**ANEXO 1**

**XXXIII CONGRESSO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE Diálogos do cotidiano da Gestão Municipal do SUS**

**REDE BRASIL AQUI TEM SUS**

**14ª “MOSTRA Brasil aqui tem *SUS* - 2017”**

**FICHA DE INSCRIÇÃO**

1. **IDENTIFICAÇÃO:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MUNICÍPIO:** | **UF:** | **REGIÃO:** | **N** | **NE** | **CO** | **S** | **SE** |
| **GESTOR (A):**  |
| **AUTOR PRINCIPAL:** | **CONTATO:****EMAIL:****TELEFONE:** |
| **OUTROS AUTORES: (MAXIMO 5)** |
| **NOME DO RESPONSÁVEL PARA A APRESENTAÇÃO DO TRABALHO – INSCRIÇÃO COM O CÓDIGO DE ISENÇÃO:**  |

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

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

1. **INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE A EXPERIÊNCIA**

|  |
| --- |
| TÍTULO DA EXPERIÊNCIA:  |
| TEMÁTICA:  | CATEGORIA:  |
| 1. **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:  |