**FICHA DE INSCRIÇÃO SEMINÁRIO**

**Diretoria Geral de Atenção à Saúde**

**Coordenadoria de Ações em Saúde**

**Práticas Integrativas e Complementares**

**Responsável: Patrícia Mecatti Domingos**

**I SEMINÁRIO ESTADUAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES DE MATO GROSSO DO SUl**

**Data: 11 de maio de 2022**

|  |
| --- |
| NOME:  |
| CPF: | RG: |
| CARGO/FUNÇÃO: |
| LOCAL DE TRABALHO:  |
| ENDEREÇO DO TRABALHO:  |
| MUNICÍPIO:  | E-MAIL:  |
| TELEFONE: | CELULAR:  |
|  |
| OBS: A SMS IRÁ CUSTEAR AS DESPESAS DO SERVIDOR (DIÁRIA, AJUDA DE CUSTO OU CONGÊNERE) PARA HOSPEDAGEM( ) SIM ( ) NÃO |
| Necessita de almoço no (s) dia(s) do evento( ) SIM ( ) NÃO |
| Necessita de Coffee Break? ( ) SIM ( ) NÃO |

Campo Grande, de de 2022.

Observações:

1. Preencher com letra legível, isso facilitará a confecção da Declaração;

2. Enviar a presente inscrição (preenchida e assinada) através de meio eletrônico, postal ou fax para a

 Coordenadoria de Ações em Saúde/CAS, no prazo máximo de 15 dias de antecedência do evento;

3. Depois de enviada a inscrição, seu cancelamento deverá ser feito oficialmente através de meio eletrônico, postal ou fax para a Coordenadoria de Ações em Saúde, com 07 (sete) dias de antecedência ao evento;

4. Conforme Resolução nº 026/SES/MS e Instrução Normativa 01/2013/SES/MS, a participação do inscrito terá um custo diário para o Fundo Especial de Saúde/SES de R$ 86,00, R$ 42,00 de almoço e R$ 44,00 de coffee break);

5. A ausência injustificada do participante, após esta confirmação, resultará no reembolso da despesa ao

Fundo Especial de Saúde/SES.

Assinatura e Carimbo do Gestor Assinatura e Carimbo do Servidor Inscrito