



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

**Ficha de Inscrição Para Entidades e Movimentos Sociais Estaduais de  
Usuários do SUS: SEGMENTO USUÁRIOS**

- SUBSEGMENTO:** ( ) Representante de Central Sindical  
( ) Representante de Associações de Pessoas com Deficiências  
( ) Representante de Movimentos Populares  
( ) Representante de Associação 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:**

\_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

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

Fone: (        ) \_\_\_\_\_

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

*\* Conforme Regimento Eleitoral, toda comunicação da Comissão Eleitoral será feita por meio deste 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 Delegado Titular para o dia da eleição:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Carteira de Identidade: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Endereço completo: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

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

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

E-mail: \_\_\_\_\_

Portador de Deficiência: (        ) Sim    (    ) Não

Qual: \_\_\_\_\_

**6. Nome do Delegado Suplente para o dia da eleição:** \_\_\_\_\_

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.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do representante legal da entidade