

**FICHA DE INSCRIÇÃO PARA O RECOMPOSIÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE
DE ALTO PARAÍSO DE GOIÁS**

Entidade: _____

Responsável: _____

Quem irá votar no dia da Plenária dos Segmentos representando esta entidade?

Segmento que representa:

- USUÁRIO

QUESTIONÁRIO

1. Qual motivo ou qual a motivação possui sua Entidade, Movimento Social, Associação, em estar no Conselho Municipal de Saúde desta cidade e sua Entidade... Sabe da importância desta representação?

2. O que sua entidade, movimento social, espera do seu representante no conselho?

Alto Paraíso de Goiás, _____ de _____ de 2024.

DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA
Para as organizações: Instituições, entidades e movimentos sociais. Deverão anexar, no ato da inscrição, os seguintes documentos: - Cópia da ata de fundação ou de ato legal, registrado em Cartório; - Cópia do estatuto e/ou regimento.
INSCRIÇÕES
As inscrições serão realizadas na Secretaria Municipal de Saúde de 01/06 a 30/06/2024. Situada à Rua São João Operário, s/n - Paraisinho horário de funcionamento das 8:00 as 12:00 e das 14:00 as 17:30 ou de forma eletrônica no e-mail: smsaltoparaisodegoias@gmail.com.