



GOVERNO DE SERGIPE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE

## Ficha de Inscrição

**SEGMENTO: Entidade Estadual de Prestadores de Serviços de Saúde**

SUBSEGMENTO: ( ) representante de entidades filantrópicas;  
( ) representante de entidades com fins lucrativos

1. Nome da Entidade: \_\_\_\_\_

2. Endereço completo da Entidade: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Fone: (     ) \_\_\_\_\_ Fax: (     ) \_\_\_\_\_

Email\*: \_\_\_\_\_

*\* Conforme Regimento Eleitoral, toda comunicação da Comissão Eleitoral será feita por email. Desta forma, informamos que o preenchimento deste campo é obrigatório.*

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 ou comprovante de existência de, no mínimo, 1 (um) ano, 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) há mais de 150 dias e situação ativa;
- ( ) Ficha de inscrição (disponível no site [www.saude.se.gov.br](http://www.saude.se.gov.br)), dirigido à Comissão Eleitoral expressando a vontade de participar da eleição;
- ( ) Cópia de documento de identificação oficial com foto do delegado e do suplente.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

\_\_\_\_\_  
Nome do representante legal  
Nome da entidade e ou movimento social