13º Congresso do Sind-UTE/MG
Belo Horizonte | Janeiro 2027

ATA DE ELEIÇÃO DE DELEGADOS/AS E SUPLENTES AO CONGRESSO ESTADUAL



Aos_____do mês de_____/2026 realizou -se a eleição de delegados/as da_____

_____

(Escola Estadual, Escola Municipal, SRE, SEDES)

da cidade de_____Subsede_____.

FORAM ELEITOS/AS OS/AS SEGUINTES **DELEGADOS/AS:**

PRIMEIRO/A DELEGADO/A

NOME COMPLETO (LEGÍVEL)			
DESEJA O USO DE NOME SOCIAL NOS DOCUMENTOS DO CONGRESSO?	☐ Sim ☐ Não	SE SIM, QUAL?	
MASP/MATRÍCULA		CPF	
CARGO		E-MAIL	
TELEFONE		PESSOA COM DEFICIÊNCIA?	☐ Sim ☐ Não
PRECISA DE ACESSIBILIDADE?	☐ Sim ☐ Não	QUAL?	

SEGUNDO/A DELEGADO/A

NOME COMPLETO (LEGÍVEL)			
DESEJA O USO DE NOME SOCIAL NOS DOCUMENTOS DO CONGRESSO?	☐ Sim ☐ Não	SE SIM, QUAL?	
MASP/MATRÍCULA		CPF	
CARGO		E-MAIL	
TELEFONE		PESSOA COM DEFICIÊNCIA?	☐ Sim ☐ Não
PRECISA DE ACESSIBILIDADE?	☐ Sim ☐ Não	QUAL?	

TERCEIRO/A DELEGADO/A

NOME COMPLETO (LEGÍVEL)			
DESEJA O USO DE NOME SOCIAL NOS DOCUMENTOS DO CONGRESSO?	☐ Sim ☐ Não	SE SIM, QUAL?	
MASP/MATRÍCULA		CPF	
CARGO		E-MAIL	
TELEFONE		PESSOA COM DEFICIÊNCIA?	☐ Sim ☐ Não
PRECISA DE ACESSIBILIDADE?	☐ Sim ☐ Não	QUAL?	

QUARTO/A DELEGADO/A

NOME COMPLETO (LEGÍVEL)			
DESEJA O USO DE NOME SOCIAL NOS DOCUMENTOS DO CONGRESSO?	☐ Sim ☐ Não	SE SIM, QUAL?	
MASP/MATRÍCULA		CPF	
CARGO		E-MAIL	
TELEFONE		PESSOA COM DEFICIÊNCIA?	☐ Sim ☐ Não
PRECISA DE ACESSIBILIDADE?	☐ Sim ☐ Não	QUAL?	

QUINTO/A DELEGADO/A

NOME COMPLETO (LEGÍVEL)			
DESEJA O USO DE NOME SOCIAL NOS DOCUMENTOS DO CONGRESSO?	☐ Sim ☐ Não	SE SIM, QUAL?	
MASP/MATRÍCULA		CPF	
CARGO		E-MAIL	
TELEFONE		PESSOA COM DEFICIÊNCIA?	☐ Sim ☐ Não
PRECISA DE ACESSIBILIDADE?	☐ Sim ☐ Não	QUAL?	

FORAM ELEITOS/AS OS/AS SEGUINTES **SUPLENTES:**

PRIMEIRO/A SUPLENTE

NOME COMPLETO (LEGÍVEL)			
DESEJA O USO DE NOME SOCIAL NOS DOCUMENTOS DO CONGRESSO?	☐ Sim ☐ Não	SE SIM, QUAL?	
MASP/MATRÍCULA		CPF	
CARGO		E-MAIL	
TELEFONE		PESSOA COM DEFICIÊNCIA?	☐ Sim ☐ Não
PRECISA DE ACESSIBILIDADE?	☐ Sim ☐ Não	QUAL?	

SEGUNDO/A SUPLENTE

NOME COMPLETO (LEGÍVEL)			
DESEJA O USO DE NOME SOCIAL NOS DOCUMENTOS DO CONGRESSO?	☐ Sim ☐ Não	SE SIM, QUAL?	
MASP/MATRÍCULA		CPF	
CARGO		E-MAIL	
TELEFONE		PESSOA COM DEFICIÊNCIA?	☐ Sim ☐ Não
PRECISA DE ACESSIBILIDADE?	☐ Sim ☐ Não	QUAL?	

TERCEIRO/A SUPLENTE

NOME COMPLETO (LEGÍVEL)			
DESEJA O USO DE NOME SOCIAL NOS DOCUMENTOS DO CONGRESSO?	☐ Sim ☐ Não	SE SIM, QUAL?	
MASP/MATRÍCULA		CPF	
CARGO		E-MAIL	
TELEFONE		PESSOA COM DEFICIÊNCIA?	☐ Sim ☐ Não
PRECISA DE ACESSIBILIDADE?	☐ Sim ☐ Não	QUAL?	

QUARTO/A SUPLENTE

NOME COMPLETO (LEGÍVEL)			
DESEJA O USO DE NOME SOCIAL NOS DOCUMENTOS DO CONGRESSO?	☐ Sim ☐ Não	SE SIM, QUAL?	
MASP/MATRÍCULA		CPF	
CARGO		E-MAIL	
TELEFONE		PESSOA COM DEFICIÊNCIA?	☐ Sim ☐ Não
PRECISA DE ACESSIBILIDADE?	☐ Sim ☐ Não	QUAL?	

QUINTO/A SUPLENTE

NOME COMPLETO (LEGÍVEL)			
DESEJA O USO DE NOME SOCIAL NOS DOCUMENTOS DO CONGRESSO?	☐ Sim ☐ Não	SE SIM, QUAL?	
MASP/MATRÍCULA		CPF	
CARGO		E-MAIL	
TELEFONE		PESSOA COM DEFICIÊNCIA?	☐ Sim ☐ Não
PRECISA DE ACESSIBILIDADE?	☐ Sim ☐ Não	QUAL?	

INSCRIÇÃO PARA **CIRANDA:**

CRIANÇA 1

NOME DA CRIANÇA			
DATA DE NASCIMENTO		CPF	
NOME DO/A DELEGADO/A RESPONSÁVEL			
CONTATO DO/A RESPONSÁVEL			
PESSOA COM DEFICIÊNCIA?	☐ Sim ☐ Não QUAL?		
PRECISA DE ACESSIBILIDADE?	☐ Sim ☐ Não QUAL?		
A CRIANÇA POSSUI ALGUMA ALERGIA OU INTOLERÂNCIA ALIMENTAR OU DE OUTRA NATUREZA?	☐ Sim ☐ Não QUAL?		

CRIANÇA 2

NOME DA CRIANÇA			
DATA DE NASCIMENTO		CPF	
NOME DO/A DELEGADO/A RESPONSÁVEL			
CONTATO DO/A RESPONSÁVEL			
PESSOA COM DEFICIÊNCIA?	☐ Sim ☐ Não QUAL?		
PRECISA DE ACESSIBILIDADE?	☐ Sim ☐ Não QUAL?		
A CRIANÇA POSSUI ALGUMA ALERGIA OU INTOLERÂNCIA ALIMENTAR OU DE OUTRA NATUREZA?	☐ Sim ☐ Não QUAL?		

CRIANÇA 3

NOME DA CRIANÇA			
DATA DE NASCIMENTO		CPF	
NOME DO/A DELEGADO/A RESPONSÁVEL			
CONTATO DO/A RESPONSÁVEL			
PESSOA COM DEFICIÊNCIA?	☐ Sim ☐ Não QUAL?		
PRECISA DE ACESSIBILIDADE?	☐ Sim ☐ Não QUAL?		
A CRIANÇA POSSUI ALGUMA ALERGIA OU INTOLERÂNCIA ALIMENTAR OU DE OUTRA NATUREZA?	☐ Sim ☐ Não QUAL?		

CRIANÇA 4

NOME DA CRIANÇA			
DATA DE NASCIMENTO		CPF	
NOME DO/A DELEGADO/A RESPONSÁVEL			
CONTATO DO/A RESPONSÁVEL			
PESSOA COM DEFICIÊNCIA?	☐ Sim ☐ Não QUAL?		
PRECISA DE ACESSIBILIDADE?	☐ Sim ☐ Não QUAL?		
A CRIANÇA POSSUI ALGUMA ALERGIA OU INTOLERÂNCIA ALIMENTAR OU DE OUTRA NATUREZA?	☐ Sim ☐ Não QUAL?		

CRIANÇA 5

NOME DA CRIANÇA			
DATA DE NASCIMENTO		CPF	
NOME DO/A DELEGADO/A RESPONSÁVEL			
CONTATO DO/A RESPONSÁVEL			
PESSOA COM DEFICIÊNCIA?	☐ Sim ☐ Não QUAL?		
PRECISA DE ACESSIBILIDADE?	☐ Sim ☐ Não QUAL?		
A CRIANÇA POSSUI ALGUMA ALERGIA OU INTOLERÂNCIA ALIMENTAR OU DE OUTRA NATUREZA?	☐ Sim ☐ Não QUAL?		

13º Congresso do Sind-UTE/MG
Belo Horizonte | Janeiro 2027

LISTA DE ASSINATURAS DA ELEIÇÃO DE DELEGADAS(OS)



LOCAL DE TRABALHO (ESCOLA ESTADUAL, ESCOLA MUNICIPAL, SRE, SEDESE)

LOCAL E DATA

SUBSEDE

Nº	NOME E ASSINATURA	Nº	NOME E ASSINATURA
1		31	
2		32	
3		33	
4		34	
5		35	
6		36	
7		37	
8		38	
9		39	
10		40	
11		41	
12		42	
13		43	
14		44	
15		45	
16		46	
17		47	
18		48	
19		49	
20		50	
21		51	
22		52	
23		53	
24		54	
25		55	
26		56	
27		57	
28		58	
29		59	
30		60	

LOCAL DE TRABALHO (ESCOLA ESTADUAL, ESCOLA MUNICIPAL, SRE, SEDESE)

LOCAL E DATA

SUBSEDE

Nº	NOME E ASSINATURA
61	
62	
63	
64	
65	
66	
67	
68	
69	
70	
71	
72	
73	
74	
75	
76	
77	
78	
79	
80	
81	
82	
83	
84	
85	
86	
87	
88	
89	
90	

Nº	NOME E ASSINATURA
91	
92	
93	
94	
95	
96	
97	
98	
99	
100	
101	
102	
103	
104	
105	
106	
107	
108	
109	
110	
111	
112	
113	
114	
115	
116	
117	
118	
119	
120	