

## FICHA DE INSCRIÇÃO ENTIDADE

SEGMENTO:

( ) USUÁRIO

( ) TRABALHADOR

( ) PRESTADOR DE SERVIÇO

( ) INDICADO GOVERNO

ENTIDADE:

ENDEREÇO:

BAIRRO:

CEP:

MUNICÍPIO:

ESTADO:

TELEFONE:

CNPJ:

E-MAIL:

HOME PAGE:

PRESIDENTE/DIRIGENTE:

TELEFONE:

E-MAIL:

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELA ENTIDADE:

Declaro, para os devidos fins, que as informações acima são verdadeiras e que assumo inteira responsabilidade pelos dados fornecidos neste formulário, responsabilizando-me civil, criminal e administrativamente pelo fornecimento, omissão e/ou inclusão de dados inverídicos. Comprometo-me a informar qualquer alteração nos dados cadastrais fornecidos, enquanto a Instituição for parte integrante do COMUS.

São Sebastião, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

**FICHA DE INSCRIÇÃO DO MEMBRO INDICADO**

|                                                                                                                                                                                                           |      |                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------------------------------|
| NOME:                                                                                                                                                                                                     |      |                              |
| ENDEREÇO:                                                                                                                                                                                                 |      |                              |
| BAIRRO:                                                                                                                                                                                                   |      | CEP:                         |
| MUNICÍPIO:                                                                                                                                                                                                |      | ESTADO:                      |
| TELEFONE:                                                                                                                                                                                                 |      | CELULAR:                     |
| E-MAIL:                                                                                                                                                                                                   |      |                              |
| ESTADO CIVIL:                                                                                                                                                                                             |      | DATA NASC. SEXO: ( ) M ( ) F |
| NACIONALIDADE:                                                                                                                                                                                            |      | NATURALIDADE:                |
| RG:                                                                                                                                                                                                       | SSP/ | CPF:                         |
| ESCOLARIDADE: ( ) 1º GRAU ( ) 2º GRAU ( ) 3º GRAU                                                                                                                                                         |      |                              |
| ( ) COMPLETO ( ) INCOMPLETO                                                                                                                                                                               |      | ÁREA DE FORMAÇÃO:            |
| PROFISSÃO / FUNÇÃO:                                                                                                                                                                                       |      | VINCULO:                     |
| LOCAL DE TRABALHO:<br><small>(EMPRESA – ENTIDADE – ASSOCIAÇÃO – OUTROS)</small>                                                                                                                           |      |                              |
| ENDEREÇO:                                                                                                                                                                                                 |      |                              |
| Possui vínculo formal ou informal (até 3º grau), comunhão de interesses ou dependência econômica com qualquer das pessoas que possam ser representantes intra ou inter segmentos? ( ) NÃO ( ) SIM: QUAL?: |      |                              |
| Tem vínculo de confiança (cargos em comissão, cargos chefia, etc.), com a Administração Pública Municipal? ( ) NÃO ( ) SIM: QUAL?:                                                                        |      |                              |
| Tem vínculo com os Poderes Legislativo e/ou Judiciário? ( ) NÃO ( ) SIM                                                                                                                                   |      |                              |
| ENTIDADE/INSTITUIÇÃO:                                                                                                                                                                                     |      |                              |
| PRESIDENTE/DIRIGENTE:                                                                                                                                                                                     |      | TELEFONE:                    |
| MEMBRO: ( ) TITULAR ( ) SUPLENTE                                                                                                                                                                          |      | BIENIO: 2022/2023            |

Declaro, para os devidos fins, que as informações acima são verdadeiras e que assumo inteira responsabilidade pelos dados fornecidos neste formulário, responsabilizando-me civil, criminal e administrativamente pelo fornecimento, omissão e/ou inclusão de dados inverídicos. Comprometo-me a informar qualquer alteração nos dados cadastrais fornecidos, enquanto for Conselheiro do COMUS.

São Sebastião, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Identificação e Assinatura do responsável.

**DOCUMENTOS:**

**( ) I. SEGMENTO USUÁRIOS (Entidade ou associações):**

- ( ) Estatuto Social atualizado devidamente registrado no Cartório de Registro Civil da Pessoa Jurídica;
- ( ) Ata de Eleição e Posse da Diretoria em exercício e/ou do Conselho Fiscal, devidamente registrado em cartório;
- ( ) Termo de posse da Diretoria Executiva e/ou Conselho Fiscal, devidamente registrado em Cartório;
- ( ) CNPJ atualizado emitido pelo Site da Receita Federal;
- ( ) Certidão de responsabilidade do CNPJ da Entidade junto a Receita Federal;
- ( ) Comprovante de endereço da Entidade;
- ( ) Ata de reunião da Diretoria com a indicação do titular e respectivo suplente que representarão a entidade, subscrito por seu representante legal, ou conforme Estatuto Social e/ou Regimento Interno da Instituição;
- ( ) Relatório de Atividades desenvolvidas no últimos 02 (dois) anos, em caso de suspensão das atividades em decorrência da pandemia, encaminhar declaração de inatividade;
- ( ) Ofício de indicação de membros (titular e suplente);
- ( ) Documentos de identificação dos indicados a membros (CPF/RG);
- ( ) Comprovante de residência dos indicados a membros;
- ( ) Inscrição para o Processo Eleitoral, devidamente preenchida

**( ) II. SEGMENTO TRABALHADORES DO SERVIÇO DE SAÚDE (público e privado):**

- ( ) Estatuto Social atualizado devidamente registrado no Cartório de Registro Civil da Pessoa Jurídica;
- ( ) Ata de Eleição e Posse da Diretoria em exercício e/ou do Conselho Fiscal, devidamente registrado em cartório;
- ( ) Termo de posse da Diretoria Executiva e/ou Conselho Fiscal, devidamente registrado em Cartório;
- ( ) CNPJ atualizado emitido pelo Site da Receita Federal;
- ( ) Certidão de responsabilidade do CNPJ da Entidade junto a Receita Federal;
- ( ) Comprovante de endereço da Entidade;
- ( ) Ata de reunião da Diretoria com a indicação do titular e respectivo suplente que representarão a entidade, subscrito por seu representante legal, ou conforme Estatuto Social e/ou Regimento Interno da Instituição;
- ( ) Relatório de Atividades desenvolvidas no últimos 02 (dois) anos;
- ( ) Ofício de indicação de membros (titular e suplente);
- ( ) Comprovação de vínculo com a entidade, órgão ou empresa prestadora de Serviço;
- ( ) Documentos de identificação dos indicados a membros (CPF/RG);
- ( ) Comprovante de residência dos indicados a membros;
- ( ) Inscrição para o Processo Eleitoral, devidamente preenchida

**( ) III. REPRESENTANTE DO SEGMENTO GOVERNO/PRESTADORES DO SERVIÇO DE SAÚDE:**

**( ) Representantes indicados pelo Governo**

- ( ) Ofício de indicação de membros (titular e suplente);
- ( ) Documentos de identificação dos indicados a membros (CPF/RG);
- ( ) Comprovante de residência dos indicados a membros;
- ( ) Portaria ou ato executivo de nomeação ou admissão no serviço de Saúde Municipal;
- ( ) Inscrição para o Processo Eleitoral, devidamente preenchida

**( ) Representante do Segmento Prestadores de Serviço**

- ( ) Contrato social atualizado e/ou Documentação Societária
- ( ) CNPJ atualizado emitido pelo Site da Receita Federal;
- ( ) Certidão de responsabilidade do CNPJ da Entidade junto a Receita Federal;
- ( ) Comprovante de endereço da Entidade;
- ( ) Ofício de indicação de membros (titular e suplente);
- ( ) Comprovação de vínculo com a entidade, órgão ou empresa prestadora de Serviço;
- ( ) Documentos de identificação dos indicados a membros (CPF/RG);
- ( ) Comprovante de residência dos indicados a membros;
- ( ) Inscrição para o Processo Eleitoral, devidamente preenchida