



Nº. da Moção: _____ (Preenchido pela Comissão Organizadora)

Nome do Delegado: _____

Entidade/Instituição: _____

Segmento (Usuários/Gestores/Profissionais): _____

Data: 9/05/2024

Horário de Entrega: _____

Obs: Entregar até às 11h30min de 9/05/24

MOÇÃO

Tipo de Moção _____

(Repúdio, desagravo, aplauso, congratulações, solidariedade e outras)

Descrição (texto):

LISTA DE ASSINATURAS

NOME	CPF	SEGMENTO Usuário, Trabalhador de Saúde, Governo/ Prestador	ASSINATURAS.
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			