



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAJATI
ESTADO DE SÃO PAULO
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE
BIÊNIO 2023-2025

TERMO DE INDICAÇÃO

INSTITUIÇÃO REPRESENTADA:

CONSELHEIRO TITULAR

Nome:

Data de nascimento:

CPF:

RG:

Endereço:

Telefone:

e-mail:

Possui algum cargo comissionado ou de livre nomeação em algum setor da prefeitura?: ()sim () não

Possui algum parente de primeiro grau ou cônjuge que tenha estes cargos ou que seja prestador de serviços para a prefeitura municipal de Cajati? ()sim () não

Assinatura candidato: _____

CONSELHEIRO SUPLENTE

Nome:

Data de nascimento:

CPF:

RG:

Endereço:

Telefone:

e-mail:

Possui algum cargo comissionado ou de livre nomeação em algum setor da prefeitura?: ()sim () não

Possui algum parente de primeiro grau ou cônjuge que tenha estes cargos ou que seja prestador de serviços para a prefeitura municipal de Cajati? ()sim () Não

Assinatura candidato: _____

Assinatura repres. legal: _____

RUA ANTÔNIO DOMINGUES BRECHÓ, Nº 116, 1º ANDAR – JARDIM
CENTRAL – CAJATI -SP
cms_saude@hotmail.com