



OFÍCIO CIRCULAR Nº 531 /2017 – SES/GABSEC

Palmas - TO, 11 de setembro de 2017.

As Suas Senhorias os(as) Senhores (as)
SECRETÁRIOS (AS) MUNICIPAIS DE SAÚDE
Estado do Tocantins

Assunto: **Assessoramento técnico para municípios da Região “MÉDIO NORTE ARAGUAIA” para fortalecimento dos planos municipais de ação e de contingência de dengue, zika e chikungunya.**

Senhores (as) Secretários (as),

Após cumprimentá-los (as), a Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins, por meio da Gerência de Vigilância Epidemiológica das Arboviroses, vem informar que no período de **30 a 31 de outubro do corrente ano** realizará um assessoramento técnico com objetivo de fortalecer, **em sua região de saúde**, os planos municipais de ação e de contingência de dengue, zika e chikungunya, conforme a programação (anexo I).

Ressaltamos que este evento será destinado para todos os municípios que constituem a região de saúde do **Médio Norte Araguaia**. Dessa forma, a assessoria ocorrerá no município de **Araguaína**, no **CEREST, Rua 15 de Novembro, número 896, Centro**.

Assim, contamos com participação dos seguintes profissionais:
- coordenadores e/ou responsáveis pela **vigilância epidemiológica**; e
- coordenadores e/ou responsáveis pelas **endemias**.

Os profissionais que desejarem participar do evento deverão **realizar a inscrição** por meio do formulário específico (Anexo II) e encaminhar para o e-mail **arbo.tocantins@gmail.com**. O deslocamento e estadia de cada participante serão por conta dos municípios de origem.

Em caso de dúvidas, por gentileza, entre em contato com a Gerência de Vigilância Epidemiológica das Arboviroses pelo e-mail **arbo.tocantins@gmail.com** ou pelos telefones (63) 3218-3374/4882/3210.

Atenciosamente,


LILIANA ROSICLER TEIXEIRA NUNES FAVA
Superintendente de Vigilância, Promoção e Proteção à Saúde

Liliana Rosicler T. N. Fava
Superintendente de Vig.

Praça dos Girassóis s/n, **Plano Diretor Sul, Centro, Palmas-TO** - CEP: 77015-007

Tel: + 55 63 3218-1700 www.saude.to.gov.br

SVPPS/DVEDVZ





PROGRAMAÇÃO PROPOSTA (ANEXO I)

Assessoramento técnico regionalizado para fortalecimento dos planos municipais de ação e de contingência de dengue, zika e chikungunya

Município sede da realização do evento: Araguaina

✓ **30/10/2017 - SEGUNDA-FEIRA**

08h30min às 09h00min – Abertura (Apresentação dos objetivos e perspectivas do evento)

09h00min às 11h30min – Aspectos relacionados à gestão do programa da dengue, zika e chikungunya

11h30min – Intervalo (Almoço)

13h30min às 15h30min– Estrutura e elaboração dos planos municipais de ação e contingência

15h30min às 17h30min – Apresentação referente ao fortalecimento das Salas Municipais de Coordenação e Controle para o Enfrentamento ao Aedes (eixo mobilização social)

✓ **31/10/2017 – TERÇA-FEIRA**

08h00min às 11h30min - Estrutura e elaboração dos planos municipais de ação e contingência relacionadas aos eixos vigilância epidemiológica e controle vetorial

11h00 – Intervalo (almoço)

13h30min às 16h30min – Monitoramento e avaliação entomo-epidemiológica

16h30min às 17h:30min – Avaliação do cursos / Encerramento





FICHA DE INSCRIÇÃO (ANEXO II)

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

- ✓ PREENCHER A FICHA DE INSCRIÇÃO DIGITADA;
- ✓ NO CAMPO TIPO DE SERVIDOR, OS(AS) PARTICIPANTES QUE FOREM SERVIDORES(AS) ESTADUAIS CEDIDOS PARA O MUNICÍPIO, DEVERÃO MARCAR A OPÇÃO "SERVIDOR ESTADUAL";
- ✓ O(A) PARTICIPANTE QUE POSSUIR FORMAÇÃO DE NÍVEL TÉCNICO OU SUPERIOR (COMPLETO OU INCOMPLETO) DEVERÁ ESPECIFICAR O CURSO NO CAMPO "ESPECIFICAR CURSO";
- ✓ O(A) PARTICIPANTE DEVERÁ ASSINAR A FICHA DE INSCRIÇÃO, BEM COMO SUA CHEFIA IMEDIATA, POIS SÓ SERÃO EFETIVADAS INSCRIÇÕES CONSTANDO AS ASSINATURAS SOLICITADAS;
- ✓ DEPOIS DE PREENCHIDA (DIGITALIZADA), A FICHA DE INSCRIÇÃO DEVERÁ SER ENVIADA VIA E-MAIL.

DADOS PESSOAIS

| | | | |
|-----------|---------------------------------|---------|--|
| NOME | Sr. <input type="checkbox"/> | | |
| | Sra. <input type="checkbox"/> : | | |
| CEP: | CIDADE: | ESTADO: | |
| TEL. RES: | CEL:(63) | e-mail: | |
| RG: | ORG.EXP. | CPF. | |

DADOS PROFISSIONAIS

| | | | |
|------------------|------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| ÓRGÃO: | LOTAÇÃO: | | |
| TIPO DE SERVIDOR | <input type="checkbox"/> MUNICIPAL | <input type="checkbox"/> ESTADUAL | <input type="checkbox"/> FEDERAL |
| TIPO DE VÍNCULO | <input type="checkbox"/> EFETIVO | <input type="checkbox"/> NOMEADO | <input type="checkbox"/> CONTRATADO |
| CARGO: | MATRÍCULA: | FUNÇÃO: | |
| TEL. RES: | FAX: | E-MAIL: | |
| EMAIL: | FONE/FAX: | | |

Assinatura do participante

