PREFEITURA DE
MIGUELÓPOLIS

miguelopolis.sp.gov.br

DIÁRIO OFICIAL
DO MUNICÍPIO

Sexta-feira, 27 de março de 2026 · Ano X · Edição nº 1560

Publicação Oficial do Município de Miguelópolis, conforme Lei Municipal nº 3.622, de 2016



PODER EXECUTIVO

Licitações e Contratos

Aviso de Licitação

PREFEITURA MUNICIPAL DE MIGUELÓPOLIS, faz público que se encontra aberto o **PREGÃO ELETRÔNICO Nº 11/2026 - PROCESSO Nº 13/2026 - EDITAL Nº 11/2026 - TIPO: MENOR PREÇO – OBJETO: REGISTRO DE PREÇOS PARA FUTURAS E EVENTUAIS AQUISIÇÕES DE PLANTAS PARA PRAÇAS, PARQUES, JARDINS, LOGRADOUROS E DEPENDÊNCIAS DAS REPARTIÇÕES PÚBLICAS, PARA PERÍODO DE 12 (DOZE) MESES**. Data/hora de Abertura da Sessão Pública: **14/04/2026 às 13h30min**, por meio da *internet*, através do site https://bll.org.br/, na forma ELETRÔNICA, onde ocorrerá o processamento do certame. A data de início do prazo para o envio da proposta eletrônica será no dia 31/03/2026 às 00h01min. Esclarecimentos e impugnações, diretamente na plataforma https://bll.org.br/. Edital à disposição, no setor competente, ao custo de R$ 20,00 e/ou na internet através da página https://www.miguelopolis.sp.gov.br/paginas/portal/licitacoes/exercicios ou https://bll.org.br/, a partir do dia 31/03/2026. Miguelópolis-SP, 27 de março de 2026. JÚLIO FERREIRA DO CARMO – Prefeito Municipal.

.....

Concursos Públicos/Processos Seletivos

Termo de Desistência

PREFEITURA MUNICIPAL DE MIGUELÓPOLIS

Estado de São Paulo

COMUNICADO

CONCURSO PÚBLICO Nº 001/2024.

A Prefeitura Municipal de Miguelópolis, através do Prefeito Municipal Júlio Ferreira do Carmo, no uso de suas atribuições legais, COMUNICA que as candidatas abaixo relacionadas, aprovadas no Concurso Público nº 001/2024, declararam desistentes.

CARGO: MONITOR

Classif.	Nome	Modalidade	Nº de Inscrição
20º	Millena Aparecida Barbosa Siqueira	Ampla Concorrência	20241045015
42º	Deliane Cristina Freitas Vieira Oliveira	Ampla Concorrência	20241045170

Miguelópolis, 27 de março de 2026.

Júlio Ferreira do Carmo
Prefeito Municipal

Editais

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MIGUELÓPOLIS
Rua. José Zuquim Nogueira 530 – Nossa Senhora das Graças
CEP 14532-190 - TEL.:(16)3835-6608

EDITAL DE CONVOCAÇÃO DE ELEIÇÃO DO CMS

EDITAL DE ELEIÇÃO PARA COMPOSIÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE MIGUELÓPOLIS-SP. Biênio 2026-2028.

O presente EDITAL tem o objetivo de regulamentar a eleição e indicação das instituições, entidades e dos movimentos sociais representativos dos segmentos dos usuários, profissionais e trabalhadores da saúde, gestores e prestadores de serviços de saúde, público e privado, para compor e exercer mandato no Conselho Municipal de Saúde, **no período de abril/2026 a abril/2028**, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei nº 8.142/1.990 e nos termos da Resolução 453/12, do Conselho Nacional de Saúde, da Lei Municipal n°3.172/2011.

1 – DAS DISPOSIÇOES PRELIMINARES

As entidades e movimentos sociais representativos dos segmentos de usuários, trabalhadores e prestadores de serviços de saúde no Sistema Único de Saúde deverão indicar representantes para participarem da Plenária de Eleição das organizações que comporão o Conselho Municipal de Saúde de Miguelópolis no período de abril/2026 a abril/2028.
Os representantes indicados pelas entidades e movimentos sociais para participarem da Plenária de Eleição, preferencialmente, deverão residir no município de Miguelópolis-SP.

2-DAS VAGAS DO CMS (Conselho Municipal de Saúde)

As vagas serão distribuídas da seguinte forma:
O Conselho Municipal de Saúde é composto por representantes de usuários, de trabalhadores da Saúde, do Governo, e de Prestadores de serviços de Saúde, composto por 16 (dezesseis) membros, eleitos pelos seus pares, observado a paridade do número de representantes dos usuários em relação aos demais segmentos, que terá a seguinte composição:

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MIGUELÓPOLIS
Rua. José Zuquim Nogueira 530 – Nossa Senhora das Graças
CEP 14532-190 - TEL.:(16)3835-6608

25% (vinte e cinco por cento), perfazendo 04 (quatro), representantes do governo municipal, indicados pelo Prefeito, sendo:

- Um representante Titular da Secretaria da Saúde;
- Um representante Titular do Órgão Municipal de Finanças;
- Um representante Titular do Órgão Municipal de Meio Ambiente;
- Um representante Titular do Órgão Municipal de Educação;

25% (vinte e cinco por cento), perfazendo 04 (quarto), representados por Entidades de trabalhadores de Saúde, sendo:

- Dois representantes dos prestadores de serviços do Sistema Único de Saúde, eleitos em assembléia do segmento; ordenados com a seguinte prioridade: Hospitais Privados conveniados/contratados e Serviços Complementares conveniados/contratados;
- Dois representantes dos profissionais de saúde (eleitos em assembléia do conselho), dos sindicatos e associações profissionais e de trabalhadores da área de saúde, com representatividade no Município.

50% (cinquenta por cento), perfazendo 08 (oito), distribuídos entre os usuários, que serão eleitos em assembléia dos segmentos representativos dos movimentos comunitários, sindicatos e associações dos moradores, entidades de portadores de deficiência e entidades de idosos e usuários sem vínculos com entidades e/ou movimentos organizados.

A disponibilidade das vagas obedecerá aos dispositivos do Regimento Interno do CMS e Da Lei Municipal 3.172/2011.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MIGUELÓPOLIS
Rua. José Zuquim Nogueira 530 – Nossa Senhora das Graças
CEP 14532-190 - TEL.:(16)3835-6608

3 – DO PERÍODO DE INSCRIÇÃO

O período das inscrições das instituições, entidades e movimentos sociais candidatos a ocupar vaga no Conselho Municipal de Saúde será de 27 de março a 10 de abril do corrente ano, no horário das 09 às 16 horas, de segunda a sexta-feira, com a isenção do recolhimento de qualquer taxa.

No ofício a que se refere o caput deste artigo deverão constar os dados cadastrais dos indicados conforme requerimento disponível no local de inscrição.

As inscrições poderão ser realizadas na Secretaria da Saúde ou encaminhadas para o e-mail: cmsaude@miguelopolis.sp.gov.br.

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

4 -DAS ELEIÇOES

O processo eletivo será coordenado pelos conselheiros da atual gestão.

A Plenária Eleitoral será formada pelos representantes de cada Entidade inscrita e indicada no ato da inscrição, para compor o colegiado do Conselho municipal de Miguelópolis será realizada no dia 15 de Abril de 2026 das 14 às 17:00 horas.

O processo de escolha dos 12 (doze) representantes dos Trabalhadores e da Sociedade Civil dar-se-á por meio de votação dos representantes, por meio de voto secreto e terão assento os que receberem maior número de votos.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MIGUELÓPOLIS
Rua. José Zuquim Nogueira 530 – Nossa Senhora das Graças
CEP 14532-190 - TEL.:(16)3835-6608

5 -DO RESULTADO

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.

Parágrafo Único. A posse ocorrerá dia 22 de abril de 2026, na Secretaria de Saúde.

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

gov.br Documento assinado digitalmente
JULIANO DE MORAIS MOREIRA
Data: 27/03/2026 11:26:16-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Juliano Moraes Moreira

Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Miguelópolis-SP

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MIGUELÓPOLIS
Rua. José Zuquim Nogueira 530 – Nossa Senhora das Graças
CEP 14532-190 - TEL.:(16)3835-6608

ANEXO I

FICHA DE INSCRIÇÃO (USUÁRIO): 2026-2028

Número de Inscrição: _____ Data da Inscrição:_____

Nome da Entidade: _____

Endereço:_____

E-Mail: _____

CNPJ: _____

Telefone do responsável: _____

Presidente Atual:_____

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: _____ E- mail: _____

RG: _____ CPF: _____

Escolaridade: _____ Formação: _____

Nome:_____

Endereço: _____

Telefone: _____ E- mail:_____

RG: _____ CPF:_____

Escolaridade: _____ Formação: _____

Documentos entregues na inscrição:

( ) Cópia RG e CPF dos Representantes

( ) Cópia Ofício de indicação do representante legal

( ) Cópia Comprovante de residência

( ) Outros: _____

Responsável pela Entidade: _____

Responsável pelo recebimento da Inscrição: _____

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MIGUELÓPOLIS
Rua. José Zuquim Nogueira 530 – Nossa Senhora das Graças
CEP 14532-190 - TEL.:(16)3835-6608

FICHA DE INSCRIÇÃO (TRABALHADOR DE SAÚDE): 2026-2028

Número da Inscrição: _____ Data da Inscrição: _____

Nome do Profissional:_____

Escolaridade: _____

Formação: _____

Cargo: _____

Local onde atua: _____ Número Funcional: _____

Tipo de vínculo: ( ) Efetivo ( ) Comissionado ( ) Outros: _____

Endereço: _____

Telefone: _____ E- mail: _____

RG: _____ CPF: _____

Documentos entregues na inscrição:

( ) Cópia RG e CPF

( ) Cópia Comprovante de residência

( ) Declaração do Gestor comprovando local de trabalho

( ) Outros: _____

Gestor Responsável pelo Trabalhador: _____

Responsável pelo recebimento da Inscrição: _____

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MIGUELÓPOLIS
Rua. José Zuquim Nogueira 530 – Nossa Senhora das Graças
CEP 14532-190 - TEL.:(16)3835-6608

FICHA DE INSCRIÇÃO (PRESTADOR DE SERVIÇO): 2026-2028

Número da Inscrição: _____ Data da Inscrição: _____

Nome da Entidade: _____

Endereço: _____

E-mail:_____

CNPJ: _____ Telefone: _____

Responsável: _____

Representante da Entidade:

Nome: _____

Escolaridade:_____

Formação:_____ Cargo: _____

Local onde atua: _____ Número Funcional: _____

Tipo de vínculo: ( ) Efetivo ( ) Comissionado ( ) Outros:_____

Endereço: _____

Telefone: _____E- mail: _____

RG: _____ CPF: _____

Documentos entregues na inscrição:

( ) Cópia RG e CPF

( ) Cópia Comprovante de residência

( ) Declaração do Gestor comprovando local de trabalho)

( ) Outros: _____

Responsável pela Entidade: _____

Responsável pelo recebimento da Inscrição: _____

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MIGUELÓPOLIS
Rua. José Zuquim Nogueira 530 – Nossa Senhora das Graças
CEP 14532-190 - TEL.:(16)3835-6608

FICHA DE INSCRIÇÃO (GESTOR): 2026-2028

Número da Inscrição: _____ Data da Inscrição: _____

Nome da Instituição: Secretaria Municipal de Saúde

Endereço: _____

Tel.: _____ E-mail: _____

CNPJ: _____

Responsável:_____

Representante da Entidade:

Nome do Representante

Suplente:_____

Escolaridade: _____Formação: _____

Cargo: _____

Local onde atua: _____ Número Funcional: _____

Tipo de vínculo: ( ) Efetivo ( ) Comissionado ( ) Outros _____

Endereço: _____

_____

Telefone: _____ E-mail: _____

RG: _____ CPF: _____

Documentos entregues na inscrição:

( ) RG e CPF do Representante

( ) Cópia Comprovante de residência

( ) Ofício de indicação do representante legal

Responsável pela Entidade: _____

Responsável pelo recebimento da Inscrição: _____