

## EDITAL DE CONVOCAÇÃO DA ELEIÇÃO PARA COMPOSIÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE GOIANÉSIA - GO

**Art. 1º** O presente EDITAL tem como objetivo **CONVOCAR** todas as instituições, entidades e os movimentos sociais representativos dos segmentos de usuários, profissionais e trabalhadores da saúde vinculados ao SUS, prestadores de serviços de saúde vinculados ao SUS para inscreverem-se e participarem do processo de eleição das organizações representativas da sociedade organizada para compor o Conselho Municipal de Saúde de Goianésia GO, no exercício do mandato de 01/01/2025 a 31/12/2025, nos termos da Resolução 453/12, do Conselho Nacional de Saúde e da Lei Municipal nº1189/1991 - Lei Municipal nº 4.034/2024 – Lei Municipal nº 4.050/2024 e do Regimento Eleitoral, devidamente aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde.

**Art. 2º** O período das inscrições das instituições, entidades e movimentos sociais candidatas a ocupar vaga no Conselho Municipal de Saúde de Goianésia GO, será de 02 de setembro a 01 de outubro do corrente ano, no horário das 8h00min às 16h00min de segunda a sexta-feira, na modalidade presencial ou pelo site <https://forms.gle/BhY1m3qqf4bkwFwT8>, no período 02 de setembro a 01 de outubro com a isenção do recolhimento de qualquer taxa.

**Art. 3º** Cada instituição, entidade ou movimento social para participar do processo eletivo deverá, no ato da inscrição, protocolar junto à Comissão Eleitoral, na sala do Conselho Municipal de Saúde, os seguintes documentos:

### I. **Instituições e entidades:**

- a) Ofício com a indicação de um representante titular e seu respectivo suplente, constando os dados cadastrais dos indicados conforme **requerimento** disponível no local de inscrição;
- b) **Requerimento**, em formulário próprio, disponibilizado pela Comissão Eleitoral, expressando o interesse de participar da eleição e pleitear vaga para exercer mandato no CMS, especificando o segmento a que pertence à instituição, entidade ou movimento social;
- c) Cópia da ata de fundação ou de ato legal, registrado em Cartório;
- d) Cópia do estatuto e/ou regimento;
- e) Cópias da ata e do Termo de Posse dos seus dirigentes em exercício;
- f) Termo de indicação, em formulário próprio, de o representante titular e do seu respectivo suplente que representarão a entidade na plenária de eleição, subscrito pelo seu representante legal;

**Endereço: Rua 19 nº 414, Bairro Dona Fiica CEP 76.387-006**

**Email: [csaudegoianesia@hotmail.com](mailto:csaudegoianesia@hotmail.com)**

- g) Comprovante de existência e atuação de, no mínimo, 2 (dois) anos no município;
- h) Cópia da cédula de identidade do representante titular e do suplente.

## II. Movimentos sociais:

- a) Ofício com a indicação de um representante titular e seu respectivo suplente, constando os dados cadastrais dos indicados conforme **requerimento** disponível no local de inscrição;
- b) **Requerimento**, em formulário próprio, disponibilizado pela Comissão Eleitoral, expressando o interesse de participar da eleição e pleitear vaga para exercer mandato no CMS, especificando o segmento a que pertence à instituição, entidade ou movimento social.
- c) Comprovante de existência do movimento por meio de um instrumento de comunicação e informação de circulação municipal de, no mínimo, 2 (dois) anos;
- d) Relatório de atividades ou relatório de reuniões do movimento;
- e) Documento de órgãos públicos que atestem a existência do movimento;
- f) Termo de indicação, em formulário próprio, do delegado e seu respectivo suplente que representarão o movimento social, subscrito pelo seu representante reconhecido;
- g) Cópia da cédula de identidade do delegado e do suplente.

III. Os representantes indicados pelas entidades e movimentos sociais para participarem da Plenária de Eleição, preferencialmente, deverão residir ou trabalharem no município de Goianésia GO.

IV. As inscrições somente terão validade se ocorrerem nos prazos fixados por este Edital.

V. A Comissão Eleitoral promoverá o deferimento das inscrições somente das organizações candidatas, que preencherem os pré-requisitos previstos neste Edital.

**Art. 4º** As vagas serão distribuídas da seguinte forma:

- I. 06 vagas para as organizações representativas do segmento de usuários (50%);
- II. 03 vagas para organizações representativas do segmento de trabalhadores da área de saúde vinculados ao SUS (25%);
- III. 03 para organizações representativas do segmento de governo e prestadores de serviços de saúde vinculados ao SUS, público e privado (25%).

§ 1º A disponibilidade das vagas obedecerá aos dispositivos da Lei Municipal nº1189/1991 - Lei Municipal nº 4.034/2024 – Lei Municipal nº 4.050/2024.

§ 2º A Secretaria Municipal de Saúde é integrante “nata” do CMS e indicará uma (01) organização gestora de políticas públicas, a qual indicará um representante titular e seu respectivo suplente para representá-la no exercício do mandato 01/01/2025 a 31/12/2025 no Conselho Municipal de Saúde de Goianésia GO.

**Endereço: Rua 19 nº 414, Bairro Dona Fiica CEP 76.387-006**

**Email: [csaudegoianesia@hotmail.com](mailto:csaudegoianesia@hotmail.com)**

§ 3º Recomenda-se que as organizações representativas dos segmentos de usuários, profissionais e trabalhadores da saúde vinculados ao SUS e prestadores de serviços de saúde vinculados ao SUS, a seu critério, promovam a renovação de 30% de suas entidades representativas.

§ 4º Cada instituição, entidade ou movimento social poderá concorrer somente a uma vaga no pleito eletivo.

**Art. 5º** As habilitações das instituições, entidades e os movimentos sociais representativos dos segmentos de usuários, profissionais e trabalhadores da saúde vinculados ao SUS, prestadores de serviços de saúde vinculados ao SUS dar-se-á por meio da apreciação e julgamento, pela Comissão Eleitoral, das informações entregues à referida comissão no ato da inscrição conforme dispõem os regramentos previstos no Regimento Eleitoral, especialmente, aqueles descritos no Art. 3º deste Edital.

§ 1º Encerradas as inscrições, a Comissão Eleitoral deverá, em até cinco (5) dias úteis, publicar e, amplamente, divulgar a lista das organizações habilitadas a participarem e pleitearem vaga no CMS para exercer o mandato do dia 01/01/2025 a 31/12/2025.

§ 2º As organizações inscritas e não habilitadas deverão ser comunicadas ao mesmo tempo em que for publicado o Edital de Publicação da Lista de Instituições, Entidades e Movimentos Sociais Habilitados.

§ 3º As organizações inscritas e não habilitadas terão prazo de setenta e duas (72) horas para interposição de recursos, a ser contadas a partir do recebimento da comunicação prevista no § 2º deste artigo.

§ 4º Os recursos deverão ser apresentados pelo site <https://goianesia.go.gov.br/saude> ou na Sala do Conselho Municipal de Saúde situada à Rua 19 esquina com a Rua 40 n° 414, Bairro Dona Fiica, Prédio da Vigilância em Saúde Goianésia – GO.

§ 5º As peças recursais deverão ser apresentadas em duas vias até as 16h00min horas do dia 07 de outubro de 2024.

§ 6º A Comissão Eleitoral tem o mesmo prazo, especificado no § 3º para analisar e julgar as interposições de recursos.

§ 7º A interposição de recurso será aceita quando comprovado agressão aos critérios estabelecidos neste Edital de Convocação e no Regimento Eleitoral.

§ 8º Serão habilitadas a participarem e pleitearem vaga no CMS para exercer o mandato 01/01/2025 a 31/12/2025, as organizações que atenderem aos requisitos estabelecidos neste Edital de Convocação da Eleição e no Regimento Eleitoral.

**Endereço: Rua 19 n° 414, Bairro Dona Fiica CEP 76.387-006**

**Email: [csaudegoianesia@hotmail.com](mailto:csaudegoianesia@hotmail.com)**

§ 9º A relação final das instituições, entidades e movimentos sociais habilitadas a concorrerem às vagas no Conselho Municipal de Saúde será publicada no site pelo site pelo site <https://goianesia.go.gov.br/saude> e afixada *placard* Oficial do Município de Goianésia GO até o dia 11 de outubro de 2024.

**Art. 6º** A plenária de eleição das instituições, entidades e os movimentos sociais representativos dos segmentos de usuários, profissionais e trabalhadores da saúde vinculados ao SUS, prestadores de serviços de saúde vinculados ao SUS para compor o Conselho Municipal de Saúde de Goianésia será realizada no dia 01 de novembro de 2024 das 8h00min às 13h00min no endereço, rua 33 entre as ruas 10/12 no Plenário do Paço Municipal.

§ 1º A plenária do segmento dos usuários elegerá seis ( 6 ) organizações, as quais indicarão, cada uma, um representante titular e seu respectivo suplente para representá-la no exercício do mandato de 01/01/2025 a 31/12/2025 exercendo a função de conselheiro de saúde no Conselho Municipal de Saúde de Goianésia GO.

§ 2º A plenária do segmento dos trabalhadores elegerá organizações três ( 3 ), as quais indicarão, cada uma, um representante titular e seu respectivo suplente para representá-la no exercício do mandato de 01/01/2025 a 31/12/2025 exercendo a função de conselheiro de saúde no Conselho Municipal de Saúde de Goianésia GO.

§ 3º A plenária do segmento de prestadores de serviços de saúde vinculados ao SUS elegerá duas ( 2 ) organizações, as quais indicarão, cada uma, um representante titular e seu respectivo suplente para representá-la no exercício do mandato de 01/01/2025 a 31/12/2025 no Conselho Municipal de Saúde de Goianésia GO.

§ 4º A Secretaria Municipal de Saúde é integrante “nata” do CMS e indicará uma ( 1 ) organização gestora de políticas públicas, as qual indicará um representante titular e seu respectivo suplente para representá-la no exercício do mandato 01/01/2025 a 31/12/2025 no Conselho Municipal de Saúde de Goianésia GO.

§ 5º **As** instituições, entidades e os movimentos sociais representativos dos segmentos de usuários, profissionais e trabalhadores da saúde vinculados ao SUS, prestadores de serviços de saúde vinculados ao SUS que participarem do processo eleitoral e não conquistarem vaga na composição do Conselho Municipal de Saúde poderá, em caso de desistência de alguma organização eleita, ser convocada pela Mesa Diretora para eliminar a vacância na composição do conselho.

**Art. 7º** Na desistência da instituição, entidade ou movimento social eleito, a Mesa Diretora

**Endereço: Rua 19 nº 414, Bairro Dona Fiica CEP 76.387-006**

**Email: [csaudegoianesia@hotmail.com](mailto:csaudegoianesia@hotmail.com)**

deverá convocar a organização, habilitada a concorrer no pleito eletivo que não foi eleita, para ocupar a vaga da organização desistente no Conselho Municipal de Saúde.

**Parágrafo Único.** Havendo mais de uma organização interessada em ocupar a vaga, a Mesa Diretora deverá optar pelo critério de maior tempo de existência da organização, atuação e funcionamento, devidamente comprovado no Município.

**Art. 8º** Proclamado o resultado da eleição a Mesa Diretora deverá:

Encaminhar ao Secretário Municipal de Saúde a minuta do Decreto de Homologação do Resultado da Eleição do Conselho Municipal de Saúde a qual deverá ser encaminhada ao prefeito para assinatura e publicação.

I. Concluído o processo de escolha das entidades e movimentos sociais representativos dos segmentos de usuários, trabalhadores da saúde vinculados ao SUS e prestadores de serviços de saúde vinculados ao SUS deverão, no prazo de cinco (5) dias úteis indicarem, cada uma, um (1) representante titular e seu respectivo suplente a serem designados, por meio de portaria do Secretário Municipal de Saúde, para exercer a função de conselheiro de saúde em nome de suas respectivas organizações representativas da sociedade organizada na composição do Conselho Municipal de Saúde de Goianésia no período de 01/01/2025 a 31/12/2025.

II. Emitida a Portaria de Designação dos Conselheiros, a Mesa Diretora deverá convocar a reunião de posse e eleição da nova Mesa Diretora.

**Art. 9º** No ato de posse e, em obediência aos dispositivos da Lei Federal Nº. Lei 8.429 de 02 de junho de 1992, os representantes das entidades e movimentos sociais designados para exercer a função de conselheiro de saúde deverão apresentar os seguintes documentos:

- I. Certidão Negativa do Cartório Distribuidor Cível Estadual;
- II. Certidão Negativa do Cartório Distribuidor Criminal Estadual;
- III. Certidão Negativa Cível da Justiça Federal;
- IV. Certidão Negativa Criminal da Justiça Federal
- V. Certidão Negativa da Justiça Eleitoral de quitação com as obrigações eleitorais.
- VI. Certidão Negativa da Justiça Eleitoral criminal eleitoral relativas à condenação;
- VII. Certidão Negativa de Contas do Tribunal de Contas da União;
- VIII. Certidão Negativa de Contas do Tribunal de Contas do Estado de Goiás ou de outro ente federativo em que tenha exercido cargo ou função pública que enseje prestação de Contas relativas ao respectivo exercício;
- IX. Certidão Negativa de Contas dos Municípios do Estado de Goiás.

§ 1º A portaria de designação dos representantes das instituições, entidades e movimentos sociais será expedida e publicada pelo Secretário Municipal de Saúde.

§ 2º A homologação do resultado eleitoral das organizações representativas da comunidade para exercer mandato no Conselho Municipal de Saúde será formalizada por meio de Decreto do Prefeito.

§ 3º A posse ocorrerá dia 01 de janeiro de 2025.

§ 4º O Termo de Posse será lido e assinado pelo presidente e relator da Comissão Eleitoral e publicado pelo Secretário de Saúde.

**Art. 10** Os casos omissos neste Edital serão resolvidos pelo Conselho Municipal de Saúde.

Goianésia, Estado de Goiás, 02 de setembro de 2024.

**Conselho Municipal de Saúde de Goianésia – GO.**

**ANEXO IV - REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO (USUÁRIO)**

Ilustríssimo Senhor \_\_\_\_\_

Presidente da Comissão Eleitoral do Conselho Municipal de Saúde

**REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO****Entidades e Movimentos Sociais de Usuários do SUS** Eleitor Eleitor e Candidato

\_\_\_\_\_, por meio de seu representante legal abaixo assinado, vem respeitosamente requerer sua inscrição nas eleições do Conselho Municipal de Saúde para exercer mandato de **01/01/2025 a 31/12/2025**, na qualidade de:

 Entidade Nacional  Estadual  Municipal

Conforme a Resolução CMS nº \_\_\_\_/\_\_\_\_, a qual dispõe sobre o Regimento Eleitoral que especifica as vagas para os representantes de entidades e/ou movimentos sociais de usuários do SUS. Sendo assim, solicita-se a inscrição da entidade e/ou movimento, citado e identificado como:

- Entidade Nacional  Estadual  Municipal **de aposentados e pensionistas.**
- Entidade Nacional  Estadual  Municipal **de estudantes.**
- Entidade ou movimento Nacional  Estadual  Municipal **da população negra.**
- Entidade ou movimento Nacional  Estadual  Municipal  **de lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e transgêneros.**
- Entidade ou movimento Nacional  Estadual  Municipal **organizado de mulheres.**
- Entidade ou movimento social e popular Nacional  Estadual  Municipal **organizado.**
- Entidade Nacional  Estadual  Municipal **de trabalhadores rurais.**
- Entidade Nacional  Estadual  Municipal **de associações de moradores e movimentos comunitários.**
- Entidade Nacional  Estadual  Municipal **de organizações indígenas.**
- Federação Nacional  Estadual  Municipal **ou movimento/ organismo de entidades religiosas.**
- Sindicato Nacional  Estadual  Municipal  **entidade de defesa dos portadores de patologias e deficiências.**
- Entidades e/ou movimentos sociais Nacional  Estadual  Municipal **que não estão contempladas acima.**

Qual? \_\_\_\_\_.

Conforme a **Lei Municipal nº 1189/1991 - Lei Municipal nº 4.034/2024 – Lei Municipal nº 4.050/2024** e Resolução CMS nº \_\_\_\_ para a qual apresenta a documentação exigível, anexa.

Nestes termos, pede deferimento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

\_\_\_\_\_  
Nome do representante legal**Endereço: Rua 19 nº 414, Bairro Dona Fiica CEP 76.387-006****Email: [csaudegoianesia@hotmail.com](mailto:csaudegoianesia@hotmail.com)**

**ANEXO V - FICHA DE INSCRIÇÃO (USUÁRIO)****Ficha de Inscrição de Entidades e Movimentos Sociais Nacionais, Estaduais e Municipais de Usuários do SUS.**

1. Nome da Entidade \_\_\_\_\_.

2. Endereço completo da Entidade/Movimento Social: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_.

Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Fone: ( ) \_\_\_\_\_ Fax: ( ) \_\_\_\_\_.

Email\*: \_\_\_\_\_.

*\* Conforme Regimento Eleitoral, toda comunicação da Comissão Eleitoral será feita por email. Desta forma, informamos que o preenchimento deste campo é obrigatório.*

**3. Nome do Presidente ou Representante Legal** \_\_\_\_\_.**1. Data de fundação.** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**2. Nome do Representante Titular:** \_\_\_\_\_.

- RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

- Endereço completo: \_\_\_\_\_.

- Município: \_\_\_\_\_.

- Estado: \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_.

- Fone: ( ) \_\_\_\_\_ Fax: ( ) \_\_\_\_\_.

E-mail:\* \_\_\_\_\_.

Portador de Deficiência: ( ) Sim ( ) Não

Qual: \_\_\_\_\_.

**6. Nome do Representante Suplente:** \_\_\_\_\_.

RG: \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_.

Endereço completo: \_\_\_\_\_.

Município: \_\_\_\_\_.

Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_.

Fone: ( ) \_\_\_\_\_ Fax: ( ) \_\_\_\_\_.

E-mail:\* \_\_\_\_\_.

Portador de Deficiência: ( ) Sim ( ) Não

Qual: \_\_\_\_\_.

**7. Documentos apresentados pela Entidade:**

( ) requerimento.

( ) cópia da ata de eleição da diretoria atual registrado em Cartório.

( ) cópia do estatuto atualizado e registrado em cartório.

( ) termo de indicação do eleitor e respectivo suplente que representarão a entidade, subscrito pelo seu representante legal.

( ) comprovante de atuação de, no mínimo, 2 (dois) anos, até a data da eleição.

( ) cópia da cédula de identidade do eleitor e do suplente.

**8. Documentos apresentados pelo Movimento Social:**

- Requerimento.
- ata de fundação ou comprovante de existência do movimento por meio de um instrumento público de comunicação e informação de circulação municipal, estadual ou nacional de, no mínimo, 2 (dois) anos, até a data da eleição.
- relatório de atividades e relatório de reuniões do movimento com a lista de presença, ocorridas nos últimos 2 (dois) anos.
- documentos de autoridade pública que atestem a existência do movimento ou a sua participação em atividades promovidas por instâncias de participação e controle social em saúde (conselhos, conferências).
- termo de indicação do eleitor e respectivo suplente que representarão o movimento social, assinado pelo seu representante reconhecido.
- cópia da cédula de identidade do eleitor e do suplente.

**9. Outros Documentos apresentados:**

- Relatório de Atividades.
- Regimento Interno (nacional e/ou representações estaduais).
- Carta de Princípios.
- Declaração de existência da entidade por órgão público (conselhos, ministérios, secretarias e outros).
- Matérias em jornais, revistas e sites, que tenham no mínimo 2 (dois) anos de existência.
- Comprovação de realização de encontros, seminários, congressos.
- Ata de cada estado comprovando atuação com respectiva lista de presença.
- Celebração de convênios (certidão).
- CNPJ regular.
- Registro Sindical.
- Outros

---

Outros

---

Outros

---

Conforme o Decreto nº 5.839/2006 e Resolução CNS nº 590/2018, para a qual apresenta a documentação exigível, anexa.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

---

Nome do representante legal  
Nome da entidade e ou movimento social

**Endereço: Rua 19 nº 414, Bairro Dona Fiica CEP 76.387-006**

**Email: [csaudegoianesia@hotmail.com](mailto:csaudegoianesia@hotmail.com)**

## ANEXO VI - REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO (TRABALHADOR DA SAÚDE)

Ilustríssimo Senhor, \_\_\_\_\_ Presidente da Comissão Eleitoral do  
Conselho Municipal de Saúde.

### REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO

#### Entidades de Trabalhadores da Saúde Vinculados ao SUS

Eleitor                       Eleitor e Candidato

\_\_\_\_\_, por meio de seu representante legal abaixo assinado,  
vem respeitosamente requerer sua inscrição nas eleições do Conselho Municipal de Saúde  
para exercer mandato de 01/01/2025 a 31/12/2025, na qualidade de:  
 Entidade Nacional     Estadual     Municipal.

Conforme a **Lei Municipal nº1189/1991 - Lei Municipal nº 4.034/2024 – Lei Municipal nº  
4.050/2024 e Resolução CMS nº 007/2024**, para a qual apresenta a documentação exigível,  
anexa.

Nestes termos, pede deferimento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

\_\_\_\_\_  
Nome do representante legal  
Nome da entidade e ou movimento social

**ANEXO VII - FICHA DE INSCRIÇÃO (TRABALHADOR DA SAÚDE)****Ficha de Inscrição de Entidades Nacionais, Estaduais e Municipais de Trabalhadores da Saúde.**

1. Nome da Entidade: \_\_\_\_\_  
2. Endereço completo da Entidade/Movimento Social: \_\_\_\_\_  
Município: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Fone: ( ) \_\_\_\_\_ Fax: ( ) \_\_\_\_\_  
Email\*: \_\_\_\_\_

**\* Conforme Regimento Eleitoral, toda comunicação da Comissão Eleitoral será feita por email. Desta forma, informamos que o preenchimento deste campo é obrigatório.**

3. Nome do Presidente ou Representante Legal: \_\_\_\_\_  
4. Data de fundação \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
5. Nome de o Representante Titular: \_\_\_\_\_  
RG \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Endereço completo: \_\_\_\_\_  
Município: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_  
Fone: ( ) \_\_\_\_\_ Fax: ( ) \_\_\_\_\_  
E-mail:\* \_\_\_\_\_  
Portador de Deficiência: ( ) Sim ( ) Não  
Qual: \_\_\_\_\_

6. Nome do Representante Suplente: \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Endereço completo: \_\_\_\_\_  
Município: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
CEP: \_\_\_\_\_  
Fone: ( ) \_\_\_\_\_ Fax: ( ) \_\_\_\_\_  
E-mail:\* \_\_\_\_\_  
Portador (a) de Deficiência: ( ) Sim ( ) Não  
Qual: \_\_\_\_\_

**7. Documentos apresentados pela Entidade:**

- ( ) requerimento.
- ( ) cópia da ata de eleição da diretoria atual registrado em Cartório.
- ( ) cópia do estatuto atualizado e registrado em cartório.
- ( ) termo de indicação do eleitor e respectivo suplente que representarão a entidade, subscrito pelo seu representante legal.
- ( ) comprovante de atuação de, no mínimo, 2 (dois) anos, até a data da eleição, em pelo menos, um terço das unidades da Federação e (3) três regiões geográficas do País, ressalvado o disposto no parágrafo 2º, art. 5º deste regimento.
- ( ) cópia da cédula de identidade do eleitor e do suplente.

**Endereço: Rua 19 nº 414, Bairro Dona Fiica CEP 76.387-006**

**Email: [csaudegoianesia@hotmail.com](mailto:csaudegoianesia@hotmail.com)**

**8. Documentos apresentados pelo Movimento Social:**

- Requerimento.
- ata de fundação ou comprovante de existência do movimento por meio de um instrumento público de comunicação e informação de circulação municipal, estadual ou nacional de, no mínimo, 2 (dois) anos, até a data da eleição.
- relatório de atividades e relatório de reuniões do movimento com a lista de presença, ocorridas nos últimos 2 (dois) anos.
- documentos de autoridade pública que atestem a existência do movimento ou a sua participação em atividades promovidas por instâncias de participação e controle social em saúde (conselhos, conferências).
- termo de indicação do eleitor e respectivo suplente que representarão o movimento social, assinado pelo seu representante reconhecido.
- cópia da cédula de identidade do eleitor e do suplente.

**9. Outros Documentos apresentados:**

- Relatório de Atividades;
- Regimento Interno;
- Carta de Princípios;
- Declaração de existência da entidade por órgão público (conselhos, ministérios, secretarias e outros);
- Matérias em jornais, revistas e sites, que tenham no mínimo 2 (dois) anos de existência;
- Comprovação de realização de encontros, seminários, congressos;
- Ata comprovando atuação com respectiva lista de presença;
- Celebração de convênios (certidão);
- CNPJ regular;
- Registro Sindical;
- Outros \_\_\_\_\_.
- Outros \_\_\_\_\_.
- Outros \_\_\_\_\_.

Conforme a **Lei Municipal nº1189/1991 - Lei Municipal nº 4.034/2024 – Lei Municipal nº 4.050/2024** e Resolução CMS nº 007/2024, para a qual apresenta a documentação exigível, anexa.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

\_\_\_\_\_  
Nome do representante legal

\_\_\_\_\_  
Nome da entidade

**Endereço: Rua 19 nº 414, Bairro Dona Fiica CEP 76.387-006**

**Email: [csaudegoianesia@hotmail.com](mailto:csaudegoianesia@hotmail.com)**

**ANEXO VIII - REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO (PRESTADOR SERVIÇOS DE SAÚDE)**

Ilustríssimo Senhor, \_\_\_\_\_ Presidente da Comissão Eleitoral do Conselho Municipal de Saúde de Goianésia – GO.

**REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO**

**Entidade Nacional, Estadual, Municipal, de Prestadores de Serviços de Saúde Vinculadas ao SUS**

Eleitor       Eleitor e Candidato

\_\_\_\_\_, por meio de seu representante legal abaixo assinado, vem respeitosamente requerer sua inscrição nas eleições do Conselho Municipal de Saúde para exercer o mandato de **01/01/2025 a 31/12/2025**, na qualidade de:

Entidade Nacional  Estadual  Municipal de Prestadores de Serviços de Saúde Vinculados ao SUS.

Conforme a Lei Municipal nº1189/1991 - Lei Municipal nº 4.034/2024 – Lei Municipal nº 4.050/2024 e Resolução CMS nº 007/2024, para a qual apresenta a documentação exigível, anexa.

Nestes termos, pede deferimento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

\_\_\_\_\_  
Nome do representante legal  
Nome da entidade e ou movimento social

**ANEXO IX - FICHA DE INSCRIÇÃO (PRESTADORES SERVIÇOS DE SAÚDE)**

Ficha de Inscrição de Entidade Municipal, Estadual ou Nacional de Prestadores de Serviços de Saúde.

1. Nome da Entidade: \_\_\_\_\_  
2. Endereço completo da Entidade: \_\_\_\_\_  
Município: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Fone: ( ) \_\_\_\_\_ Fax: ( ) \_\_\_\_\_  
Email\*: \_\_\_\_\_

*\* Conforme Regimento Eleitoral, toda comunicação da Comissão Eleitoral será feita por email. Desta forma, informamos que o preenchimento deste campo é obrigatório.*

3. Nome do Presidente ou Representante Legal: \_\_\_\_\_

4. Data de fundação? \_\_\_\_\_

5. Nome do Representante Titular: \_\_\_\_\_

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

Endereço completo: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Fone: ( ) \_\_\_\_\_ Fax: ( ) \_\_\_\_\_

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

Portador de Deficiência: ( ) Sim ( ) Não

Qual: \_\_\_\_\_

6. Nome do Representante Suplente: \_\_\_\_\_

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

Endereço completo: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Fone: ( ) \_\_\_\_\_ Fax: ( ) \_\_\_\_\_

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

Portador(a) de Deficiência: ( ) Sim ( ) Não

Qual: \_\_\_\_\_

**7. Documentos apresentados pela Entidade:**

( ) requerimento.

( ) cópia da ata de eleição da diretoria atual registrado em Cartório.

( ) cópia do estatuto atualizado e registrado em cartório.

( ) termo de indicação do eleitor e respectivo suplente que representarão a entidade, subscrito pelo seu representante legal.

( ) comprovante de atuação de, no mínimo, 2 (dois) anos, até a data da eleição.

( ) cópia da cédula de identidade do eleitor e do suplente.

( ) Outros \_\_\_\_\_

( ) Outros \_\_\_\_\_

( ) Outros \_\_\_\_\_

( ) Outros \_\_\_\_\_

Conforme a Lei Municipal nº1189/1991 - Lei Municipal nº 4.034/2024 – Lei Municipal nº 4.050/2024

e Resolução CMS nº007/2024, para a qual apresenta a documentação exigível, anexa.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

\_\_\_\_\_  
Nome do representante legal

\_\_\_\_\_  
Nome da entidade

Endereço: Rua 19 nº 414, Bairro Dona Fiica CEP 76.387-006

Email: [csaudegoianesia@hotmail.com](mailto:csaudegoianesia@hotmail.com)

**ANEXO X – TERMO DE INDICAÇÃO DE REPRESENTANTE**

Ao Sr. \_\_\_\_\_ Presidente da Comissão Eleitoral do CMS.

Eu, \_\_\_\_\_, responsável legal pela Associação de Moradores do Bairro \_\_\_\_\_, com base nas prerrogativas estatutárias que me são conferidas, indico para representante titular o Sr. \_\_\_\_\_ e, respectivamente para sua suplência, a Sr.<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ para representar a digitada entidade na Plenária de Eleição do CMS e informo seus dados cadastrais conforme fichas abaixo discriminadas:

<b>NOME</b>			
<b>CONDIÇÃO</b>	<b>TITULAR ( )</b>		
<b>C.I.</b>		<b>CPF</b>	
<b>NATURALIDAD E</b>		<b>UF</b>	
<b>ENDEREÇO</b>			
<b>BAIRRO</b>		<b>CIDADE</b>	
<b>CEP</b>		<b>ESTADO</b>	
<b>TELEFONE</b>	( )	<b>TELEFON E</b>	( )
<b>E-MAIL</b>			
<b>NOME</b>			
<b>CONDIÇÃO</b>	<b>SUPLENTE ( )</b>		
<b>C.I.</b>		<b>CPF</b>	
<b>NATURALIDAD E</b>		<b>UF</b>	
<b>ENDEREÇO</b>			
<b>BAIRRO</b>		<b>CIDADE</b>	
<b>CEP</b>		<b>ESTADO</b>	
<b>TELEFONE</b>	( )	<b>TELEFON E</b>	( )
<b>E-MAIL</b>			

Nestes Termos, Solicita Deferimento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

\_\_\_\_\_  
Nome do representante legal

\_\_\_\_\_  
Nome da entidade e ou movimento social

**Endereço: Rua 19 nº 414, Bairro Dona Fiça CEP 76.387-006**

**Email: [csaudegoianesia@hotmail.com](mailto:csaudegoianesia@hotmail.com)**