

## ANEXO I - CRONOGRAMA

<b>DATAS</b>	<b>ETAPAS</b>
03/03/2026	Publicação do Edital
09/03/2026 à 07/04/2026	Período das inscrições das Instituições e Entidades
17/04/2026	Publicação da lista das Organizações Habilitadas
22/04/2026 à 24/04/2026	Prazo para Interposição de Recurso referentes as organizações não habilitadas
28/04/2026	Publicação do Resultado do Julgamento dos Recursos
30/04/2026	Eleição
30/04/2026	Resultado das Eleições
04/05/2026	Publicação da Eleição
05/05/2026	Interposição de Recurso da Eleição
06/05/2026	Publicação do Resultado do Recurso
06/05/2026	Publicação Oficial da Eleição
08/05/2026	Posse dos novos Conselheiros
08/05/2026	Eleição da Mesa Diretora



## ANEXO II - REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO

### REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO Instituição e Entidade

A Sra.  
Presidente da Comissão Eleitoral do Conselho Municipal de Saúde

O \_\_\_\_\_, por meio de seu representante legal abaixo assinado, vem respeitosamente requerer sua inscrição na eleição do Conselho Municipal de Saúde para exercer mandato de 17/04/2026 à 17/04/2028 no CMS, na qualidade de \_\_\_\_\_.

Conforme a Lei Municipal nº Lei nº 297, de Agosto de 2001, e Lei nº 701, de 05 de Agosto de 2016 e Resolução CMS nº Resolução nº 003, 10 de Fevereiro de 2026, para a qual apresenta a documentação exigível, anexa.

Nestes termos, pede deferimento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, de 2026.

Nome do representante legal

Nome da entidade ou instituição



## ANEXO III – FICHA DE INDICAÇÃO

### FORMULÁRIO DE INDICAÇÃO Instituição e Entidade

A Sra.  
Presidente da Comissão Eleitoral do Conselho Municipal de Saúde

A \_\_\_\_\_,  
(nome da entidade ou instituição)

Por meio de seu representante legal, abaixo assinado, vem respeitosamente requerer sua inscrição na eleição do Conselho Municipal de Saúde de Cocalzinho de Goiás/GO para o ano 2026/2028, INDICAR \_\_\_\_\_ representantes, na qualidade de candidato (a) à vaga no segmento de \_\_\_\_\_, para o qual apresenta anexa a documentação exigível da Instituição/Entidade e representantes, estando pré-inscrito para a participação da Eleição CMS.

### DADOS DA ORGANIZAÇÃO

Instituição/Entidade:  
Endereço:  
E-mail:  
Contato:  
Representante legal da Instituição/Entidade:

### REPRESENTANTES DA INSTITUIÇÃO/ENTIDADE PARA COMPOR O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

#### Dados do Representante – Titular

Nome:  
Endereço:  
Contato:  
E-mail:  
RG / CPF:

#### Dados do Representante – Suplente

Nome:  
Endereço:  
Contato:  
E-mail:  
RG / CPF:



\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, de 2026.

Nome do representante legal

Nome da entidade ou instituição