EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA Nº 01/2026/CMS
CONVOCAÇÃO PARA COMPOSIÇÃO/ RECONDUÇÃO E ELEIÇÃO
DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAPIVARI DE BAIXO/SC.

O Conselho Municipal de Saúde de Capivari de Baixo/SC, no uso de suas atribuições legais e em conformidade com a Lei Federal 8.142/90 e **Lei Municipal nº 1.837/2017** e alterado pela **Lei Municipal nº 2.430 de 25 de fevereiro de 2026** e, em conformidade com as diretrizes da Resolução 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde, por sua Presidente Graziele Carvalho da Rosa, convoca instituições, profissionais de saúde e entidades interessadas a participarem da composição/recondução e processo de eleição da nova mesa diretora do Conselho Municipal de Saúde de Capivari de Baixo/SC para 2026/2028, 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 as entidades que indicarão os membros a comporem o Conselho Municipal de Saúde para o regular exercício no período de maio de 2026 a maio de 2028.

DA COORDENAÇÃO

Art. 2°. Os procedimentos necessários para a composição dos membros do CMS serão coordenados pela secretária executiva do CMS, podendo contar com auxílio de outros profissionais da secretaria municipal da saúde, adotando todos os meios administrativos necessários a efetivação do objetivo desse edital, sempre pautados nos termos da Lei do CMS e do seu Regimento Interno.

DAS VAGAS

Art. 3º - 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), 8 titulares e 8 suplentes dos quais serão reconduzidos e/ou eleitos.

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

a) 50% de entidades de usuários do sistema único de saúde;
b) 25% de entidades dos profissionais de saúde;
c) 25% de representantes de governo, prestadores de serviços do sistema único de saúde.

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

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

b) 04 (quatro) representantes titulares e 04 (quatro) suplentes representando os Trabalhadores de Saúde.
c) 02 (dois) representantes titulares e 02 (dois) suplentes representando a esfera governamental a serem indicados pelo Chefe do Poder Executivo;
d) 02 (dois) representantes titulares e 02 (dois) suplentes representando os Prestadores de Serviço de Saúde do sistema único de saúde;

§ 3º. De acordo com as especificidades locais, poderão ser contempladas, dentre outras, as seguintes representações:

a) Entidades de usuários do sistema único de saúde:

I. Sindicatos de trabalhadores;
II. Associações de Moradores e movimentos comunitários organizados;
III. Associações de Portadores de Necessidades Especiais;
IV. Associações de (Mulheres, Etnias, idosos etc.);
V. Pastorais de Igrejas;
VI. Associações de Portadores de Patologias;
VII. Entidades Municipais de Aposentados e Pensionistas;
VIII. Associações de Trabalhadores Rurais;
IX. Entidade de Defesa do Consumidor;
X. Entidade Ambientalista;
XI. Líderes comunitários;
XII. Organizações Religiosas;
XIII. Conselhos Locais de Saúde;

b) Entidades dos profissionais de saúde:

I. Profissionais de saúde do SUS;
II. Entidades municipais da comunidade científica ou ensino da área da saúde;

c) Representantes de governo, prestadores de serviços do sistema único de saúde:

I. Representante da gestão do SUS, indicado pelo Chefe do Poder Executivo;
II. Prestadores de serviços ao município pelo SUS (Sistema único de Saúde);

DAS INSCRIÇÕES

Art. 4º - As inscrições dos segmentos representativos, através de requerimento obtidos pelo link https://forms.gle/3uviTHETR3BC3U9i8 , e após preenchidos, direcionados ao e-mail cms@capivaridebaixo.sc.gov.br ou entregar na Secretaria Municipal de Saúde, situado na Rua Tarcísio Vilela, 1450, Caçador aos cuidados da Sr.ª Simone Fernandes Floriano, secretária executiva do CMS, ora responsável pela coleta das documentações e posterior despachos necessários.

§ 1º. O período de inscrições dar-se-á do dia 01 de abril a 01 de maio, do corrente ano, de forma online pelo link e e-mail ou no horário das 7h às 13:00, de segunda a sexta-feira. As inscrições poderão ser prorrogadas por igual período, caso não haja o número de conselheiros suficientes para compor as vagas.

§ 2º. As inscrições deverão ser feitas por meio de requerimento, expressando a vontade de participar da composição, especificando o segmento a que pertence, em fichas emitidas pelo CMS, com a indicação do titular e suplente, e devidamente assinadas por seu representante legal.

§ 3º. A nova composição dos conselheiros de saúde tem como premissas e diretrizes expostos na Lei do CMS e no seu Regimento Interno;

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

§ 5°. 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.

§ 6°. A indicação dos conselheiros titulares e seus substitutos serão homologadas nos termos da Lei do CMS e do seu regimento Interno.

§ 7º. Caso o número de inscritos para as vagas de conselheiros municipais exceda a quantidade disponível, será realizada eleição entre os candidatos, no âmbito de cada segmento representado, para definição dos respectivos representantes.

§ 8º. O rodízio das entidades e instituições respeitará a ordem cronológica de inscrição.

§ 9º. A entidade e instituições que deixarem o CMS, cedendo sua vaga a outra, para respeitar o rodízio, retornarão ao cadastro com data do término do mandato do seu conselheiro;

§ 10º. Caso não tenha instituição disposta a ceder a vaga para o rodízio, será levado em consideração como fator determinante, respectivamente:

a) – A mais tempo com indicação de conselheiro;
b) – Assiduidade nas reuniões ordinárias;

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

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

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

DAS DOCUMENTAÇÕES

Art. 5° - Os segmentos candidatos à vaga no Conselho Municipal de Saúde deverão encaminhar junto ao formulário de cadastro/ inscrição, a Secretária Executiva, os seguintes documentos:

- **Do segmento Usuários:**

a) Requerimento de inscrição e cadastro devidamente preenchido e assinado;
b) Cópia do CNPJ/CPF;
c) Cópia do Estatuto Social ou Equivalente;

-**Dos trabalhadores de Saúde:**

a) Requerimento de inscrição e cadastro devidamente preenchido e assinado;
b) Cópia de Registro no Conselho regulador da atuação profissional;
c) Cópia do Registro como trabalhador do SUS;

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

a) Requerimento de inscrição e cadastro devidamente preenchido e assinado;
b) Cópia do CNPJ;
c) Comprovante de contrato /Convênio de prestação de serviços ao SUS.

Parágrafo único – Os segmentos que farão parte do CMS por intermédio da recondução ficam dispensados da nova apresentação das documentações elencadas, exceto do Requerimento de inscrição e cadastro devidamente preenchida e assinada e daqueles em que houve alteração e/ou atualização dentro do período do mandato no CMS.

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.

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 no site oficial da Prefeitura Municipal de Capivari de Baixo/SC –

https://capivaridebaixo.sc.gov.br/ e na Secretaria Municipal de Saúde, a relação dos habilitados, observada a composição dos segmentos.

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

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

Art. 10º. 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 no diário oficial e meios de comunicação do município.

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

Art. 12º. 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.

Graziele Carvalho da Rosa
Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Capivari de Baixo/SC.

Capivari de Baixo/SC, 01 de abril de 2026.

ANEXO I-A

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO DE ENTIDADES DO SEGMENTO USUÁRIOS, ESTABELECIDAS NO MUNICÍPIO DE CAPIVARI DE BAIXO/SC.

Senhor (a) Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Capivari de Baixo/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: _____ ___
n°_____ 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

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ATUAM NO MUNICÍPIO DE CAPIVARI DE BAIXO/SC.

Senhor (a) Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Capivari de Baixo/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: _____ n° _____ 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

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO DOS PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE QUE ATUAM NO MUNICÍPIO DE CAPIVARI DE BAIXO/SC.

Senhor (a) Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Capivari de Baixo/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:_____ n° _____ Bairro: _____
Município: _____UF: _____ CEP: _____
Telefone: _____Celular:_____ 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

PROTOCOLO DE INSCRIÇÃO E COMPROVANTE

Entidade/Profissional: _____
CNPJ/CPF_____
Protocolo nº: _____ Data: _____
Documentos conforme edital nº 01/2026/CMS.

Confirmação	Apresentação
	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.

Simone Fernandes Floriano
Secretária Conselho Municipal de Saúde de Capivari de Baixo/SC.