

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE VÁRZEA ALEGRE-CE

EDITAL DE CONVOCAÇÃO

ELEIÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE VÁRZEA ALEGRE – CE PARA O BIÊNIO 2024 – 2026

O Conselho Municipal de Saúde-CMS/VA faz público, para conhecimento dos (as) interessados(as), que se realizará o processo de eleição para preenchimento das vagas de conselheiros municipais de saúde, a saber:

REGIMENTO DA ELEIÇÃO

DOS OBJETIVOS

Art. 1º. O presente Edital tem o objetivo de regulamentar a eleição para comporem o Conselho Municipal de Saúde concorrendo as vagas de conselheiros titulares e suplentes, mandato 2024 – 2026, que serão distribuídas de forma paritária aos segmentos de USUÁRIOS, PROFISSIONAIS DA SAÚDE, GOVERNO E PRESTADORES DE SERVIÇOS para o Sistema Único de Saúde, em conformidade à Lei Federal nº 8.142/ 90, com a Lei Municipal nº 267 de 27 de outubro de 1999 e suas alterações, e disposições estabelecidas nas Leis Federais nº 8080 de 19 de setembro de 1990 e na Resolução do Conselho Nacional de Saúde – CNS nº 453 de 10 de maio de 2012.

DA PARTICIPAÇÃO NO PLEITO ELEITORAL

Art. 2º Poderão votar e serem votados os representantes legalmente cadastrados no processo eleitoral, no período das inscrições que será de 01 de fevereiro de 2024 a 26 de fevereiro, nos horários de 07:00 às 13:00 horas na Secretaria Municipal de Saúde na sala do Conselho Municipal de Saúde (2º andar), CEP 63540-000, Várzea Alegre – Ce, com o preenchimento do Requerimento de Inscrição (anexo I).

§1º Encerrada as inscrições a Comissão Eleitoral deverá publicar até o 01/03/2024 a lista de habilitados e não habilitados a participarem e pleitearem vaga no CMS.

§2º Serão habilitados a participarem e pleitearem vaga no CMS que atenderem aos requisitos estabelecidos no Regimento Eleitoral e neste Edital de Convocação.

§3º O Período para apresentação de recursos contra o resultado das inscrições junto à Comissão Eleitoral, será dia 05/03/2024.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE VÁRZEA ALEGRE-CE

- § 4º O resultado dos recursos após análise pela Comissão Eleitoral, será divulgado no dia 08/03/2024.
- § 5º A homologação das inscrições de que trata o caput serão amplamente divulgadas na data de 12/03/2024. Para o desempenho de suas atribuições a Comissão Eleitoral poderá agregar convidados e observadores.
- § 6º é permitida apenas uma recondução do mesmo conselheiro para cada segmento, à exceção dos representantes do Poder Público.

DA COMPOSIÇÃO DO CONSELHO

Art. 3º O Conselho Municipal de Saúde será paritário e composto por 24(vinte e quatro) membros titulares e 24 (vinte e quatro) membros suplentes, distribuídos por representantes do governo, trabalhadores de saúde e prestadores públicos e privados e por representantes de usuários, para mandato de 02(dois) anos (2024/2026), assim distribuídos:

I – O segmento designado como usuário terá a seguinte composição:

- a) 05 (cinco) representantes de associações de cada um dos Distritos;
- b) 01 (um) representante de organizações religiosas;
- c) 01 (um) representante e dos Sindicatos dos trabalhadores rurais de Várzea Alegre;
- d) 01 (um) representante da Pastoral da Criança;
- e) 01 (um) representante da Associação Comunitária da Sede do município;
- f) 01 (um) representanteda APAE;
- g) 01 (um) representante da Associação dos Catadores-ASCARMAVA;
- h) 01 (um) representante do Sindicato dos Professores;

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE VÁRZEA ALEGRE-CE

II – O segmento dos Trabalhadores dos Serviços de Saúde:

- a) 02 (dois) representantes de servidores municipais de Nível Superior
- b) 02 (dois) representantes de servidor municipal de Nível Médio e/ ou Técnico;
- c) 01 (um) representante de Associação dos Agentes de Saúde;
- d) 01 (um) representante de Agente de Combate à Endemias;

III – O segmento dos Prestadores de Serviços de Saúde e do Governo Municipal:

- a) 02 (dois) representantes e dos Prestadores de Serviços de saúde privados confins lucrativos, vinculados ao SUS, no âmbito Municipal;
- b) 01 (um) representante e da Secretaria de Saúde;
- c) 01 (um) representante da Secretaria Municipal de Assistência social;
- d) 01 (um) representante da Secretaria de Educação.
- e) 01 (um) representante da Secretaria do Meio Ambiente



CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE VÁRZEA ALEGRE-CE

DA HABILITAÇÃO

Art. 4º Para concorrer à vaga no CMS/ Várzea Alegre – Ce deverá obrigatoriamente atender aos seguintes critérios:

- a) Representantes do segmento Usuários do SUS os candidatos oriundos de entidades trabalhadoras e organizações religiosas, assim como representantes das localidades ligados a associações de moradores.
- b) Representantes dos Trabalhadores dos Serviços de Saúde.
- c) Representantes de Prestadores de Serviços de Saúde do município de Varzea Alegre conveniados ao SUS.

Art. 5º Não haverá processo de escolha para representantes do Governo, visto que as vagas serão ocupadas pelas indicações da Secretaria de Saúde, Secretaria de Educação, Secretaria Municipal de Assistência social e Secretaria do Meio Ambiente .

Art. 6º Representantes que forem se candidatar à vaga no Conselho Municipal de Saúde de Varzea Alegre terão que apresentar no ato da inscrição os seguintes documentos junto ao Requerimento de Inscrição:

- I – Cópia da cédula de Identidade e do CPF do titular e do suplente e ofício de indicação da Entidade (associação, organização religiosa, empresa prestadora de serviço, entre outras) que representará na eleição do CMS;
- II – Cópia de registro de presença ou outro documento que comprove que a Entidade esta atuante. Em caso de Prestadores de serviços, Declaração que possui contrato com o SUS no âmbito municipal;
- III – Declaração que comprove que o profissional de saúde se encontra ativo em suas funções, sendo vetado trabalhadores que estejam em cargos de coordenação, gerencia ou outras que a qualifiquem como de “gestão” em órgãos públicos ou privados do SUS.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE VÁRZEA ALEGRE-CE

PRAZO DAS INSCRIÇÕES, HABILITAÇÃO, RECURSOS E DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Art. 7º O processo eleitoral do Conselho Municipal de Saúde de Varzea Alegre, será realizado de acordo com o cronograma abaixo:

CRONOGRAMA

ETAPA	PRAZO
Publicação do Edital	29/01/2024
Período de Inscrição	01/02/2024 a 26/02/2024
Publicação das Inscrições	01/03/2024
Recursos	05/03/2024
Resultado dos Recursos	08/03/2024
Homologação	12/03/2024
Plenária	22/03/2024
Divulgação	25/03/2024

DA PLENÁRIA ELEITORAL

Art. 8ºA eleição para preenchimento de vagas no Conselho Municipal de Saúde de Varzea Alegre, pelos Usuários do SUS, Profissionais da área de Saúde e Governo e Prestadores de Serviços do SUS no âmbito municipal, bem como para preenchimento das suplências, dar-se-á por meio de indicação das instituições no dia 01 a 26 de fevereiro de 2024, no horário de 07 às 14:00 horas na Secretaria Municipal de Saúde na avenida Vicente Alves Costa, 1297, Bairro Riachinho, na sala do Conselho Municipal de Saúde, CEP 63540-000, Várzea Alegre - Ce.



CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE VÁRZEA ALEGRE-CE

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 9º Os casos omissos neste edital serão resolvidos pela Comissão Eleitoral.

Art. 10º Este edital entrará em vigor na data de sua publicação, retroagindo seus efeitos para a data de sua assinatura.

Varzea Alegre - CE, 26 de Janeiro de 2024



Maria Angelita Ferreira da Silva
Secretária Municipal de Saúde de
Várzea Alegre
Portaria nº 245 02/08/2023

MARIA ANGELITA FERREIRA DA SILVA
Secretária de Saúde de Varzea Alegre -Ce



Damião Ferreira da Silva
Presidente do CMS/VA

COMISSÃO ELEITORAL

Francisco Costa de Alencar
Antonia Evanilde de Brito
Josefa Goncalves de Carvalho Lima
Janilci Pereira da Costa



CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE VÁRZEA ALEGRE-CE

ANEXO I

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO PARA ELEIÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE VARZEA ALEGRE – CE / BIÊNIO 2024 – 2026

SEGMENTO: () USUÁRIO () TRABALHADOR () GOVERNO E PREST. SERVIÇOS

Ilustríssimos Representantes da Comissão Eleitoral do processo de eleição para o Conselho Municipal de Saúde de Varzea Alegre – Ce, venho por meio desta requerer inscrição na eleição do Conselho Municipal de Saúde para o biênio 2024 – 2026, na qualidade do segmento acima assinalado.

Representante Titular:

Data de Nascimento: / / Contato: _____

RG: _____ CPF: _____

Endereço: _____

Email: _____

Representante Suplente:

Data de Nascimento: / / Contato: _____

RG: _____ CPF: _____

Endereço: _____

Email: _____