



**Conselho Municipal de Saúde  
Secretaria Municipal de Saúde  
Riachão do Dantas/SE**

Ficha de Inscrição  
SEGMENTO: Entidades de Profissionais de Saúde

SUBSEGMENTO:

- ( ) Representantes dos Sindicatos de Trabalhadores de Saúde Nivel Superior;
- ( ) Representantes dos Sindicatos de Trabalhadores de Saúde Nivel Médio;

1. Nome da Entidade:

--

2. Endereço completo da Entidade:

Endereço:	
Município:	CEP:
Estado:	Telefone:
Email	

3. Nome do Presidente ou Representante Legal:

--

4. Data de Fundação:

--

5. Nome do Representante Titular:

Nome:	
RG	CPF:
Endereço Completo:	
Município:	CEP:
Estado	Telefone:
Email:	
Possui necessidades especiais: ( ) Sim ( ) Não	
Se sim, qual?	

6. Nome do Representante Suplente:

Nome:	
RG	CPF:



**Conselho Municipal de Saúde  
Secretaria Municipal de Saúde  
Riachão do Dantas/SE**

Endereço Completo:	
Município:	CEP:
Estado	Telefone:
Email:	
Possui necessidades especiais: ( ) Sim ( ) Não Se sim, qual?	

7. Documentos apresentados pela Entidade:

- ( ) Ata de fundação devidamente registrada em cartório e/ou comprovante de existência por meio de instrumento público
- ( ) 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) e situação ativa;
- ( ) Ficha de inscrição dirigida 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 maio de 2024

---

Assinatura do Representante Legal/Presidente  
da Entidade ou Movimento Social