



CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Avenida Dom Pedro II nº110 – Centro – 83425-000 – Quatro Barras

- Paraná Fone: (41) 3671-8800/ramal 7843

conselho.saude@quatrobarras.pr.gov.br

CMSQB – GESTÃO 2019/2023

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 |
|---|
| <input type="checkbox"/> USUÁRIOS <input type="checkbox"/> TRABALHADORES <input type="checkbox"/> PRESTADORES DE SERVIÇOS |

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



CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Avenida Dom Pedro II nº110 – Centro – 83425-000 – Quatro Barras

- Paraná Fone: (41) 3671-8800/ramal 7843

conselho.saude@quatrobarras.pr.gov.br

CMSQB – GESTÃO 2019/2023

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

| REPRESENTANTES DE ENTIDADES DE PRESTADORAS DE SERVIÇOS EM SAÚDE | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Estabelecimento de Serviço Público de saúde | <input type="checkbox"/> Estabelecimento de Serviço de saúde Filantrópico vinculado ao SUS |
| <input type="checkbox"/> Estabelecimento de Serviço de Saúde Privado vinculado ao SUS | <input type="checkbox"/> Estabelecimento de Ensino Superior da Área da Saúde |
| <input type="checkbox"/> 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.