

--	--	--

**VIA DA COMISSÃO ORGANIZADORA**

*Nome da Entidade*

--

*Endereço*

	n.º
--	-----

*Bairro*

*CEP.*

*Tel.*

*Fax*

--	--	--	--

*E-mail*

--

**Representantes da Entidade**

*Titular*

**VAGA NATA**

**SIM**

**NÃO**

--

*RG*

--

*Com Deficiência ( )Sim ( )Não*

*Tipo de Deficiência: \_\_\_\_\_*

*Braille ( )*

*Acompanhante ( )Sim ( )Não*

*Intérprete em libras ( )*

*Outros ( ): \_\_\_\_\_*

*Suplente*

--

*RG*

--

*Com Deficiência ( )Sim ( )Não*

*Tipo de Deficiência: \_\_\_\_\_*

*Braille ( )*

*Acompanhante ( )Sim ( )Não*

*Intérprete em libras ( )*

*Outros ( ): \_\_\_\_\_*

**DOCUMENTOS APRESENTADOS**

(Conforme o Arts. 1º, 19º e 32º do Regulamento da X Conferência Municipal de Saúde)

CNPJ

Cópia do Estatuto Social

Ata vigente

Relatório de atividades pertinente a ações em saúde

Comprovação de funcionamento no Município de São José dos Pinhais

Declaração do dirigente da entidade indicando seus representantes

\_\_\_\_\_

**PRESTADOR DE SERVIÇO**

**X CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS**  
Ficha de Inscrição - **DELEGADO PRESTADOR DE SERVIÇO DE SAÚDE**

Inscrição N.º

--	--	--

**VIA DA ENTIDADE**

**Entidade:** \_\_\_\_\_

**Titular:** \_\_\_\_\_

**Suplente:** \_\_\_\_\_

*Responsável pelo recebimento da inscrição*

*Assinatura*

*Data*

		/ /
--	--	-----

Para acesso ao Regulamento e Regimento da X Conferência Municipal de Saúde de São José dos Pinhais acesse o site:

[www.sjp.pr.gov.br](http://www.sjp.pr.gov.br)

**X CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS**  
Ficha de Inscrição - **DELEGADO PRESTADOR DE SERVIÇO DE SAÚDE**

Inscrição N.º

--	--	--

**VIA DO DELEGADO TITULAR**

**Entidade:** \_\_\_\_\_

**Titular:** \_\_\_\_\_

**Suplente:** \_\_\_\_\_

*Responsável pelo recebimento da inscrição*

*Assinatura*

*Data*

		/ /
--	--	-----

Para acesso ao Regulamento e Regimento da X Conferência Municipal de Saúde de São José dos Pinhais acesse o site:

[www.sjp.pr.gov.br](http://www.sjp.pr.gov.br)

**X CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS**  
Ficha de Inscrição - **DELEGADO PRESTADOR DE SERVIÇO DE SAÚDE**

Inscrição N.º

--	--	--

**VIA DO DELEGADO SUPLENTE**

**Entidade:** \_\_\_\_\_

**Titular:** \_\_\_\_\_

**Suplente:** \_\_\_\_\_

*Responsável pelo recebimento da inscrição*

*Assinatura*

*Data*

		/ /
--	--	-----

Para acesso ao Regulamento e Regimento da X Conferência Municipal de Saúde de São José dos Pinhais acesse o site:

[www.sjp.pr.gov.br](http://www.sjp.pr.gov.br)