

## **EDITAL Nº 01/2021 DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE**

A Secretaria Municipal de Saúde e o Conselho Municipal de Saúde de Lagoa Santa-MG torna público o Edital de chamamento público para entidades, associações e outras organizações para composição da representação de usuários do SUS junto ao Conselho Municipal de Saúde nos termos da Lei 8.142 de 28 de Dezembro de 1.990, da Lei Municipal nº 3.155 de 02 de Maio de 2011, da Resolução 453 de 10 de maio de 2012 do Conselho Nacional de Saúde e da Resolução nº 20 de 16 de Dezembro de 2020 do Conselho Municipal de Saúde.

### **1- DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES**

1.1 Serão considerados Entidades representativas de usuários conforme estabelecido na resolução 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde as seguintes representações:

- a) associações de pessoas com patologias;
- b) associações de pessoas com deficiências;
- c) entidades indígenas;
- d) movimentos sociais e populares, organizados (movimento negro, LGBT...);
- e) movimentos organizados de mulheres, em saúde;
- f) entidades de aposentados e pensionistas;
- g) entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais;
- h) entidades de defesa do consumidor;
- i) organizações de moradores;
- j) entidades ambientalistas;
- k) organizações religiosas;
- l) trabalhadores da área de saúde: associações, confederações, conselhos de profissões

regulamentadas, federações e sindicatos, obedecendo as instâncias federativas;

m) comunidade científica;

n) entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento;

o) entidades patronais;

p) entidades dos prestadores de serviço de saúde; e

q) governo.

1.2 Poderão participar instituições, entidades, associações e diversos segmentos sociais organizados e representativos do município de Lagoa Santa-MG, desde que atendam aos seguintes pré-requisitos:

a) Não possuir vínculo de prestação de serviço com a Secretaria Municipal de Saúde;

b) Estar em plena atividade de suas funções conforme estatuto social;

c) Possuir Estatuto Social registrado em cartório

## **2- DOS CRITÉRIOS PARA INSCRIÇÃO**

2.1 São critérios para a inscrição das instituições, entidades e associações:

a) Apresentar comprovante de inscrição e situação cadastral do CNPJ;

b) Apresentar declaração de não possuir vínculo de prestação de serviço com a Secretaria Municipal de Saúde de Lagoa Santa-MG;

c) Apresentar cópia simples do Estatuto Social registrado em cartório;

d) Apresentar cópia da ata de eleição e posse da atual Diretoria ou Coordenadoria;

e) Apresentar documento formal de indicação de dois membros (01 titular e 01 suplente);

f) Requerimento de inscrição da entidade (Anexo I);

g) Ficha de inscrição dos membros indicados preenchida (Anexo II);

g) cópia simples de documentos pessoais dos indicados (RG, CPF, Comprovante de

endereço):

### 3- DA INSCRIÇÃO

3.1 As inscrições serão realizadas gratuitamente através do link <https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeNCMuJYnQP1rhseLTtMePjNq6Ze3RmkHmi0To5sdFraAWGNQ/viewform?vc=0&c=0&w=1&flr=0&gxids=7628> no período compreendido entre os dias 29/03/2021 até 16/04/2021.

3.2 As informações prestadas no ato da inscrição são de inteira responsabilidade da instituição, eximindo-se a Secretaria Municipal de Saúde de Lagoa Santa e o Conselho Municipal de Saúde de quaisquer atos ou fatos decorrentes das informações que não ver

3.3 Para ser considerada inscrita , a instituição deverá entregar até o dia 16/04/2021 na Casa dos Conselhos situada à Rua Antônio Pinto Coelho, 47 , Sobradinho toda documentação mencionada no item 2 deste Edital em envelope lacrado.

### 4- DA HABILITAÇÃO

4.1 As habilitações serão avaliadas pela Comissão Eleitoral nomeada pela Resolução do CMS N° 20 de 16 de Dezembro de 2020.

4.2 A relação das entidades habilitadas deverá ser divulgada junto ao site oficial da Prefeitura Municipal de Lagoa Santa e nos quadros de publicação da Casa dos Conselhos.

4.3 Serão consideradas habilitadas as entidades que seguirem os critérios dos itens 2 e 3 deste edital e cuja representação esteja de acordo com os tipos de representatividade apresentado no item 1 deste edital e cuja habilitação esteja devidamente deferida pela Comissão Eleitoral.

4.4 As entidades elegíveis participarão da Plenária para Composição da Representação de usuários no dia 30/04/2021 às 13:30 no na sede do Lions Clube Lagoa Santa, localizado no endereço, R

Tabelião José Camilo 35 , Centro.

4.5 Deverão ser habilitadas até 08 (oito) Instituições, entidades ou associações para o mandato 2021-2023 do Conselho Municipal de Saúde de Lagoa Santa/MG.

4.6 Caso o número das instituições habilitadas seja igual ou menor ao número de vaga, as instituições serão consideradas eleitas sem a necessidade de ocorrer avaliação de critérios de prioridade.

4.7 Caso o número de instituições habilitadas seja superior ao número de vaga (s), a decisão de qual instituição assumirá a representatividade de usuários do SUS Lagoa Santa, seguirá a seguinte ordem de prioridade

- I. I.Associações de pessoas com patologias;
- II. II.Associações de pessoas com deficiências;
- III. III.Organizações de moradores;
- IV. IV.Entidades voltadas para convivência e fortalecimento de vínculo;
- V. V.Organizações religiosas;
- VI. VI.entidades ambientalistas;
- VII. VII.Movimentos sociais e populares, organizados;
- VIII. VII.Demais entidades mencionadas no item 1 deste edital.

4.8 Instituições, entidades ou associações habilitadas excedentes ao limite de vagas estarão inscritas em cadastro reserva para recomposição nos casos de vacância.

## **5- DA POSSE**

5.1 Serão empossados conselheiros municipais de saúde os membros indicados das entidades habilitadas durante 30/04/2021 às 13:30 no na sede do Lions Clube Lagoa Santa.

5.2 No ato da posse o conselheiro (a) indicado (a) pela entidade deverá apresentar a seguinte documentação original para conferencia dos documentos apresentados na inscrição:

- Carteira de identidade;
- CPF;
- Comprovante de residência;
- Documento oficial de apresentação como membro e de vinculação com a entidade.

## **6- DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

6.1. Os conselheiros empossados se pautarão pelos princípios e diretrizes e/ou regras contidas no regime interno do Conselho Municipal de Saúde e da Lei Municipal nº 3.155 de 02 de Maio de 2011 que atualiza, reorganiza e regulamenta o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde de Lagoa Santa-MG.

6.2 As funções, como membro do Conselho de Saúde, não serão remuneradas, considerando-se o seu exercício de relevância pública e, portanto, garante a dispensa do trabalho sem prejuízo para o conselheiro.

6.3 Para fins de justificativa junto aos órgãos, entidades competentes e instituições, o Conselho de Saúde emitirá declaração de participação de seus membros durante o período das reuniões, representações, capacitações e outras atividades específicas.

Lagoa Santa, 03 de Março de 2021.

**DANIELLA DE OLIVEIRA E SILVA AZEVEDO.**  
**PRESIDENTE DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE.**

**GILSON URBANO DE ARAÚJO**  
**SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**GESTOR DO SUS LAGOA SANTA/MG**

**ANEXO I - REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO**

Senhor (a) Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Lagoa Santa – MG.

A entidade abaixo qualificada, por seu representante legal infra-assinado, vem requerer sua inscrição neste Conselho, com base na Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990, Lei nº 12.101 de 27 de novembro de 2009 (seção 1) e decreto nº 8242 de 23 de maio de 2014(cap. II) e demais dispositivos legais fixados para o exame e julgamento do pleito.

1 - Dados da Entidade

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

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

Código Nacional de Atividade Econômica Principal: \_\_\_\_\_ Secundária: \_\_\_\_\_

Data de Fundação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data de inscrição no CNPJ: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Tel.: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

FAX: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

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

Inscrição em outros conselhos: Sim  Não

Se positivo quais, número e data de inscrição:

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

Síntese dos serviços, programas, projetos e atividades realizados no Município (descrever todos):

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

2 - Dados do Representante Legal

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

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

Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Tel.(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Data nasci. : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Título Eleitor: nº \_\_\_\_\_ Zona: \_\_\_\_\_ Seção: \_\_\_\_\_

Escolaridade \_\_\_\_\_

Período do Mandato: \_\_\_\_\_

3 - Representação (Atividade principal conforme estatuto ou inscrição cadastral)

- a) Associações de pessoas com patologias;
- b) Associações de pessoas com deficiências;
- c) Organizações de moradores;
- d) Entidades voltadas para convivência e fortalecimento de vínculo;
- e) Organizações religiosas;
- f) Entidades ambientalistas;
- g) Movimentos sociais e populares, organizados;
- h) Outros: \_\_\_\_\_

Local \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do representante legal

**ANEXO II - FICHA DE INSCRIÇÃO DE USUÁRIO/ENTIDADES**

**DADOS DA REPRESENTAÇÃO**

NOME DA ENTIDADE: \_\_\_\_\_

RUA: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_

COMPLEMENTO: \_\_\_\_\_

MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_

TELEFONE: ( ) \_\_\_\_\_

**DADOS DO INDICADO TITULAR**

NOME COMPLETO: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO RESIDENCIAL: \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_ COMPLEMENTO: \_\_\_\_\_

MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_

FONE: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

EMAIL: \_\_\_\_\_

JÁ PARTICIPOU DE ALGUMA PLENÁRIA/ CONFERÊNCIA? ( ) SIM ( ) NÃO

É PORTADOR DE DEFICIÊNCIA OU PATOLOGIA? ( ) SIM ( ) NÃO

**DADOS DO INDICADO SUPLENTE**

NOME COMPLETO: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO RESIDENCIAL: \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_ COMPLEMENTO: \_\_\_\_\_

MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_

FONE: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

EMAIL: \_\_\_\_\_

JÁ PARTICIPOU DE ALGUMA PLENÁRIA/ CONFERÊNCIA? ( ) SIM ( ) NÃO



É PORTADOR DE DEFICIÊNCIA OU PATOLOGIA? ( ) SIM ( ) NÃO

OBS: Favor levar este documento no dia da Plenária Municipal de Saúde