



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 1.2

CHECKLIST – RELAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO

II. Movimentos Sociais representativos 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) Comprovação, por meio de documentos ou publicações que confirmem a abrangência territorial de representação estadual ou nacional e atuação da organização em, pelo menos, três (3) Regiões de Saúde por, no mínimo, 02 (dois) anos;			
d) comprovante de existência do movimento por meio de documentos ou publicações de circulação estadual ou nacional que confirmem sua existência e atuação de, no mínimo, 2 (dois) anos;			
e) Documento de órgãos públicos que atestem a existência do movimento (exceto por signa de parlamentares);			
f) Cópia da Carteira de Identidade, CPF e comprovante de endereço do presidente ou do representante legal da organização;			
g) 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