



Conselho
Nacional
de Saúde

SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



Conselho Estadual
de Saúde de Goiás
Fiscalizando para melhorar o SUS

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE GOIÁS

ANEXO 1.1

CHECKLIST – RELAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO

I. Instituições e entidades representativas do segmento de usuários:

DOCUMENTAÇÃO	DATA	Simples Conferência APAD	Aprovação COMISSÃO ELEITORAL
a) Requerimento de inscrição dirigido à presidência da Comissão Eleitoral, formulário próprio, (Anexo 2);			
b) Ficha de Inscrição do representante (eleitor) titular e do seu respectivo suplente e Termo de Indicação, em formulário próprio (Anexo 3);			
c) Cópia do estatuto da organização contendo dispositivo que identifique a representação estadual ou nacional;			
d) Comprovação, por meio de documentos ou publicações que confirmem a abrangência territorial de representação e atuação estadual ou nacional da organização em, pelo menos, três (3) Regiões de Saúde por, no mínimo, 02 (dois) anos;			
e) Cópia da ata de eleição e Termo de Posse dos dirigentes em exercício de mandato;			
f) Cópia atualizada do CNPJ ou do registro em cartório;			
g) Cópia da Carteira de Identidade, CPF e comprovante de endereço do presidente ou do representante legal da organização;			
h) Cópia da Carteira de Identidade, CPF e comprovante de endereço do representante da entidade que participará do processo eleitoral (titular e suplente);			

DATA DE RECEBIMENTO:	RESPONSÁVEL:
DATA ENVIO COMISSÃO:	RESPONSÁVEL:
JUSTIFICATIVA DA COMISSÃO: (Para os casos de itens faltantes)	
Assinatura:	

LEGENDA: APAD – Apoio Administrativo