Anexo 1 – Requerimento de Inscrição

Requeremos a inscrição na condição de Candidato a concorrer ao pleito do Conselho Municipal de Saúde de Quatro Barras quadirênio 2023-2027. Declaramos conhecimento das regras eleitorais conforme Resolução nº 01/2023.

|  |  |
| --- | --- |
| **I - IDENTIFICAÇÃO** | |
| NOME DA ENTIDADE / MOVIMENTO SOCIAL |  |
| SIGLA |  |
| ENDEREÇO |  |
| MUNICÍPIO: |  |
| CEP |  |
| E-MAIL |  |
| TELEFONE |  |
| REPRESENTANTE LEGAL/PRESIDENTE |  |

|  |
| --- |
| **II – SEGMENTOS** |
| ( ) USUÁRIOS ( ) TRABALHADORES ( )PRESTADORES DE SERVIÇOS |

|  |  |
| --- | --- |
| **REPRESENTANTES DE ENTIDADES OU MOVIMENTOS SOCIAIS DE USUÁRIOS** | |
| ( ) associações de pessoas com patologias | ( ) associações de pessoas com deficiências; |
| ( ) entidades indígenas; | ( ) movimentos sociais e populares, organizados |
| ( ) movimentos organizados de mulheres, em saúde; | ( )entidades de aposentados e pensionistas; |
| ( ) entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais,confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais; | ( ) entidades de defesa do consumidor; |
| ( ) organizações de moradores; | ( ) entidades ambientalistas; |
| ( ) organizações religiosas; |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **REPRESENTANTES DE ENTIDADES DOS TRABALHADORES DA ÁREA DE SAÚDE** | |
| ( ) Entidade/Órgão de Enfermeiros | ( ) Entidade/Órgão de Farmacêuticos |
| ( ) Entidade/Órgão de Médicos | ( ) Entidade/Órgão de Odontólogos |
| ( ) Entidade/Órgão de Assistentes Sociais | ( ) Entidade/Órgão de Nutricionistas |
| ( ) Entidade/Órgão de Psicólogos | ( ) Entidade/Órgão de Médicos Veterinários |
| ( ) Entidade/Órgão de Educadores Físicos | ( ) Entidade/Órgão de Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais |
| ( ) Entidade/Órgão de Fonoaudiólogos | ( ) Entidade/Órgão de Outros Proﬁssionais de Saúde |
| ( ) Entidades/Sindicatos/Associações de Trabalhadores de Saúde do Privado vinculado ao SUS | ( ) Entidade Sindical ou Associação de Trabalhadores em Saúde do setor Público (federal/estadual/municipal) |

|  |  |
| --- | --- |
| **REPRESENTANTES DE ENTIDADES DE PRESTADORAS DE SERVIÇOS EM SAÚDE** | |
| ( ) Estabelecimento de Serviço Público de saúde | ( ) Estabelecimento de Serviço de saúde Filantrópico vinculado ao SUS |
| ( ) Estabelecimento de Serviço de Saúde Privado vinculado ao SUS | ( ) Estabelecimento de Ensino Superior da Área da Saúde |
| ( ) Entidade/ Instituição conveniada ao SUS |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **REPRESENTANTE DA ENTIDADE OU MOVIMENTO SOCIAL**  (QUE REPRESENTARÁ NO DIA DA ELEIÇÃO) | |
| NOME |  |
| NÚMERO DO RG |  |
| NÚMERO DO CPF |  |
| DATA DE NASCIMENTO |  |

Assinatura do representante legal ou Presidente

Quatro Barras, Data.