

## EDITAL DE CONVOCAÇÃO DE ELEIÇÃO DA DIRETORIA CLÍNICA DO SAMU REGIONAL-SOROCABA

1. Pelo presente edital, e segundo as Resoluções CFM 1.481/97, CFM 2.147/16, CREMESP 134/06 e CREMESP 184/08, ficam os(as) médicos(as) do Corpo Clínico do SAMU Regional - Sorocaba convocados(as) a comparecerem no próximo dia 16/10/2026 (das 00h00 às 23h59), na Rua da Penha, 1176 – Centro – Sorocaba/SP (CEP 18010-004) a fim de proceder com a votação para Eleição da Diretoria Clínica da referida Instituição.

1.1 Só poderão votar os(as) médicos(as) que estiverem “em dia” com suas obrigações perante ao CREMESP e que possuam vínculo empregatício com a Prefeitura de Sorocaba nas seguintes modalidades:

1.1.1 Estatutário

1.1.2 CLT

1.1.3 PJ

2. Na oportunidade, informamos que os(as) interessados(as) a se candidatarem a cargos na referida diretoria, deverão providenciar sua inscrição, por meio de CHAPAS – Diretor(a) Clínico(a) e Vice-Diretor(a) Clínico(a) – no Setor de Protocolos da Secretaria Municipal de Saúde de Sorocaba, das 09:00 do dia 17/09/2026 até às 16:00 do dia 01/10/2026 (Anexo I).

2.1 A Secretaria Municipal de Saúde de Sorocaba fica localizada no 2º (segundo) andar do Palácio dos Tropeiros "Dr. José Theodoro Mendes", situado na Avenida Engenheiro Carlos Reinaldo Mendes, 3041 – Alto da Boa Vista, Sorocaba/SP – CEP18013-280

2.2 O mandato da Diretoria Clínica será de 24 (vinte e quatro) meses, sendo encerrado no dia 18 de outubro dos anos pares.

3. A Comissão Eleitoral divulgará, no SAMU Regional - Sorocaba e no Jornal do Município de Sorocaba, as CHAPAS inscritas, de acordo com o número de registro, no dia 10/10/2026.

4. Estão impedidos(as) de se candidatar à eleição:

4.1 Diretor(a) Técnico(a) e/ou Responsável Técnico(a) do SAMU Regional Sorocaba

4.2 Profissional que já estiver como Diretor(a) Técnico(a), Responsável Técnico(a) e/ou Diretor(a) Clínico(a) em 02 empresas médicas.

4.3 Membros da Comissão Eleitoral;

**4.4 Os(As) médicos(as)**

apenados(as) eticamente nos últimos 8 (oito) anos, com decisão transitada em julgado no âmbito administrativo (processo ético-profissional), ou que estejam afastados(as) cautelarmente pelo CREMESP;

5. A eleição deverá ser realizada obrigatoriamente através de CHAPAS (Anexo I);

6. No dia 15/10/2026 (das 13h30 às 17h00) deverá um(a) responsável/fiscalizador(a) comparecer à Secretaria Municipal de Saúde (Paço Municipal), trazendo a documentação e/ou os insumos que possam vir a ser solicitados até às 12h00 do dia 15/10/2026, bem como para a retirada do material que será utilizado na votação e para o recebimento das orientações pertinentes.

**7. Da votação:**

7.1. Haverá pelo menos um(a) responsável/fiscalizador(a), a ser definido(a) pelo(a) Coordenador(a) da Unidade (em exercício e/ou em substituição).

7.1.1. O limite de pessoas para a atribuição supracitada será de 04 (quatro) servidores(a).

7.1.2. O(s) nome(s) desta(s) pessoa(s) deverá(ão) constar na Lista do(a)/dos(as) Responsável(eis)/ Fiscalizador(a)/Fiscalizadores(as) da Votação da referida instituição (Anexo VIII)

7.2. Não será permitido fotografar e/ou filmar na sala de votação.

7.3 Deverá ser realizada através de voto secreto e direto dos(as) médicos(as) pertencentes ao corpo clínico, não sendo permitido o uso de procuração;

7.4 No local, o(a) profissional médico(a) deverá apresentar, para o(a) responsável/fiscalizador(a) da votação na unidade, a sua Cédula de Identidade do Médico, seja no formato físico ou no formato digital (CFM-Credencial).

7.4.1 A Carteira Profissional Médica pode ser apresentada como documento alternativo.

**7.5 Sobre a cédula de votação:**

7.5.1 será disponibilizada, após a assinatura do(a) profissional médico(a) na lista de presença.

7.5.2 constará todas as CHAPAS devidamente habilitadas (cuja numeração seguirá a ordem de inscrição), bem como as opções "BRANCO" e "NULO".

7.5.2.1 no

caso de CHAPA única, esta será discriminada na Cédula e constará apenas as opções “SIM” e “NÃO”.

7.5.3 deverá ter assinalada apenas 01 alternativa.

7.5.3.1 O preenchimento inadequado (e/ou rasuras) implicará em anulação do voto.

7.6 O(A) profissional médico(a) deverá se dirigir à cabine indevassável para efetuar a sua votação, depositando a cédula em urna inviolável.

7.7 Após sair da cabine, o(a) profissional poderá retirar um comprovante de votação (se necessário, com horário de entrada e de saída na sala) (Anexo II).

7.8 Às 00h00 de 19/10/2024, o(a) responsável/fiscalizador(a) deverá lacrar a urna de votação e armazená-la em local protegido. A urna, a lista de presença (devidamente assinada) e o material eleitoral excedente deverão ser encaminhados para a Comissão Eleitoral (na Secretaria Municipal de Saúde de Sorocaba) no período das 08h00 às 09h30 do dia 19/10/2026.

8. Caso ocorra algum incidente, competirá ao(a) responsável/fiscalizador(a) da votação na unidade emitir um relatório circunstanciado (Anexo III) para a Comissão Eleitoral analisar e tomar as medidas cabíveis (Anexo IV).

9. Da apuração dos votos:

9.1 Iniciará às 10:00 do dia 19/10/2026, pela Comissão Eleitoral.

9.2 Poderá ser assistida por todos(as) os(as) interessados(as), a critério da Comissão Eleitoral e acompanhada pelos(as) representantes das CHAPAS.

9.3 Será considerada eleita a CHAPA que obtiver maioria simples dos votos apurados.

10. O resultado da eleição será lavrado em Ata, pela Comissão Eleitoral, que deverá ser encaminhada ao CREMESP para homologação e registro.

11. Protestos, impugnações e recursos contra qualquer fato relativo ao processo eleitoral deverão ser formalizados por escrito dentro de, no máximo, 02 (dois) dias úteis após a ocorrência do fato e dirigidos em primeira instância à Comissão Eleitoral e em segunda instância ao CREMESP (Anexo V).

11.1 A documentação supracitada deverá ser protocolada na Secretaria Municipal de Saúde até às 16h00 do dia 21/10/2026.

12. A resposta aos recursos e a publicação do resultado final ocorrerão no dia 27/10/2026 no Jornal do Município de Sorocaba.

12.1 A referida data de publicação poderá ser modificada caso haja necessidade de atuação do CREMESP.

13. Terminada a eleição, a Comissão Eleitoral deverá encaminhar ao CREMESP, para homologação e registro, os seguintes documentos:

13.1 Ofício encaminhando o Processo de Eleição da Diretoria Clínica;

13.2 Cópia da Ata de Eleição (Anexo VI);

13.3 Cópia da Lista de Presença dos votantes (Anexo VII);

13.4 Cópia do Edital de convocação de eleição;

13.5 Cópia das Inscrições de Chapas

13.6 Eventuais protestos e recursos acompanhados da decisão da Comissão Eleitoral (Anexos III, IV e V);

14. Para os documentos assinados de forma digital (Requerimentos, declarações e entre outros), deverá a apresentar cópia do Termo de Titularidade de Certificado Digital de Pessoa Física.

15. Os casos omissos serão analisados pela Comissão Eleitoral.

Sorocaba, 10 de setembro de 2026

**DR. JOÃO PEDRO ARRUDA FRALETTI MIGUEL**  
**SECRETÁRIO DA SAÚDE**

**ANEXO I**  
**INSCRIÇÃO DE CHAPAS**

PELA PRESENTE, EU, \_\_\_\_\_  
- CRM/SP Nº. \_\_\_\_\_, REPRESENTANTE DA CHAPA \_\_\_\_\_  
SOLICITO A CANDIDATURA DA RESPECTIVA CHAPA PARA CONCORRER À ELEIÇÃO DA DIRETORIA CLÍNICA DO(A)  
\_\_\_\_\_, A SER REALIZADA NO PRÓXIMO DIA 16/10/2026.

**MÉDICOS PARTICIPANTES:**

NOME: \_\_\_\_\_ CRM/SP Nº \_\_\_\_\_  
FUNÇÃO: DIRETOR(A) CLÍNICO(A)

NOME: \_\_\_\_\_ CRM/SP Nº \_\_\_\_\_  
FUNÇÃO: VICE-DIRETOR(A) CLÍNICO(A)

Sorocaba, \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE 2026.

DEVERÁ CONSTAR A ASSINATURA DE TODOS OS(AS) MÉDICOS(AS) PARTICIPANTES

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ANEXO II

MODELO DE COMPROVANTE DE VOTAÇÃO

|                                                                                                                                                     |                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <p><b>Prefeitura de<br/>SOROCABA</b></p>                           | <b>Secretaria da Saúde</b>                                                                         |
| <b>COMPROVANTE DE VOTAÇÃO</b>                                                                                                                       |                                                                                                    |
| Declaro que o(a) Dr.( Dr. <sup>a</sup> ) _____                                                                                                      |                                                                                                    |
| Compareceu à votação da Eleição para Constituição da Diretoria Clínica da referida instituição no dia 16/10/2026, das _____: _____ às _____: _____. |                                                                                                    |
| Sorocaba, 16 de Outubro de 2026 – Unidade: _____                                                                                                    |                                                                                                    |
| Nome do(a) responsável/fiscalizador(a) da votação na unidade                                                                                        | Alternativa:<br>Carimbo Unidade de Saúde                                                           |
| Assinatura do(a) responsável/fiscalizador(a) da votação na unidade                                                                                  | Alternativa:<br>Carimbo e Assinatura do(a)<br>responsável/fiscalizador(a)<br>da votação na unidade |

RC № \*

DEVOLUTIVA SOBRE RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO SOBRE INCIDENTE OCORRIDO DURANTE A VOTAÇÃO E/OU SOBRE PROTESTOS, IMPUGNAÇÕES E/OU RECURSOS CONTRA QUALQUER FATO RELATIVO AO PROCESSO ELEITORAL PARA CONSTITUIÇÃO DA DIRETORIA CLÍNICA DO SAMU REGIONAL-SOROCABA

[illegible]

Assinatura dos(a) membros(as) da Comissão Eleitoral votação na unidade

SE NECESSÁRIO, PODE UTILIZAR O VERSO DESTA FOLHA. ANEXAR DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA, SE EXSITENTE



**ANEXO VI**

**MODELO DE ATA DE ELEIÇÃO PARA CONSTITUIÇÃO DA DIRETORIA CLÍNICA  
DA UNIDADE DE SAÚDE**

AOS DEZESSEIS DIAS DO MÊS DE OUTUBRO DO ANO DE 2026, NA SALA ADMINISTRATIVA DO(A) \_\_\_\_\_, ONDE SE ENCONTRAVA INSTALADA A URNA PARA O DEPÓSITO DE VOTOS VISANDO A ELEIÇÃO DA DIRETORIA CLÍNICA, COMPARECERAM OS(AS) MÉDICOS(AS) CUJAS ASSINATURAS SEGUEM EM ANEXO, A FIM DE PROCEDEREM A REFERIDA ELEIÇÃO POR VOTO SECRETO E DIRETO. COMPARECERAM À RESPECTIVA URNA \_\_\_\_\_ COLEGAS MÉDICOS(AS) APTOS(AS) A VOTAREM, EM PROCESSO ELEITORAL TRANSCORRIDO SEM NENHUMA ANORMALIDADE. FINDO O PRAZO ESTABELECIDO NO EDITAL DE CONVOCAÇÃO DE ELEIÇÃO DATADO DE 17/09/2024, PROCEDEU-SE A ABERTURA DA URNA QUE SE ENCONTRAVA ATÉ ENTÃO LACRADA, PARA A CONTAGEM DOS VOTOS ALI DEPOSITADOS, OBTENDO-SE O SEGUINTE RESULTADO: CHAPA \_\_\_\_\_: \_\_\_\_\_ VOTOS; CHAPA \_\_\_\_\_: \_\_\_\_\_ VOTOS; CHAPA \_\_\_\_\_: \_\_\_\_\_ VOTOS, VOTOS "BRANCO": \_\_\_\_\_ VOTOS, VOTOS "NULO": \_\_\_\_\_ VOTOS TOTALIZANDO: \_\_\_\_\_ VOTOS VÁLIDOS. DIANTE DE TAL RESULTADO, A COMISSÃO ELEITORAL PROCLAMOU VENCEDORA A CHAPA \_\_\_\_\_, PARA O BIÊNIO 2026/2028 CONFORME ABAIXO RELACIONADOS:

**NOVA DIRETORIA CLÍNICA**

**DIRETOR(A) CLÍNICO(A)**

**NOME:** \_\_\_\_\_ - CRM/SP Nº. \_\_\_\_\_

**VICE-DIRETOR(A) CLÍNICO(A)**

**NOME:** \_\_\_\_\_ - CRM/SP Nº. \_\_\_\_\_

NADA MAIS HAVENDO A CONSIGNAR, ENCERRAMOS A PRESENTE ATA, A QUAL VAI DEVIDAMENTE ASSINADA PELOS(AS) MEMBROS(AS) DA COMISSÃO ELEITORAL.

\_\_\_\_\_  
Nome do(a) Secretário(a) da Comissão Eleitoral

\_\_\_\_\_  
Nome do(a) Presidente da Comissão Eleitoral

**ANEXO VII**

**MODELO DE LISTA DE PRESENÇA DOS VOTANTES NA ELEIÇÃO PARA DIRETORIA CLÍNICA NA UNIDADE DE SAÚDE**

| UNIDADE DE SAÚDE:                                                                                                               |        |               |                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|---------------|---------------------------------|
| Nº                                                                                                                              | CRM-SP | NOME COMPLETO | ASSINATURA                      |
| 01                                                                                                                              |        |               |                                 |
| 02                                                                                                                              |        |               |                                 |
| 03                                                                                                                              |        |               |                                 |
| 04                                                                                                                              |        |               |                                 |
| 05                                                                                                                              |        |               |                                 |
| 06                                                                                                                              |        |               |                                 |
| 07                                                                                                                              |        |               |                                 |
| 08                                                                                                                              |        |               |                                 |
| 09                                                                                                                              |        |               |                                 |
| 10                                                                                                                              |        |               |                                 |
| 11                                                                                                                              |        |               |                                 |
| 12                                                                                                                              |        |               |                                 |
| 13                                                                                                                              |        |               |                                 |
| 14                                                                                                                              |        |               |                                 |
| 15                                                                                                                              |        |               |                                 |
| 16                                                                                                                              |        |               |                                 |
| 17                                                                                                                              |        |               |                                 |
| 18                                                                                                                              |        |               |                                 |
| 19                                                                                                                              |        |               |                                 |
| 20                                                                                                                              |        |               |                                 |
| Carimbo e Assinatura do(a) responsável/fiscalizador(a) da votação na unidade imediatamente após o término da eleição na unidade |        |               | Sorocaba, 16 de Outubro de 2026 |

**ANEXO VIII**

**MODELO DE LISTA DO(A)/DOS(AS) RESPONSÁVEL(EIS)/ FISCALIZADOR(A)/FISCALIZADORES(AS) DA VOTAÇÃO  
NA UNIDADE DE SAÚDE**

| Unidade _____ Alternativa: Carimbo Unidade de Saúde            |                    |                        |                                                                |                                 |
|----------------------------------------------------------------|--------------------|------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| Nº                                                             | Nº DE<br>MATRÍCULA | NOME DO(A) SERVIDOR(A) | PERÍODO NA FUNÇÃO DE<br>RESPONSÁVEL/FISCALIZADOR<br>NA UNIDADE | ASSINATURA DO(A) SERVIDOR(A)    |
| 01                                                             |                    |                        |                                                                |                                 |
| 02                                                             |                    |                        |                                                                |                                 |
| 03                                                             |                    |                        |                                                                |                                 |
| 04                                                             |                    |                        |                                                                |                                 |
| Carimbo e Assinatura dos(as) membros(as) da Comissão Eleitoral |                    |                        |                                                                | Sorocaba, 16 de Outubro de 2026 |