TERMO DE ADESÃO DOS MUNICÍPIOS AO VALORIZAGTES-SUS

A Secretaria Municipal da Saúde de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, por meio de seu gestor, Sr(a). \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome completo sem abreviações), CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_, e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e telefone: (DDD) \_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_, vem pelo presente termo:

I - declarar que tem conhecimento de todo o regramento estabelecido na presente Portaria;

II - comprometer-se com a elaboração e a execução das ações propostas no Plano (estadual ou distrital), nos termos da Portaria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; e

III - comprometer-se com o desenvolvimento, o monitoramento e a avaliação da execução das ações planejadas.

Designo, para condução técnica do presente Programa, representando a área de Gestão do Trabalho na Saúde, o(a) Sr(a). \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome completo sem abreviações), função na Instituição \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_, e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e telefones para contato: (DDD) \_\_\_\_\_-\_\_\_\_ e celular (DDD) \_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_.

E, representando a área de Gestão da Educação na Saúde, o(a) Sr(a). \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome completo sem abreviações), função na Instituição \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_, e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e telefones para contato: (DDD) \_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_ e celular (DDD) \_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_.

Por constituir a expressão da verdade, firmamos o presente termo de adesão nesta data, sob as penas da lei.

Local, data.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Secretário(a) de Saúde

(municipal)