**ANEXO ÚNICO - FORMULÁRIO 05**

**COMPROVANTE DE PARTICIPAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO EM INSTÂNCIAS COLEGIADAS DE CONTROLE SOCIAL**

Declaro para os devidos fins que \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, servidor da Fundação Municipal de Saúde de Canoas-FMSC ocupante do cargo/função/emprego público de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, lotado na \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, participou da reunião do Conselho Municipal de Saúde, realizada no dia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, no horário das \_\_\_\_\_\_às\_\_\_\_\_, no local \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Atenciosamente,

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

Presidente do Conselho Municipal

e/ou Coordenador do Conselho Local