



CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DO AMAZONAS

Sede: Rua Silva Ramos, No. 71 – Centro Telefones: 3131-2200 – Fax: 3131-2203.
CEP 69010-180 MANAUS/AMAZONAS

Manaus, 22 de Março de 2016.

Prezado(a) Senhor(a),

No dia 07 **de Abril** próximo serão realizadas as eleições de segundo **TURNO** para a renovação dos dirigentes do Conselho Regional de Odontologia do Amazonas, biênio 2016/2018.

De acordo com o que dispõe a Lei no 4.324/64 (art. 22) e o Regimento Eleitoral do Conselho Federal de Odontologia (art. 40), o voto **é pessoal, secreto e obrigatório, incorrendo em multa aquele cirurgião-dentista que não votar.**

Serão condições para o exercício do direito de voto:

- ser o CD inscrito no CRO até 60 (sessenta) dias antes do pleito;
- possuir inscrição principal ou remida;
- estar no gozo dos direitos profissionais;
- estar quite com a Tesouraria, inclusive com a anuidade correspondente ao exercício anterior ao da eleição;
- não ter em sua carteira profissional a condição de “cirurgião-dentista militar”, que não exerça atividade na área civil.

O art. 68 do Regimento Eleitoral dispõe que será permitido o voto por correspondência ao eleitor que se encontrar em município onde não haja mesa eleitoral, por motivo de residência ou viagem.

Por tal razão, essa Comissão Eleitoral vem enviar-lhe, em anexo:

- a) a exposição das chapas inscritas no CRO/AM;
- b) as instruções para realizar o voto por correspondência;
- c) a declaração que deverá ser preenchida por V. S^a. e enviado ao Presidente da Comissão Eleitoral através do serviço postal;
- d) a Cédula de Votação, que deverá ser enviada dentro do envelope opaco pequeno.

Vale ressaltar que o voto por correspondência será computado se chegar à mesa receptora até o momento de encerrar-se a votação e que **só serão aceitos os votos daqueles que não tiverem débitos com a Tesouraria do CRO/AM até o exercício de 2015.**

Sem mais para o momento, renovamos protestos de estima e consideração.

Atenciosamente,

ROZENALDO TAVARES DA SILVA, CD
Presidente da Comissão Eleitoral



CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DO AMAZONAS

Sede: Rua Silva Ramos, No. 71 – Centro Telefones: 3131-2200 – Fax: 3131-2203.
CEP 69010-180 MANAUS/AMAZONAS

RELAÇÃO DAS CHAPAS PELA ORDEM DE INSCRIÇÃO

CHAPA N.º 01

Efetivos:

JOÃO BATISTA FIGUEIREDO FRANCO

LAENILZE MARIA CASTRO ARAUJO

MARIA DA CONCEIÇÃO FERNANDES PICAÑO

MICHELE PASCHOALOTTI LEMOS

VANJA CARDOSO BRAGA

N.º Inscrição CRO

231

811

935

3183

1928

Suplentes:

LUCYANNA PAIXÃO VIANA

DANIEL AMARAL DE VASCONCELOS

NAZARÉ DARCY MOUSSE

RAFAEL SAULO SANTOS BARBOSA

MARILENE DA CONCEIÇÃO FERREIRA DUTRA

N.º Inscrição CRO

3117

1685

1297

2657

2658

CHAPA N.º 02

Efetivos:

EDELCEY PEREIRA FILHO

EDILENE CARNEIRO MELO

ANDREA GOMES RIBEIRO

LUCIANO AUGUSTO DE AVELAR FRANCISCO

ANA MARIA MELO

N.º Inscrição CRO

1424

812

2104

2092

1895

Suplentes:

GLADSTONE LEITAO E SILVA

LUANA RAMALHO GOMES

MANOEL JOAQUIM DE CARVALHO FREITAS

THIAGO PEDROSA GUTTEMBERG

EVANDRO DA SILVA BRONZI

N.º Inscrição CRO

3001

3354

2186

2581

2445



CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DO AMAZONAS

Sede: Rua Silva Ramos, No. 71 – Centro Telefones: 3131-2200 – Fax: 3131-2203.
CEP 69010-180 MANAUS/AMAZONAS

INSTRUÇÕES PARA REALIZAÇÃO DA VOTAÇÃO POR CORRESPONDÊNCIA:

- 1) O eleitor votará utilizando-se da cédula única, assinalada com os sinais “+” ou “X” no quadro correspondente à chapa de sua preferência;
- 2) Não poderá haver nenhuma outra anotação, nome, assinatura ou qualquer identificação na cédula de votação;
- 3) Terá o mesmo efeito, para fins de votação, a colocação do número da chapa de preferência do eleitor em um papel em branco, sem pauta e sem qualquer outra anotação, nome, assinatura ou identificação;
- 4) A cédula ou o papel em branco será dobrado e colocado no envelope (sobrecarta) que segue em anexo, opaco, de modo a impossibilitar a revelação do voto contido, devendo ser **LACRADO**;
- 5) O ofício dirigido a Presidente da Comissão Eleitoral e o envelope contendo o voto (ambos em anexo) serão colocados dentro de envelope maior e enviados ao CRO/AM, com a declaração “FIM ELEITORAL” em destaque e indicação expressa e legível do remetente, endereço e localidade onde residir ou se encontrar, bem como o número de sua inscrição no Regional;
- 6) O voto será remetido, **OBRIGATORIAMENTE**, através do serviço postal e somente será computado se chegar à mesa receptora de votos por correspondência até o momento de encerrar-se a votação (**se preenchidas as condições para o exercício do direito de voto**).



CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DO AMAZONAS

Sede: Rua Silva Ramos, No. 71 – Centro Telefones: 3131-2200 – Fax: 3131-2203.
CEP 69010-180 MANAUS/AMAZONAS

_____, ____ de _____ de 2016.

Senhora Presidente da Comissão Eleitoral,

Em atenção ao que solicita V. S^a. em informação enviada por ocasião da Eleição CRO/AM 2016, venho devolver a sobrecarta contendo o envelope LACRADO com a cédula única, onde consta meu voto, participando, assim, da eleição para renovação do Corpo Dirigente deste Regional.

Atenciosamente,

Cirurgiã(o)- Dentista CRO/AM nº _____

A

Ilma. Sr. Dr.

ROZENILDO TAVARES DA SILVA, CD

DD. Presidente da Comissão Eleitoral

Rua Silva Ramos, nº 71, Centro

69010-180 Manaus-AM



CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DO AMAZONAS

**Sede: Rua Silva Ramos, No. 71 – Centro Telefones: 3131-2200 – Fax: 3131-2203.
CEP 69010-180 MANAUS/AMAZONAS**

CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DO AMAZONAS

ELEIÇÃO PARA O BIÊNIO DE 14/07/2016 A 13/07/2018

CHAPA Nº. 01

CHAPA Nº. 02