



**CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA PESSOA COM
DEFICIÊNCIA**

Rua Carlos Turri, Nº 240 – Fone (45) 3262-8396

CEP: 85887-000 – Matelândia/PR

FICHA DE INSCRIÇÃO DE MEMBRO TITULAR

Representatividade:	
Nome:	
Entidade/secretaria:	
Data nascimento:	
Cargo/função:	
Profissão:	
Vínculo Institucional:	
RG:	Órgão expedidor:
CPF:	
E-mail:	
Telefone:	
Endereço:	CEP:
Escolaridade:	

Declaro estar ciente de minhas responsabilidades como membro do Conselho Municipal dos
Direitos da Pessoa com Deficiência conforme Lei 5.100/2023.

Assinatura

Matelândia, de de 2026.



**CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA PESSOA COM
DEFICIÊNCIA**

Rua Carlos Turri, Nº 240 – Fone (45) 3262-8396

CEP: 85887-000 – Matelândia/PR

FICHA DE INSCRIÇÃO DE MEMBRO SUPLENTE

Representatividade:	
Nome:	
Entidade/secretaria:	
Data nascimento:	
Cargo/função:	
Profissão:	
Vínculo Institucional:	
RG:	Órgão expedidor:
CPF:	
E-mail:	
Telefone:	
Endereço:	CEP:
Escolaridade:	

Declaro estar ciente de minhas responsabilidades como membro do Conselho Municipal dos
Direitos da Pessoa com Deficiência conforme Lei 5.100/2023.

Assinatura

Matelândia, de de 2026.