



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
Secretaria da Saúde

**CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE – CES/ES  
PROCESSO ELEITORAL - TRIÊNIO 2021/2024**

FOTO

**FICHA DE INDICAÇÃO**

ENTIDADE QUE REPRESENTA: \_\_\_\_\_

SEGMENTO: **Usuário**(  ) **Trabalhador da Saúde**(  ) **Gestor/Prestador de Serviços**(  )

CONSELHEIRO: (  ) **TITULAR** (  ) **SUPLENTE**

NOME DO CONSELHEIRO (A): \_\_\_\_\_

ENDEREÇO RESIDENCIAL: \_\_\_\_\_

Nº \_\_\_\_\_ BAIRRO \_\_\_\_\_ CIDADE: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ TELEFONE: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_ DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ CI: \_\_\_\_\_

**ENDEREÇO DA ENTIDADE QUE REPRESENTA:**

RUA: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_ CIDADE \_\_\_\_\_

CEP \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

**DADOS BANCÁRIOS:**

AGÊNCIA \_\_\_\_\_ CONTA \_\_\_\_\_ BANCO \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2021.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Representante Legal da Entidade