

**CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LAGES**  
**FICHA DE INDICAÇÃO CONSELHEIRO MUNICIPAL DE SAÚDE**

**TITULAR**

**SUPLENTE**

NOME:
RG: <span style="float: right;">CPF:</span>
Entidade que representa:
Filiação:
Estado Civil:
Endereço residencial:
Endereço comercial:
Fone: <span style="float: right;">Celular:</span>
E-mail:
Observação:

**SOMENTE SERÃO ACEITAS FICHAS DE INSCRIÇÃO TOTALMENTE E CORRETAMENTE  
PREENCHIDAS**

Lages (SC), \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Assinatura (por extenso)**