM DEFICIÊNCIA (SIM/NÃO) especificar infraestrutura especial |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |

**Anexo VI-** Regimento 1ª CESMu-MG – **PLANILHA COM A RELAÇÃO DAS DELEGADAS E DOS DELEGADOS** **MUNICIPAIS ELEITOS** À 1ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DA MULHER DE MINAS GERAIS - OBS: ESSE ARQUIVO DEVERÁ SER ENVIADO PARA O E-MAIL [relatoria.ces@gmail.com](mailto:relatoria.ces@gmail.com) COM TÍTULO: RELAÇÃO DELEGADOS 1ª CMSMu (Nome do Municipio)