CEMIG SAÚDE	**Requerimento de inscrição de candidato -** **ELEIÇÃO DE MEMBROS DOS CONSELHOS DELIBERATIVO E FISCAL DA CEMIG SAÚDE – 2020**

Denominação da Chapa			
Participante Candidato (Nome completo)			Matrícula
Categoria ( ) Assistido ( ) Ativo	Nome da Patrocinadora e sigla do órgão (somente para Participante Ativo)		Endereço funcional do órgão (somente Ativo)
Telefone	Data de Nascimento	Data de Admissão na Patrocinadora	Data de Filiação no Prosaúde
Documento de Identidade	CPF	E-mail corporativo	
Endereço residencial			Número
Complemento	Bairro	Cidade/UF	CEP
Telefone	Celular	E-mail particular	

Candidato a membro: ( ) Titular ( ) Suplente ( ) Sucessor	Cargo com mandato de 04 anos: ( ) Conselho Deliberativo ( ) Conselho Fiscal
Nome/ Matricula do Representante da Chapa	Endereço eletrônico do representante da Chapa
Autorizo a divulgação da foto 3x4 enviada por e-mail ( ) Sim ( ) Não	Autorizo a divulgação do currículo simplificado ( ) Sim ( ) Não
Assinatura do Representante da Chapa	Data / /

Observações importantes:

1. O presente requerimento e o termo de responsabilidade, Anexo I, após impressos e assinados, podem ser protocolados por meio de cópia ou via original.

2. Informações a serem enviadas para o e-mail eleicoes@cemigsaude.org.br:
   2.1 Currículo simplificado conforme critérios estabelecidos no Anexo II, e encaminhado juntamente com o currículo completo em formato word.
   2.2 Foto em alta resolução, em arquivo formato jpg, no tamanho mínimo de 300kb e máximo de 2mb, no padrão 3x4. Não serão aceitos requerimentos sem fotos.
   2.3 Após o envio dos documentos digitais mencionados acima, a Comissão Eleitoral responderá o e-mail confirmando o recebimento. Aqueles que estiverem fora do padrão solicitado serão devolvidos.

3. As inscrições serão aceitas SOMENTE mediante a entrega de todos os documentos relacionados nos itens anteriores.

Candidato _____ Assinatura Data: ____/____/_____	Comissão Eleitoral _____ Assinatura/Carimbo Data: ____/____/_____

CEMIG SAÚDE	**ANEXO I** **ELEIÇÃO DE MEMBROS DOS CONSELHOS DELIBERATIVO E FISCAL DA CEMIG SAÚDE – 2020** **TERMO DE RESPONSABILIDADE**

1) Declaro atender integralmente os requisitos enumerados abaixo (artigo 7º, incisos I a VII e seu parágrafo único do Regulamento Eleitoral):

   I. contar um mínimo de 5 (cinco) anos, na data da inscrição no processo eleitoral, de filiação ao PSI e de trabalho efetivo diretamente prestado a uma das Patrocinadoras;

   II. ter conduta ilibada e estar em gozo de seus direitos estatutários da Cemig Saúde;

   III. não estar com contrato de trabalho suspenso por punição disciplinar perante qualquer Patrocinadora;

   IV. não ter sofrido condenação criminal transitada em julgado; e

   V. conhecer e preencher os requisitos previstos na Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar – RN nº 311, de 1º de novembro de 2012, e suas alterações, para o exercício do cargo de administrador em operadoras de planos de saúde;

   VI. não integrar, simultaneamente, mais de um órgão de administração e fiscalização da Cemig Saúde, bem como órgãos assemelhados nas Patrocinadoras;

   VII. não fazer parte do mesmo Conselho ou da Diretoria Executiva, como integrantes efetivos ou suplentes, pessoas ligadas entre si, por laços de parentesco consanguíneo ou afim, até o 2º grau, inclusive.

   Parágrafo único: A comprovação das obrigações definidas nos incisos VI e VII acima, serão exigidas somente no momento da posse do candidato eleito, sem qualquer prejuízo para efetivação da inscrição de sua candidatura.

2) Declaro ainda:

   a) Conhecer o Estatuto da Cemig Saúde, os Regulamentos dos Planos Assistenciais e o Código de Ética da Cemig Saúde.

   b) Não ter sofrido penalidade administrativa por falta grave nos termos do Estatuto da Cemig Saúde, art. 21, §§ 1º a 5º, infração da legislação do Ministério da Saúde, inclusive as aplicadas à saúde suplementar ou como servidor público.

, de de 2020.

(cidade)

Assinatura:_____

Nome:

Matrícula:

	ANEXO II **ELEIÇÃO DE MEMBROS DOS CONSELHOS DELIBERATIVO E FISCAL DA CEMIG SAÚDE – 2020** **CURRÍCULO SIMPLIFICADO**

Descreva abaixo de forma resumida, sua formação acadêmica e sua experiência profissional, especificando o tempo que atua na Patrocinadora, atual função e as atividades e experiências que considera relevantes para execução do cargo ao qual se candidata.

As informações solicitadas acima são limitadas a 767 caracteres com espaço.