

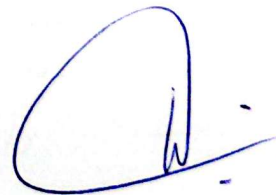
**EDITAL Nº 01/2024/CMS  
CONVOCAÇÃO PARA COMPOSIÇÃO/ RECONDUÇÃO E ELEIÇÃO  
DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BRAÇO DO NORTE- SC**

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Braço do Norte, no uso de suas atribuições legais e em conformidade com a Lei Federal 8.142/90 e Lei Municipal nº1.216/97 e alterado pela Lei Municipal nº 2.841 de 27 de março de 2013 e, em conformidade com as diretrizes da Resolução 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde, por seu Presidente Reges Barboza da Silva, convoca instituições, profissionais de saúde e entidades afins interessadas a participarem da composição/recondução e processo de eleição da nova mesa diretora do Conselho Municipal de Saúde de BRAÇO DO NORTE para 2025/2027, conforme as diretrizes, princípios e regras previstas no Regimento Interno do CMS.

Art. 1º. O presente Edital tem por objetivo dar publicidade e regulamentar os procedimentos necessários às entidades que indicarão os membros a comporem o Conselho Municipal de Saúde para o regular exercício no período de abril de 2025 a abril de 2027.

**DA COORDENAÇÃO**

Art. 2º. Os procedimentos necessários para a composição dos membros do CMS serão coordenados pela comissão de conselheiros de saúde eleitos para essa função com o apoio da secretária executiva do CMS, podendo contar com auxílio de outros profissionais da secretaria municipal da saúde, adotando todos os meios administrativos necessários à efetivação do objetivo desse edital, sempre pautados nos termos da Portaria nº 453/2010 do CNS: Regulamenta a seleção de entidades para compor os Conselhos de Saúde (Municipal, Estadual e Nacional), Lei nº 8.142/90: Estabelece as diretrizes para a participação da comunidade na gestão do SUS e a formação dos Conselhos de Saúde, Lei do CMS e do seu Regimento Interno.



DAS VAGAS

Art. 3º. Somente o responsável legal da entidade poderá preencher a inscrição, com exceção dos profissionais de saúde, que poderão se inscrever individualmente.

Parágrafo único: O responsável legal deverá indicar representante da entidade no Conselho preenchendo o Anexo A e anexando no formulário. Qualquer inscrição realizada de forma irregular será desconsiderada e poderá resultar na exclusão da entidade ou do profissional do processo eleitoral.

Art. 4º. As vagas do Conselho Municipal de Saúde (composição) a serem ocupadas como representantes dos respectivos segmentos que trata o presente Edital de Convocação são em número de 16 (dezesseis), sendo 08 titulares e 08 suplentes, dos quais serão reconduzidos e/ou eleitos.

§ 1º. As vagas serão distribuídas da seguinte forma:

50% para entidades de usuários do Sistema Único de Saúde;

25% para entidades dos profissionais de saúde;

25% para representantes de governo e prestadores de serviços do Sistema Único de Saúde.

§ 2º. A paridade elencada no parágrafo anterior se dará conforme segue:

02 (dois) representante titular e 02 (dois) suplente representando a esfera governamental a serem indicados pelo Chefe do Poder Executivo;

02 (dois) representante titular e 02 (dois) suplente representando os Prestadores de Serviço de Saúde do sistema único de saúde;

04 (quatro) representantes titulares e 04 (quatro) suplentes representando os Trabalhadores de Saúde.

08 (oito) representantes titulares e 08 (oito) suplentes, indicados pelas Entidades de Usuários do sistema único de saúde.



**Entidades de usuários do sistema único de saúde:**

- Associações de entidade de defesa dos direitos das pessoas com deficiência e doenças crônicas;
- Associações de Minorias (Mulheres, Crianças, Etnias, Idosos, população LGBTQIA+, imigrantes, entre outros);
- Associações e ou cooperativas de profissionais de práticas integrativas e complementar;
- Associações ou movimentos que defendem os direitos da população idosa, especialmente no que tange à saúde e qualidade de vida;
- Organização que promove a prevenção de epidemias, desastres naturais e mudanças climáticas, por meio do desenvolvimento sustentável e da gestão responsável dos recursos naturais."
- Organizações que atuam em prol da saúde mental, como aquelas que defendem os direitos dos usuários de serviços de saúde mental, dependência química e das pessoas com transtornos psiquiátricos.
- Entidade de Defesa do Consumidor;
- Conselhos Municipais (como educação, assistência social e direitos das pessoas com deficiência) que possam ter demandas e contribuições para a saúde pública.
- Organizações voltadas para os direitos humanos e justiça social, que colaboram para promover a equidade no acesso à saúde.
- Conselhos Locais de Saúde;

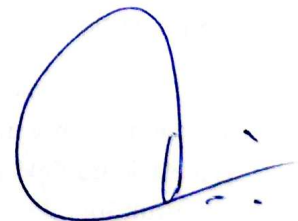
**Entidades dos profissionais de saúde:**

Profissionais de saúde do SUS e do setor privado ou cooperados;

**Representantes de governo, prestadores de serviços do sistema único de saúde:**

Representantes da Secretaria Municipal de Saúde, incluindo gestores e coordenadores de programas de saúde, unidades básicas de saúde

Representantes de prestadores de serviços ao município pelo SUS;



## DAS INSCRIÇÕES

Art. 5º. As inscrições dos segmentos representativos serão realizadas por meio de um formulário eletrônico (Google Forms). Os documentos exigidos deverão ser anexados na mesma plataforma.

[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSf7H\\_U5yvJBT8Zk3bE7sPPLSfPuygEECRf2-2-vsR91nooKENG/viewform?usp=header](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSf7H_U5yvJBT8Zk3bE7sPPLSfPuygEECRf2-2-vsR91nooKENG/viewform?usp=header)

§ 1º. O período de inscrições será de 12 de fevereiro a 12 de março de 2025.

§ 2º. As inscrições que não cumprirem as exigências do Artigo 3º serão automaticamente invalidadas.

§ 3º. A nova composição dos conselheiros de saúde terá como premissas e diretrizes as disposições contidas na Lei do CMS e no seu Regimento Interno.

§ 4º. Cada conselheiro titular terá um suplente indicado não necessariamente pela mesma entidade ou instituição a quem coube indicá-lo e que exercerá o mandato do conselheiro titular nos impedimentos ou ausências eventuais deste.

§ 5º. Os conselheiros titulares e seus substitutos poderão ser substituídos a qualquer tempo por quem os indicou, mediante sua solicitação, por desligamento da instituição ou por descumprimento de suas funções.

§ 6º. A indicação dos conselheiros titulares e seus substitutos realizada no formulário de inscrição serão homologadas nos termos da Lei do CMS e do seu regimento Interno.

§ 7º. havendo necessidade de substituição por infração ao Regimento Interno, as entidades inscritas e não contempladas, participaram da escolha junto pelo Conselho desde que habilitadas.

A – Assiduidade nas reuniões ordinárias;

§ 11. Os membros do CMS terão mandato de dois (2) anos, podendo ser reconduzidos, mediante correspondência formal de sua entidade ou órgão;

§ 12. A função de Conselheiro é considerada de relevância pública, porém, não será remunerada;

§ 13. Perderá o mandato, o Conselheiro titular que faltar, sem justificativa, a três sessões ordinárias consecutivas, ou intercaladas no período de doze meses, devendo o secretário do CMS notificar a entidade que o conselheiro representa, solicitando a sua substituição.



## **DAS DOCUMENTAÇÕES**

Art. 5º - Os segmentos candidatos à vaga no Conselho Municipal de Saúde deverão anexar após o preenchimento da inscrição online no formulário, os seguintes documentos:

### **- Dos segmentos Usuários:**

Cópia do CNPJ;  
Cópia do Estatuto Social ou Equivalente;  
Ata da posse da última diretoria.

### **-Dos trabalhadores de Saúde:**

Cópia de Registro no Conselho regulador da atuação profissional;

### **-Dos Prestadores de Serviços de Saúde:**

Cópia do CNPJ;  
Comprovante de contrato /Convênio de prestação de serviços ao SUS.

## **DA HOMOLOGAÇÃO DAS INSCRIÇÕES DOS SEGMENTOS CANDIDATOS**

Art. 6º. Após o encerramento do prazo para pedido de inscrição, a Diretoria Executiva deverá reunir-se para avaliação dos pedidos de inscrição dos segmentos e homologando em 48h.

Art. 7º. Os segmentos que tiverem seus pedidos de inscrição negados, cujos motivos constarão em expediente próprio, terão o prazo de 02 (dois) dias úteis, após a ciência, para protocolar recurso de impugnação junto a Diretoria, e na vigência do mesmo prazo, a oportunidade de eventual regularização da representatividade do segmento. A Diretoria terá prazo de 48 horas para analisar os recursos interpostos e nova documentação, motivando suas decisões.

Art. 8º - Encerrado o prazo para as inscrições, bem como o prazo para recursos e análise deles, a Diretoria divulgará e disponibilizará na sede do Conselho municipal de Saúde, a relação dos habilitados, podendo ser solicitada por via digital a secretaria do Conselho Municipal de Saúde pelo whatsapp 48 996731250 ou pelo Email [conselhomunicipaldesaudebn@gmail.com](mailto:conselhomunicipaldesaudebn@gmail.com).



## DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 9º. As despesas com transporte e alimentação dos representantes dos segmentos participantes do processo serão de responsabilidade exclusiva destes.

Art. 10. Os representantes indicados de todos os segmentos a comporem o Conselho Municipal de Saúde, serão nomeados e empossados conforme regras do Regimento Interno e terão publicidade nos meios de comunicação do município.

Art. 11. A posse dos conselheiros, titulares e suplentes, no Conselho Municipal de Saúde dar-se-á na última reunião do CMS da composição atual no dia 09 de abril quando será eleita a Mesa Diretora nos termos dos artigos do Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde.

Art. 12 - Os casos omissos neste edital serão submetidos e resolvidos pela Diretoria Executiva do CMS, nos dispositivos da Lei do CMS e do seu Regimento Interno.



**Reges Barboza da Silva**

Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Braço do Norte/SC

Braço do Norte, 12 de fevereiro de 2024.

ANEXO I-A

**INSCRIÇÃO DE ENTIDADES DO SEGMENTO USUÁRIOS SUS, ESTABELECIDAS NO  
MUNICÍPIO DE BRAÇO DO NORTE/SC. (google forms)**

Senhor (a) Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Braço do Norte/SC, a entidade abaixo qualificada por seu representante legal, vem requerer inscrição neste Conselho.

**A - Dados da Entidade:**

Nome da Entidade: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

nº \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

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

Atividade Principal: \_\_\_\_\_

**B - Dados do Representante Legal:**

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

Endereço: \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

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

RG \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_ Data Nasc. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Escolaridade \_\_\_\_\_

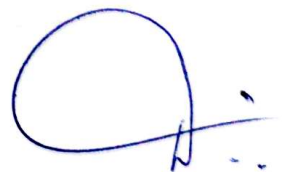
Período do Mandato: \_\_\_\_\_

**C - Informações adicionais**

\_\_\_\_\_

Nestes termos, pede deferimento. Local, e data.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do representante legal da entidade



**ANEXO I – B**

**INSCRIÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ATUAM NO MUNICÍPIO DE BRAÇO DO NORTE/SC. (google forms)**

Senhor (a) Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Braço do Norte/SC, o profissional de saúde abaixo qualificado, com atuação no Sistema Único de Saúde no município, por sua representação legal, vem requerer inscrição neste Conselho.

**A - Dados da entidade de vínculo de trabalho:**

Nome da Entidade: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_

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

**B - Dados do Representante Legal:**

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

Endereço: \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

RG \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_ Data Nasc. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Escolaridade \_\_\_\_\_

Registro profissional nº \_\_\_\_\_

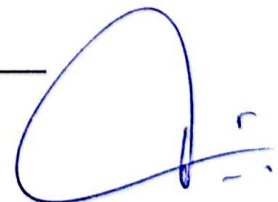
Período do Mandato: \_\_\_\_\_

**C - Informações adicionais**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nestes termos, pede deferimento. Local, e data.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do representante legal da entidade





ANEXO I - C

**INSCRIÇÃO DOS PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE E GESTÃO MUNICIPAL.**  
(google forms)

Senhor (a) Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Braço do Norte/SC, a entidade abaixo qualificada, por seu representante legal, vem requerer inscrição neste Conselho.

**A - Dados da Entidade:**


Nome da Entidade: \_\_\_\_\_  
CNPJ: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_  
Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_  
Atividade Principal: \_\_\_\_\_

**B - Dados do Representante Legal:**

Nome: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
RG \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_ Data Nasc. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Escolaridade \_\_\_\_\_  
Período do Mandato: \_\_\_\_\_

**C - Informações adicionais**

\_\_\_\_\_



**PROTOCOLO DE COMPROVANTE ENTREGA DE DOCUMENTOS**

Entidade/Profissional: \_\_\_\_\_

CNPJ/CPF \_\_\_\_\_

Protocolo nº: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Documentos conforme edital nº 01/2024/CMS.

<b>Confirmação</b>	<b>Apresentação</b>
	Requerimento de inscrição e cadastro devidamente preenchida e assinada;
	Cópia do CNPJ;
	Cópia da ata da eleição da Diretoria atual;
	Cópia do Estatuto Social ou Equivalente;
	Cópia de Registro no Conselho regulador da atuação profissional;
	Cópia do Registro como trabalhador do SUS;
	Comprovante de contrato /Convênio de prestação de serviços ao SUS.

