



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, situação ativa e o endereço da sede da entidade;

() Ficha de inscrição (disponível no site 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 2023.

Nome e assinatura do representante legal da Entidade