



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE INDAIATUBA
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

REQUERIMENTO

A/O _____,
CNPJ _____, por seu representante na forma do seu estatuto social, vem indicar o seguinte nome como conselheiro **suplente** ao Conselheiro Municipal de Saúde:

Nome*: _____

_____ Telefone* () _____

Endereço*: _____ nº*: _____

Bairro* _____ CEP*: _____

Profissão*: _____

Nº RG*: _____ Data Exp*: _____

Data de Nascimento*: ____ / ____ / ____

CPF *: _____

Título Eleitor* _____ Zona*: _____ Sessão*: _____

Segmento*: Usuário () Trabalhador () Gestor ()

E-mail*: _____

E-mail Entidade*: _____

I – 01 Foto 3x4

II - Currículo (opcional)

OBS: Os dados com asterisco(*) são de preenchimento obrigatório.
Deverão ser apresentadas cópias simples dos documentos que constam nesse requerimento.

Atenciosamente,

Indaiatuba, ____ / ____ / 2021.
