



Estado do Rio Grande do Sul  
**MUNICÍPIO DE PASSO FUNDO**  
Prefeitura Municipal de Passo Fundo  
**CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE**

**EDITAL 01 / 2023**

**FIXA DATA DA ELEIÇÃO PARA ESCOLHA  
DAS ENTIDADES MEMBROS DO  
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE E DÁ  
OUTRAS PROVIDÊNCIAS.**

**A COMISSÃO ELEITORAL DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PASSO FUNDO**, eleita pela Plenária do Conselho Municipal de Saúde no dia 14 de Novembro do ano de 2.023 e em atendimento ao disposto no artigo 2º do Regimento Eleitoral, formada por 03 (três) representantes do grupo dos usuários, por 01 (um) representante do segmento dos profissionais da saúde, por 01 (um) representante do governo e por um representante do segmento dos prestadores de serviço, quais sejam: Milton José de Paula, Luiz da Silva de Jesus, Simone Zanetti, Emilene dos Santos Schleder, Roger Teixeira Borges e Vanderleia Laodete Pulga, no uso de suas atribuições **CONVOCA** as entidades interessadas a participarem da eleição para composição dos representantes do **CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE - CMS**, para a **GESTÃO 2024/2026**.

### **DA ELEIÇÃO**

**Art. 1º** A eleição das entidades inscritas ocorrerá no dia **06/02/2024**, no Plenarinho da Câmara de Vereadores, Centro, da cidade de Passo Fundo a partir das 19 horas;

**Art. 2º** No dia 20/02/2024, no mesmo local e horário indicado no art. 1º, ocorrerá a posse dos membros do Conselho e eleição da Mesa Coordenadora;

**Parágrafo Único:** Para a escolha da composição do Conselho Municipal de Saúde observar-se-á a Lei Federal nº 8.142 de 28 de Novembro de 1990 e Leis Municipais nº 2.840 de 17 de dezembro de 1992 e 2.852 de 18 de janeiro de 1993 e Resolução 453 de 10 de Maio de 2012.

### **DAS INSCRIÇÕES**

**Art. 3º** As entidades interessadas em compor o Conselho Municipal de Saúde terão o prazo de 27/11/2023 até o dia 03/01/2024 para realização das inscrições, das 8h às 12h e das 13h30m às 17h, na sala do Conselho Municipal de Saúde, situada na Rua Independência, nº 185, Vila Popular, prédio da Secretaria Municipal de Saúde;

**CMS – Rua: Independência nº 185, Centro – Passo Fundo - CEP 99010-040**  
**FONE: (54) 3316-1041 – E-MAIL: [con.saude.pf@pmpf.rs.gov.br](mailto:con.saude.pf@pmpf.rs.gov.br)**



Estado do Rio Grande do Sul  
**MUNICÍPIO DE PASSO FUNDO**  
**Prefeitura Municipal de Passo Fundo**  
**CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE**

**Parágrafo Único:** Excepcionalmente, no último dia de inscrição (03/01/2024) as inscrições serão recebidas até às 16h;

### **DOS DOCUMENTOS PARA A INSCRIÇÃO**

**Art. 4º** A fim de habilitarem-se a participar do Conselho Municipal de Saúde, as entidades deverão apresentar no ato da inscrição:

- a) Cópia do Estatuto da entidade válido e registrado junto ao Cartório de Ofícios e Registros de Documentos;
- b) Para entidades públicas/autarquias/fundações a Lei de Criação e/ou Estatuto;
- c) Cópia da ata de posse da atual gestão e/ou portarias de nomeação, assinada pelo presidente ou representante legal;
- d) Cópia do cartão CNPJ;
- e) Ficha de inscrição devidamente preenchida; (anexa ao presente edital)
- f) Ofício assinado pelo representante legal da entidade, indicando os membros titular e suplente, que se eleitos forem, irão compor o Conselho Municipal de Saúde;

### **DOS PRAZOS E RECURSOS**

**Art. 5º** No dia 08 de Janeiro de 2024 será publicada a relação das entidades inscritas e devidamente homologadas;

**Art. 6º** O recurso para as entidades que não tiverem sua inscrição homologada e eventuais impugnações às inscrições realizadas, deverão ser apresentados no dia 10/01/2024, no mesmo local e horários descritos no art. 3º deste edital;

**Art. 7º** No dia 15/01/24 será publicado, em edital, decisão final com as homologações das entidades inscritas, bem como o julgamento de eventuais recursos e impugnações, com a lista final das entidades devidamente habilitadas a comporem o Conselho Municipal de Saúde.



Estado do Rio Grande do Sul  
**MUNICÍPIO DE PASSO FUNDO**  
**Prefeitura Municipal de Passo Fundo**  
**CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE**

## **DA ELEIÇÃO**

**Art. 8º** Todo o processo eleitoral será dirigido pelo Presidente da Comissão Eleitoral ou por um dos seus membros. Os trabalhos serão conduzidos pela Comissão Eleitoral, composta pelos seis membros, paritariamente, que conduzirão o processo de escolha dos Membros do Conselho Municipal de Saúde e seus respectivos suplentes, para o biênio 2024/2026;

**Art. 9º** A eleição obedecerá as disposições elencadas no Regimento Eleitoral/Biênio 2024/2026 e também do Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde, bem como da legislação atinente à matéria;

**Art. 10º** O Conselho Municipal de Saúde será formado por dois grupos assim estabelecidos:

- I – Representantes do governo, Prestadores de Serviços e Profissionais de Saúde;
- II – Usuários;

**Parágrafo Único:** A escolha das entidades representativas do Conselho serão escolhidos por fóruns específicos, de acordo com o estabelecido no art. 4 do Regimento Interno;

**Art. 11º** Todo o Processo Eleitoral será regido conforme o Regimento Interno do CMS e o Regimento Eleitoral.

**Art. 12º** Revogadas as disposições em contrário.

Passo Fundo, 22 de Novembro de 2023.

*Vanderleia L. Pulga*  
**Vanderleia Laodete Pulga**  
**Presidente da Comissão Eleitoral**



Estado do Rio Grande do Sul  
**MUNICÍPIO DE PASSO FUNDO**  
Prefeitura Municipal de Passo Fundo  
**CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE**

**FICHA DE INSCRIÇÃO PARA ELEIÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE**

**Grupo I**

- Governo  
 Prestador de Serviços  
 Profissionais

**Grupo II**

- Usuários

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

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

**NOME DO PRESIDENTE:** \_\_\_\_\_

FONE: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_

**DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA:**

- CÓPIA DO ESTATUTO DA ENTIDADE  
 ATA DA POSSE DA ATUAL GESTÃO - Assinada pelo Presidente ou representante Legal  
 CÓPIA DO CNPJ

**REPRESENTANTES DA ENTIDADE**

**CONSELHEIRO TITULAR:** \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

FONE: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

RG OU CPF: \_\_\_\_\_

**CONSELHEIRO SUPLENTE:** \_\_\_\_\_

• ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

FONE: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

RG OU CPF: \_\_\_\_\_