



SIPAR : 25000. _____ /2009- _____

ELEIÇÃO PARA O TRIÊNIO 2009/2012

TERMO DE INSCRIÇÃO DE ENTIDADES NACIONAIS DE PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE E ENTIDADES NACIONAIS EMPRESARIAIS COM ATIVIDADES NA ÁREA DE SAÚDE

(Preencher os dados com letra de forma)

1. REPRESENTAÇÃO:

- () Entidades Nacionais de Prestadores de Serviços de Saúde
() Entidades Nacionais Empresariais com Atividades na área da Saúde

2. ENTIDADE: _____

3. ENDEREÇO COMPLETO DA ENTIDADE: _____

Município: _____

Estado: _____ CEP _____

Fone: () _____ Fax: () _____

E-mail: _____

4. NOME DO PRESIDENTE OU REPRESENTANTE LEGAL: _____

5. DOCUMENTOS APRESENTADOS PELA ENTIDADE:

- () Requerimento solicitando inscrição.
() Cópia da Ata de Fundação ou de Ato Legal, registrado em cartório, observando o disposto no Art. 5º do Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006.
() Cópia do Estatuto e/ou do Regimento autenticada.
() Termo de Indicação do Delegado Titular e do respectivo Suplente que representarão a entidade, subscrito pelo seu representante legal.
() Comprovante de atuação de, no mínimo de, 2 anos e representação em, no mínimo, 3 regiões geográficas e 9 estados da federação.
() Cópia da Cédula de Identidade do Titular e Suplente.

6. NOME DO DELEGADO TITULAR: _____

Carteira de Identidade: _____

CPF: _____

Endereço completo: _____

Município: _____

Estado: _____ CEP _____

Fone: () _____ Fax: () _____

E-mail: _____

Pessoa com Deficiência: () Sim () Não

Qual: _____

7. NOME DO DELEGADO SUPLENTE: _____

Carteira de Identidade: _____

CPF: _____

Endereço completo: _____

Município: _____

Estado: _____ CEP _____

Fone: () _____ Fax: () _____

E-mail: _____

Pessoa com Deficiência: () Sim () Não

Qual: _____

8. CONFERIDA POR: _____

OBS.: _____

9. () Deferido () Indeferido

10. Informações complementares: _____

PRESIDENTE DA COMISSÃO ELEITORAL: _____

BRASÍLIA-DF: _____/_____/2009