



**Conselho Municipal de Saúde
Secretaria Municipal de Saúde
CARMÓPOLIS/SE**

ANEXO I

REQUERIMENT DE INSCRIÇÃO

ENTIDADE:	
CNPJ:	
ENDEREÇO:	
MUNICÍPIO	
SEGMENTO:	
E-MAIL:	
FONE:	
REPRESENTANTE TITULAR:	

NOME:	
RG:	
CPF:	
ENDEREÇO:	
FONE:	
E-MAIL:	

REPRESENTANTE SUPLETE:	
NOME:	
RG:	
CPF:	
ENDEREÇO	
FONE:	
E-MAIL:	

Carmópolis (SE), 08 de maio de 2024.