



**REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO  
CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE  
BIÊNIO 2019-2021**

**RECURSO nº. \_\_\_\_\_/2019**

**Data:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ **Candidato(a) no segmento** \_\_\_\_\_

**Unidade de Saúde:** \_\_\_\_\_ **Região de Saúde:** \_\_\_\_\_

**QUALIFICAÇÃO DO(A) RECORRENTE:**

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Nome Social / Apelido: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nome de Candidatura (que constará na cédula): \_\_\_\_\_

RG nº. \_\_\_\_\_ CPF nº. \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Fone: \_\_\_\_\_ Cel. \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

**RAZÕES DO RECURSO:**

1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_

4 \_\_\_\_\_

5 \_\_\_\_\_

6 \_\_\_\_\_

7 \_\_\_\_\_



8 \_\_\_\_\_

9 \_\_\_\_\_

10 \_\_\_\_\_

11 \_\_\_\_\_

12 \_\_\_\_\_

13 \_\_\_\_\_

14 \_\_\_\_\_

15 \_\_\_\_\_

16 \_\_\_\_\_

17 \_\_\_\_\_

18 \_\_\_\_\_

19 \_\_\_\_\_

20 \_\_\_\_\_

**Assinatura do(a) Recorrente**

PROCEDIMENTO INTERNO DE RECURSO (PARA USO EXCLUSIVO DA COMISSÃO DE ELEIÇÕES DOS CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE:

▪ Recurso recebido em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_

▪ Parecer da Assessoria Jurídica:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

▪ Manifestação da Comissão Eleitoral pela:

( ) Procedência do Recurso

( ) Improcedência do Recurso

Presidente da Comissão

Assessor Jurídico do CMS