**PREFEITURA MUNICIPAL DE CARIRA**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE**

Ficha de Inscrição

**SEGMENTO: Entidades de Profissionais de Saúde:**

SEGMENTO: **( ) R**epresentantes dos Sindicatos de Trabalhadores na Area de Saúde;

1. Nome da Entidade:

.

1. Endereço completo da Entidade/Movimento Social:

. Município: Estado: CEP: Fone: ( ) Fax: ( ) Email**\***:

1. Nome do Presidente ou Representante Legal:

.

1. Data de fundação?
2. **Nome do Representante Titular:**

. Carteira de Identidade: CPF:

Endereço completo:

Município: Estado: CEP Fone: ( ) Fax: ( )

E-mail:

Portador de Deficiência: ( ) Sim ( ) Não

Qual:

1. Nome do Representante Suplente:

. Carteira de Identidade: CPF:

Endereço completo:

Município: Estado: CEP: Fone: ( ) Fax: ( ) E-mail: Portador (a) de Deficiência: ( ) Sim ( ) Não

Qual:

1. Documentos apresentados pela Entidade:

( ) Ata de fundação devidamente registrada em cartório ou comprovante de existência por meio de instrumento público com no minimo 1 ano.

( ) Cópia da ata de eleição da Diretoria atual, registrada em Cartório;

( ) Cópia do estatuto registrado em cartório e suas alterações posteriores;

( ) Cópia do CNPJ comprovando cadastro (data de abertura) com no minimo 365 dias e situação ativa;

( )Ficha de inscrição (disponível no site https://www.carira.se.gov.br), dirigido à Comissão Eleitoral expressando a vontade de participar da eleição;

( ) Cópia de documento de identificação oficial com foto do Representante Titular e do Suplente;

, de de 2023.

**Assinatura do Representante Legal/Presidente**

**da Entidade ou Movimento Social**