

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LAGES
FICHA DE INDICAÇÃO CONSELHEIRO MUNICIPAL DE SAÚDE

TITULAR

SUPLENTE

NOME:
RG: CPF:
Entidade que representa:
Filiação:
Estado Civil:
Endereço residencial:
Endereço comercial:
Fone: Celular:
E-mail:
Observação:

**SOMENTE SERÃO ACEITAS FICHAS DE INSCRIÇÃO TOTALMENTE E CORRETAMENTE
PREENCHIDAS**

Lages (SC), _____/_____/_____

Assinatura (por extenso)