



ELEIÇÃO PARA O TRIÊNIO 2009/2012

TERMO DE INSCRIÇÃO DE ENTIDADES E MOVIMENTOS SOCIAIS NACIONAIS DE USUÁRIOS DO SUS

(Preencher com letra de forma)

1. REPRESENTAÇÃO:

- Entidades Nacionais de Usuários do SUS
 Movimentos Sociais Nacionais de Usuários do SUS

2. ENTIDADE OU MOVIMENTO SOCIAL: _____

3. ENDEREÇO COMPLETO DA ENTIDADE OU MOVIMENTO SOCIAL: _____

Município: _____

Estado: _____ CEP: _____

Fone: () _____ Fax: () _____

E-mail: _____

4. NOME DO REPRESENTANTE LEGAL: _____

5. DOCUMENTOS APRESENTADOS PELA ENTIDADE:

- Requerimento solicitando inscrição.
 Cópia da Ata de Fundação ou de Ato Legal, registrado em cartório, observando o disposto no Art. 5º do Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006.
 Cópia do Estatuto e/ou Regimento autenticada.
 Comprovante de atuação de, no mínimo de, 2 anos e representação em, no mínimo, 3 regiões geográficas e 9 estados da federação.
 Termo de Indicação do Delegado Titular e do respectivo Suplente que representarão a entidade, subscrito pelo seu representante legal.

6. DOCUMENTOS APRESENTADOS PELOS MOVIMENTOS SOCIAIS:

- () Requerimento.
- () Comprovante de existência do Movimento por meio de um instrumento de comunicação e informação de circulação nacional de, no mínimo 2 anos e representação em, no mínimo, 3 regiões geográficas e 9 estados da federação.
- () Relatório anual de atividade ou relatório anual de reuniões do movimento dos dois últimos anos.
- () Documento de órgãos públicos que atestem a existência do Movimento.
- () Termo de indicação do delegado titular e suplente que representarão o movimento social, na eleição subscrito pelo seu representante reconhecido.
- () Cópia da Cédula de Identidade do Delegado Titular e do Suplente.

7. NOME DO DELEGADO SUPLENTE: _____

Carteira de Identidade: _____

CPF: _____

Endereço completo: _____

Município: _____

Estado: _____ CEP: _____

Fone: () _____ Fax: () _____

E-mail: _____

Pessoa com Deficiência: () Sim () Não

Qual: _____

8. NOME DO DELEGADO TITULAR: _____

Carteira de Identidade: _____

CPF: _____

Endereço completo: _____

Município: _____

Estado: _____ CEP _____

Fone: () _____ Fax: () _____

E-mail: _____

Pessoa com Deficiência: () Sim () Não

Qual: _____

9. CONFERIDA POR: _____

OBS.: _____

10. () Deferido () Indeferido

11. Informações complementares: _____

Presidente da Comissão Eleitoral: _____

BRASÍLIA-DF: _____/_____/2009.