

Edital 01 / 2025

Fixada data da eleição para escolha das entidades membros do Conselho Municipal de Saúde e das outras providências

A COMISSÃO ELEITORAL DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PASSO FUNDO, eleita pela Plenária do Conselho Municipal de Saúde no dia 11 de Novembro do ano de 2025, oficializada pela Portaria Nº3789/2025, publicada em Diário Oficial, 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 (01) um representante do segmento dos prestadores de serviço**, quais sejam: Diulia Corazza de Lima, Renata Oliveira Cerutti, Leonilde Zamuner, Luiz Antônio Dalmagro, Josiane de Oliveira Oligini, Luis A Schneiders, 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 2026/2028.

DA ELEIÇÃO

Art. 1º A eleição das entidades inscritas ocorrerá no dia **10/02/2026**, no Plenarinho da Câmara de Vereadores, Centro, da cidade de Passo Fundo a partir das 19 horas;

Art. 2º No dia **24/02/2026**, 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 **22/12/2025 até o dia 22/01/2026** para realização das inscrições, das 8h 10min às 11h 30min e das 13h 30m às 16h 45min na sala do Conselho Municipal de Saúde, situada na Rua Independência, nº 185, Vila Popular, prédio da Secretaria Municipal de Saúde;

Parágrafo Único:

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, conforme Art.17 do RIC; Lei nº 2840/92.

Parágrafo Primeiro: Os Documentos devem ser entregues em envelope lacrado, identificado com nome da entidade e grupo a qual irá representar. No ato da entrega será fornecida lista de confirmação do recebimento a qual a entidade deverá assinar, comprovando a entrega. Os envelopes lacrados entregues, somente serão abertos pela comissão, no dia posterior ao término do prazo de inscrição.

Parágrafo Segundo: Para fins de atendimento ao disposto no Parágrafo Único, Art.15º, do Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde de Passo Fundo, as entidades poderão entregar junto com as documentações de inscrição, a comprovação de participação em Conferências Municipais de Saúde, para fins de preferência na seleção.

DOS PRAZOS E RECURSOS

Art. 5º No dia **26 de janeiro 2026** 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 **28/01/2026**, no mesmo local e horários descritos no art. 3º deste edital;

Art. 7º No dia **02/02/26** 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 compor o 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 2026/2028**;

Art. 9º A eleição obedecerá às disposições elencadas no Regimento Eleitoral/Biênio 2026/2028 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 A eleição das entidades que farão parte do CMS, no referido biênio, ocorrerá durante Reunião Ordinária do mesmo no dia 10/02/2026, às 19h, na Câmara Municipal de Vereadores de Passo Fundo.

Art. 12º Todo o Processo Eleitoral será regido conforme o Regimento Interno do CMS e o Regimento Eleitoral.

Art. 13º Revogadas as disposições em contrário.

Passo Fundo, 18 de Dezembro de 2025.

Luis Alfredo Schneiders
Presidente da Comissão Eleitoral

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
- ☐ CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO Conferência Municipal de Saúde - OPCIONAL

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: _____