

PREFEITURA MUNICIPAL DE CARIRA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Ficha de Inscrição

SEGMENTO: Entidades de Profissionais de Saúde:

SEGMENTO: () Representantes dos Sindicatos de Trabalhadores na Area de Saúde;

1. **Nome da Entidade:** _____
_____.

2. **Endereço completo da Entidade/Movimento Social:** _____
_____.

Município: _____

Estado: _____ CEP: _____

Fone: () _____ Fax: () _____

Email*: _____

3. **Nome do Presidente ou Representante Legal:** _____
_____.

4. **Data de fundação?** _____

5. **Nome do Representante Titular:** _____
_____.

Carteira de Identidade: _____

CPF: _____

Endereço completo: _____

Município: _____

Estado: _____ CEP _____

Fone: () _____ Fax: () _____

E-mail: _____

Portador de Deficiência: () Sim () Não

Qual: _____

6. **Nome do Representante Suplente:** _____
_____.

Carteira de Identidade: _____

CPF: _____

Endereço completo: _____

Município: _____

Estado: _____ CEP: _____

Fone: () _____ Fax: () _____ E-mail: _____

Portador (a) de Deficiência: () Sim ()

Não

Qual: _____

7. Documentos apresentados pela Entidade:

() Ata de fundação devidamente registrada em cartório ou comprovante de existência por meio de instrumento público com no mínimo 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 mínimo 365 dias e situação ativa;

() Ficha de inscrição (disponível no site <https://www.aracaju.se.gov.br/editais>), 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**