



Conselho de Secretários Municipais de Saúde de Mato Grosso do Sul

www.cosemsms.org.br

contato@cosemsms.org.br

COMISSÃO ELEITORAL PARA ELEIÇÕES DA DIRETORIA EXECUTIVA E CONSELHO DELIBERATIVO E FISCAL DO COSEMS/MS PARA O BIÊNIO DE 2021/2023

Resolução Eleitoral nº 01 de 23 de agosto de 2021

Convocação e Abertura do Processo Eleitoral para Diretoria Executiva e Conselho Deliberativo e Fiscal e define os procedimentos e Calendário Eleitoral para Inscrição de chapa

O Presidente da Comissão Eleitoral nomeado pela Diretoria Executiva através do Decreto 04/2021 e no uso de suas atribuições conforme estabelecido no artigo 38 do Estatuto do COSEMS/MS, resolve

Art. 1º:- Fica definido o seguinte calendário para inscrição de Chapas para as Eleições da Diretoria Executiva e Conselho Deliberativo e Fiscal do COSEMS/MS;

Data	Horário	Assunto
24/08/2021	8:00hs	Publicação da Resolução de convocação de abertura do Processo Eleitoral e início da abertura do prazo para inscrição de chapas.
31/08/2021	17:00hs	Termino do prazo para inscrições das chapas
31/08/2021	18:00hs	Divulgação no site do COSEMS/MS aos Gestores das chapas inscritas e abertura do prazo para Recursos e Impugnação
01/09/2021	08:00hs	Início do prazo para Recurso e impugnações
03/09/2021	17:00hs	Termino do prazo para Recurso e impugnações
04/09/2021	8:00hs	Divulgação das pendências e impugnações e abertura do prazo para sanar pendências e manifestação sobre as impugnações. Não havendo pendências, recursos e impugnações, ou apenas uma chapa inscrita, será divulgado pela Comissão Eleitoral no site do COSEMS a composição da(s) chapa(s) inscrita e apta(s) a



Conselho de Secretários Municipais de Saúde de Mato Grosso do Sul

www.cosemsms.org.br

contato@cosemsms.org.br

		ser(em) votada(s) e será realizada a divulgação do Edital de convocação para a Assembleia Geral Extraordinária para a Eleição.
10/09/2021	8:00hs	Termino do prazo para sanar pendências e apresentar manifestação sobre as impugnações
10/09/2021	12:00hs	Divulgação no site do COSEMS/MS os registros deferidos e os indeferidos, notificando os responsáveis pelas chapas e os impugnantes. Abertura do prazo para apresentação de recursos da decisão da Comissão Eleitoral que indeferiu registro de chapa.
15/09/2021	9:00hs	Divulgação no site do COSEMS/MS os recursos interpostos e abertura do prazo para apresentação de contrarrazões.
20/09/2021	9:00hs	Termino do prazo de apresentação de contrarrazões
21/09/2021	9:00	Divulgação das decisões da Comissão Eleitoral de forma irrecorríveis feitas em razão das contrarrazões apresentadas e divulgação no site do COSEMS/MS da(s) chapa(s) concorrente e publicação do edital de convocação para a Assembleia Geral Extraordinária Eleitoral.

Art.2º:- Institui o requerimento de inscrição de chapa (ANEXO 1) e a ficha de inscrição de chapas (ANEXO 2), e define que as mesmas deverão ser protocoladas na sede do COSEMS/MS localizado Rua Eduardo Elias Zahran nº 3179 – Vila Antônio Vendas, das 8:00hs às 17:00 hs, prazo estabelecido no Calendário Eleitoral acima.

Art. 3º:- Designa o Secretário Executivo do COSEMS/MS, Reinaldo Mendonça Costa para recebimento e protocolo das fichas de inscrição de chapas.

Art.4– Fica definido o e-mail, eleicoescosems2021@gmail.com como endereço eletrônico oficial para comunicação com a Comissão Eleitoral.

Patrick Carvalho Derzi
Presidente
Comissão Eleitoral



Conselho de Secretários Municipais de Saúde de Mato Grosso do Sul

www.cosemsms.org.br

contato@cosemsms.org.br

ANEXO I

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO DE CHAPA

_____ -MS, __ de _____ de 2021.

Através deste o Secretário Municipal de Saúde do Município de _____ -MS, _____, solicita a inscrição de chapa para participar do processo eleitoral do Conselho de Secretários Municipais de Saúde de Mato Grosso do Sul - COSEMS/MS para o biênio 2021 / 2023

O representante da Chapa será o Sr(a) _____, telefone _____, e-mail _____

A composição da Chapa, está descrita na ficha de inscrição estabelecida pela Resolução 04/2021 da Comissão Eleitoral, e que segue em Anexo.

Secretário Municipal de Saúde de _____/MS



Conselho de Secretários Municipais de Saúde de Mato Grosso do Sul

www.cosemsms.org.br

contato@cosemsms.org.br

ANEXO II

ELEIÇÕES DA DIRETORIA EXECUTIVA E CONSELHO FISCAL E DELIBERATIVO – BIÊNIO 2021-2023

FICHA DE INSCRIÇÃO DE CHAPA

CHAPA:- _____

Endereço Eletrônico:- _____

Representante Legal da Chapa:- NOME, estado civil, brasileiro(a), Secretário Municipal de Saúde de _____, RG: _____-SSP/_____, CPF: _____, residente a R _____ nº ____, em _____-MS, telefone _____, email _____.

I – Presidente;

NOME, estado civil, brasileiro(a), Secretário Municipal de Saúde de _____, RG: _____-SSP/_____, CPF: _____, residente a R _____ nº ____, em _____-MS, telefone _____, email _____

II – Vice-Presidente;

NOME, estado civil, brasileiro(a), Secretário Municipal de Saúde de _____, RG: _____-SSP/_____, CPF: _____, residente a R _____ nº ____, em _____-MS, telefone _____, email _____

III – Diretor Administrativo;

NOME, estado civil, brasileiro(a), Secretário Municipal de Saúde de _____, RG: _____-SSP/_____, CPF: _____, residente a R _____ nº ____, em _____-MS, telefone _____, email _____

-Diretor Administrativo Adjunto;

NOME, estado civil, brasileiro(a), Secretário Municipal de Saúde de _____, RG: _____-SSP/_____, CPF: _____, residente a R _____ nº ____, em _____-MS, telefone _____, email _____

IV – Diretor Financeiro;

NOME, estado civil, brasileiro(a), Secretário Municipal de Saúde de _____, RG: _____-SSP/_____, CPF: _____, residente a R _____ nº ____, em _____-MS, telefone _____, email _____



Conselho de Secretários Municipais de Saúde de Mato Grosso do Sul

www.cosemsms.org.br

contato@cosemsms.org.br

-Diretor Financeiro Adjunto

NOME, estado civil, brasileiro(a), Secretário Municipal de Saúde de _____, RG: _____
-SSP/_____, CPF: _____, residente a R _____ nº _____, em _____
-MS, telefone _____, email _____

V – Diretor de Comunicação Social;

NOME, estado civil, brasileiro(a), Secretário Municipal de Saúde de _____, RG: _____
-SSP/_____, CPF: _____, residente a R _____ nº _____, em _____
-MS, telefone _____, email _____

– Diretor de Comunicação Social Adjunto

NOME, estado civil, brasileiro(a), Secretário Municipal de Saúde de _____, RG: _____
-SSP/_____, CPF: _____, residente a R _____ nº _____, em _____
-MS, telefone _____, email _____

VI – Diretor de Relações Institucionais e Parlamentares;

NOME, estado civil, brasileiro(a), Secretário Municipal de Saúde de _____, RG: _____
-SSP/_____, CPF: _____, residente a R _____ nº _____, em _____
-MS, telefone _____, email _____

Diretor de Relações Institucionais e Parlamentares Adjunto;

NOME, estado civil, brasileiro(a), Secretário Municipal de Saúde de _____, RG: _____
-SSP/_____, CPF: _____, residente a R _____ nº _____, em _____
-MS, telefone _____, email _____

VII – Diretor de Descentralização e Regionalização;

NOME, estado civil, brasileiro(a), Secretário Municipal de Saúde de _____, RG: _____
-SSP/_____, CPF: _____, residente a R _____ nº _____, em _____
-MS, telefone _____, email _____

Diretor de Descentralização e Regionalização Adjunto

NOME, estado civil, brasileiro(a), Secretário Municipal de Saúde de _____, RG: _____
-SSP/_____, CPF: _____, residente a R _____ nº _____, em _____
-MS, telefone _____, email _____

VIII – Diretor dos Municípios com Populações Ribeirinhas, indígena, quilombolas e em Situação de Vulnerabilidade;

NOME, estado civil, brasileiro(a), Secretário Municipal de Saúde de _____, RG: _____
-SSP/_____, CPF: _____, residente a R _____ nº _____, em _____
-MS, telefone _____, email _____

Diretor dos Municípios com Populações Ribeirinhas, indígena, quilombolas e em Situação de Vulnerabilidade Adjunto;



Conselho de Secretários Municipais de Saúde de Mato Grosso do Sul

www.cosemsms.org.br

contato@cosemsms.org.br

NOME, estado civil, brasileiro(a), Secretário Municipal de Saúde de _____, RG: _____-SSP/_____, CPF: _____, residente a R _____ nº _____, em _____-MS, telefone _____, email _____

CANDIDATOS A MEMBROS DO CONSELHO DELIBERATIVO E FISCAL

Titular:, **NOME**, estado civil, brasileiro(a), Secretário Municipal de Saúde de _____, RG: _____-SSP/_____, CPF: _____, residente a R _____ nº _____, em _____-MS, telefone _____, email _____

Suplente: **NOME**, estado civil, brasileiro(a), Secretário Municipal de Saúde de _____, RG: _____-SSP/_____, CPF: _____, residente a R _____ nº _____, em _____-MS, telefone _____, email _____

Titular:, **NOME**, estado civil, brasileiro(a), Secretário Municipal de Saúde de _____, RG: _____-SSP/_____, CPF: _____, residente a R _____ nº _____, em _____-MS, telefone _____, email _____

Suplente: **NOME**, estado civil, brasileiro(a), Secretário Municipal de Saúde de _____, RG: _____-SSP/_____, CPF: _____, residente a R _____ nº _____, em _____-MS, telefone _____, email _____

Titular:, **NOME**, estado civil, brasileiro(a), Secretário Municipal de Saúde de _____, RG: _____-SSP/_____, CPF: _____, residente a R _____ nº _____, em _____-MS, telefone _____, email _____

Suplente: **NOME**, estado civil, brasileiro(a), Secretário Municipal de Saúde de _____, RG: _____-SSP/_____, CPF: _____, residente a R _____ nº _____, em _____-MS, telefone _____, email _____

Titular:, **NOME**, estado civil, brasileiro(a), Secretário Municipal de Saúde de _____, RG: _____-SSP/_____, CPF: _____, residente a R _____ nº _____, em _____-MS, telefone _____, email _____

Suplente: **NOME**, estado civil, brasileiro(a), Secretário Municipal de Saúde de _____, RG: _____-SSP/_____, CPF: _____, residente a R _____ nº _____, em _____-MS, telefone _____, email _____