



EDITAL DE DIVULGAÇÃO DA ELEIÇÃO  
PARA COMPOSIÇÃO DO

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE - Vigência 2021-2023

DATA: 02/09/2021

Referência: Lei Municipal N° 692/2013

Considerando a Lei Federal n.º 8.142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), através dos Conselhos e Conferências de Saúde, e dá outras providências;

Considerando que a Resolução CNS n.º 453/12 estabelece em sua Diretriz Terceira, incisos I a XI a organização dos Conselhos de Saúde no poder executivo, respeitando os princípios da democracia, paridade e define como se dá a composição dos segmentos representados;

Considerando o Art. 10º, Parágrafo Único, do Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde de Jussara-Go;

Considerando a decisão da Plenária do Conselho Municipal de Saúde de Jussara-GO em reunião ordinária do dia 31 de Agosto de 2021;

**RESOLVE:**

**Art. 1º-** Convocar Representantes dos órgãos ou entidades ou dos movimentos sociais organizados a participarem do processo eleitoral que irá definir vagas que irão compor o Conselho Municipal de Saúde de Jussara-GO.



**Art. 2º** - As vagas serão assim distribuídas 50% para entidades e movimentos representativos de usuários; 25% de entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde; 25% de representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos, com a recomendação de que a cada eleição, os segmentos de representações dos usuários, profissionais e prestadores de serviços, a seu critério, promovam a renovação de no mínimo 30% de suas entidades representativas.

- I- Os candidatos representantes dos usuários deverão ser indicados pelos Movimentos Organizados do município;
- II- Os candidatos a representantes dos Profissionais de Saúde deverão ser indicados por entidades que representem as diversas categorias de profissionais de saúde;
- III- Os candidatos a representantes dos Prestadores de Serviço de saúde serão indicados por entidades prestadoras de serviços, integradas ao sistema Municipal de Saúde;
- IV- Os representantes do Poder Executivo Municipal serão indicados pelo Chefe do Poder Executivo, sendo que o Secretário Municipal de Saúde é considerado membro nato do Conselho.

**Art. 3º**- A eleição se dará através da indicação por formulário de inscrição de 02 representantes por entidade sendo 1 (um) Titular e 1(um) Suplente).

- I- O formulário de inscrição com a indicação da entidade e de seus representantes deverá chegar à sede do Conselho Municipal de Saúde até 17 de Setembro de 2021.



II- Os representantes indicados pelos órgãos, entidades ou movimentos sociais, deverão obrigatoriamente residir no município de Jussara-Go.

**Art. 4º-** Caso duas entidades pleiteiem a mesma vaga, o critério para a proclamação da instituição eleita será o da instituição com maior tempo de existência e funcionamento comprovado.


**Art. 5º-** Só será permitida a concorrência por 1 (uma) vaga por entidade, sendo que para cada representante efetivo, deverá ser indicado 01 (um) suplente da mesma entidade.


**Art. 6º-** A homologação da eleição ocorrerá no dia 27.09.2019 e o resultado final será divulgado nos locais de grande circulação. A posse ocorrerá dia 27 de setembro de 2021.

**Art. 07º-** Os casos omissos neste Edital serão resolvidos pelo Conselho Municipal de Saúde de Jussara-GO.

Publique-se,

Jussara, 31 de Agosto de 2021.

  
\_\_\_\_\_  
Paulino Fernandes Farias  
Conselho Municipal de Saúde  
Presidente

  
\_\_\_\_\_  
Maria Idali da Silva Bontempo  
Prefeita Municipal  
Jussara-Go





**FICHA DE FORMUÁRIO DE INSCRIÇÃO ELEIÇÕES CMS BIÊNIO 2021-2023**

**CANDIDATO A CONSELHEIRO MUNICIPAL DE SAÚDE**

**CANDIDATO (A) TITULAR**

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

Data Nasc: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

**CANDIDATO (A) SUPLENTE**

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

Data Nasc: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Associação/Entidade ou unidade de saúde a qual pertence: \_\_\_\_\_

CNPJ da Associação/Entidade: \_\_\_\_\_

Segmento: ( ) Usuário ( ) Trabalhador da Saúde

**DECLARO SER VERDADEIRA AS INFORMAÇÕES ACIMA PRESTADAS, SOB  
PENA DE CASO ELEITO, NÃO PODER EXERCER A FUNÇÃO DE  
CONSELHEIRO LOCAL DE SAÚDE.**

Recebido por: \_\_\_\_\_

Jussara, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_