

ANEXOS AO EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2026
FORMULÁRIOS PARA HABILITAÇÃO E INSCRIÇÃO DOS SEGMENTOS DO CONSELHO
MUNICIPAL DE SAÚDE

ANEXO I

INDICAÇÃO DE REPRESENTANTES DAS ENTIDADES

(SEGMENTOS DE USUÁRIOS DO SUS)

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2026

A entidade/Associação ONGS , movimentos sociais , Sindicato de Âmbito não profissional, registrada _____ como _____ nome _____, inscrita no CNPJ nº _____ (quando aplicável), com sede/endereço de atuação em _____, neste ato representada por _____, CPF nº _____, na qualidade de entidade/Associação ONGS , movimentos sociais , Sindicato de Âmbito não profissional , vem, por meio deste, indicar os seguintes representantes para participação no processo de composição do Conselho Municipal de Saúde de São Sebastião do Oeste/MG, na condição de usuários do SUS.

REPRESENTANTE TITULAR

- Nome: _____
- CPF: _____
- RG: _____
- Endereço: _____
- Telefone: _____
- E-mail: _____
- Profissão: _____

REPRESENTANTE SUPLENTE

- Nome: _____
- CPF: _____
- RG: _____
- Endereço: _____
- Telefone: _____
- E-mail: _____
- Profissão: _____

Declaramos que os representantes acima indicados possuem vínculo com esta entidade e estão autorizados a representá-la no processo eleitoral e, caso eleitos, a exercer mandato junto ao Conselho Municipal de Saúde, observadas as disposições do Edital de Chamamento Público nº 004/2026 e da legislação aplicável.

Por ser verdade, firmamos a presente indicação.

São Sebastião do Oeste/MG, ____ de ____ de 2026.

Nome do Representante Legal da Entidade

Cargo: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

(Carimbo da entidade, quando houver)

ANEXO II

FICHA DE INSCRIÇÃO – SEGMENTO TRABALHADORES DA SAÚDE

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2026

1. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

Nome completo: _____

CPF: _____ RG: _____

Data de nascimento: / / _____

Endereço: _____

Telefone: _____

E-mail: _____

2. DADOS PROFISSIONAIS

Categoria profissional: _____

Cargo/Função: _____

Local de trabalho: _____

Vínculo com a Secretaria Municipal de Saúde:

☐ Efetivo

☐ Contratado

☐ Prestador de Serviços

☐ Outro: _____

Tempo de atuação na área da saúde no Município: _____

4. DECLARAÇÃO

Declaro que as informações prestadas são verdadeiras e que atendo aos requisitos estabelecidos no Edital de Chamamento Público nº 001/2026 para concorrer como representante do segmento dos trabalhadores da saúde na composição do Conselho Municipal de Saúde de São Sebastião do Oeste/MG.

Declaro, ainda, estar ciente de que a apresentação de informações ou documentos falsos implicará minha inabilitação, sem prejuízo das demais sanções legais cabíveis.

São Sebastião do Oeste/MG, ____ de _____ de 2026.

Assinatura do Candidato

ANEXO III

INDICAÇÃO DE REPRESENTANTES – SEGMENTO GESTOR PÚBLICO

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 004/2026

O Prefeito Municipal de São Sebastião do Oeste/MG, RÔMULO RONCALLY BEIRIGO, no uso de suas atribuições legais e em conformidade com o Edital de Chamamento Público nº 001/2026, INDICA os representantes abaixo relacionados para comporem o segmento Gestor Público do Conselho Municipal de Saúde de São Sebastião do Oeste/MG.

REPRESENTANTE TITULAR

Nome: _____

CPF: _____

Cargo: _____

Órgão/Secretaria: _____

REPRESENTANTE SUPLENTE

Nome: _____

CPF: _____

Cargo: _____

Órgão/Secretaria: _____

Os representantes acima indicados encontram-se aptos a representar o segmento Gestor Público na composição do Conselho Municipal de Saúde de São Sebastião do Oeste/MG, nos termos da legislação vigente e do Edital de Chamamento Público nº 001/2026.

São Sebastião do Oeste/MG, ____ de _____ de 2026.

RÔMULO RONCALLY BEIRIGO
Prefeito Municipal de São Sebastião do Oeste/MG

ANEXO IV

INDICAÇÃO DE REPRESENTANTES – SEGMENTO PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2026

A instituição _____, inscrita no CNPJ nº _____, com sede em _____, na qualidade de Prestador de Serviços de Saúde no Município de São Sebastião do Oeste/MG, neste ato representada por seu representante legal, _____, CPF nº _____, vem, por meio deste, INDICAR os representantes abaixo relacionados para representar esta instituição no processo de composição do Conselho Municipal de Saúde de São Sebastião do Oeste/MG, referente ao segmento Prestadores de Serviços de Saúde, nos termos do Edital de Chamamento Público nº 004/2026.

REPRESENTANTE TITULAR

Nome: _____

CPF: _____

Cargo/Função: _____

Telefone: _____

E-mail: _____

REPRESENTANTE SUPLENTE

Nome: _____

CPF: _____

Cargo/Função: _____

Telefone: _____

E-mail: _____

DECLARAÇÃO

A instituição declara que:

I – encontra-se regularmente constituída e em funcionamento, na forma da legislação vigente;

II – atua como prestadora de serviços de saúde no Município de São Sebastião do Oeste/MG;

III – os representantes acima indicados possuem vínculo com a instituição e estão autorizados a representá-la perante o Conselho Municipal de Saúde;

IV – as informações prestadas neste documento são verdadeiras, responsabilizando-se a instituição por sua veracidade.

Por ser expressão da verdade, firma a presente indicação para que produza os efeitos legais.

São Sebastião do Oeste/MG, ____ de ____ de 2026.

Nome do Representante Legal

CPF: _____

Cargo: _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

(Carimbo da instituição, quando houver)