



**ESTADO DE SANTA CATARINA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE IMARUÍ  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

**EDITAL Nº 001/2023/CMS  
CONVOCAÇÃO PARA COMPOSIÇÃO/ RECONDUÇÃO E ELEIÇÃO  
DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IMARUÍ - SC**

O Conselho Municipal de Saúde de Imaruí, no uso de suas atribuições legais e em conformidade com a Lei Federal 8.142/90, por sua Presidente **Maiara Barreto Vieira**, convoca instituições, profissionais de saúde, usuários do SUS e entidades interessadas a participarem da composição/recondução e processo de eleição da nova mesa diretora do Conselho Municipal de Saúde de Imaruí para 2023/2025, 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 que indicarão os membros a comporem o Conselho Municipal de Saúde para o regular exercício no período de abril 2023 a março 2025.

**Da Coordenação**

Art. 2º. Os procedimentos necessários para a composição dos membros do CMS serão coordenados pela Diretoria 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 24 (vinte e quatro), 12 titulares e 12 suplentes dos quais serão reconduzidos e/ou eleitos.

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

- 50% de entidades de usuários do sistema único de saúde;
- 25% de entidades dos profissionais de saúde;
- 25% de representantes de governo, prestadores de serviços do sistema único de saúde.

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

- 01 (um) representantes titulares e 01 (um) suplentes representando a esfera governamental a serem indicados pelo Chefe do Poder Executivo;
- 02 (dois) representantes titulares e 02 (dois) suplentes representando os Prestadores de Serviço de Saúde do sistema único de saúde;

**CONSELHO MUNICIPAL DE SAUDE DE IMARUI**  
**Avenida Governador Celso Ramos, S/N 88770-000-CENTRO-IMARUI – SC**  
**Contatos: Telefone: (48) 3643-0069**  
**E-mail: smsimarui@gmail.com**



**ESTADO DE SANTA CATARINA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE IMARUÍ  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

03 (três) representantes titulares e 03 (três) suplentes representando os Trabalhadores de Saúde.

06 (seis) representantes titulares e 06 (seis) suplentes, indicados pelas Entidades ou segmento dos Usuários do sistema único de saúde.

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

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

Sindicatos de trabalhadores;  
Associações de Moradores e movimentos comunitários organizados;  
Associações de Portadores de Necessidades Especiais;  
Associações de Minorias (Mulheres, Etnias, Idosos, etc);  
Pastorais da Saúde;  
Associações de Portadores de Patologias;  
Entidades Municipais de Aposentados e Pensionistas;  
Associações de Trabalhadores Rurais;  
Entidade de Defesa do Consumidor;  
Entidade Ambientalista;  
Organizações Religiosas;  
Conselhos Locais de Saúde;

**Entidades dos profissionais de saúde:**

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

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

Representantes de hospitais prestadores de serviços ao município pelo SUS;  
Representantes de laboratórios prestadores de serviços ao município pelo SUS;  
Gestão municipal.

**Das Inscrições**

Art. 4º - As inscrições dos segmentos representativos, através de inscrição para participarem da composição, serão obtidos na sede da Secretaria Municipal da Saúde, situada na Rua: Governador Celso Ramos- s/n, centro, aos cuidados da Srª Carolini de Castro, 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 março a 03 de abril do corrente ano, no horário das 08:00 às 12:00 e das 13:00 às 17:00 horas, de segunda a sexta-feira.

**CONSELHO MUNICIPAL DE SAUDE DE IMARUI**  
**Avenida Governador Celso Ramos, S/N 88770-000-CENTRO-IMARUI – SC**  
**Contatos: Telefone: (48) 3643-0069**  
**E-mail: smsimarui@gmail.com**



**ESTADO DE SANTA CATARINA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE IMARUÍ  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

§ 2º. As inscrições deverão ser feitas por meio de inscrição, expressando a vontade de participar da composição, especificando o segmento a que pertence, em fichas emitidas pela Comissão, 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.

§ 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 serão homologadas nos termos da Lei do CMS e do seu regimento Interno.

§ 7º. Sempre que houver mais entidades ou instituições cadastradas que o número de conselheiros a serem indicados, ao término do mandato, será realizado um rodízio entre as instituições, respeitada a paridade representativa.

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

§ 9. 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;

§ 10. 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;

§ 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 encaminhar junto ao formulário de inscrição, a Diretoria Executiva, os seguintes documentos:

**CONSELHO MUNICIPAL DE SAUDE DE IMARUI**  
**Avenida Governador Celso Ramos, S/N 88770-000-CENTRO-IMARUI – SC**  
**Contatos: Telefone: (48) 3643-0069**  
**E-mail: smsimarui@gmail.com**



**ESTADO DE SANTA CATARINA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE IMARUÍ  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

**- Do segmento Usuários, entidades ou instituições:**

Requerimento de inscrição devidamente preenchida e assinada;  
Cópia CPF;  
Cópia do CNPJ;  
Cópia da ata da eleição da Diretoria atual;  
Cópia do Estatuto Social ou Equivalente;

**-Dos trabalhadores de Saúde:**

Requerimento de inscrição e cadastro devidamente preenchida e assinada;  
Cópia CPF;  
Cópia de Registro no Conselho regulador da atuação profissional;

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

Requerimento de inscrição devidamente preenchida e assinada;  
Cópia do CNPJ;  
Cópia da Ata de Eleição da Diretoria atual;  
Cópia do Estatuto Social ou Equivalente;  
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 dos mesmos, a Diretoria divulgará e disponibilizará, 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.

**CONSELHO MUNICIPAL DE SAUDE DE IMARUI**  
**Avenida Governador Celso Ramos, S/N 88770-000-CENTRO-IMARUI – SC**  
**Contatos: Telefone: (48) 3643-0069**  
**E-mail: smsimarui@gmail.com**



**ESTADO DE SANTA CATARINA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE IMARUÍ  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

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, 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.

**Maiara Barreto Vieira**

Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Imaruí

**CONSELHO MUNICIPAL DE SAUDE DE IMARUI**  
**Avenida Governador Celso Ramos, S/N 88770-000-CENTRO-IMARUI – SC**  
**Contatos: Telefone: (48) 3643-0069**  
**E-mail: smsimarui@gmail.com**



**ESTADO DE SANTA CATARINA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE IMARUÍ  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

**ANEXO I-A**

**INSCRIÇÃO DE ENTIDADES DO SEGMENTO USUÁRIOS,  
ESTABELECIDAS NO MUNICÍPIO DE IMARUÍ/SC).**

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

A - Dados da Entidade:

Nome da Entidade:

CNPJ:

Data de inscrição no CNPJ:

Endereço: \_\_\_\_\_,

nº \_\_\_\_\_ Bairro:

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

Atividade Principal:

B - Dados do Representante Legal:

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

Endereço: \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_

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

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

Período do Mandato: \_\_\_\_\_

C - Informações adicionais

\_\_\_\_\_

Nestes termos, pede deferimento. Local, e data.

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

**CONSELHO MUNICIPAL DE SAUDE DE IMARUI**  
**Avenida Governador Celso Ramos, S/N 88770-000-CENTRO-IMARUI – SC**  
**Contatos: Telefone: (48) 3643-0069**  
**E-mail: smsimarui@gmail.com**



**ESTADO DE SANTA CATARINA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE IMARUÍ  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

**ANEXO I-B**

**INSCRIÇÃO DO SEGMENTO USUÁRIOS DOMICILIADO NO MUNICÍPIO  
DE IMARUÍ/SC).**

Senhor (a) Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Imaruí/SC, venho requerer inscrição com representante dos Usuários do Sistema Único de Saúde, neste Conselho.

Dados do Representante:

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

Endereço: \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

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

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

Período do Mandato: \_\_\_\_\_

C - Informações adicionais(Qual a representatividade/grupo)

\_\_\_\_\_

Nestes termos, pede deferimento. Local, e data.

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



**ESTADO DE SANTA CATARINA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE IMARUÍ  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

**ANEXO I – C**

**REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE  
ATUAM NO MUNICÍPIO DE IMARUÍ/SC**

Senhor (a) Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Imaruí/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: \_\_\_\_\_

Data de inscrição no CNPJ: \_\_\_\_\_

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

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

B - Dados do Representante Legal:

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

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

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

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

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

**CONSELHO MUNICIPAL DE SAUDE DE IMARUI  
Avenida Governador Celso Ramos, S/N 88770-000-CENTRO-IMARUI – SC  
Contatos: Telefone: (48) 3643-0069  
E-mail: smsimarui@gmail.com**



**ESTADO DE SANTA CATARINA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE IMARUÍ  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

**ANEXO I – D**

**REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO DOS PRESTADORES DE SERVIÇOS DE  
SAÚDE E GESTÃO MUNICIPAL.**

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

A - Dados da Entidade:

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

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

Data de inscrição no CNPJ: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_

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

Escolaridade \_\_\_\_\_

Período do Mandato: \_\_\_\_\_

C - Informações adicionais

\_\_\_\_\_

Nestes termos, pede deferimento. Local, e data.

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



**ESTADO DE SANTA CATARINA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE IMARUÍ  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

**ANEXO II**  
**PROTOCOLO DE INSCRIÇÃO E COMPROVANTE**

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

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

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

Documentos conforme edital nº 001/2023/CMS.

- Requerimento de inscrição e cadastro devidamente preenchida e assinada;
- Cópia do CNPJ/ CPF;
- 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.