**ANEXO 1**

**IV CONGRESSO DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO**

**3ª MOSTRA: Espírito Santo aqui tem SUS-2018**

**FICHA DE INSCRIÇÃO**

1. **IDENTIFICAÇÃO:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MUNICÍPIO:** | **UF:** | **REGIÃO** | **Norte** | **Central** | **Metropolitana** | **Sul** |  |
| **GESTOR (A):** |
| **AUTOR PRINCIPAL:** | **CONTATO:****EMAIL: TELEFONE:** |
| **OUTROS AUTORES: (MAXIMO 5)** |
| **NOME DO RESPONSÁVEL PARA A APRESENTAÇÃO DO TRABALHO:** |

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1-** | **PLANEJAMENTO LOCAL DO SUS** | **1.A** | **1.B** |  |  |  |  |  |  |
| **2-** | **PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE NA SAÚDE** | **2.A** | **2.B** |  |  |  |  |  |  |
| **3-** | **FINANCIAMENTO E FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE** | **3.A** | **2.B** | **3.C** |  |  |  |  |  |
| **4-** | **GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE** | **4.A** | **4.B** |  |  |  |  |  |  |
| **5-** | **GESTÃO DA ASSISTENCIA FARMACÊUTICA NO MUNICÍPIO** | **5.A** |  |  |  |  |  |  |  |
| **6-** | **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO MUNICÍPIO** | **6.A** | **6.B** |  |  |  |  |  |  |
| **7-** | **ATENÇÃO BÁSICA** | **7.A** | **7.B** |  |  |  |  |  |  |
| **8-** | **VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO MUNICÍPIO** | **8.A** | **8.B** | **8.C** |  |  |  |  |  |
| **9-** | **PROMOÇÃO DA SAÚDE** | **9.A** | **9.B** | **9.C** | **9.D** |  |  |  |  |
| **10- REDE DE ATENÇÃO** | **10.A** | **10.B** |  |  |  |  |  |  |
| **11- REGULAÇÃO DO SUS NO MUNICÍPIO** | **11.A** | **11.B** |  |  |  |  |  |  |

# INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE A EXPERIÊNCIA

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | TÍTULO DA EXPERIÊNCIA: |  |  |  |
|  | TEMÁTICA: | CATEGORIA: |
| **IV- DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA – RESUMO DO PROJETO** |
| INTRODUÇÃO: |
| FINALIDADE DA EXPERIÊNCIA: |
| DINÂMICA E ESTRATÉGIAS DOS PROCEDIMENTOS USADOS: |
| INDICADORES/VARIÁVEIS/COLETA DE DADOS: |
| OBSERVAÇÕES/AVALIAÇÃO/MONITORAMENTO: |
| RESULTADOS E IMPACTO: |
| CONCLUSÕES: |
| **Declaro serem verdadeiras as informações prestadas.** |
| **NOME DO RESPONSÁVEL:** | **ASSINATURA:** |
|  | **CARGO:** |  | **DATA:** |