

FICHA DE INSCRIÇÃO DA “I CONFERENCIA ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE”

PARA PARTICIPANTES LIVRES

1. DADOS PESSOAIS:

- NOME COMPLETO: _____
- RG: _____ CPF: _____
- ENDEREÇO DO CONSELHO: _____
- MUNICÍPIO: _____
- FONE: _____ CELULAR: _____
- E-MAIL: _____
- PERTENCE AO CONSELHO:
 - () MUNICIPAL DE SAÚDE
 - () ESTADUAL DE SAÚDE
 - () OUTROS: _____

3. QUAL O SEGMENTO QUE VOCÊ REPRESENTA?

- () USUÁRIO
- () GESTOR/PRESTADOR DE SERVIÇO
- () PROFISSIONAL DE SAÚDE

4. É PORTADOR DE NECESSIDADES ESPECIAIS:

- () SIM
- () NÃO

Gentileza encaminhar as fichas de inscrições no e mail: **pendencia.ces@gmail.com**