

## Oficina de Qualificação para o Controle Social no SUS-BH



# FICHA DE PRE INSCRIÇÃO

Distrito Sanitário \_\_\_\_\_

Unidade Básica de Saúde (UBS) \_\_\_\_\_

Nome completo \_\_\_\_\_

Endereço: Rua \_\_\_\_\_

Número \_\_\_\_\_ Complemento \_\_\_\_\_

Bairro \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_

Idade \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_

Profissão \_\_\_\_\_

Telefone Fixo \_\_\_\_\_ Cel \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Portados de Necessidade especial?

☐ Não

☐ Sim

Qual? \_\_\_\_\_

OPÇÃO DE HORÁRIO

MÓDULO I

☐

SEG a SEX à noite (3h)

☐

SÁBADO 8 às 17h

MÓDULO II

☐

SEG a SEX à noite (3h)

☐

SÁBADO 8 às 17h

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Após preenchida, entregar esta ficha de inscrição na sua Comissão Local  
de Saúde ou Conselho Distrital de Saúde (contato no verso)