**FICHA DE INSCRIÇÃO – ANEXO 1**

1. **IDENTIFICAÇÃO:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MUNICÍPIO:** | **UF:** | **REGIÃO:** | **N** | **NE** | **CO** | **S** | **SE** |
| **GESTOR (A):**  |
| **AUTOR PRINCIPAL: NOME COMPLETO e CPF** | **CONTATO DO AUTOR PRINCIPAL:****E-MAIL:****TELEFONE:** |
| **ENDEREÇO COMPLETO DO AUTOR PRINCIPAL:**  |
| **OUTROS AUTORES: (MAXIMO 5) – NOME COMPLETO**  |
| **NOME DO RESPONSÁVEL PELA APRESENTAÇÃO DO TRABALHO – NOME COMPLETO e CPF** |
| **MODALIDADE DE INSCRIÇÃO: MARCAR UM X** |
| **1 - Experiências das Equipes de Saúde da Família, NASF, Unidades Municipais de Saúde, realizadas com sucesso nos respectivos territórios.** | **2 - Consórcios de Saúde/Parcerias, a experiência deverá apresentar a participação dos municípios/entidades parceiras envolvidas no projeto e sua abrangência regional, e essa vaga estará incorporada no número de trabalhos definidos para a Mostra Estadual tocante àqueles Municipios. (ver quadro de vagas)** | **3 – Experiências do Cosems com ou sem parceria dos Apoiadores, da SES, ou NEMS, deverá apresentar experiências desenvolvidas na gestão e sua abrangência na região, colaboração especializada e cooperação aos municípios, e essa vaga estará incorporada no número de trabalhos definidos para a Mostra Estadual tocante àqueles Municipios objeto do trabalho. (ver quadro de vagas)** |
|  |  |  |

1. **TEMÁTICA E CATEGORIA: (MARCAR X) MODALIDADE 1**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **PLANEJAMENTO LOCAL DO SUS**
 | **1.A** | **1.B** | **1.C** |  |  |  |
| 1. **PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE NA SAÚDE**
 | **2.A** | **2.B** |  |  |  |  |
| 1. **FINANCIAMENTO E FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**
 | **3.A** |  |  |  |  |  |
| 1. **GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE**
 | **4.A** | **4.B** |  |  |  |  |
| **5- JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO MUNICÍPIO** | **5.A** | **5.B** |  |  |  |  |
| 1. **ATENÇÃO BÁSICA**
 | **6.A** | **6.B** | **6.C** | **6.D** | **6.E** | **6.F** |
| 1. **VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO MUNICÍPIO**
 | **7.A** | **7.B** | **7.C** |  |  |  |
| 1. **REGULAÇÃO DO SUS NO MUNICÍPIO**
 | **8.A** | **8.B** |  |  |  |  |

1. **TEMÁTICA E CATEGORIA: (MARCAR X) MODALIDADE 2**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **GOVERNANÇA REGIONAL**
 | **1.A** | **1.B** | **1.C** |  |  |  |
| 1. **ESTRUTURA ADMINISTRATIVA E DECISÓRIA DO CONSÓRCIO**
 | **2.A** | **2.B** |  |  |  |  |

1. **TEMÁTICA E CATEGORIA: (MARCAR X) MODALIDADE 3**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **PLANEJAMENTO LOCAL DO SUS**
 | **1.A** | **1.B** | **1.C** |  |  |  |

1. **INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE A EXPERIÊNCIA**

|  |
| --- |
| TÍTULO DA EXPERIÊNCIA: |
| TEMÁTICA:  | CATEGORIA:  |
| 1. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA – RESUMO DO PROJETO**
 |
| **APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO/JUSTIFICATIVA** :  |
| **OBJETIVOS:**  |
| **METODOLOGIA** |
|  **RESULTADOS:**  |
| **CONCLUSÃO/OBSERVAÇÕES/CONSIDERAÇÕES:** |
| Declaro serem verdadeiras as informações prestadas. |
| NOME DO AUTOR PRINCIPAL OU RESPONSÁVEL PELA APRESENTAÇÃO DO TRABALHO:  | COSEMS: |
| MODALIDADE 1: CARGO NA SMS: MODALIDADE 2: INTEGRANTE CONSORCIO/PARCERIA: QUAL:MODALIDADE 3: APOIADOR/ SES / COSEMS: QUAL | DATA:  |