



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 1.5

CHECKLIST – RELAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO

II. Entidades Representativas de Prestadores de Serviços de Saúde Vinculados ao SUS:

DOCUMENTAÇÃO	DATA	Simple 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) Cópia de documento que comprove a responsabilidade legal dos seus dirigentes em exercício;			
e) Cópia do Estatuto ou Contrato Social da organização contendo dispositivo que identifique a representação estadual ou nacional;			
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