



Pouso Alegre, 29 de outubro de 2024

Ofício: 05/2024

De: Ana Cristina da Silva – Secretaria Municipal de Saúde

Para: Exmo. Presidente Câmara Municipal de Pouso Alegre

Assunto: Capacitação para os Profissionais da Rede Municipal de Saúde

Exmo. Presidente

Venho por meio deste, solicitar o Plenarinho da Câmara Municipal de Pouso Alegre para realizar capacitação para os Profissionais da Rede Municipal de Saúde, sobre manejo de cruativos e ostomias.

Data: 29/11/2024

Horário: 08h00min as 16h00min.

Desde já, reitero protestos de estima e consideração.

Ana Cristina da Silva
Enfermeira Estomaterapeuta
COREN/MG - 149749

Ana Cristina da Silva
Matrícula 16382
RT Ambulatório de Estomaterapia
Coordenadora SAD
Pouso Alegre



CÂMARA MUNICIPAL DE POUSO ALEGRE
Estado de Minas Gerais

TERMO DE CESSÃO E COMPROMISSO

A parte cessionária, Secretaria Municipal Saúde,
representada pelo (a) Sr. (a) Ana Cristina da Silva, inscrito no CPF
nº 048958526.44 obriga-se, nos termos da Resolução n. 1190/2013 da Câmara
Municipal de Pouso Alegre, a utilizar o:



Plenarinho Vereador Hebert de Campos



Plenário Vereador Firmo da Motta Paes

conforme a destinação autorizada.

Assim, a CESSIONÁRIA poderá utilizar o Plenarinho / Plenário exclusivamente
para a seguinte finalidade: Capacitar os enfermeiros rede municipal sobre
indicadores Saúde, a ser realizada no dia 29 de novembro
de 2024 das 8:00 horas às 16:00 horas.

Pelo presente termo fica a CESSIONÁRIA ciente de sua responsabilidade civil
e criminal pelos danos que eventualmente forem perpetrados contra o patrimônio público,
incluindo neste as instalações físicas e aparelhagem eletroeletrônica.

Estando acordes, PARTE CEDENTE (Câmara Municipal de Pouso Alegre) e
PARTE CESSIONÁRIA Secretaria de Saúde quanto aos
termos que regem a cessão, especialmente pela Resolução n. 1190/2013, assinam o
presente em duas vias.

Pouso Alegre, 29 de 10 de 2024.

Câmara Municipal de Pouso Alegre

Ana Cristina da Silva
Enfermeira Estomaterapeuta
COREN-MG: 149749
Parte Cessionária Mat. 16382



CÂMARA MUNICIPAL DE POUSO ALEGRE
Estado de Minas Gerais

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE USO DO AUDITÓRIO

ENTIDADE PROMOTORA
DO EVENTO:

Nome: Secretaria de Saúde Pouso Alegre CNPJ: _____
Endereço: Rua Comendador José Garcia, 280
Telefone(s): (35) 99953 3102
Entidade Integrante da Administração Pública Entidade Privada

RESPONSÁVEL:

Nome: Ana Cristina da Silva CPF: 04895852644
Endereço: Rua Yeda Maria Paes, 93
Telefone(s): (35) 99953 3102

DESCRIÇÃO DO
EVENTO:

Capacitar os enfermeiros da rede municipal de Pouso Alegre, sobre o manejo de curativos e ostomias, a fim de alcançar o indicador PAS.

DATA DO EVENTO:

29 / 11 / 24

Nº DE PARTICIPANTES:

45

HORÁRIO DE INÍCIO:

8:00

HORÁRIO DE TÉRMINO:

16:00

Há necessidade de montagem/desmontagem de equipamentos?

S N

Montagem: 7:50 hs

Desmontagem: 16:05 hs

EQUIPAMENTOS:

Notebook

Telão

Projektor

Kit de Áudio*

*Caixas de som, 2 microfones sem fio, mesa de áudio.

29 / 11 / 24

Data da Solicitação

Assinatura do Requerente

Ana Cristina da Silva
Enfermeira Estomatoterapeuta
CRM: 149749