## ANEXO “C3” (Relação de militares da ativa vacinados do CBMMG/ LOGÍSTICO BM) à O. Sv. Conjunta Nº 04 /2019 – PMMG/CBMMG/IPSM

NAIS / SAS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nr. Fatura (preenchido pela unidade) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N.º Ordem | N.º Matrícula do IPSM | **Nome legível (Militar do CBMMG, da ativa)** | Idade | Unidade | **Assinatura** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |

Código da vacina: 64.010031

Localidade\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2019.

**Continuação do ANEXO “C3” (Relação de militares da ativa vacinados do CBMMG/ LOGÍSTICO BM) à O. Sv. Conjunta Nº 04 /2019 – PMMG/CBMMG/IPSM**

D E C L A R A Ç Ã O

 Declaro, sob as penas da lei e para os devidos fins, de acordo com o Decreto nº 37.924, de 16/05/1996, que os beneficiários acima vacinados são cadastrados no SISAU.

Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Militar responsável pelo preenchimento ANEXO C3

Nome/Grad/Posto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nº Polícia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Conferido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Oficial Médico/Chefe do NAIS /Supervisor Técnico

**Observações:**

1) No formulário acima serão lançados os dados completos do militar BM vacinado e o número do documento fornecido pelo SISCON. Ex: I00041G. .

2) O número da Matrícula do beneficiário deverá ser informado com 09 dígitos. Ex: 094.193.00-0.

3) Após seu preenchimento, cada formulário será conferido e assinado pelo militar responsável e pelo Oficial Médico/Chefe do NAIS.

4) O formulário que contiver relação inferior a 20 beneficiários vacinados terá seus campos em branco devidamente anulados pelo responsável do respectivo preenchimento.

5) Após conferência e assinatura, o formulário constante do ANEXO “C3”, em original, será remetido ao IPSM/DPC.

Belo Horizonte, 15 de março de 2019.

# Giovanne Gomes da Silva, Cel PM Edgard Estevo da Silva, Cel BM Vinícius Rodrigues de Oliveira Santos, Cel PM QOR

 **Comandante Geral do PMMMG Comandante Geral do CBMMG Diretor-Geral do IPSM**