

**FICHA CADASTRAL DE DELEGADOS ELEITOS NA ETAPA MUNICIPAL
PARA A ESTADUAL**

As informações abaixo devem ser coletadas para cada um dos delegados titulares e respectivos suplentes, e remetidas à Coordenação Organizadora da Etapa Estadual, para credenciamento.

Titular

Nome Completo: **PAULO FERNANDO PINHEIRO**

RG: **7.169.716-9**

Órgão expedidor: **IIPR**

Data de Nascimento: **10/02/1982**

CPF: **042.492.059-08**

Tel. Fixo: **(42) 3422-8421**

Tel. Celular: **(42) 99955-1344**

Endereço: **Rua André Filipak**

Número: **160**

Complemento: **Casa 08**

Bairro: **Alto da Glória**

Cidade: **Irati**

UF: **PR**

CEP: **84500-131**

e-mail: **paulofpinheiro2007@gmail.com**

Gênero: () feminino (**x**) masculino () outro/neutro/prefiro não declarar

Entidade que Representa: **Faculdade São Vicente de Irati**

Sigla: **FASVI**

Segmento:

() Poder Executivo Municipal

() Poder Legislativo Municipal

() Movimentos Sociais e Populares

() Entidades de Trabalhadores

() Entidades Empresariais

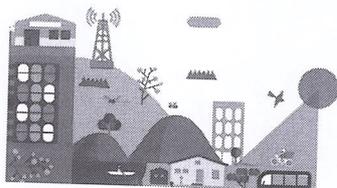
(**x**) Entidades Profissionais, Acadêmicas e de Pesquisa

() Organizações não Governamentais

Pessoa com Deficiência e/ou Mobilidade Reduzida: Sim () Não (**x**)

Necessita de algum atendimento especial: Sim () Não (**x**)

Descreva o tipo de atendimento necessário:



Suplente

Nome Completo: **ELISA STROBERG SCHULTZ**

RG: **83276060-1**

Órgão expedidor: **SESP/PR**

Data de Nascimento: **10/07/1981**

CPF: **005.617.149-83**

Tel. Fixo: **(42) 3422-8421**

Tel. Celular: **(42) 98405-1721**

Endereço: **Rua André Filipak**

Número: **160**

Complemento: **Casa 08**

Bairro: **Alto da Glória**

Cidade: **Irati**

UF: **PR**

CEP: **84500-131**

e-mail: **elisasschultz@gmail.com**

Gênero: () feminino () masculino () outro/neutro/prefiro não declarar

Entidade que Representa: **Faculdade São Vicente de Irati**

Sigla: **FASVI**

Segmento:

- () Poder Executivo Municipal
- () Poder Legislativo Municipal
- () Movimentos Sociais e Populares
- () Entidades de Trabalhadores
- () Entidades Empresariais
- () Entidades Profissionais, Acadêmicas e de Pesquisa
- () Organizações não Governamentais

Pessoa com Deficiência e/ou Mobilidade Reduzida: Sim () Não ()

Necessita de algum atendimento especial: Sim () Não ()

Descreva o tipo de atendimento necessário:

