



## FICHA DE DELEGADO MACROREGIÃO \_\_\_\_\_ PARA I CONFERÊNCIA ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

### I. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: .....

Nome no Crachá: .....

Nº RG: ..... Órgão Expedidor: .....

Nº CPF: ..... Data de Nascimento: ...../...../.....

### II. ENDEREÇO

Residencial: .....

Complemento: .....

Cidade:..... Estado: ..... CEP: .....

E-mail:.....

Telefone: ( ) ..... Celular: ( ) .....

Entidade: .....

Etnia: ..... Escolaridade: .....

### III. DADOS DA REPRESENTAÇÃO

Segmento representativo	
Usuários ( )	Profissionais de Saúde ( )
Prestador de Serviços ( )	Gestão ( )

IV. POSSUÍ ALGUMA PATOLOGIA: Não ( ) Sim ( ) Se sim, especifique: .....

V. PESSOA COM DEFICIÊNCIA : Não ( ) Sim ( ) Se sim, especifique: .....

Necessita de acompanhante: Não ( ) Sim ( ) Se sim, informe os dados a seguir:

Nome do Acompanhante: .....	
Nome no Crachá do Acompanhante: .....	
Nº RG Acompanhante: .....	Órgão Expedidor: .....
CPF do Acompanhante: .....	Data de Nascimento: ...../...../.....
Email do Acompanhante: .....	
Telefone : ( ) .....	Celular: ( ) .....

### VI. QUAL SUBEIXO DESEJA PARTICIPAR:

( ) SUBEIXO 1 ( ) SUBEIXO 2 ( ) SUBEIXO 3 ( ) SUBEIXO 4