



CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LAGOA SANTA - MG
REGULAMENTADO PELA LEI MUNICIPAL 1.087/93
E ALTERADO ATRAVÉS DA LEI MUNICIPAL
Nº 3.155, DE 02 DE MAIO DE 2011.

FICHA DE INSCRIÇÃO DE USUÁRIO/ENTIDADES
(Por favor, preencher todos os dados com letra de forma)

DADOS DA REPRESENTAÇÃO

NOME COMPLETO DA ENTIDADE: _____

RUA: _____ Nº: _____

BAIRRO: _____ COMPLEMENTO: _____

MUNICÍPIO: _____ TELEFONE: () _____

TITULAR - DADOS PESSOAIS

NOME COMPLETO: _____

ENDEREÇO RESIDENCIAL:

RUA: _____ Nº: _____

BAIRRO: _____ COMPLEMENTO: _____

MUNICÍPIO: _____ ESTADO: _____

FONE: () _____ CEP: _____

RG: _____ CPF: _____

E-MAIL: _____

JÁ PARTICIPOU DE ALGUMA PLENÁRIA/ CONFERÊNCIA? () SIM () NÃO

É PORTADOR DE DEFICIÊNCIA OU PATOLOGIA? () SIM () NÃO

SUPLENTE - DADOS PESSOAIS

NOME COMPLETO: _____

ENDEREÇO RESIDENCIAL:

RUA: _____ Nº: _____

BAIRRO: _____ COMPLEMENTO: _____

MUNICÍPIO: _____ ESTADO: _____

FONE: () _____ CEP: _____

RG: _____ CPF: _____

E-MAIL: _____

JÁ PARTICIPOU DE ALGUMA PLENÁRIA/ CONFERÊNCIA? () SIM () NÃO

É PORTADOR DE DEFICIÊNCIA OU PATOLOGIA? () SIM () NÃO

OBS: Favor levar este documento no dia da Plenária Municipal

de Saúde



CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LAGOA SANTA - MG
REGULAMENTADO PELA LEI MUNICIPAL 1.087/93
E ALTERADO ATRAVÉS DA LEI MUNICIPAL
Nº 3.155, DE 02 DE MAIO DE 2011.

FICHA DE INSCRIÇÃO DE TRABALHADOR DA SAÚDE
(Por favor, preencher todos os dados com letra de forma)

() TITULAR () SUPLENTE

DADOS PESSOAIS

NOME COMPLETO: _____

ENDEREÇO RESIDENCIAL:

RUA: _____ Nº: _____

BAIRRO: _____ COMPLEMENTO: _____

MUNICÍPIO: _____ ESTADO: _____

FONE: () _____ CEP: _____

RG: _____ CPF: _____

E-MAIL: _____

QUAL É O SEU VÍNCULO COM A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE?

() EFETIVO () CONTRATADO POR PROCESSO SELETIVO () CONTRATADO SEM PROCESSO SELETIVO

JÁ PARTICIPOU DE ALGUMA PLENÁRIA/ CONFERÊNCIA?

() SIM () NÃO

É PORTADOR DE DEFICIÊNCIA OU PATOLOGIA

() SIM () NÃO

OBS: Favor levar este documento no dia da Plenária Municipal de Saúde