***ANEXO I***

***papel timbrado do município***

TERMO DE ADESÃO AO PROGRAMA FILA ZERO NA CIRURGIA

PROGRAMA ESTADUAL DE CIRURGIAS, CONSULTAS E EXAMES COMPLEMENTARES ELETIVOS DO ESTADO DE MATO GROSSO

***Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF n.º \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG n.º\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Prefeito(a) Municipal de Saúde e \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF n.º \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG n.º\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Secretário (a) Municipal de Saúde de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, manifestamos a ADESÃO ao Programa Fila Zero na Cirurgia - Programa Estadual de Cirurgias, Consultas e Exames complementares Eletivos do Estado de Mato Grosso, em atendimento ao Decreto n.º 1.083 de 10 de outubro de 2024 e à Portaria n.º 0728/2024/GBSES.***

***Declaramos estar cientes da legislação pertinente ao Programa e das responsabilidades intrínsecas ao cargo de gestor público.***

***Município \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/MT, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2024.***

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***Assinatura e carimbo do Gestor***

***Prefeito(a) Municipal de Saúde de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/MT***

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***Assinatura e carimbo do Gestor***

***Secretário(a) Municipal de Saúde de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/MT***