



9ª CONFERÊNCIA

ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

FICHA CADASTRAL

DELEGADO TITULAR

CPF:	
DELEGADO (A):	
*NOME:	
*DATA DE NASCIMENTO:	
*IDENTIDADE:	
E-MAIL:	
*SEXO:	() MASCULINO () FEMININO
*TELEFONE:	
CELULAR:	
ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:	
CEP:	*LOGRADOURO:
NUMERO:	COMPLEMENTO:
*BAIRRO:	*CIDADE:
ORIENTAÇÃO SEXUAL:	
() GAY () LESBICA () BISSEXUAL () TRAVESTI () TRANSEXUAIS () HETEROSEXUAL	
*REPRESENTAÇÃO (VAGA) DELEGADO (A):	
() GESTORES PRESTADORES () TRABALHADORES DA SAÚDE () USUÁRIOS	
*PESSOA COM DEFICIÊNCIA: () SIM () NÃO	
DESCREVA:	
*NECESSIDADE ESPECIAL:	
() ALIMENTAÇÃO () TRANSPORTE ESPECIAL () COMUNICAÇÃO () DIÁLISE () ACOMPANHANTE	
DESCREVA:	





9ª CONFERÊNCIA

ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

FICHA CADASTRAL DELEGADO SUPLENTE

CPF:	
DELEGADO (A):	
*NOME:	
*DATA DE NASCIMENTO:	
*IDENTIDADE:	
E-MAIL:	
*SEXO:	() MASCULINO () FEMININO
*TELEFONE:	
CELULAR:	
ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:	
CEP:	*LOGRADOURO:
NUMERO:	COMPLEMENTO:
*BAIRRO:	*CIDADE:
ORIENTAÇÃO SEXUAL:	
() GAY () LESBICA () BISSEXUAL () TRAVESTI () TRANSEXUAIS () HETEROSEXUAL	
*REPRESENTAÇÃO (VAGA) DELEGADO (A):	
() GESTORES PRESTADORES () TRABALHADORES DA SAÚDE () USUÁRIOS	
*PESSOA COM DEFICIÊNCIA: () SIM () NÃO	
DESCREVA:	
*NECESSIDADE ESPECIAL:	
() ALIMENTAÇÃO () TRANSPORTE ESPECIAL () COMUNICAÇÃO () DIÁLISE () ACOMPANHANTE	
DESCREVA:	

