

XXX CONGRESSO DE SECRETARIAS MUNICIPAIS

\*CADASTRO SECRETÁRIOS (AS) DE SAUDE DA PARAÍBA

|  |
| --- |
| **MUNICÍPIO (nome do município):****GRS: (nº da gerencia regional):** |
| **SECRETÁRIO (A) MUNICIPAL DE SAÚDE****NOME:**  |
| **Nº CPF:**  | **Nº R G:**  | **DATA DE NASCIMENTO:** |
| **ESTADO CIVIL:**  | **NACIONALIDADE:**  |
| **GRAU DE ESCOLARIDADE:**  |
| **PROFISSÃO:**  |
| **ESPECIALIDADE:**  |
| **TELEFONE: (83) CELULAR: (83)** |
| **DADOS BANCÁRIOS****CONTA:** **AGÊNCIA:** **BANCO :** |
| **E-MAIL PARTICULA:**  |
| **ENDEREÇO RESIDENCIAL:** |
| **CEP:**  | **COMPLEMENTO:**  |
| **ENDEREÇO DA SECRETARIA DE SAÚDE:**  |
| **CEP:**  | **COMPLEMENTO:**  |
| **TELEFONE: (83)**  |
| **FAX:** | **E-MAIL INSTITUCIONAL:**  |
| **INÍCIO DA GESTÃO:**  |

**\*INFORMAMOS QUE ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER TODO PREECHIDO**.