

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**.