



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

**Ficha de Inscrição**

**SEGMENTO: Entidades e Movimentos Sociais  
Estaduais de Usuários do SUS**

SUBSEGMENTO: ( ) representante de central sindical;  
( ) representante do setor empresarial;  
( ) representante dos clubes de serviços;  
( ) representantes de associações de pessoas com patologias e grupos vulneráveis socialmente;  
( ) representante de associações de pessoas com deficiências;  
( ) representantes de movimentos populares;  
( ) representante de associações de defesa do interesse da mulher;  
( ) representantes de associações de moradores;  
( ) representante de movimento religioso de defesa da saúde;  
( ) representante dos trabalhadores ligados aos movimentos pela luta pela terra

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

2. Endereço completo da Entidade/Movimento Social: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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 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