



# CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL

GABINETE DO DEPUTADO BISPO RENATO ANDRADE



PROJETO DE LEI Nº \_\_\_\_\_, DE 2017 PL 1865 / 2017

(Do Senhor Deputado Bispo Renato Andrade) Em, 12/12/17

L I D O

  
Secretaria Legislativa

## Dispõe sobre a Gestão Democrática do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal.

A Câmara Legislativa do Distrito Federal, com fundamento no disposto no art. 58, caput, da Lei Orgânica do Distrito Federal, decreta:

**Art. 1º** Esta lei dispõe sobre a gestão democrática do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal – SUSDF, conforme disposto no art. 198, III, da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, nos arts. 205, III, e 215 da Lei Orgânica do Distrito Federal, na Lei Complementar federal nº 141, de 13 de janeiro de 2012, no art. 7º, VIII, da Lei federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, no art. 1º da Lei federal nº 8.142, de 28 de dezembro 1990, no Decreto federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011, e na Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Setor Protocolo Legislativo

PL Nº 1865 / 17

Folha Nº 01 m.c

### CAPÍTULO I

#### DA FINALIDADE E DOS PRINCÍPIOS DA GESTÃO DEMOCRÁTICA

**Art. 2º** A gestão democrática do SUSDF obedece aos seguintes princípios e finalidades:

I – efetivar a participação social na formulação, implementação e fiscalização da política de saúde do Distrito Federal, um dos pilares do SUS.

II – democratizar e descentralizar a gestão pública em saúde no Distrito Federal, com o intuito de torná-la mais adequada ao atendimento das necessidades de saúde da população;

III – garantir a transparência da gestão da rede pública de saúde e o acesso às informações e conhecimentos para o pleno exercício da cidadania;

Edy 12494



IV – contribuir para a formação de uma nova consciência sanitária, que considere a compreensão ampliada de saúde e contemple a sua articulação intersetorial com outras áreas das políticas públicas.

## **CAPÍTULO II**

### **DA CONFERÊNCIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL**

**Art. 3º** A Conferência de Saúde do Distrito Federal, órgão colegiado, permanente, deliberativo, com representação do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, deve reunir-se a cada dois anos para propor, discutir e deliberar sobre as diretrizes de cumprimento obrigatório da política de saúde do Distrito Federal.

**Art. 4º** Os objetivos da Conferência de Saúde do Distrito Federal são:

I – consolidar os princípios e diretrizes do SUSDF, contidos na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, na Lei Orgânica do Distrito Federal, e na Lei federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

II – avaliar a situação de saúde do Distrito Federal;

III – propor diretrizes e prioridades para a formulação da política de saúde distrital;

IV – fortalecer o controle social no SUSDF;

V – garantir formas de participação dos diversos setores da sociedade.

**Art. 5º** A Conferência de Saúde do Distrito Federal será convocada pelo Governador ou, extraordinariamente, pelo Conselho de Saúde do Distrito Federal – CSDF.

§ 1º A convocação pelo:

I – Governador deve ocorrer até o último dia útil do mês de maio, realizando-se a conferência 60 dias após a convocação;

II – CSDF deve ser efetivada pela maioria absoluta de seus membros titulares, que podem ser substituídos, quando ausentes, pelos respectivos suplentes.

§ 2º Os Conselhos Regionais de Saúde de cada Região Administrativa – RA do Distrito Federal têm o prazo de até:

Setor Protocolo Legislativo  
PL Nº 1865/17  
Folha Nº 02 m.c.



# CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL

GABINETE DO DEPUTADO BISPO RENATO ANDRADE



I – 30 dias, contados a partir da convocação, para elaborar as proposições a serem submetidas à apreciação das pré-conferências a que se refere o art. 7º;

II – 50 dias, contados a partir da convocação, para elaborar as proposições a serem submetidas à apreciação da conferência.

§ 3º O descumprimento dos prazos a que se refere este artigo implica crime de responsabilidade, sujeitando o infrator à aplicação das sanções legalmente previstas.

**Art. 6º** O CSDF deve aprovar o regimento da Conferência de Saúde do Distrito Federal.

**Art. 7º** A Conferência de Saúde do Distrito Federal deve ser precedida da realização de pré-conferências, convocadas pelos diversos segmentos sociais para a:

I – apreciação e aprovação de proposições;

II – eleição de delegados regionais para a conferência.

Setor Protocolo Legislativo

PL Nº 1865/17

Folha Nº 03 m.c

**Art. 8º** A representação dos usuários do SUSDF na Conferência de Saúde do Distrito Federal deve ser paritária em relação ao conjunto dos representantes do governo, dos prestadores de serviços de saúde e dos profissionais de saúde, observando-se a seguinte composição:

I – 50% para os representantes dos usuários do SUSDF;

II – 25% para os representantes do governo e dos prestadores de serviços de saúde;

III – 25% para os representantes dos profissionais de saúde.

**Art. 9º** As despesas com a organização e a realização da Conferência de Saúde do Distrito Federal devem ser custeadas com a dotação orçamentária consignada pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SESDF.

**Art. 10.** A Conferência de Saúde do Distrito Federal constitui instância preparatória para a Conferência Nacional de Saúde.

§ 1º Os delegados distritais para a Conferência Nacional devem ser escolhidos na Conferência de Saúde do Distrito Federal.



§ 2º A escolha dos delegados distritais observará a forma paritária, legalmente prevista, devendo cada RA do Distrito Federal estar representada, respeitando-se o critério da proporcionalidade.

### **CAPÍTULO III**

#### **DO CONSELHO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL**

**Art. 11.** O CSDF é órgão colegiado, de caráter permanente e deliberativo, integrante da estrutura organizacional da SESDF, com representação do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, cujas decisões, consubstanciadas em resoluções, devem ser homologadas pelo Secretário de Estado de Saúde do Distrito Federal.

Parágrafo único. O CSDF atua na formulação e proposição de estratégias, e no controle da execução das políticas de saúde, no âmbito do Distrito Federal, inclusive em seus aspectos econômico-financeiros e nas estratégias para a sua aplicação aos setores público e privado, respeitadas as demandas da população aprovadas na Conferência de Saúde do Distrito Federal

**Art. 12.** O CSDF é composto por vinte e oito conselheiros titulares, distribuídos de forma paritária, sendo:

I – quatorze representantes dos usuários;

II – sete representantes do governo e dos prestadores de serviços público e privado de saúde;

III – sete representantes dos profissionais de saúde.

§ 1º As quatorze vagas de usuários devem ser compostas por representantes de associações e entidades civis organizadas, devidamente constituídas e em funcionamento em prol dos interesses da sociedade.

§ 2º As sete vagas do governo e dos prestadores de serviços público e privado de saúde devem ser compostas por:

I – um representante dos hospitais privados;

Setor Protocolo Legislativo

PL Nº 1865 / 17

Folha Nº 04 mc



# CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL

GABINETE DO DEPUTADO BISPO RENATO ANDRADE



II – um representante da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde – FEPECS;

III – um representante do Hospital Universitário de Brasília da Universidade de Brasília – HUB/UnB ou dos Hospitais Militares das Forças Armadas em Brasília;

IV – três representantes da SESDF;

V – um representante da Fundação Hemocentro de Brasília – FHB/DF.

§ 3º As sete vagas de profissionais de saúde devem ser compostas, entre as representações de trabalhadores das diversas áreas, segmentos e categorias, por meio de entidades representativas de carreiras de nível superior e médio devidamente constituídas e em funcionamento em prol dos interesses da sociedade, observando-se a seguinte distribuição:

I – um representante de entidades médicas;

II – um representante de entidades de enfermeiros;

III – dois representantes das demais carreiras de saúde de nível superior;

IV – um representante de entidades dos técnicos e auxiliares de enfermagem;

V – um representante dos trabalhadores de saúde de nível médio;

VI – um representante dos trabalhadores das atividade-meio.

Setor Protocolo Legislativo

PL Nº 1865 / 11

§ 4º Cada membro conselheiro titular deve ter um suplente.

Folha Nº 05 MC

§ 5º O Secretário de Estado de Saúde do Distrito Federal é membro nato do CSDF, ocupando uma das vagas destinadas à SESDF.

§ 6º A ocupação de cargo efetivo ou comissionado do quadro de pessoal da SESDF e a vinculação a entidades de classe de profissionais de saúde constituem impedimento para a participação como conselheiro no CSDF, em vaga destinada aos usuários.

§ 7º A ocupação de cargo comissionado do quadro de pessoal da SESDF constitui impedimento para a participação como conselheiro no CSDF, em vaga destinada aos profissionais de saúde.



# CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL

GABINETE DO DEPUTADO BISPO RENATO ANDRADE



§ 8º Os conselheiros titulares e suplentes do CSDF lotados na SESDF têm garantia, pelo período de um ano após o término dos respectivos mandatos, de estabilidade e inamovibilidade.

§ 9º O Governador do Distrito Federal deve determinar a publicação, no Diário Oficial do Distrito Federal, dos nomes dos conselheiros titulares e suplentes do CSDF, após as devidas indicações pelos órgãos ou entidades competentes.

**Art. 13.** A participação no CSDF, na qualidade de conselheiro, é de caráter voluntário, de relevância pública, e não gera qualquer direito a vantagem ou remuneração.

§1º Os conselheiros, quando participarem de atividades do CSDF, devem ser dispensados do trabalho, sem perda de vencimentos ou vantagens, obrigando-se a apresentar declaração de presença emitida pela Secretaria Executiva do CSDF.

§2º É vedada a participação, como conselheiro do CSDF, de membro:

I – do Poder:

a) Legislativo;

b) Judiciário;

II – do Ministério Público.

Setor Protocolo Legislativo  
PL Nº 1865 / 17  
Folha Nº 06 M.C

**Art. 14.** O Presidente do CSDF deve ser eleito entre os conselheiros titulares, na primeira reunião plenária a se realizar após a posse, permitida a recondução uma única vez.

Parágrafo único. Quando ausente, o Presidente deve ser substituído por um conselheiro titular, aprovado pela maioria de votos dos conselheiros do CSDF.

**Art. 15.** Em caso de cometimento de falta grave, assim definida no Regimento Interno do CSDF, o Presidente pode ser destituído do cargo.

Parágrafo único. A destituição a que se refere o caput somente pode ocorrer após apuração e julgamento definitivo, em decisão proferida por, pelo menos, dois terços dos conselheiros titulares do CSDF.



# CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL

GABINETE DO DEPUTADO BISPO RENATO ANDRADE



**Art. 16.** O CSDF compõe-se de:

I – Plenário;

II – Mesa Diretora, integrada por representantes de cada segmento, respeitando-se a paridade a que se refere o art. 12, com mandato coincidente com o do Presidente;

III – Secretaria Executiva, com atribuições especificadas no Regimento Interno.

Parágrafo único. O Secretário Executivo, com função de suporte técnico-administrativo:

I – deve ser indicado pelo Secretário de Estado de Saúde do Distrito Federal, somente podendo exercer o cargo em caso de aprovação da indicação pelo Plenário do CSDF;

II – subordina-se ao Plenário do CSDF.

**Art. 17.** O CSDF deve:

I – criar comissões intersetoriais, nos termos dos arts. 12 a 14 da Lei federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

II – instalar comissões internas, comissões técnicas e grupos de trabalho de caráter temporário ou permanente.

Parágrafo único. As comissões e grupos de trabalho a que se referem os incisos I e II do caput destinam-se ao estudo de matérias que se insiram no âmbito de suas competências legais e regimentais, e à proposição da atuação do CSDF em relação a essas matérias.

**Art. 18.** O Poder Executivo do Distrito Federal, por meio da SESDF, deve garantir ao CSDF:

I – autonomia;

II – instalações físicas;

III – condições materiais;

IV – quadro de pessoal;

Setor Protocolo Legislativo

PL Nº 1865 / 17

Folha Nº 07 m.c



# CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL

GABINETE DO DEPUTADO BISPO RENATO ANDRADE



V – dotação orçamentária própria;

VI – capacitação dos conselheiros.

**Art. 19.** O orçamento do CSDF deve ser:

I – executado pela Secretaria Executiva;

II – gerenciado pela Mesa Diretora;

III – fiscalizado pelo Plenário.

§ 1º A dotação orçamentária para o CSDF deve ser prevista no Programa Anual de Saúde do Plano Distrital de Saúde.

§ 2º O CSDF deve prestar contas anualmente ao Tribunal de Contas do Distrito Federal – TCDF, mediante o encaminhamento de relatório ao TCDF até 31 de janeiro, sob pena de o Presidente e os membros da Mesa Diretora incorrerem em crime de responsabilidade.

**Art. 20.** O CSDF deve se reunir:

I – mensalmente, em caráter ordinário;

II – extraordinariamente, quando necessário.

**Art. 21.** As reuniões plenárias do CSDF devem:

I – ser abertas ao público;

II – constar de calendário divulgado:

a) no Diário Oficial do Distrito Federal;

b) na internet, em local de fácil visualização:

1) no site oficial do Governo do Distrito Federal;

2) no site oficial da SESDF.

**Art. 22.** As decisões do CSDF devem ser adotadas mediante quórum mínimo de votação da maioria absoluta de seus integrantes, ressalvados os casos regimentais nos quais se exija quórum mínimo de votação de maior número de integrantes.

Setor Protocolo Legislativo

PL Nº 1865 / 17

Folha Nº 08 mc



# CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL

GABINETE DO DEPUTADO BISPO RENATO ANDRADE



**Art. 23.** O mandato de conselheiro do CSDF, definido no Regimento Interno, não pode coincidir com o mandato do Governador do Distrito Federal.

**Art. 24.** O conselheiro do CSDF deve perder o mandato quando:

I – no período de um ano, faltar, injustificadamente, mais de três reuniões ordinárias consecutivas ou cinco alternadas;

II – o Plenário do CSDF decidir pela incompatibilidade de sua conduta com o decoro da função.

§ 1º A perda de mandato deve ser comunicada pelo Secretário Executivo do CSDF, no prazo de 5 dias, contados a partir da decisão:

I – ao conselheiro sancionado;

II – ao órgão ou entidade responsável pela indicação do conselheiro, nos termos do art. 12.

§ 2º O órgão ou entidade a que se refere o § 1º, II, deve indicar novo conselheiro no prazo de 15 dias, contados a partir da comunicação da perda de mandato.

§ 3º O descumprimento dos prazos a que se referem os §§ 1º e 2º deve ser sancionado nos termos do Regimento Interno, sem prejuízo da aplicação de outras sanções definidas na legislação.

**Art. 25.** O CSDF pode expedir, entre outros atos normativos:

I – resoluções;

II – recomendações;

III – moções.

§ 1º As resoluções devem ser homologadas pelo Governador do Distrito Federal, no prazo de 30 dias, contados a partir de seu recebimento.

§ 2º Decorrido o prazo mencionado no § 1º, sem a homologação ou o envio, pelo Governador, de proposta de alteração ou rejeição, a resolução deve ser considerada tacitamente homologada, não cabendo recurso ou contestação.

Setor Protocolo Legislativo  
PL Nº 1865 / 18  
Folha Nº 09 MC



# CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL

GABINETE DO DEPUTADO BISPO RENATO ANDRADE



§ 3º A proposta do Governador de alteração ou rejeição da resolução deve ser apreciada pelo CSDF na reunião imediatamente seguinte ao recebimento da proposta.

§ 4º O Poder Executivo do Distrito Federal deve garantir a acessibilidade da população ao histórico de atividades, à legislação e às notícias do CSDF:

I – em local de fácil visualização, no site oficial do Governo do Distrito Federal na internet;

II – no prazo de 180 dias, contados a partir da publicação desta Lei.

§ 5º O CSDF deve fornecer, ao Poder Executivo do Distrito Federal, as informações a que se refere o § 4º, nos seguintes prazos:

I – 90 dias, contados a partir da disponibilização do espaço no site oficial do Governo do Distrito Federal na internet, quanto à legislação existente até a referida data;

II – 1 dia, contado a partir da:

a) realização da atividade;

b) edição da legislação;

III – 15 minutos, contados a partir da ocorrência dos fatos que devem ser noticiados.

**Art. 26.** Compete ao CSDF, observados os princípios e diretrizes do SUS:

I – elaborar seu Regimento Interno;

II – receber e apreciar sugestões relativas ao Regimento Interno dos Conselhos Regionais de Saúde do Distrito Federal – CRSDF;

III – aprovar as diretrizes gerais da Política de Saúde do Distrito Federal e acompanhar a sua execução, observando as propostas aprovadas na Conferência de Saúde do Distrito Federal;

IV – conferir publicidade às informações a que se refere o art. 25;

V – apoiar e incentivar a mobilização e a articulação da sociedade na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS, com vistas ao fortalecimento da participação e do controle social;

Setor Protocolo Legislativo  
PL Nº 1865 / 11  
Folha Nº 10 m.c.

4



## CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL

GABINETE DO DEPUTADO BISPO RENATO ANDRADE



- VI – deliberar sobre os programas e as proposições legislativas atinentes à saúde, antes de serem encaminhados à Câmara Legislativa do Distrito Federal;
- VII – avaliar e deliberar sobre contratos e convênios, conforme as diretrizes do Plano Distrital de Saúde;
- VIII – estabelecer diretrizes e critérios operacionais relativos à localização e ao tipo de unidades prestadoras de serviços públicos e privados de saúde, segundo os critérios epidemiológicos;
- IX – acompanhar a execução financeira e a destinação dos recursos do Fundo de Saúde do Distrito Federal;
- X – fiscalizar e controlar a execução orçamentária, e deliberar sobre critérios de movimentação de recursos da saúde, incluindo os do Fundo de Saúde do Distrito Federal, os transferidos e os próprios do Distrito Federal e da União;
- XI – atuar, em caráter deliberativo, na formulação dos planos anuais e plurianuais de saúde, e avaliar os relatórios de gestão, no prazo de 90 dias, prorrogáveis por 30 dias, a contar da data de recebimento dos documentos correspondentes pela Secretaria Executiva;
- XII – representar, junto aos órgãos públicos de controle externo e interno, caso o Secretário de Estado de Saúde do Distrito Federal descumpra os prazos regimentais para o envio dos relatórios de gestão;
- XIII – propor diretrizes para a elaboração dos planos de saúde, em função das diversas situações epidemiológicas, dos resultados das pesquisas realizadas no ano anterior e da capacidade organizacional dos serviços;
- XIV – articular com os Comitês de Ética em Pesquisa – CEP instalados no Distrito Federal, indicando representantes de usuários nesses comitês e acompanhando sua atuação;
- XV – requerer, estimular e apoiar os estudos e as pesquisas sobre assuntos da área de saúde, de interesse para o desenvolvimento do SUSDF;



## CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL

GABINETE DO DEPUTADO BISPO RENATO ANDRADE



XVI – convocar extraordinariamente, nos termos do art. 215, § 1º, da Lei Orgânica do Distrito Federal, a Conferência de Saúde do Distrito Federal;

XVII – apoiar o processo eleitoral dos CRSDF;

XVIII – emitir Aviso Público de convocação de eleição e constituir comissão eleitoral no prazo de até 60 dias antes da data de encerramento de cada mandato;

XIX – aprovar, acompanhar e avaliar a Política de Gestão de Trabalho do SUS;

XX – requisitar aos órgãos da SESDF informações ou documentos para o cumprimento de suas atribuições;

XXI – realizar bianualmente, entre os meses de abril e junho, pesquisas com indicadores quantitativos e qualitativos dos serviços de saúde prestados à população, obedecendo o rigor metodológico de pesquisa científica, com divulgação dos resultados e proposição de melhorias;

XXII – promover diligências para fiscalizar, quando necessário, as unidades da SESDF.

§ 1º O CSDF atua como um dos protagonistas na elaboração do Plano Distrital de Saúde, considerando-se os Planos Regionais de Saúde, devendo:

I – implementar as diretrizes da política de saúde e as deliberações das Conferências de Saúde;

II – zelar pelo cumprimento das disposições do art. 198, § 2º, II e III, da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988;

III – executar as ações programadas e citadas nas normas regulamentadoras do SUS, priorizando a atenção primária de saúde;

IV – observar os resultados das pesquisas a que se refere o inciso XXI do caput deste artigo, cujos indicadores devem nortear as ações no sentido de identificar e solucionar as fragilidades prioritárias da rede.

§ 2º Para dar cumprimento ao estabelecido no inciso XI do caput deste artigo, o Secretário de Estado de Saúde do Distrito Federal deve enviar o relatório de gestão,

Setor Protocolo Legislativo  
PC Nº 1865 / 17  
Folha Nº 12 D.C.



à Secretaria Executiva do CSDF, até o dia 30 de abril do ano seguinte ao da execução orçamentária.

§ 3º Nas hipóteses de inexecução das ações programadas, de descumprimento de metas ou de inexecução de recursos conforme previsto no Plano Distrital de Saúde, o relatório de gestão deve ser instruído pelo gestor com notas explicativas, acompanhado de parecer conclusivo do Sistema de Auditoria do SUSDF, consignando-se:

I – as razões de inexecução das ações programadas, de descumprimento de metas ou de inexecução de recursos;

II – o plano de adequação de ações e metas, com orçamento e cronograma definidos.

§ 4º O CSDF, em seu parecer sobre os relatórios de gestão, manifestar-se-á, no mínimo, sobre:

I – o cumprimento das disposições do art. 198, § 2º, II e III, da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988;

II – a execução das ações programadas no Plano Distrital de Saúde e o cumprimento das respectivas metas;

§ 5º O CSDF deve enviar cópia do parecer a que se refere o § 4º, a cada CRSDF, no prazo de 10 dias, contados a partir da elaboração do parecer.

#### **CAPÍTULO IV**

#### **DOS CONSELHOS REGIONAIS DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL**

**Art. 27.** Os CRSDF, de caráter permanente e deliberativo, órgãos colegiados, com representação do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, devem atuar na formulação, execução, controle e fiscalização da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, em cada RA, conforme art. 215, § 3º, da Lei Orgânica do Distrito Federal.

**Art. 28.** Os CRSDF devem ter composição paritária, com:

Setor Protocolo Legislativo  
PL Nº 1865 / 17  
Folha Nº 13 m.c



# CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL

GABINETE DO DEPUTADO BISPO RENATO ANDRADE



I – 50% de representantes de usuários;

II – 25% de representantes do governo e dos prestadores de serviços público e privado de saúde;

III – 25% de representantes dos profissionais de saúde.

§ 1º A representatividade deve ser definida pelo Regimento Interno de cada conselho regional, em conformidade com a Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

§ 2º Os representantes de usuários e profissionais de saúde nos CRSDF devem ser eleitos por seus pares, em assembleia especialmente convocada, pelo respectivo conselho regional, para a eleição.

§ 3º Os membros do CRSDF devem ser nomeados, pelo Governador do Distrito Federal, por meio de decreto.

**Art. 29.** Os CRSDF compõem-se de:

I – Plenário;

II – Secretaria Executiva, com atribuições especificadas no Regimento Interno.

**Art. 30.** A participação nos CRSDF, na qualidade de conselheiro, é de caráter voluntário, de relevância pública, e não gera qualquer direito a vantagem ou remuneração.

§ 1º Os conselheiros, quando participarem de atividades dos CRSDF, devem ser dispensados do trabalho, sem perda de vencimentos ou vantagens, obrigando-se a apresentar declaração de presença emitida pela Secretaria Executiva do respectivo conselho regional.

§ 2º Os conselheiros regionais de saúde lotados na SESDF têm garantia, pelo período de um ano após o término dos respectivos mandatos, de estabilidade e inamovibilidade.

Setor Protocolo Legislativo

PL Nº 1865 / 17

Folha Nº 14 mc



# CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL

GABINETE DO DEPUTADO BISPO RENATO ANDRADE



**Art. 31.** O Presidente do CRSDF deve ser eleito entre os conselheiros titulares, na primeira reunião plenária a se realizar após a posse, permitida a recondução uma única vez.

Parágrafo único. Quando ausente, o Presidente deve ser substituído por um conselheiro titular, aprovado pela maioria de votos dos conselheiros do CRSDF.

**Art. 32.** O Poder Executivo do Distrito Federal, por meio dos gestores regionais de saúde, deve garantir aos CRSDF:

- I – autonomia;
- II – instalações físicas;
- III – condições materiais;
- IV – quadro de pessoal;
- V – dotação orçamentária própria;
- VI – capacitação dos conselheiros.

**Art. 33.** O orçamento dos CRSDF deve ser gerido pela Secretaria Executiva e fiscalizado pelo Plenário do respectivo conselho.

§ 1º A dotação orçamentária para o CRSDF deve ser prevista no Plano Regional de Saúde proposto no ano anterior, para execução no ano corrente.

§ 2º O CRSDF deve prestar contas anualmente ao CSDF e ao TCDF, mediante o encaminhamento de relatório a ambos os órgãos até 31 de janeiro, sob pena de o Presidente incorrer em crime de responsabilidade.

**Art. 34.** Os CRSDF devem se reunir:

- I – mensalmente, em caráter ordinário;
- II – extraordinariamente, quando necessário.

Parágrafo único. As reuniões extraordinárias devem ser convocadas por solicitação:

- I – da maioria absoluta dos conselheiros do CRSDF;
- II – do gestor regional de saúde.

Setor Protocolo Legislativo

PL Nº 18651 IX

Folha Nº 15 mc



# CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL

GABINETE DO DEPUTADO BISPO RENATO ANDRADE



**Art. 35.** As reuniões dos CRSDF devem ser:

- I – ampla e previamente divulgadas;
- II – abertas ao público, que tem direito a voz.

**Art. 36.** As decisões dos CRSDF devem ser adotadas mediante quórum mínimo de votação da maioria absoluta dos integrantes do respectivo conselho, ressalvados os casos regimentais nos quais se exija quórum mínimo de votação de maior número de integrantes.

**Art. 37.** O mandato de conselheiro dos CRSDF, definido no Regimento Interno, não pode coincidir com o mandato do Governador do Distrito Federal.

**Art. 38.** O conselheiro do CRSDF deve perder o mandato quando:

- I – no período de um ano, faltar, injustificadamente, mais de três reuniões ordinárias consecutivas ou cinco alternadas;
- II – o Plenário do respectivo conselho decidir pela incompatibilidade de sua conduta com o decoro da função.

§ 1º A perda de mandato deve ser comunicada pelo Secretário Executivo do CRSDF, no prazo de 5 dias, contados a partir da decisão:

Setor Protocolo Legislativo

PL Nº 1865 / IX

Folha Nº 16 mc

I – ao conselheiro sancionado;

II – ao órgão ou entidade responsável pela indicação do conselheiro, nos termos do art. 28.

§ 2º O órgão ou entidade a que se refere o § 1º, II, deve indicar novo conselheiro no prazo de 15 dias, contados a partir da comunicação da perda de mandato.

§ 3º O descumprimento dos prazos a que se referem os §§ 1º e 2º deve ser sancionado nos termos do Regimento Interno, sem prejuízo da aplicação de outras sanções definidas na legislação.

**Art. 39.** Os gestores regionais de saúde devem apresentar, a cada trimestre, um relatório das atividades executadas, a ser apreciado pelo respectivo CRSDF.



# CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL

GABINETE DO DEPUTADO BISPO RENATO ANDRADE



§ 1º O descumprimento da obrigação a que se refere o caput deste artigo acarreta a imediata perda do mandato.

§ 2º O CRSDF deve encaminhar a ata da reunião de apreciação do relatório trimestral ao CSDF, no prazo de 10 dias, contados a partir da reunião, comunicando a presença ou não do gestor regional de saúde, bem como a satisfatória apresentação do relatório de atividades executadas e o cumprimento do disposto nesta Lei.

§ 3º Na hipótese de constatação de cometimento de ilicitude por gestor regional de saúde, o CSDF deve, no prazo de 10 dias, contados a partir do recebimento da ata a que se refere o § 2º, comunicar o fato ao Poder Executivo do Distrito Federal.

§ 4º Na hipótese de comprovação de cometimento de ilicitude, o Poder Executivo do Distrito Federal deve publicar, no Diário Oficial distrital, no prazo de 5 dias, contados a partir da data da decisão, a exoneração do gestor regional de saúde.

**Art. 40.** Compete aos CRSDF:

Setor Protocolo Legislativo

PL Nº 1865 / 17

Folha Nº 17 MC

I – elaborar, entre outras normas, o Regimento Interno;

II – apoiar e incentivar a mobilização e a articulação da sociedade na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS, com vistas ao fortalecimento da participação e do controle social;

III – estabelecer diretrizes e participar da elaboração do Plano Regional de Saúde, devendo, ainda, sobre ele deliberar, considerando a situação epidemiológica e a capacidade operacional dos serviços;

III – discutir, elaborar e aprovar propostas de operacionalização, na RA, das diretrizes aprovadas na Conferência de Saúde do Distrito Federal;

IV – acompanhar, controlar e fiscalizar a execução da política de saúde na RA correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros;

V – acompanhar a gestão e articular ações integradas com órgãos e entidades da administração pública direta e indireta, como, entre outros:

a) da seguridade social;

A



# CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL

GABINETE DO DEPUTADO BISPO RENATO ANDRADE



- b) do meio ambiente;
- c) de proteção aos idosos, crianças e adolescentes;
- d) da educação;
- e) do Poder Judiciário;
- VI – examinar e acompanhar denúncias de irregularidades;
- VII – responder, no seu âmbito, a consultas sobre assuntos pertinentes às ações e aos serviços de saúde;
- VIII – receber e encaminhar propostas da comunidade referentes à organização e funcionamento das unidades de saúde da regional correspondente;
- IX – apreciar recursos a respeito de deliberações do conselho, nas suas respectivas regionais;
- X – divulgar as funções, competências, atividades e decisões dos conselhos regionais, inclusive informações sobre pauta, data e local das reuniões;
- XI – apoiar e promover medidas educativas para o fortalecimento do controle social;
- XII – acompanhar a política regional para os recursos humanos do SUS;
- XIII – acompanhar a implementar as deliberações constantes do relatório das reuniões plenárias;
- XIV – realizar, entre outras atividades indispensáveis ao adequado desempenho das funções do conselho:
  - a) pesquisas;
  - b) visitas a:
    - 1) órgãos e entidades da administração pública direta e indireta, inclusive unidades de saúde, Poder Legislativo, Poder Judiciário, Ministério Público, Tribunal de Contas;
    - 2) pessoas físicas;
    - 3) pessoas jurídicas de direito privado.

Setor Protocolo Legislativo  
PL Nº 1865 / 17  
Folha Nº 18 mc



**CAPÍTULO V**

**DOS CONSELHOS GESTORES DE UNIDADES DE SAÚDE**

**Art. 41.** Os Conselhos Gestores de Unidades de Saúde do Distrito Federal – CGUSDF, de caráter permanente e deliberativo, órgãos colegiados, devem atuar, nas suas respectivas áreas de abrangência, com proposições de medidas para aperfeiçoar o planejamento, a organização, a avaliação e o controle das ações e serviços das unidades de saúde, procedendo à execução das providências, recomendações e decisões em consonância com os CRSDF.

**Art. 42.** Os CGUSDF devem ter composição paritária, com:

Setor Protocolo Legislativo  
PL Nº 1865 / 17  
Folha Nº 19 mc

I – 50% de representantes de usuários;

II – 25% de representantes da gestão da unidade de saúde correspondente;

III – 25% de representantes dos profissionais de saúde.

§ 1º Cada CGUSDF deve ter, no mínimo, 4 e, no máximo, 16 membros.

§ 2º Os representantes de usuários e profissionais de saúde devem ser eleitos por seus pares, em assembleia especialmente convocada para a eleição.

§ 3º O edital de concorrência à vaga de conselheiro deve ser divulgado, em local público e de fácil acesso, com, no mínimo, 30 dias de antecedência da eleição.

§ 4º Os membros dos CGUSDF devem ser nomeados, pelo Governador do Distrito Federal, por meio de decreto.

§ 5º O conselheiro não pode sofrer restrições ou deparar com obstáculos para exercer seu mandato e as atividades a ele inerentes, inclusive visitas a órgãos, entidades, reuniões e demais atos constantes de memorando emitido pelo CGUSDF.

**Art. 43.** Os membros dos CGUSDF têm mandato de 2 anos, podendo ser reconduzidos uma única vez.

§ 1º A participação nos CGUSDF, na qualidade de conselheiro, é de caráter voluntário, de relevância pública, e não gera qualquer direito a vantagem ou remuneração.



## CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL

GABINETE DO DEPUTADO BISPO RENATO ANDRADE



§ 2º Os conselheiros, quando participarem de atividades dos CGUSDF, devem ser dispensados do trabalho, sem perda de vencimentos ou vantagens, obrigando-se a apresentar declaração de presença emitida pelo secretário do respectivo conselho gestor.

**Art. 44.** O CGUSDF deve ter um presidente e um secretário, eleitos entre seus pares na primeira reunião.

§ 1º Compete ao:

I – presidente convocar e coordenar as reuniões do CGUSDF;

II – secretário:

a) registrar as reuniões;

b) garantir mecanismos efetivos de comunicação entre o CGUSDF e os usuários da unidade de saúde correspondente.

§ 2º O Poder Executivo do Distrito Federal, por meio dos gestores regionais e locais de saúde, deve garantir aos CGUSDF:

I – autonomia;

II – instalações físicas;

III – condições materiais;

IV – quadro de pessoal;

V – insumos;

VI – capacitação dos conselheiros.

§ 3º As medidas a que se refere o § 2º devem ser providenciadas, mediante recursos da SESDF, pela unidade de saúde correspondente, sob pena de aplicação, aos gestores regionais e locais de saúde, das sanções legalmente previstas.

**Art. 45.** Os CGUSDF devem se reunir:

I – mensalmente, em caráter ordinário;

II – extraordinariamente, quando necessário.

Setor Protocolo Legislativo

PL Nº 1865 / 17

Folha Nº 20 MC



# CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL

GABINETE DO DEPUTADO BISPO RENATO ANDRADE



Parágrafo único. As reuniões extraordinárias devem ser convocadas por solicitação da maioria absoluta dos conselheiros do CGUSDF.

**Art. 46.** As reuniões dos CGUSDF devem ser:

- I – ampla e previamente divulgadas;
- II – abertas ao público, que tem direito a voz.

**Art. 47.** As decisões dos CGUSDF devem ser:

- I – adotadas mediante quórum mínimo de votação da maioria absoluta dos integrantes do respectivo conselho, ressalvados os casos regimentais nos quais se exija quórum mínimo de votação de maior número de integrantes;
- II – divulgadas, em local de fácil visualização, na unidade de saúde correspondente;
- III – encaminhadas, para apreciação, ao Plenário do CRSDF da sua área de abrangência.

**Art. 48.** A coordenação geral deve apresentar, a cada trimestre, um relatório das atividades executadas pelas unidades de saúde, a ser apreciado pelos CGUSDF e CRSDF.

**Art. 49.** Compete aos CGUSDF:

- I – apoiar e incentivar a mobilização e a articulação da sociedade na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS, com vistas ao fortalecimento da participação e do controle social na gestão da unidade de saúde correspondente;
- III – discutir, elaborar e aprovar propostas de operacionalização, na unidade de saúde correspondente, das diretrizes aprovadas na Conferência de Saúde do Distrito Federal;
- IV – acompanhar, controlar e fiscalizar a execução da política de saúde na unidade de saúde correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros;
- V – articular ações intersetoriais com, entre outros órgãos e entidades:

a) escolas;

b) conselhos tutelares;

Setor Protocolo Legislativo  
PL Nº 1865 / 17  
Folha Nº 21 mc



c) associações;

d) entidades relacionadas com idosos, crianças e adolescentes;

VI – encaminhar, ao Plenário do CRSDF da sua área de abrangência, denúncias da comunidade referentes a irregularidade na organização e no funcionamento de unidade de saúde;

VII – responder, no seu âmbito, a consultas sobre assuntos pertinentes às ações e aos serviços relacionados a suas correspondentes unidades de saúde;

VII – divulgar as funções, competências, atividades e decisões dos conselhos gestores, inclusive informações sobre pauta, data e local das reuniões.

## **CAPÍTULO VI**

### **DA ELEIÇÃO DOS GESTORES DAS UNIDADES DE SAÚDE**

**Art. 50.** A gestão das unidades de saúde do Distrito Federal deve ser desempenhada mediante escolha em eleição, por voto direto e secreto, com participação privativa dos usuários e profissionais de saúde da unidade correspondente.

**Art. 51.** O processo eleitoral deve observar o seguinte:

I – inscrição das chapas e dos planos de trabalho para gestão da unidade de saúde;

II – ampla divulgação, junto à comunidade, das chapas inscritas;

III – votação pelos usuários e profissionais de saúde da unidade correspondente;

IV – nomeação dos eleitos pelo Governador do Distrito Federal;

V – participação dos eleitos em curso de gestão oferecido pela SESDF, visando à qualificação para o exercício do cargo;

VI – regulamentação única para toda SESDF;

VII – coordenação por comissão eleitoral central:

a) designada:

1) pelos CRSDF;

2) pelo CSDF;

4  
Setor Protocolo Legislativo  
PL Nº 1865 / 17  
Folha Nº 22 m.c.



## CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL

GABINETE DO DEPUTADO BISPO RENATO ANDRADE



b) constituída de:

- 1) 3 representantes da SESDF;
- 2) 3 representantes do sindicato dos servidores da carreira da saúde do Distrito Federal;
- 3) 6 representantes de usuários.

§ 1º Os planos de trabalho a que se refere o inciso I do caput deste artigo:

I – são condição indispensável para a habilitação dos candidatos aos cargos de diretor e vice-diretor;

II – devem:

a) ser apresentados pelas chapas inscritas aos usuários e profissionais de saúde da unidade correspondente, em reunião pública convocada pela comissão eleitoral local;

b) explicitar:

- 1) os aspectos relativos à organização da unidade, incluindo objetivos e metas para a melhoria da qualidade da saúde da população;
- 2) as iniciativas para a participação da comunidade no acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações de saúde, inclusive os aspectos administrativos e financeiros.

§ 2º Aplica-se à comissão a que se refere o inciso VII do caput deste artigo o seguinte:

I – os representantes dos segmentos dos profissionais de saúde e dos usuários devem ser escolhidos entre os membros dos respectivos segmentos dos CRSDF;

II – os candidatos a gestor das unidades de saúde não podem compor a comissão;

III – são atribuições da comissão:

a) estabelecer a regulamentação única a que se refere o inciso VI do caput deste artigo e acompanhar sua implementação;

b) organizar o processo eleitoral;

Setor Protocolo Legislativo  
PL Nº 1865 / 17  
Folha Nº 23 MC



## CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL

GABINETE DO DEPUTADO BISPO RENATO ANDRADE



c) atuar como instância recursal das decisões das comissões eleitorais locais.

§ 3º Em cada unidade de saúde deve haver uma comissão eleitoral local:

I – constituída paritariamente por representantes:

a) dos usuários;

b) da gestão da unidade de saúde correspondente e dos profissionais de saúde;

II – com as seguintes atribuições:

a) inscrever os candidatos a gestor da unidade de saúde correspondente;

b) organizar as apresentações e os debates dos planos de trabalho a que se refere o inciso I do caput deste artigo;

c) divulgar edital com:

1) a lista de candidatos;

2) data, horário e local de votação;

3) prazos para a apuração dos resultados e para a interposição de recursos;

d) designar:

1) mesários;

2) escrutinadores;

e) credenciar fiscais indicados pelos respectivos candidatos ou chapas concorrentes;

f) providenciar a confecção das cédulas eleitorais;

g) cumprir e fazer cumprir as normas estabelecidas no regimento eleitoral;

h) homologar a lista a que se refere o art. 57 desta Lei.

§ 4º O CGUSDF da unidade de saúde correspondente deve designar os representantes da comissão a que se refere o § 3º deste artigo.

**Art. 52.** Os cargos de gestor das unidades de saúde do Distrito Federal são privativos de servidores ativos da SESDF que:

I – comprovem:

Setor Protocolo Legislativo

PL Nº 1865 / 17

Folha Nº 24 mc



## CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL

GABINETE DO DEPUTADO BISPO RENATO ANDRADE



a) ter:

- 1) experiência no SUSDF como servidor efetivo há, no mínimo, 3 anos;
- 2) disponibilidade para o cumprimento do regime de 40 horas semanais, com dedicação exclusiva para o cargo;

b) estar em exercício em unidade de saúde vinculada à regional de saúde na qual concorre;

c) possuir diploma de curso superior, alternativamente:

- 1) em gestão de saúde;
- 2) nas profissões da área de saúde, com formação secundária em gestão ou experiência comprovada na área;

II – assumam o compromisso de, após a investidura no cargo, frequentar o curso a que se refere o art. 51, V.

§ 1º A candidatura aos cargos de gestor fica restrita, em cada eleição, a uma única unidade de saúde, preferencialmente a que o servidor esteja atuando ou tenha atuado.

§ 2º Não podem concorrer os candidatos inelegíveis, nos termos do art. 1º, I, da Lei Complementar federal nº 64, de 18 de maio de 1990.

**Art. 53.** Os gestores das unidades de saúde do Distrito Federal eleitos nos termos desta Lei têm mandato de 3 anos, com início em 2 de janeiro do ano seguinte à eleição, permitida a reeleição para um único período subsequente.

**Art. 54.** As eleições gerais para gestores das unidades de saúde devem:

I – ocorrer em:

- a) novembro;
- b) dias úteis;

Setor Protocolo Legislativo  
PL Nº 1865 / 17  
Folha Nº 25 m.c

II – ser convocadas, por meio de edital publicado no Diário Oficial do Distrito Federal, pela SESDF;



## CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL

GABINETE DO DEPUTADO BISPO RENATO ANDRADE



III – ter ampla divulgação.

**Art. 55.** No caso de inexistência de candidato devidamente habilitado para compor chapa eletiva, a direção da unidade de saúde será indicada pela SESDF, devendo:

I – o processo eleitoral realizar-se em até 120 dias, contados a partir da indicação;

II – o gestor eleito ocupar o cargo até a data da posse dos candidatos eleitos na eleição geral seguinte.

Parágrafo único. Na hipótese de a eleição para gestor da unidade de saúde restar infrutífera na segunda tentativa, a equipe indicada pela SESDF deve dirigir a unidade até a data da posse dos candidatos eleitos na eleição geral seguinte.

**Art. 56.** Os gestores das unidades de saúde criadas após a publicação desta Lei devem ser indicados pela SESDF, devendo:

I – o processo eleitoral realizar-se em até 180 dias, contados a partir da indicação;

II – a direção eleita exercer os cargos até a data da posse dos candidatos eleitos na eleição geral seguinte.

**Art. 57.** Os eleitores de cada segmento constarão de lista:

I – elaborada pela secretaria da unidade de saúde;

II – que deve ser:

a) encaminhada:

1) às comissões a que se referem o inciso VII do caput e o § 3º do art. 51;

2) quando solicitado, ao respectivo CRSDF;

b) publicada pela comissão a que se refere o § 3º do art. 51, em prazo não inferior a 20 dias da data da eleição.

**Art. 58.** O quórum mínimo de presença na votação para a eleição de gestor, em cada unidade de saúde, é de:

I – 60% para o conjunto constituído pelos profissionais de saúde vinculados à unidade;

Setor Protocolo Legislativo  
PL Nº 1865 / 17  
Folha Nº 26 MC

4



## CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL

GABINETE DO DEPUTADO BISPO RENATO ANDRADE



II – 60% para o conjunto constituído pelos usuários cadastrados na unidade de saúde correspondente.

§ 1º Os votos devem ser computados, paritariamente, da seguinte forma:

I – metade para o conjunto a que se refere o inciso I do caput deste artigo;

II – metade para o conjunto a que se refere o inciso II do caput deste artigo.

§ 2º Na hipótese de empate, deve ter precedência, sequencialmente, a chapa cujos candidatos tenham, juntos, maior:

I – tempo de efetivo exercício na unidade de saúde para a qual estejam concorrendo;

II – idade.

§ 3º Não atingido o quórum a que se refere o caput deste artigo:

I – os gestores da unidade de saúde devem ser indicados pela SESDF;

II – nova eleição deve ser realizada, no prazo de 60 dias, contados a partir da data da indicação a que se refere o inciso I deste parágrafo.

§ 4º Realizada a eleição a que se refere o § 3º, II, e persistindo a falta de quórum, a SESDF deve indicar, novamente, a gestão da unidade de saúde, podendo repetir a escolha anterior.

§ 5º Os gestores a que se referem o § 3º, I e II, e o § 4º deste artigo devem exercer os cargos até a data da posse dos candidatos eleitos na eleição geral seguinte.

**Art. 59.** Na campanha eleitoral, são vedados:

I – propaganda de caráter político-partidário;

II – atividades de campanha antes do prazo estipulado pela comissão a que se refere o inciso VII do caput do art. 51;

III – distribuição de brindes, inclusive camisetas;

IV – remuneração ou compensação financeira de qualquer natureza;

V – ameaça, coerção ou qualquer outra forma de cerceamento da liberdade.

Setor Protocolo Legislativo

PL Nº 1865 / 17

Folha Nº 27 m.c.

4



## CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL

GABINETE DO DEPUTADO BISPO RENATO ANDRADE



**Art. 60.** Sem prejuízo da aplicação das demais sanções previstas na legislação, o infrator que incidir nas vedações dispostas no art. 59 deve ser punido com:

- I – advertência escrita, no caso previsto no inciso II;
- II – suspensão das atividades de campanha por até 5 dias, contados a partir da notificação da decisão, no caso previsto no inciso III;
- III – perda das prerrogativas a que se refere o art. 65, no caso de reincidência das infrações previstas nos incisos II e III;
- IV – exclusão do processo eleitoral:
  - a) nos casos previstos nos incisos I e IV;
  - b) no caso de reincidência das infrações previstas nos incisos II e III, desde que a sanção prevista no inciso III do caput deste artigo já tenha sido aplicada;
- V – proibição de participar, como candidato, dos processos eleitorais a se refere esta Lei pelo período de 6 anos, contados a partir da notificação da decisão, no caso previsto no inciso V.

§ 1º A aplicação das sanções é atribuição da comissão a que se refere o:

- I – § 3º do art. 51, nas hipóteses dos incisos I e II deste artigo;
- II – inciso VII do caput do art. 51, nas demais hipóteses.

§ 2º As sanções aplicadas pela comissão a que se refere o:

- I – § 3º do art. 51 podem ser objeto de recurso para a comissão a que se refere o inciso VII do caput do art. 51;
- II – inciso VII do caput do art. 51 podem ser objeto de recurso para o Secretário de Estado de Saúde do Distrito Federal.

§ 3º Os recursos devem ser:

- I – interpostos na comissão que proferir a decisão recorrida, a qual pode reconsiderá-la ou encaminhar o recurso ao órgão ou autoridade recursal competente;
- II – recebidos com a imediata atribuição de efeito suspensivo à decisão recorrida;

Setor Protocolo Legislativo

PL Nº 1865 / 17

Folha Nº 28 m.c.



## CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL

GABINETE DO DEPUTADO BISPO RENATO ANDRADE



III – analisados e julgados no prazo máximo de 3 dias úteis, contados a partir do recebimento do recurso:

I – pela comissão que proferir a decisão recorrida;

I – pelo órgão ou autoridade recursal competente.

**Art. 61.** A exoneração dos gestores das unidades de saúde do Distrito Federal somente pode ocorrer:

I – motivadamente;

II – após processo administrativo, nos termos dos arts. 211 a 267 da Lei Complementar nº 840, de 23 de dezembro de 2011, e do disposto neste artigo.

§ 1º O processo administrativo deve ser iniciado:

I – a partir de requerimento encaminhado, com a assinatura da maioria absoluta dos integrantes de cada segmento a que se refere o art. 42, I, II e III, ao presidente do CGUSDF com abrangência sobre a unidade de saúde do gestor;

II – após autorização do Plenário do CGUSDF, que deve se reunir em até 15 dias, contados a partir da data do recebimento do requerimento a que se refere o inciso I deste parágrafo.

§ 2º É exigido quórum mínimo de maioria:

I – absoluta dos integrantes de cada segmento a que se refere o art. 42, I, II e III, para o início da reunião do Plenário do CGUSDF;

II – simples dos integrantes do CGUSDF, para a deliberação do Plenário.

§ 3º O CRSDF da respectiva área de abrangência deve coordenar a reunião do Plenário do CGUSDF.

§ 4º Após deliberação favorável do Plenário do CGUSDF, a exoneração do gestor será recomendada ao Governador do Distrito Federal, que deve determinar a imediata instauração do processo administrativo.

**Art. 62.** Em caso de vacância do cargo de gestor da unidade de saúde:

Setor Protocolo Legislativo  
PL Nº 1865 / 17  
Folha Nº 29 mc

4



## CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL

GABINETE DO DEPUTADO BISPO RENATO ANDRADE



I – antes de completados 2/3 do mandato, a SESDF convocará nova eleição, no prazo de 20 dias, devendo o eleito ocupar o cargo até o final do período do mandato do antecessor;

II – após completados 2/3 do mandato, o segundo colocado na eleição deve assumir o cargo, ocupando-o até o final do período do mandato do antecessor.

Parágrafo único. Na hipótese de impossibilidade de o segundo colocado, a que se refere o inciso II do caput deste artigo, assumir o cargo, o conselho de saúde da correspondente regional deve indicar servidor para o substituir, observados:

I – o disposto no art. 52;

II – a duração temporal do mandato do antecessor.

### CAPÍTULO VII

#### DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

**Art. 63.** Esta Lei aplica-se às unidades de saúde mantidas pela SESDF, na forma do regulamento.

**Art. 64.** A SESDF deve:

I – promover ampla divulgação dos processos eletivos;

II – oferecer cursos de qualificação de, no mínimo, 200 horas de duração aos gestores eleitos, abordando os aspectos políticos, administrativos, financeiros e sociais da saúde no Distrito Federal.

**Art. 65.** O candidato deve ser liberado:

I – da metade da jornada diária de trabalho, duas vezes por semana, nas quatro semanas que antecedem o pleito eleitoral;

II – da jornada de trabalho, nas vinte e quatro horas antecedentes ao pleito eleitoral.

**Art. 66.** As primeiras eleições gerais para a escolha dos gestores das unidades de saúde do Distrito Federal devem ocorrer em novembro do ano seguinte ao da publicação desta Lei.

Setor Protocolo Legislativo

PL Nº 1865 / 17

Folha Nº 30 MC



# CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL

GABINETE DO DEPUTADO BISPO RENATO ANDRADE



Parágrafo único. A direção das unidades de saúde deve coordenar, nas primeiras eleições gerais, o processo de formação da comissão a que se refere o § 3º do art. 51.

**Art. 67.** Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

**Art. 68.** Revogam-se as disposições em contrário, em especial:

I – os arts. 1º e 3º da Lei nº 70, de 22 de dezembro de 1989;

II – a Lei nº 469, de 25 de junho de 1993;

III – a Lei nº 2.413, de 29 de junho de 1999;

IV – a Lei nº 3.245, de 11 de dezembro de 2003;

V – a Lei nº 4.577, de 16 de junho de 2011.

VI – a Lei nº 4.604, de 15 de julho de 2011.

## JUSTIFICAÇÃO

Setor Protocolo Legislativo

PL Nº 1865 / 17

Folha Nº 31 m.c.

O presente projeto de lei objetiva efetivar, entre outros, o direito constitucional da população à saúde (art. 204 da Lei Orgânica do Distrito Federal – LODF), o direito constitucional da população de participar das ações e serviços públicos de saúde (inciso III do art. 205 da LODF), e os princípios constitucionais da legalidade, da impessoalidade, da moralidade, da publicidade, da razoabilidade, da motivação, da transparência, da eficiência e do interesse público (caput do art. 19 da LODF).

É notório o caos por que passa hoje, no Distrito Federal, um dos principais serviços que o Poder Público deve prestar à sociedade: a saúde. De acordo com matéria disponibilizada, em março deste ano de 2017, no site do Correio Braziliense

“Com graves falhas, saúde pública sofre até com infestação de piolhos

Documento elaborado pelo Ministério Público e por conselhos regionais ligados ao setor, detalha as principais falhas do sistema no DF. Entre elas, desabastecimento, má distribuição dos profissionais e infestação de insetos

postado em 06/03/2017 06:01 / atualizado em 06/03/2017 11:46



# CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL



GABINETE DO DEPUTADO BISPO RENATO ANDRADE

Otávio Augusto

O caos na saúde pública da capital federal degingolou de tal forma o serviço que pacientes e servidores estão expostos a riscos extremos. Há falhas graves, como infestação de piolhos e baratas em centros cirúrgicos, armazenamento inadequado de medicamentos e risco nas estruturas dos prédios. A conclusão aparece no Relatório de Fiscalização de Hospitais, produzido pelo Ministério Público do Distrito Federal e Territórios (MPDFT), em conjunto com os conselhos regionais de Medicina, Enfermagem, Odontologia, Farmácia, Engenharia e Agronomia. O levantamento, realizado durante sete meses, fiscalizou oito hospitais da rede.

As 971 páginas do estudo também revelam mais carências, como má distribuição dos profissionais, tecnologias obsoletas e falta de manutenção em equipamentos. De março a outubro de 2016, os hospitais regionais de Taguatinga (HRT), do Gama, de Sobradinho, da Asa Norte (Hran), de Ceilândia (HRC) e do Paranoá, além do Hospital Materno-Infantil de Brasília (Hmib) e do Hospital de Base (HBDF), passaram por ampla fiscalização.

A devassa gerou uma série de recomendações (leia Falhas). O MPDFT deve propor, nas próximas semanas, Termos de Ajuste de Conduta (TACs) à Secretaria de Saúde de modo que normalize, ou pelo menos atenuar, o caos nos hospitais. Medidas mais severas não são descartadas. Emergências, enfermarias, farmácias, unidades de terapia intensiva (UTI), centros cirúrgicos, serviços de obstetria e pediátricos centralizam a maior parcela dos problemas. Os ambientes, considerados insalubres, fazem parte de um diagnóstico conhecido dos brasilienses.

O relatório detalha a situação dos hospitais. No HRC, houve uma infestação de piolhos de pombos no centro obstétrico, o que obrigou o fechamento do local. No Hran, 77 pacientes estavam internados em um espaço com capacidade para 24. A superlotação diminui o espaço entre os leitos, favorecendo infecção cruzada e dificultando a limpeza. Na unidade de Sobradinho, o centro cirúrgico apresenta infiltrações, rachaduras e mofo. No Hmib, 43 servidores estavam com a carteira de identidade profissional vencida, ou seja, não poderiam exercer a profissão. Há, ainda, salas cirúrgicas, enfermarias e UTIs desativadas — os espaços funcionam como depósitos.

Negligência

O Conselho Regional de Medicina (CRM) ressalta que as deficiências expõem os pacientes a riscos. 'Ficou evidente que muitas ações de saúde estão sendo negligenciadas devido à falta de recursos humanos, de insumos e de equipamentos. A insuficiência de aparelhamento das diversas unidades hospitalares, a ausência de manutenção dos equipamentos existentes, a constante falta de materiais, o dimensionamento de funcionários incompatível com a demanda e a redução de alguns serviços e leitos hospitalares comprometem significativamente a assistência à saúde dos usuários do serviço', destaca a entidade no Relatório de Fiscalização de Hospitais.

A situação, segundo o Conselho Regional de Enfermagem do Distrito Federal, é desdobramento da negligência ou da imprudência das autoridades públicas. 'Com as constatações observadas nesse documento, salienta-se que as condições inadequadas de assistência comprometem o cuidado à saúde do paciente, facilitam o agravamento clínico e infecções hospitalares, sobrecarregam os profissionais de enfermagem e dificultam uma prática livre

Setor Protocolo Legislativo  
PL Nº 1865 / 17  
Folha Nº 32 MC



## CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL

GABINETE DO DEPUTADO BISPO RENATO ANDRADE



de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência', conclui o órgão.

Outro problema recorrente é o armazenamento de medicamentos, insumos e materiais médico-hospitalares. Em alguns casos, como no Hmib, os produtos são guardados diretamente no chão. No Hospital Regional do Gama, o imprevisto acontece nos corredores. A situação se repete no Hospital de Base do DF. Foram identificados medicamentos vencidos, estragados e armazenados também no chão. 'Pallets (bases) de madeira podem permitir o crescimento de bactérias, o desenvolvimento de fungos, além de serem difíceis de limpar. Os pallets de madeira são suscetíveis à infestação por cupins, formigas e outros insetos', critica o Conselho Regional de Farmácia no levantamento. Há casos em que remédios são transportados na mesma maca usada por pacientes.

### Em busca de soluções

Desde a finalização do Relatório de Fiscalização de Hospitais, no início do mês, gestores da Secretaria de Saúde estão debruçados sobre o documento. Algumas informações do texto foram repassadas antes mesmo da conclusão do levantamento. Ninguém quis falar sobre o assunto. Entretanto, a pasta admitiu as falhas em nota. 'Muitos dos dados já são conhecidos, uma vez que foram apresentados ao longo do ano passado, tendo sido tomadas providências para resolver os apontamentos, com solução satisfatória de várias das pendências', destaca trecho do texto.

Para atenuar os problemas, segundo a Secretaria de Saúde, foram nomeados 2 mil servidores e realizada a licitação para mais de 500 produtos. 'O nível de abastecimento chegou a 86,5% de medicamentos e a 80,8% de materiais médico-hospitalares em janeiro. É preciso reconhecer que realmente houve desabastecimento na rede no segundo semestre, decorrente da falta de orçamento para a realização das compras e por frustração de licitações', frisa o texto. A Secretaria de Saúde não estipula uma data para a resolução dos problemas, mas garante que tem trabalhado na solução dos erros identificados.

Vitor Gomes Pinto, integrante do Observatório da Saúde, ressalta que o agravamento do setor ocorre de maneira sistemática e gradativa. 'É lamentável que seja necessário que órgãos de controle tenham de fazer uma listagem de problemas a fim de se conseguir correções. As autoridades públicas são culpadas por deixarem os problemas chegarem nesse nível. O relatório acusa uma situação escandalosa e sem justificativa. A rede pública de saúde está se deteriorando e cada vez fica pior', alerta. O especialista reforça que a Secretaria de Saúde recebeu vários alertas sobre o panorama do serviço nos últimos três anos. 'As recomendações não surtiram efeito. O governo não discutiu e não fez nada. Parece que a situação se tornou natural.'

O professor aposentado de medicina social da Universidade de Brasília (UnB) Flávio Goulart analisou o conteúdo do documento. Para ele, as falhas revelam a desarticulação da rede. 'O modelo de saúde de Brasília é caótico. Não há uma organização. Esse retrato cruel da saúde mostra que não é um problema de Sobradinho, por exemplo, mas sim, do setor inteiro', explica. Flávio foi secretário de Saúde de Uberlândia na década de 1980 e voltou ao cargo em 2003, ancorado na experiência de gestor. Ele avalia que a descontinuidade das políticas de saúde prejudica o funcionamento da área.

Confira os principais problemas de cada unidade de saúde:

Setor Protocolo Legislativo  
PL Nº 1865 / 17  
Folha Nº 33 mC



# CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL



GABINETE DO DEPUTADO BISPO RENATO ANDRADE

## Hospital Regional de Taguatinga (HRT)

Desabastecimento de medicação, material e insumo, falta de contratos de manutenção dos equipamentos, ausência de recursos humanos, superlotação e estrutura mínima para o atendimento.

## Hospital Regional do Gama

Equipamentos insuficientes e ausência de contrato de manutenção. Atendimento precário, tornando a população vulnerável e a atividade médica, insegura.

## Hospital Regional de Sobradinho

Falta de recursos humanos, sobretudo de técnicos de enfermagem. Equipamentos insuficientes e sem contrato de manutenção. Instalações com rachaduras e infiltrações. Atendimento insuficiente e precário, tornando a população vulnerável e a atividade médica, limitada.

## Hospital Regional da Asa Norte (Hran)

Problemas estruturais, falta de manutenção predial, mobiliário antigo e desorganizado, identificação inadequada, materiais expostos, além de espaço físico insuficiente, com risco de infecções cruzadas.

## Hospital Regional de Ceilândia (HRC)

Estrutura física e de servidores aquém da necessidade de assistência da população. Médicos e enfermeiros em número mínimo em alguns setores. Não há contrato de manutenção para os equipamentos especializados.

## Hospital Regional do Paranoá

Superlotação do pronto-socorro, especialmente na clínica médica, na ginecologia e na obstetrícia, com baixa resolutividade, sobrecarga de trabalho e insegurança para os profissionais.

## Hospital Materno Infantil de Brasília (Hmib)

Falta de insumos básicos, medicações e reagentes de exames laboratoriais, o que inviabiliza cirurgias eletivas e eleva o atendimento em urgências. Falta generalizada de recursos humanos, em especial, de médicos e enfermeiros.

## Hospital de Base do DF (HBDF)

Significativa queda em procedimentos de alta complexidade no centro cirúrgico. Falta de pessoal e insumos básicos. Tomógrafo da emergência quebrado. Falta de contrato de manutenção preventiva ou corretiva para a maioria dos equipamentos.

Fonte: Ministério Público do DF e Territórios (MPDFT)<sup>1</sup>

Como se pode ver, a situação é dramática, de modo que medidas efetivas, tais como a política pública ora proposta, são necessárias para solucionar o gravíssimo estado da saúde pública no Distrito Federal. Mais que necessária, a implementação da política pública consubstanciada no presente projeto de lei, é inegavelmente

Setor Protocolo Legislativo

PL Nº 1865 / 17

Folha Nº 34 mC

<sup>1</sup>

Disponível em:  
[http://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/cidades/2017/03/06/interna\\_cidadesdf,578358/com-graves-falhas-saude-publica-sofre-ate-com-infestacao-de-piolhos.shtml](http://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/cidades/2017/03/06/interna_cidadesdf,578358/com-graves-falhas-saude-publica-sofre-ate-com-infestacao-de-piolhos.shtml)

Praça Municipal – Quadra 2 – Lote 5 – 4º Andar – Gabinete 20 – CEP 70.094-902 — Brasília-DF

Tel. (61) 3348-8202/8209

[www.cl.df.gov.br](http://www.cl.df.gov.br)



## CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL

GABINETE DO DEPUTADO BISPO RENATO ANDRADE



urgente, já que, a bem da verdade, a própria saúde pública distrital está na UTI, respirando com a ajuda de aparelhos.

Não tenho dúvidas de que não podemos tardar a concretizar o direito constitucional, titularizado por toda a população do Distrito Federal, de participação da comunidade nas ações e serviços públicos de saúde (inciso III do art. 205 da LODF).

Mediante o projeto de lei por mim ora proposto, busco efetivar o sobredito direito, aproximando a população de nosso estado da organização, gestão, fiscalização e execução das ações e serviços públicos de saúde, em diversas esferas de atuação: Conselho de Saúde do Distrito Federal, Conselhos Regionais de Saúde do Distrito Federal, Conselhos Gestores de Unidades de Saúde do Distrito Federal e Unidades de Saúde do Distrito Federal.

Com a participação ativa da população, acredito que, finalmente, os gravíssimos e intoleráveis problemas da saúde pública distrital serão solucionados.

Diante do exposto, solicito o apoio dos nobres colegas parlamentares para a aprovação do presente projeto de lei.

Sala das Sessões, em                      de                      de 2017.

  
**BISPO RENATO ANDRADE**  
**Deputado Distrital - PR**

Setor Protocolo Legislativo  
PL Nº 1865 / 17  
Folha Nº 35 mc

## CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988

[...]

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

[...]

III - participação da comunidade.

[...]

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:

[...]

II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios;

III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º.

## Artigos 205 e 215 LODF

**Art. 205.** As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede única e hierarquizada, constituindo o Sistema Único de Saúde – SUS, no âmbito do Distrito Federal, organizado nos termos da lei federal, obedecidas as seguintes diretrizes:

I – atendimento integral ao indivíduo, com prioridade para atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

II – descentralização administrativa da rede de serviços de saúde para as Regiões Administrativas;

III – participação da comunidade;

IV – direito do indivíduo à informação sobre sua saúde e a da coletividade, as formas de tratamento, os riscos a que está exposto e os métodos de controle existentes;

V – gratuidade da assistência à saúde no âmbito do SUS;

VI – integração dos serviços que executem ações preventivas e curativas adequadas às realidades epidemiológicas.

.....

**Art. 215.** O Sistema Único de Saúde do Distrito Federal contará, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com três instâncias colegiadas e definidas na forma da lei:

I – a Conferência de Saúde;

II – o Conselho de Saúde;

III – os Conselhos Regionais de Saúde.

§ 1º A Conferência de Saúde, órgão colegiado, com representação de entidades governamentais e não governamentais e da sociedade civil, reunir-se-á a cada dois anos para avaliar e propor as diretrizes da política de saúde do Distrito Federal, por convocação do Governador ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde, pela maioria absoluta dos seus membros.

§ 2º O Conselho de Saúde, de caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado com representação do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, atuará na formulação de estratégias e no controle de execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, e terá suas decisões homologadas pelo Secretário de Saúde do Distrito Federal.

§ 3º Os Conselhos Regionais de Saúde, de caráter permanente e deliberativo, órgãos colegiados, com representação do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, atuarão na formulação, execução, controle e fiscalização da política de saúde, em cada Região Administrativa, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, e terão suas decisões homologadas pelo Diretor Regional de Saúde.

§ 4º A representação dos usuários na Conferência e nos Conselhos de Saúde será paritária com o conjunto dos demais segmentos.

§ 5º A composição, organização e normas de funcionamento dos órgãos a que se refere o *caput* serão definidas em seus respectivos regimentos internos.

## LEI COMPLEMENTAR Nº 141, DE 13 DE JANEIRO DE 2012

Mensagem de veto  
(Vide Decreto nº 7.827. de 2012)

Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.

A PRESIDENTA DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei Complementar:

### CAPÍTULO I

#### DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Lei Complementar institui, nos termos do § 3º do art. 198 da Constituição Federal:

- I - o valor mínimo e normas de cálculo do montante mínimo a ser aplicado, anualmente, pela União em ações e serviços públicos de saúde;
- II - percentuais mínimos do produto da arrecadação de impostos a serem aplicados anualmente pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios em ações e serviços públicos de saúde;
- III - critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados aos seus respectivos Municípios, visando à progressiva redução das disparidades regionais;
- IV - normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal.

### CAPÍTULO II

#### DAS AÇÕES E DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

Art. 2º Para fins de apuração da aplicação dos recursos mínimos estabelecidos nesta Lei Complementar, considerar-se-ão como despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde que atendam, simultaneamente, aos princípios estatuídos no art. 7º da Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, e às seguintes diretrizes:

- I - sejam destinadas às ações e serviços públicos de saúde de acesso universal, igualitário e gratuito;
- II - estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente da Federação; e
- III - sejam de responsabilidade específica do setor da saúde, não se aplicando a despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde da população.

Parágrafo único. Além de atender aos critérios estabelecidos no caput, as despesas com ações e serviços públicos de saúde realizadas pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios deverão ser financiadas com recursos movimentados por meio dos respectivos fundos de saúde.

Art. 3º Observadas as disposições do art. 200 da Constituição Federal, do art. 6º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e do art. 2º desta Lei Complementar, para efeito da apuração da aplicação dos recursos mínimos aqui estabelecidos, serão consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde as referentes a:

- I - vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária;
- II - atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais;

Setor Protocolo Legislativo

PL Nº 1865 / 17

Folha Nº 38 mc

- III - capacitação do pessoal de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS);
- IV - desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS;
- V - produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como: imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos;
- VI - saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pelo Conselho de Saúde do ente da Federação financiador da ação e esteja de acordo com as diretrizes das demais determinações previstas nesta Lei Complementar;
- VII - saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos;
- VIII - manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças;
- IX - investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde;
- X - remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividade nas ações de que trata este artigo, incluindo os encargos sociais;
- XI - ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde; e
- XII - gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde.

Art. 4º Não constituirão despesas com ações e serviços públicos de saúde, para fins de apuração dos percentuais mínimos de que trata esta Lei Complementar, aquelas decorrentes de:

- I - pagamento de aposentadorias e pensões, inclusive dos servidores da saúde;
- II - pessoal ativo da área de saúde quando em atividade alheia à referida área;
- III - assistência à saúde que não atenda ao princípio de acesso universal;
- IV - merenda escolar e outros programas de alimentação, ainda que executados em unidades do SUS, ressalvando-se o disposto no inciso II do art. 3º;
- V - saneamento básico, inclusive quanto às ações financiadas e mantidas com recursos provenientes de taxas, tarifas ou preços públicos instituídos para essa finalidade;
- VI - limpeza urbana e remoção de resíduos;
- VII - preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes da Federação ou por entidades não governamentais;
- VIII - ações de assistência social;
- IX - obras de infraestrutura, ainda que realizadas para beneficiar direta ou indiretamente a rede de saúde; e
- X - ações e serviços públicos de saúde custeados com recursos distintos dos especificados na base de cálculo definida nesta Lei Complementar ou vinculados a fundos específicos distintos daqueles da saúde.

### CAPÍTULO III

#### DA APLICAÇÃO DE RECURSOS EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

##### Seção I

##### Dos Recursos Mínimos

Art. 5º A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual.

§ 1º (VETADO).

§ 2º Em caso de variação negativa do PIB, o valor de que trata o caput não poderá ser reduzido, em termos nominais, de um exercício financeiro para o outro.

§ 3º (VETADO).

§ 4º (VETADO).

§ 5º (VETADO).

Art. 6º Os Estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam o art. 157, a alínea "a" do inciso I e o inciso II do caput do art.

159, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios.

Parágrafo único. (VETADO).

Art. 7o Os Municípios e o Distrito Federal aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam o art. 158 e a alínea "b" do inciso I do caput e o § 3º do art. 159, todos da Constituição Federal.

Parágrafo único. (VETADO).

Art. 8o O Distrito Federal aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) do produto da arrecadação direta dos impostos que não possam ser segregados em base estadual e em base municipal.

Art. 9o Está compreendida na base de cálculo dos percentuais dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios qualquer compensação financeira proveniente de impostos e transferências constitucionais previstos no § 2º do art. 198 da Constituição Federal, já instituída ou que vier a ser criada, bem como a dívida ativa, a multa e os juros de mora decorrentes dos impostos cobrados diretamente ou por meio de processo administrativo ou judicial.

Art. 10. Para efeito do cálculo do montante de recursos previsto no § 3o do art. 5o e nos arts. 6o e 7o, devem ser considerados os recursos decorrentes da dívida ativa, da multa e dos juros de mora provenientes dos impostos e da sua respectiva dívida ativa.

Art. 11. Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão observar o disposto nas respectivas Constituições ou Leis Orgânicas sempre que os percentuais nelas estabelecidos forem superiores aos fixados nesta Lei Complementar para aplicação em ações e serviços públicos de saúde.

## Seção II

### Do Repasse e Aplicação dos Recursos Mínimos

Art. 12. Os recursos da União serão repassados ao Fundo Nacional de Saúde e às demais unidades orçamentárias que compõem o órgão Ministério da Saúde, para ser aplicados em ações e serviços públicos de saúde.

Art. 13. (VETADO).

§ 1o (VETADO).

§ 2o Os recursos da União previstos nesta Lei Complementar serão transferidos aos demais entes da Federação e movimentados, até a sua destinação final, em contas específicas mantidas em instituição financeira oficial federal, observados os critérios e procedimentos definidos em ato próprio do Chefe do Poder Executivo da União.

§ 3o (VETADO).

§ 4o A movimentação dos recursos repassados aos Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios deve realizar-se, exclusivamente, mediante cheque nominativo, ordem bancária, transferência eletrônica disponível ou outra modalidade de saque autorizada pelo Banco Central do Brasil, em que fique identificada a sua destinação e, no caso de pagamento, o credor.

Art. 14. O Fundo de Saúde, instituído por lei e mantido em funcionamento pela administração direta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, constituir-se-á em unidade orçamentária e gestora dos recursos destinados a ações e serviços públicos de saúde, ressalvados os recursos repassados diretamente às unidades vinculadas ao Ministério da Saúde.

Art. 15. (VETADO).

Art. 16. O repasse dos recursos previstos nos arts. 6o a 8o será feito diretamente ao Fundo de Saúde do respectivo ente da Federação e, no caso da União, também às demais unidades orçamentárias do Ministério da Saúde.

§ 1o (VETADO).

§ 2o (VETADO).

§ 3º As instituições financeiras referidas no § 3o do art. 164 da Constituição Federal são obrigadas a evidenciar, nos demonstrativos financeiros das contas correntes do ente da Federação, divulgados inclusive em meio eletrônico, os valores globais das transferências e as parcelas correspondentes destinadas ao Fundo de Saúde, quando adotada a sistemática prevista no § 2o deste artigo, observadas as normas editadas pelo Banco Central do Brasil.

§ 4o (VETADO).

Setor Protocolo Legislativo

PL Nº 1865 / 17  
Folha Nº 40 mc

### Seção III

#### Da Movimentação dos Recursos da União

Art. 17. O rateio dos recursos da União vinculados a ações e serviços públicos de saúde e repassados na forma do caput dos arts. 18 e 22 aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios observará as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde e, ainda, o disposto no art. 35 da Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, de forma a atender os objetivos do inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal.

§ 1º O Ministério da Saúde definirá e publicará, anualmente, utilizando metodologia pactuada na comissão intergestores tripartite e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, os montantes a serem transferidos a cada Estado, ao Distrito Federal e a cada Município para custeio das ações e serviços públicos de saúde.

§ 2º Os recursos destinados a investimentos terão sua programação realizada anualmente e, em sua alocação, serão considerados prioritariamente critérios que visem a reduzir as desigualdades na oferta de ações e serviços públicos de saúde e garantir a integralidade da atenção à saúde.

§ 3º O Poder Executivo, na forma estabelecida no inciso I do caput do art. 9º da Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, manterá os Conselhos de Saúde e os Tribunais de Contas de cada ente da Federação informados sobre o montante de recursos previsto para transferência da União para Estados, Distrito Federal e Municípios com base no Plano Nacional de Saúde, no termo de compromisso de gestão firmado entre a União, Estados e Municípios.

Art. 18. Os recursos do Fundo Nacional de Saúde, destinados a despesas com as ações e serviços públicos de saúde, de custeio e capital, a serem executados pelos Estados, pelo Distrito Federal ou pelos Municípios serão transferidos diretamente aos respectivos fundos de saúde, de forma regular e automática, dispensada a celebração de convênio ou outros instrumentos jurídicos.

Parágrafo único. Em situações específicas, os recursos federais poderão ser transferidos aos Fundos de Saúde por meio de transferência voluntária realizada entre a União e os demais entes da Federação, adotados quaisquer dos meios formais previstos no inciso VI do art. 71 da Constituição Federal, observadas as normas de financiamento.

### Seção IV

#### Da Movimentação dos Recursos dos Estados

Art. 19. O rateio dos recursos dos Estados transferidos aos Municípios para ações e serviços públicos de saúde será realizado segundo o critério de necessidades de saúde da população e levará em consideração as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica e espacial e a capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde, observada a necessidade de reduzir as desigualdades regionais, nos termos do inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal.

§ 1º Os Planos Estaduais de Saúde deverão explicitar a metodologia de alocação dos recursos estaduais e a previsão anual de recursos aos Municípios, pactuadas pelos gestores estaduais e municipais, em comissão intergestores bipartite, e aprovadas pelo Conselho Estadual de Saúde.

§ 2º O Poder Executivo, na forma estabelecida no inciso II do caput do art. 9º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, manterá o respectivo Conselho de Saúde e Tribunal de Contas informados sobre o montante de recursos previsto para transferência do Estado para os Municípios com base no Plano Estadual de Saúde.

Art. 20. As transferências dos Estados para os Municípios destinadas a financiar ações e serviços públicos de saúde serão realizadas diretamente aos Fundos Municipais de Saúde, de forma regular e automática, em conformidade com os critérios de transferência aprovados pelo respectivo Conselho de Saúde.

Parágrafo único. Em situações específicas, os recursos estaduais poderão ser repassados aos Fundos de Saúde por meio de transferência voluntária realizada entre o Estado e seus Municípios, adotados quaisquer dos meios formais previstos no inciso VI do art. 71 da Constituição Federal, observadas as normas de financiamento.

Art. 21. Os Estados e os Municípios que estabelecerem consórcios ou outras formas legais de cooperativismo, para a execução conjunta de ações e serviços de saúde e cumprimento da diretriz constitucional de regionalização e hierarquização da rede de serviços, poderão remanejar entre si parcelas dos recursos dos Fundos de Saúde derivadas tanto de receitas próprias como de

transferências obrigatórias, que serão administradas segundo modalidade gerencial pactuada pelos entes envolvidos.

Parágrafo único. A modalidade gerencial referida no caput deverá estar em consonância com os preceitos do Direito Administrativo Público, com os princípios inscritos na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e na Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005, e com as normas do SUS pactuadas na comissão intergestores tripartite e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde.

## Seção V Disposições Gerais

Art. 22. É vedada a exigência de restrição à entrega dos recursos referidos no inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal na modalidade regular e automática prevista nesta Lei Complementar, os quais são considerados transferência obrigatória destinada ao custeio de ações e serviços públicos de saúde no âmbito do SUS, sobre a qual não se aplicam as vedações do inciso X do art. 167 da Constituição Federal e do art. 25 da Lei Complementar no 101, de 4 de maio de 2000.

Parágrafo único. A vedação prevista no caput não impede a União e os Estados de condicionarem a entrega dos recursos:

I - à instituição e ao funcionamento do Fundo e do Conselho de Saúde no âmbito do ente da Federação; e

II - à elaboração do Plano de Saúde.

Art. 23. Para a fixação inicial dos valores correspondentes aos recursos mínimos estabelecidos nesta Lei Complementar, será considerada a receita estimada na lei do orçamento anual, ajustada, quando for o caso, por lei que autorizar a abertura de créditos adicionais.

Parágrafo único. As diferenças entre a receita e a despesa previstas e as efetivamente realizadas que resultem no não atendimento dos percentuais mínimos obrigatórios serão apuradas e corrigidas a cada quadrimestre do exercício financeiro.

Art. 24. Para efeito de cálculo dos recursos mínimos a que se refere esta Lei Complementar, serão consideradas:

I - as despesas liquidadas e pagas no exercício; e

II - as despesas empenhadas e não liquidadas, inscritas em Restos a Pagar até o limite das disponibilidades de caixa ao final do exercício, consolidadas no Fundo de Saúde.

§ 1º A disponibilidade de caixa vinculada aos Restos a Pagar, considerados para fins do mínimo na forma do inciso II do caput e posteriormente cancelados ou prescritos, deverá ser, necessariamente, aplicada em ações e serviços públicos de saúde.

§ 2º Na hipótese prevista no § 1º, a disponibilidade deverá ser efetivamente aplicada em ações e serviços públicos de saúde até o término do exercício seguinte ao do cancelamento ou da prescrição dos respectivos Restos a Pagar, mediante dotação específica para essa finalidade, sem prejuízo do percentual mínimo a ser aplicado no exercício correspondente.

§ 3º Nos Estados, no Distrito Federal e nos Municípios, serão consideradas para fins de apuração dos percentuais mínimos fixados nesta Lei Complementar as despesas incorridas no período referentes à amortização e aos respectivos encargos financeiros decorrentes de operações de crédito contratadas a partir de 1º de janeiro de 2000, visando ao financiamento de ações e serviços públicos de saúde.

§ 4º Não serão consideradas para fins de apuração dos mínimos constitucionais definidos nesta Lei Complementar as ações e serviços públicos de saúde referidos no art. 3º:

I - na União, nos Estados, no Distrito Federal e nos Municípios, referentes a despesas custeadas com receitas provenientes de operações de crédito contratadas para essa finalidade ou quaisquer outros recursos não considerados na base de cálculo da receita, nos casos previstos nos arts. 6º e 7º;

II - (VETADO).

Art. 25. Eventual diferença que implique o não atendimento, em determinado exercício, dos recursos mínimos previstos nesta Lei Complementar deverá, observado o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 160 da Constituição Federal, ser acrescida ao montante mínimo do exercício subsequente ao da apuração da diferença, sem prejuízo do montante mínimo do exercício de referência e das sanções cabíveis.

Setor Protocolo Legislativo

PL Nº 1865 / 17

Folha Nº 42 mc

Parágrafo único. Compete ao Tribunal de Contas, no âmbito de suas atribuições, verificar a aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde de cada ente da Federação sob sua jurisdição, sem prejuízo do disposto no art. 39 e observadas as normas estatuídas nesta Lei Complementar.

Art. 26. Para fins de efetivação do disposto no inciso II do parágrafo único do art. 160 da Constituição Federal, o condicionamento da entrega de recursos poderá ser feito mediante exigência da comprovação de aplicação adicional do percentual mínimo que deixou de ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde no exercício imediatamente anterior, apurado e divulgado segundo as normas estatuídas nesta Lei Complementar, depois de expirado o prazo para publicação dos demonstrativos do encerramento do exercício previstos no art. 52 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

§ 1o No caso de descumprimento dos percentuais mínimos pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios, verificado a partir da fiscalização dos Tribunais de Contas ou das informações declaradas e homologadas na forma do sistema eletrônico instituído nesta Lei Complementar, a União e os Estados poderão restringir, a título de medida preliminar, o repasse dos recursos referidos nos incisos II e III do § 2º do art. 198 da Constituição Federal ao emprego em ações e serviços públicos de saúde, até o montante correspondente à parcela do mínimo que deixou de ser aplicada em exercícios anteriores, mediante depósito direto na conta corrente vinculada ao Fundo de Saúde, sem prejuízo do condicionamento da entrega dos recursos à comprovação prevista no inciso II do parágrafo único do art. 160 da Constituição Federal.

§ 2o Os Poderes Executivos da União e de cada Estado editarão, no prazo de 90 (noventa) dias a partir da vigência desta Lei Complementar, atos próprios estabelecendo os procedimentos de suspensão e restabelecimento das transferências constitucionais de que trata o § 1o, a serem adotados caso os recursos repassados diretamente à conta do Fundo de Saúde não sejam efetivamente aplicados no prazo fixado por cada ente, o qual não poderá exceder a 12 (doze) meses contados a partir da data em que ocorrer o referido repasse.

§ 3o Os efeitos das medidas restritivas previstas neste artigo serão suspensos imediatamente após a comprovação por parte do ente da Federação beneficiário da aplicação adicional do montante referente ao percentual que deixou de ser aplicado, observadas as normas estatuídas nesta Lei Complementar, sem prejuízo do percentual mínimo a ser aplicado no exercício corrente.

§ 4o A medida prevista no caput será restabelecida se houver interrupção do cumprimento do disposto neste artigo ou se for constatado erro ou fraude, sem prejuízo das sanções cabíveis ao agente que agir, induzir ou concorrer, direta ou indiretamente, para a prática do ato fraudulento.

§ 5o Na hipótese de descumprimento dos percentuais mínimos de saúde por parte dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios, as transferências voluntárias da União e dos Estados poderão ser restabelecidas desde que o ente beneficiário comprove o cumprimento das disposições estatuídas neste artigo, sem prejuízo das exigências, restrições e sanções previstas na legislação vigente.

Art. 27. Quando os órgãos de controle interno do ente beneficiário, do ente transferidor ou o Ministério da Saúde detectarem que os recursos previstos no inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal estão sendo utilizados em ações e serviços diversos dos previstos no art. 3o desta Lei Complementar, ou em objeto de saúde diverso do originalmente pactuado, darão ciência ao Tribunal de Contas e ao Ministério Público competentes, de acordo com a origem do recurso, com vistas:

I - à adoção das providências legais, no sentido de determinar a imediata devolução dos referidos recursos ao Fundo de Saúde do ente da Federação beneficiário, devidamente atualizados por índice oficial adotado pelo ente transferidor, visando ao cumprimento do objetivo do repasse;

II - à responsabilização nas esferas competentes.

Art. 28. São vedadas a limitação de empenho e a movimentação financeira que comprometam a aplicação dos recursos mínimos de que tratam os arts. 5o a 7o.

Art. 29. É vedado aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios excluir da base de cálculo das receitas de que trata esta Lei Complementar quaisquer parcelas de impostos ou transferências constitucionais vinculadas a fundos ou despesas, por ocasião da apuração do percentual ou montante mínimo a ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde.

Art. 30. Os planos plurianuais, as leis de diretrizes orçamentárias, as leis orçamentárias e os planos de aplicação dos recursos dos fundos de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios serão elaborados de modo a dar cumprimento ao disposto nesta Lei Complementar.

§ 1o O processo de planejamento e orçamento será ascendente e deverá partir das necessidades de saúde da população em cada região, com base no perfil epidemiológico, demográfico e socioeconômico, para definir as metas anuais de atenção integral à saúde e estimar os respectivos custos.

§ 2o Os planos e metas regionais resultantes das pactuações intermunicipais constituirão a base para os planos e metas estaduais, que promoverão a equidade interregional.

§ 3o Os planos e metas estaduais constituirão a base para o plano e metas nacionais, que promoverão a equidade interestadual.

§ 4o Caberá aos Conselhos de Saúde deliberar sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades.

#### CAPÍTULO IV

#### DA TRANSPARÊNCIA, VISIBILIDADE, FISCALIZAÇÃO, AVALIAÇÃO E CONTROLE

##### Seção I

##### Da Transparência e Visibilidade da Gestão da Saúde

Art. 31. Os órgãos gestores de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios darão ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, das prestações de contas periódicas da área da saúde, para consulta e apreciação dos cidadãos e de instituições da sociedade, com ênfase no que se refere a:

I - comprovação do cumprimento do disposto nesta Lei Complementar;

II - Relatório de Gestão do SUS;

III - avaliação do Conselho de Saúde sobre a gestão do SUS no âmbito do respectivo ente da Federação.

Parágrafo único. A transparência e a visibilidade serão asseguradas mediante incentivo à participação popular e realização de audiências públicas, durante o processo de elaboração e discussão do plano de saúde.

##### Seção II

##### Da Escrituração e Consolidação das Contas da Saúde

Art. 32. Os órgãos de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios manterão registro contábil relativo às despesas efetuadas com ações e serviços públicos de saúde.

Parágrafo único. As normas gerais para fins do registro de que trata o caput serão editadas pelo órgão central de contabilidade da União, observada a necessidade de segregação das informações, com vistas a dar cumprimento às disposições desta Lei Complementar.

Art. 33. O gestor de saúde promoverá a consolidação das contas referentes às despesas com ações e serviços públicos de saúde executadas por órgãos e entidades da administração direta e indireta do respectivo ente da Federação.

##### Seção III

##### Da Prestação de Contas

Art. 34. A prestação de contas prevista no art. 37 conterà demonstrativo das despesas com saúde integrante do Relatório Resumido da Execução Orçamentária, a fim de subsidiar a emissão do parecer prévio de que trata o art. 56 da Lei Complementar no 101, de 4 de maio de 2000.

Art. 35. As receitas correntes e as despesas com ações e serviços públicos de saúde serão apuradas e publicadas nos balanços do Poder Executivo, assim como em demonstrativo próprio que acompanhará o relatório de que trata o § 3o do art. 165 da Constituição Federal.

Art. 36. O gestor do SUS em cada ente da Federação elaborará Relatório detalhado referente ao quadrimestre anterior, o qual conterà, no mínimo, as seguintes informações:

I - montante e fonte dos recursos aplicados no período;

II - auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações;

III - oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação.

§ 1o A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão comprovar a observância do disposto neste artigo mediante o envio de Relatório de Gestão ao respectivo Conselho de Saúde, até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira, cabendo ao Conselho emitir parecer conclusivo sobre o cumprimento ou não das normas estatuídas nesta Lei Complementar, ao qual será dada ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, sem prejuízo do disposto nos arts. 56 e 57 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

§ 2o Os entes da Federação deverão encaminhar a programação anual do Plano de Saúde ao respectivo Conselho de Saúde, para aprovação antes da data de encaminhamento da lei de diretrizes orçamentárias do exercício correspondente, à qual será dada ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público.

§ 3o Anualmente, os entes da Federação atualizarão o cadastro no Sistema de que trata o art. 39 desta Lei Complementar, com menção às exigências deste artigo, além de indicar a data de aprovação do Relatório de Gestão pelo respectivo Conselho de Saúde.

§ 4o O Relatório de que trata o caput será elaborado de acordo com modelo padronizado aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, devendo-se adotar modelo simplificado para Municípios com população inferior a 50.000 (cinquenta mil habitantes).

§ 5o O gestor do SUS apresentará, até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro, em audiência pública na Casa Legislativa do respectivo ente da Federação, o Relatório de que trata o caput.

#### Seção IV

#### Da Fiscalização da Gestão da Saúde

Art. 37. Os órgãos fiscalizadores examinarão, prioritariamente, na prestação de contas de recursos públicos prevista no art. 56 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, o cumprimento do disposto no art. 198 da Constituição Federal e nesta Lei Complementar.

Art. 38. O Poder Legislativo, diretamente ou com o auxílio dos Tribunais de Contas, do sistema de auditoria do SUS, do órgão de controle interno e do Conselho de Saúde de cada ente da Federação, sem prejuízo do que dispõe esta Lei Complementar, fiscalizará o cumprimento das normas desta Lei Complementar, com ênfase no que diz respeito:

I - à elaboração e execução do Plano de Saúde Plurianual;

II - ao cumprimento das metas para a saúde estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias;

III - à aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde, observadas as regras previstas nesta Lei Complementar;

IV - às transferências dos recursos aos Fundos de Saúde;

V - à aplicação dos recursos vinculados ao SUS;

VI - à destinação dos recursos obtidos com a alienação de ativos adquiridos com recursos vinculados à saúde.

Art. 39. Sem prejuízo das atribuições próprias do Poder Legislativo e do Tribunal de Contas de cada ente da Federação, o Ministério da Saúde manterá sistema de registro eletrônico centralizado das informações de saúde referentes aos orçamentos públicos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, incluída sua execução, garantido o acesso público às informações.

§ 1o O Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde (Siops), ou outro sistema que venha a substituí-lo, será desenvolvido com observância dos seguintes requisitos mínimos, além de outros estabelecidos pelo Ministério da Saúde mediante regulamento:

I - obrigatoriedade de registro e atualização permanente dos dados pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios;

II - processos informatizados de declaração, armazenamento e exportação dos dados;

III - disponibilização do programa de declaração aos gestores do SUS no âmbito de cada ente da Federação, preferencialmente em meio eletrônico de acesso público;

IV - realização de cálculo automático dos recursos mínimos aplicados em ações e serviços públicos de saúde previstos nesta Lei Complementar, que deve constituir fonte de informação para elaboração dos demonstrativos contábeis e extracontábeis;

V - previsão de módulo específico de controle externo, para registro, por parte do Tribunal de Contas com jurisdição no território de cada ente da Federação, das informações sobre a aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde consideradas para fins de emissão do parecer

prévio divulgado nos termos dos arts. 48 e 56 da Lei Complementar no 101, de 4 de maio de 2000, sem prejuízo das informações declaradas e homologadas pelos gestores do SUS;

VI - integração, mediante processamento automático, das informações do Siops ao sistema eletrônico centralizado de controle das transferências da União aos demais entes da Federação mantido pelo Ministério da Fazenda, para fins de controle das disposições do inciso II do parágrafo único do art. 160 da Constituição Federal e do art. 25 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

§ 2º Atribui-se ao gestor de saúde declarante dos dados contidos no sistema especificado no caput a responsabilidade pelo registro dos dados no Siops nos prazos definidos, assim como pela fidedignidade dos dados homologados, aos quais se conferirá fé pública para todos os fins previstos nesta Lei Complementar e na legislação concernente.

§ 3º O Ministério da Saúde estabelecerá as diretrizes para o funcionamento do sistema informatizado, bem como os prazos para o registro e homologação das informações no Siops, conforme pactuado entre os gestores do SUS, observado o disposto no art. 52 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

§ 4º Os resultados do monitoramento e avaliação previstos neste artigo serão apresentados de forma objetiva, inclusive por meio de indicadores, e integrarão o Relatório de Gestão de cada ente federado, conforme previsto no art. 4º da Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

§ 5º O Ministério da Saúde, sempre que verificar o descumprimento das disposições previstas nesta Lei Complementar, dará ciência à direção local do SUS e ao respectivo Conselho de Saúde, bem como aos órgãos de auditoria do SUS, ao Ministério Público e aos órgãos de controle interno e externo do respectivo ente da Federação, observada a origem do recurso para a adoção das medidas cabíveis.

§ 6º O descumprimento do disposto neste artigo implicará a suspensão das transferências voluntárias entre os entes da Federação, observadas as normas estatuídas no art. 25 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

Art. 40. Os Poderes Executivos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios disponibilizarão, aos respectivos Tribunais de Contas, informações sobre o cumprimento desta Lei Complementar, com a finalidade de subsidiar as ações de controle e fiscalização.

Parágrafo único. Constatadas divergências entre os dados disponibilizados pelo Poder Executivo e os obtidos pelos Tribunais de Contas em seus procedimentos de fiscalização, será dado ciência ao Poder Executivo e à direção local do SUS, para que sejam adotadas as medidas cabíveis, sem prejuízo das sanções previstas em lei.

Art. 41. Os Conselhos de Saúde, no âmbito de suas atribuições, avaliarão a cada quadrimestre o relatório consolidado do resultado da execução orçamentária e financeira no âmbito da saúde e o relatório do gestor da saúde sobre a repercussão da execução desta Lei Complementar nas condições de saúde e na qualidade dos serviços de saúde das populações respectivas e encaminhará ao Chefe do Poder Executivo do respectivo ente da Federação as indicações para que sejam adotadas as medidas corretivas necessárias.

Art. 42. Os órgãos do sistema de auditoria, controle e avaliação do SUS, no âmbito da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, deverão verificar, pelo sistema de amostragem, o cumprimento do disposto nesta Lei Complementar, além de verificar a veracidade das informações constantes do Relatório de Gestão, com ênfase na verificação presencial dos resultados alcançados no relatório de saúde, sem prejuízo do acompanhamento pelos órgãos de controle externo e pelo Ministério Público com jurisdição no território do ente da Federação.

## CAPÍTULO V

### DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 43. A União prestará cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para a implementação do disposto no art. 20 e para a modernização dos respectivos Fundos de Saúde, com vistas ao cumprimento das normas desta Lei Complementar.

§ 1º A cooperação técnica consiste na implementação de processos de educação na saúde e na transferência de tecnologia visando à operacionalização do sistema eletrônico de que trata o art. 39, bem como na formulação e disponibilização de indicadores para a avaliação da qualidade das ações e serviços públicos de saúde, que deverão ser submetidos à apreciação dos respectivos Conselhos de Saúde.

Setor Protocolo Legislativo

PL Nº 1865 / 17

Folha Nº 46 MC

§ 2o A cooperação financeira consiste na entrega de bens ou valores e no financiamento por intermédio de instituições financeiras federais.

Art. 44. No âmbito de cada ente da Federação, o gestor do SUS disponibilizará ao Conselho de Saúde, com prioridade para os representantes dos usuários e dos trabalhadores da saúde, programa permanente de educação na saúde para qualificar sua atuação na formulação de estratégias e assegurar efetivo controle social da execução da política de saúde, em conformidade com o § 2º do art. 1º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

Art. 45. (VETADO).

Art. 46. As infrações dos dispositivos desta Lei Complementar serão punidas segundo o Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), a Lei no 1.079, de 10 de abril de 1950, o Decreto-Lei no 201, de 27 de fevereiro de 1967, a Lei no 8.429, de 2 de junho de 1992, e demais normas da legislação pertinente.

Art. 47. Revogam-se o § 1o do art. 35 da Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, e o art. 12 da Lei no 8.689, de 27 de julho de 1993.

Art. 48. Esta Lei Complementar entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 13 de janeiro de 2012; 191o da Independência e 124o da República.

DILMA ROUSSEFF

José Eduardo Cardozo

Guido Mantega

Alexandre Rocha Santos Padilha

Eva Maria Cella Dal Chiavon

Luís Inácio Lucena Adams

Este texto não substitui o publicado no DOU de 16.1.2012

Setor Protocolo Legislativo

PL Nº 1865 / 17

Folha Nº 47 mC

## Lei Federal 8.080 1990

### CAPÍTULO II

#### Dos Princípios e Diretrizes

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

XIV - organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1ª de agosto de 2013. (Redação dada pela Lei nº 13.427, de 2017)

Setor Protocolo Legislativo

PL Nº 1865 / 17

Folha Nº 48 mc

**LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990.**

Vide Lei nº 8.689, de 1993

Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I - a Conferência de Saúde; e

II - o Conselho de Saúde.

§ 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

§ 3º O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) terão representação no Conselho Nacional de Saúde.

§ 4º A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

§ 5º As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho.

Setor Protocolo Legislativo

PL Nº 1865 / 17

Folha Nº 49 MC

**DECRETO Nº 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011.**

Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

**A PRESIDENTA DA REPÚBLICA**, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso IV, da Constituição, e tendo em vista o disposto na Lei nº 8.080, 19 de setembro de 1990,

**DECRETA:**

**CAPÍTULO I**

**DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES**

Art. 1º Este Decreto regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

Art. 2º Para efeito deste Decreto, considera-se:

I - Região de Saúde - espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde;

II - Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde - acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde;

III - Portas de Entrada - serviços de atendimento inicial à saúde do usuário no SUS;

IV - Comissões Intergestores - instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS;

V - Mapa da Saúde - descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema;

VI - Rede de Atenção à Saúde - conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde;

VII - Serviços Especiais de Acesso Aberto - serviços de saúde específicos para o atendimento da pessoa que, em razão de agravo ou de situação laboral, necessita de atendimento especial; e

VIII - Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica - documento que estabelece: critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos

Setor Protocolo Legislativo

PL Nº 1865 / 11

Folha Nº 50 mc

e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS.

## CAPÍTULO II

### DA ORGANIZAÇÃO DO SUS

Art. 3º O SUS é constituído pela conjugação das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada, sendo organizado de forma regionalizada e hierarquizada.

#### Seção I

##### Das Regiões de Saúde

Art. 4º As Regiões de Saúde serão instituídas pelo Estado, em articulação com os Municípios, respeitadas as diretrizes gerais pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite - CIT a que se refere o inciso I do art. 30.

§ 1º Poderão ser instituídas Regiões de Saúde interestaduais, compostas por Municípios limítrofes, por ato conjunto dos respectivos Estados em articulação com os Municípios.

§ 2º A instituição de Regiões de Saúde situadas em áreas de fronteira com outros países deverá respeitar as normas que regem as relações internacionais.

Art. 5º Para ser instituída, a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de:

I - atenção primária;

II - urgência e emergência;

III - atenção psicossocial;

IV - atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e

V - vigilância em saúde.

Parágrafo único. A instituição das Regiões de Saúde observará cronograma pactuado nas Comissões Intergestores.

Art. 6º As Regiões de Saúde serão referência para as transferências de recursos entre os entes federativos.

Art. 7º As Redes de Atenção à Saúde estarão compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestores.

Parágrafo único. Os entes federativos definirão os seguintes elementos em relação às Regiões de Saúde:

I - seus limites geográficos;

II - população usuária das ações e serviços;

III - rol de ações e serviços que serão ofertados; e

IV - respectivas responsabilidades, critérios de acessibilidade e escala para conformação dos serviços.

## Seção II

### Da Hierarquização

Art. 8º O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço.

Art. 9º São Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços:

I - de atenção primária;

II - de atenção de urgência e emergência;

III - de atenção psicossocial; e

IV - especiais de acesso aberto.

Parágrafo único. Mediante justificativa técnica e de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores, os entes federativos poderão criar novas Portas de Entrada às ações e serviços de saúde, considerando as características da Região de Saúde.

Art. 10. Os serviços de atenção hospitalar e os ambulatoriais especializados, entre outros de maior complexidade e densidade tecnológica, serão referenciados pelas Portas de Entrada de que trata o art. 9º.

Art. 11. O acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde será ordenado pela atenção primária e deve ser fundado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico, observadas as especificidades previstas para pessoas com proteção especial, conforme legislação vigente.

Parágrafo único. A população indígena contará com regimentos diferenciados de acesso, compatíveis com suas especificidades e com a necessidade de assistência integral à sua saúde, de acordo com disposições do Ministério da Saúde.

Art. 12. Ao usuário será assegurada a continuidade do cuidado em saúde, em todas as suas modalidades, nos serviços, hospitais e em outras unidades integrantes da rede de atenção da respectiva região.

Parágrafo único. As Comissões Intergestores pactuarão as regras de continuidade do acesso às ações e aos serviços de saúde na respectiva área de atuação.

Art. 13. Para assegurar ao usuário o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS, caberá aos entes federativos, além de outras atribuições que venham a ser pactuadas pelas Comissões Intergestores:

I - garantir a transparência, a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde;

II - orientar e ordenar os fluxos das ações e dos serviços de saúde;

III - monitorar o acesso às ações e aos serviços de saúde; e

IV - ofertar regionalmente as ações e os serviços de saúde.

Art. 14. O Ministério da Saúde disporá sobre critérios, diretrizes, procedimentos e demais medidas que auxiliem os entes federativos no cumprimento das atribuições previstas no art. 13.

### CAPÍTULO III

#### DO PLANEJAMENTO DA SAÚDE

Art. 15. O processo de planejamento da saúde será ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros.

§ 1º O planejamento da saúde é obrigatório para os entes públicos e será indutor de políticas para a iniciativa privada.

§ 2º A compatibilização de que trata o caput será efetuada no âmbito dos planos de saúde, os quais serão resultado do planejamento integrado dos entes federativos, e deverão conter metas de saúde.

§ 3º O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, de acordo com as características epidemiológicas e da organização de serviços nos entes federativos e nas Regiões de Saúde.

Art. 16. No planejamento devem ser considerados os serviços e as ações prestados pela iniciativa privada, de forma complementar ou não ao SUS, os quais deverão compor os Mapas da Saúde regional, estadual e nacional.

Art. 17. O Mapa da Saúde será utilizado na identificação das necessidades de saúde e orientará o planejamento integrado dos entes federativos, contribuindo para o estabelecimento de metas de saúde.

Art. 18. O planejamento da saúde em âmbito estadual deve ser realizado de maneira regionalizada, a partir das necessidades dos Municípios, considerando o estabelecimento de metas de saúde.

Art. 19. Compete à Comissão Intergestores Bipartite - CIB de que trata o inciso II do art. 30 pactuar as etapas do processo e os prazos do planejamento municipal em consonância com os planejamentos estadual e nacional.

### CAPÍTULO IV

## DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Art. 20. A integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores.

### Seção I

#### Da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde - RENASES

Art. 21. A Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde - RENASES compreende todas as ações e serviços que o SUS oferece ao usuário para atendimento da integralidade da assistência à saúde.

Art. 22. O Ministério da Saúde disporá sobre a RENASES em âmbito nacional, observadas as diretrizes pactuadas pela CIT.

Parágrafo único. A cada dois anos, o Ministério da Saúde consolidará e publicará as atualizações da RENASES.

Art. 23. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios pactuarão nas respectivas Comissões Intergestores as suas responsabilidades em relação ao rol de ações e serviços constantes da RENASES.

Art. 24. Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios poderão adotar relações específicas e complementares de ações e serviços de saúde, em consonância com a RENASES, respeitadas as responsabilidades dos entes pelo seu financiamento, de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores.

### Seção II

#### Da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME

Art. 25. A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS.

Parágrafo único. A RENAME será acompanhada do Formulário Terapêutico Nacional - FTN que subsidiará a prescrição, a dispensação e o uso dos seus medicamentos.

Art. 26. O Ministério da Saúde é o órgão competente para dispor sobre a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas em âmbito nacional, observadas as diretrizes pactuadas pela CIT.

Parágrafo único. A cada dois anos, o Ministério da Saúde consolidará e publicará as atualizações da RENAME, do respectivo FTN e dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.

Art. 27. O Estado, o Distrito Federal e o Município poderão adotar relações específicas e complementares de medicamentos, em consonância com a RENAME, respeitadas as responsabilidades dos entes pelo financiamento de medicamentos, de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores.

Art. 28. O acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica pressupõe, cumulativamente:

I - estar o usuário assistido por ações e serviços de saúde do SUS;

II - ter o medicamento sido prescrito por profissional de saúde, no exercício regular de suas funções no SUS;

III - estar a prescrição em conformidade com a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas ou com a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos; e

IV - ter a dispensação ocorrido em unidades indicadas pela direção do SUS.

§ 1º Os entes federativos poderão ampliar o acesso do usuário à assistência farmacêutica, desde que questões de saúde pública o justifiquem.

§ 2º O Ministério da Saúde poderá estabelecer regras diferenciadas de acesso a medicamentos de caráter especializado.

Art. 29. A RENAME e a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos somente poderão conter produtos com registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA.

## CAPÍTULO V

### DA ARTICULAÇÃO INTERFEDERATIVA

#### Seção I

##### Das Comissões Intergestores

Art. 30. As Comissões Intergestores pactuarão a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde, sendo:

I - a CIT, no âmbito da União, vinculada ao Ministério da Saúde para efeitos administrativos e operacionais;

II - a CIB, no âmbito do Estado, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais; e

III - a Comissão Intergestores Regional - CIR, no âmbito regional, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais, devendo observar as diretrizes da CIB.

Art. 31. Nas Comissões Intergestores, os gestores públicos de saúde poderão ser representados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS e pelo Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde - COSEMS.

Art. 32. As Comissões Intergestores pactuarão:

I - aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, de acordo com a definição da política de saúde dos entes federativos, consubstanciada nos seus planos de saúde, aprovados pelos respectivos conselhos de saúde;

Setor Protocolo Legislativo  
PL Nº 1865 / 17  
Folha Nº 55 MC

II - diretrizes gerais sobre Regiões de Saúde, integração de limites geográficos, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federativos;

III - diretrizes de âmbito nacional, estadual, regional e interestadual, a respeito da organização das redes de atenção à saúde, principalmente no tocante à gestão institucional e à integração das ações e serviços dos entes federativos;

IV - responsabilidades dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, de acordo com o seu porte demográfico e seu desenvolvimento econômico-financeiro, estabelecendo as responsabilidades individuais e as solidárias; e

V - referências das regiões intraestaduais e interestaduais de atenção à saúde para o atendimento da integralidade da assistência.

Parágrafo único. Serão de competência exclusiva da CIT a pactuação:

I - das diretrizes gerais para a composição da RENASES;

II - dos critérios para o planejamento integrado das ações e serviços de saúde da Região de Saúde, em razão do compartilhamento da gestão; e

III - das diretrizes nacionais, do financiamento e das questões operacionais das Regiões de Saúde situadas em fronteiras com outros países, respeitadas, em todos os casos, as normas que regem as relações internacionais.

## Seção II

### Do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde

Art. 33. O acordo de colaboração entre os entes federativos para a organização da rede interfederativa de atenção à saúde será firmado por meio de Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde.

Art. 34. O objeto do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde é a organização e a integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes federativos em uma Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários.

Parágrafo único. O Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde resultará da integração dos planos de saúde dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, tendo como fundamento as pactuações estabelecidas pela CIT.

Art. 35. O Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde definirá as responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos com relação às ações e serviços de saúde, os indicadores e as metas de saúde, os critérios de avaliação de desempenho, os recursos financeiros que serão disponibilizados, a forma de controle e fiscalização da sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde.

§ 1º O Ministério da Saúde definirá indicadores nacionais de garantia de acesso às ações e aos serviços de saúde no âmbito do SUS, a partir de diretrizes estabelecidas pelo Plano Nacional de Saúde.

§ 2º O desempenho aferido a partir dos indicadores nacionais de garantia de acesso servirá como parâmetro para avaliação do desempenho da prestação das ações e dos serviços

definidos no Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde em todas as Regiões de Saúde, considerando-se as especificidades municipais, regionais e estaduais.

Art. 36. O Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde conterà as seguintes disposições essenciais:

I - identificação das necessidades de saúde locais e regionais;

II - oferta de ações e serviços de vigilância em saúde, promoção, proteção e recuperação da saúde em âmbito regional e inter-regional;

III - responsabilidades assumidas pelos entes federativos perante a população no processo de regionalização, as quais serão estabelecidas de forma individualizada, de acordo com o perfil, a organização e a capacidade de prestação das ações e dos serviços de cada ente federativo da Região de Saúde;

IV - indicadores e metas de saúde;

V - estratégias para a melhoria das ações e serviços de saúde;

VI - critérios de avaliação dos resultados e forma de monitoramento permanente;

VII - adequação das ações e dos serviços dos entes federativos em relação às atualizações realizadas na RENASES;

VIII - investimentos na rede de serviços e as respectivas responsabilidades; e

IX - recursos financeiros que serão disponibilizados por cada um dos partícipes para sua execução.

Parágrafo único. O Ministério da Saúde poderá instituir formas de incentivo ao cumprimento das metas de saúde e à melhoria das ações e serviços de saúde.

Art. 37. O Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde observará as seguintes diretrizes básicas para fins de garantia da gestão participativa:

I - estabelecimento de estratégias que incorporem a avaliação do usuário das ações e dos serviços, como ferramenta de sua melhoria;

II - apuração permanente das necessidades e interesses do usuário; e

III - publicidade dos direitos e deveres do usuário na saúde em todas as unidades de saúde do SUS, inclusive nas unidades privadas que dele participem de forma complementar.

Art. 38. A humanização do atendimento do usuário será fator determinante para o estabelecimento das metas de saúde previstas no Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde.

Art. 39. As normas de elaboração e fluxos do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde serão pactuados pelo CIT, cabendo à Secretaria de Saúde Estadual coordenar a sua implementação.

Art. 40. O Sistema Nacional de Auditoria e Avaliação do SUS, por meio de serviço especializado, fará o controle e a fiscalização do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde.

§ 1º O Relatório de Gestão a que se refere o inciso IV do art. 4º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, conterá seção específica relativa aos compromissos assumidos no âmbito do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde.

§ 2º O disposto neste artigo será implementado em conformidade com as demais formas de controle e fiscalização previstas em Lei.

Art. 41. Aos partícipes caberá monitorar e avaliar a execução do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde, em relação ao cumprimento das metas estabelecidas, ao seu desempenho e à aplicação dos recursos disponibilizados.

Parágrafo único. Os partícipes incluirão dados sobre o Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde no sistema de informações em saúde organizado pelo Ministério da Saúde e os encaminhará ao respectivo Conselho de Saúde para monitoramento.

## CAPÍTULO VI

### DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 42. Sem prejuízo das outras providências legais, o Ministério da Saúde informará aos órgãos de controle interno e externo:

I - o descumprimento injustificado de responsabilidades na prestação de ações e serviços de saúde e de outras obrigações previstas neste Decreto;

II - a não apresentação do Relatório de Gestão a que se refere o inciso IV do art. 4º da Lei no 8.142, de 1990;

III - a não aplicação, malversação ou desvio de recursos financeiros; e

IV - outros atos de natureza ilícita de que tiver conhecimento.

Art. 43. A primeira RENASES é a somatória de todas as ações e serviços de saúde que na data da publicação deste Decreto são ofertados pelo SUS à população, por meio dos entes federados, de forma direta ou indireta.

Art. 44. O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes de que trata o § 3º do art. 15 no prazo de cento e oitenta dias a partir da publicação deste Decreto.

Art. 45. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 28 de junho de 2011; 190ª da Independência e 123ª da República.

Setor Protocolo Legislativo  
PL Nº 1865 / 17  
Folha Nº 58 mC

## RESOLUÇÃO Nº 453, DE 10 DE MAIO DE 2012

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Trigésima Terceira Reunião Ordinária, realizada nos dias 9 e 10 de maio de 2012, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, e

Considerando os debates ocorridos nos Conselhos de Saúde, nas três esferas de Governo, na X Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, nas Plenárias Regionais e Estaduais de Conselhos de Saúde, nas 9ª, 10ª e 11ª Conferências Nacionais de Saúde, e nas Conferências Estaduais, do Distrito Federal e Municipais de Saúde;

Considerando a experiência acumulada do Controle Social da Saúde à necessidade de aprimoramento do Controle Social da Saúde no âmbito nacional e as reiteradas demandas dos Conselhos Estaduais e Municipais referentes às propostas de composição, organização e funcionamento, conforme o § 5º Inciso II art. 1º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990;

Considerando a ampla discussão da Resolução do CNS nº 333/03 realizada nos espaços de Controle Social, entre os quais se destacam as Plenárias de Conselhos de Saúde;

Considerando os objetivos de consolidar, fortalecer, ampliar e acelerar o processo de Controle Social do SUS, por intermédio dos Conselhos Nacional, Estaduais, Municipais, das Conferências de Saúde e Plenárias de Conselhos de Saúde;

Considerando que os Conselhos de Saúde, consagrados pela efetiva participação da sociedade civil organizada, representam polos de qualificação de cidadãos para o Controle Social nas esferas da ação do Estado; e

Considerando o que disciplina a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamentam a Lei Orgânica da Saúde.

Resolve:

Aprovar as seguintes diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde:

### DA DEFINIÇÃO DE CONSELHO DE SAÚDE

Primeira Diretriz: o Conselho de Saúde é uma instância colegiada, deliberativa e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada esfera de Governo, integrante da estrutura organizacional do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com composição, organização e competência fixadas na Lei nº 8.142/90. O processo bem-sucedido de descentralização da saúde promoveu o surgimento de Conselhos Regionais, Conselhos Locais, Conselhos Distritais de Saúde, incluindo os Conselhos

dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, sob a coordenação dos Conselhos de Saúde da esfera correspondente. Assim, os Conselhos de Saúde são espaços instituídos de participação da comunidade nas políticas públicas e na administração da saúde.

Parágrafo único. Como Subsistema da Seguridade Social, o Conselho de Saúde atua na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das Políticas de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros.

### DA INSTITUIÇÃO E REFORMULAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Segunda Diretriz: a instituição dos Conselhos de Saúde é estabelecida por lei federal, estadual, do Distrito Federal e municipal, obedecida a Lei nº 8.142/90.

Setor Protocolo Legislativo

PL Nº 1865 / 17

Folha Nº 59 mc

Parágrafo único. Na instituição e reformulação dos Conselhos de Saúde o Poder Executivo, respeitando os princípios da democracia, deverá acolher as demandas da população aprovadas nas Conferências de Saúde, e em consonância com a legislação.

## A ORGANIZAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Terceira Diretriz: a participação da sociedade organizada, garantida na legislação, torna os Conselhos de Saúde uma instância privilegiada na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da Política de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros. A legislação estabelece, ainda, a composição paritária de usuários em relação ao conjunto dos demais segmentos representados. O Conselho de Saúde será composto por representantes de entidades, instituições e movimentos representativos de usuários, de entidades representativas de trabalhadores da área da saúde, do governo e de entidades representativas de prestadores de serviços de saúde, sendo o seu presidente eleito entre os membros do Conselho, em reunião plenária. Nos Municípios onde não existem entidades, instituições e movimentos organizados em número suficiente para compor o Conselho, a eleição da representação será realizada em plenária no Município, promovida pelo Conselho Municipal de maneira ampla e democrática.

I - O número de conselheiros será definido pelos Conselhos de Saúde e constituído em lei.

II - Mantendo o que propôs as Resoluções nºs 33/92 e 333/03 do CNS e consoante com as Recomendações da 10ª e 11ª Conferências Nacionais de Saúde, as vagas deverão ser distribuídas da seguinte forma:

- a) 50% de entidades e movimentos representativos de usuários;
- b) 25% de entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde;
- c) 25% de representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos.

III - A participação de órgãos, entidades e movimentos sociais terá como critério a representatividade, a abrangência e a complementaridade do conjunto da sociedade, no âmbito de atuação do Conselho de Saúde. De acordo com as especificidades locais, aplicando o princípio da paridade, serão contempladas, dentre outras, as seguintes representações:

- a) associações de pessoas com patologias;
- b) associações de pessoas com deficiências;
- c) entidades indígenas;
- d) movimentos sociais e populares, organizados (movimento negro, LGBT...);
- e) movimentos organizados de mulheres, em saúde;
- f) entidades de aposentados e pensionistas;
- g) entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais;
- h) entidades de defesa do consumidor;
- i) organizações de moradores;
- j) entidades ambientalistas;
- k) organizações religiosas;
- l) trabalhadores da área de saúde: associações, confederações, conselhos de profissões regulamentadas, federações e sindicatos, obedecendo as instâncias federativas;
- m) comunidade científica;
- n) entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento;
- o) entidades patronais;
- p) entidades dos prestadores de serviço de saúde; e
- q) governo.

IV - As entidades, movimentos e instituições eleitas no Conselho de Saúde terão os conselheiros indicados, por escrito, conforme processos estabelecidos pelas respectivas entidades, movimentos e instituições e de acordo com a sua organização, com a recomendação de que ocorra renovação de seus representantes.

Setor Protocolo Legislativo

PL Nº 1865 / 17

Folha Nº 60 mc

V - Recomenda-se que, a cada eleição, os segmentos de representações de usuários, trabalhadores e prestadores de serviços, ao seu critério, promovam a renovação de, no mínimo, 30% de suas entidades representativas.

VI - A representação nos segmentos deve ser distinta e autônoma em relação aos demais segmentos que compõem o Conselho, por isso, um profissional com cargo de direção ou de confiança na gestão do SUS, ou como prestador de serviços de saúde não pode ser representante dos(as) Usuários(as) ou de Trabalhadores(as).

VII - A ocupação de funções na área da saúde que interfiram na autonomia representativa do Conselheiro(a) deve ser avaliada como possível impedimento da representação de Usuário(a) e Trabalhador(a), e, a juízo da entidade, indicativo de substituição do Conselheiro(a).

VIII - A participação dos membros eleitos do Poder Legislativo, representação do Poder Judiciário e do Ministério Público, como conselheiros, não é permitida nos Conselhos de Saúde.

IX - Quando não houver Conselho de Saúde constituído ou em atividade no Município, caberá ao Conselho Estadual de Saúde assumir, junto ao executivo municipal, a convocação e realização da Conferência Municipal de Saúde, que terá como um de seus objetivos a estruturação e composição do Conselho Municipal. O mesmo será atribuído ao Conselho Nacional de Saúde, quando não houver Conselho Estadual de Saúde constituído ou em funcionamento.

X - As funções, como membro do Conselho de Saúde, não serão remuneradas, considerando-se o seu exercício de relevância pública e, portanto, garante a dispensa do trabalho sem prejuízo para o conselheiro. Para fins de justificativa junto aos órgãos, entidades competentes e instituições, o Conselho de Saúde emitirá declaração de participação de seus membros durante o período das reuniões, representações, capacitações e outras atividades específicas.

XI - O conselheiro, no exercício de sua função, responde pelos seus atos conforme legislação vigente.

#### ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Quarta Diretriz: as três esferas de Governo garantirão autonomia administrativa para o pleno funcionamento do Conselho de Saúde, dotação orçamentária, autonomia financeira e organização da secretaria-executiva com a necessária infraestrutura e apoio técnico:

I - cabe ao Conselho de Saúde deliberar em relação à sua estrutura administrativa e o quadro de pessoal;

II - o Conselho de Saúde contará com uma secretaria-executiva coordenada por pessoa preparada para a função, para o suporte técnico e administrativo, subordinada ao Plenário do Conselho de Saúde, que definirá sua estrutura e dimensão;

III - o Conselho de Saúde decide sobre o seu orçamento;

IV - o Plenário do Conselho de Saúde se reunirá, no mínimo, a cada mês e, extraordinariamente, quando necessário, e terá como base o seu Regimento Interno. A pauta e o material de apoio às reuniões devem ser encaminhados aos conselheiros com antecedência mínima de 10 (dez) dias;

V - as reuniões plenárias dos Conselhos de Saúde são abertas ao público e deverão acontecer em espaços e horários que possibilitem a participação da sociedade;

VI - o Conselho de Saúde exerce suas atribuições mediante o funcionamento do Plenário, que, além das comissões intersetoriais, estabelecidas na Lei nº 8.080/90, instalará outras comissões intersetoriais e grupos de trabalho de conselheiros para ações transitórias. As comissões poderão contar com integrantes não conselheiros;

VII - o Conselho de Saúde constituirá uma Mesa Diretora eleita em Plenário, respeitando a paridade expressa nesta Resolução;

VIII - as decisões do Conselho de Saúde serão adotadas mediante quórum mínimo (metade mais um) dos seus integrantes, ressalvados os casos regimentais nos quais se exija quórum especial, ou maioria qualificada de votos;

a) entende-se por maioria simples o número inteiro imediatamente superior à metade dos membros presentes;

b) entende-se por maioria absoluta o número inteiro imediatamente superior à metade de membros do Conselho;

c) entende-se por maioria qualificada 2/3 (dois terços) do total de membros do Conselho;

Setor Protocolo Legislativo

PL Nº 1865 / 17

Folha Nº 61 m.c

IX - qualquer alteração na organização dos Conselhos de Saúde preservará o que está garantido em lei e deve ser proposta pelo próprio Conselho e votada em reunião plenária, com quórum qualificado, para depois ser alterada em seu Regimento Interno e homologada pelo gestor da esfera correspondente;

X - a cada quadrimestre deverá constar dos itens da pauta o pronunciamento do gestor, das respectivas esferas de governo, para que faça a prestação de contas, em relatório detalhado, sobre andamento do plano de saúde, agenda da saúde pactuada, relatório de gestão, dados sobre o montante e a forma de aplicação dos recursos, as auditorias iniciadas e concluídas no período, bem como a produção e a oferta de serviços na rede assistencial própria, contratada ou conveniada, de acordo com o art. 12 da Lei nº 8.689/93 e com a Lei Complementar nº 141/2012;

XI - os Conselhos de Saúde, com a devida justificativa, buscarão auditorias externas e independentes sobre as contas e atividades do Gestor do SUS; e

XII - o Pleno do Conselho de Saúde deverá manifestar-se por meio de resoluções, recomendações, moções e outros atos deliberativos. As resoluções serão obrigatoriamente homologadas pelo chefe do poder constituído em cada esfera de governo, em um prazo de 30 (trinta) dias, dando-se-lhes publicidade oficial. Decorrido o prazo mencionado e não sendo homologada a resolução e nem enviada justificativa pelo gestor ao Conselho de Saúde com proposta de alteração ou rejeição a ser apreciada na reunião seguinte, as entidades que integram o Conselho de Saúde podem buscar a validação das resoluções, recorrendo à justiça e ao Ministério Público, quando necessário.

Quinta Diretriz: aos Conselhos de Saúde Nacional, Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, que têm competências definidas nas leis federais, bem como em indicações advindas das Conferências de Saúde, compete:

I - fortalecer a participação e o Controle Social no SUS, mobilizar e articular a sociedade de forma permanente na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS;

II - elaborar o Regimento Interno do Conselho e outras normas de funcionamento;

III - discutir, elaborar e aprovar propostas de operacionalização das diretrizes aprovadas pelas Conferências de Saúde;

IV - atuar na formulação e no controle da execução da política de saúde, incluindo os seus aspectos econômicos e financeiros, e propor estratégias para a sua aplicação aos setores público e privado;

V - definir diretrizes para elaboração dos planos de saúde e deliberar sobre o seu conteúdo, conforme as diversas situações epidemiológicas e a capacidade organizacional dos serviços;

VI - anualmente deliberar sobre a aprovação ou não do relatório de gestão;

VII - estabelecer estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados, a exemplo dos de seguridade social, meio ambiente, justiça, educação, trabalho, agricultura, idosos, criança e adolescente e outros;

VIII - proceder à revisão periódica dos planos de saúde;

IX - deliberar sobre os programas de saúde e aprovar projetos a serem encaminhados ao Poder Legislativo, propor a adoção de critérios definidores de qualidade e resolutividade, atualizando-os face ao processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos na área da Saúde;

X - avaliar, explicitando os critérios utilizados, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde do SUS;

XI - avaliar e deliberar sobre contratos, consórcios e convênios, conforme as diretrizes dos Planos de Saúde Nacional, Estaduais, do Distrito Federal e Municipais;

XII - acompanhar e controlar a atuação do setor privado credenciado mediante contrato ou convênio na área de saúde;

XIII - aprovar a proposta orçamentária anual da saúde, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias, observado o princípio do processo de planejamento e orçamento ascendentes, conforme legislação vigente;

XIV - propor critérios para programação e execução financeira e orçamentária dos Fundos de Saúde e acompanhar a movimentação e destino dos recursos;

XV - fiscalizar e controlar gastos e deliberar sobre critérios de movimentação de recursos da Saúde, incluindo o Fundo de Saúde e os recursos transferidos e próprios do Município, Estado, Distrito Federal e da União, com base no que a lei disciplina;

XVI - analisar, discutir e aprovar o relatório de gestão, com a prestação de contas e informações financeiras, repassadas em tempo hábil aos conselheiros, e garantia do devido assessoramento;

XVII - fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde e encaminhar denúncias aos respectivos órgãos de controle interno e externo, conforme legislação vigente;

XVIII - examinar propostas e denúncias de indícios de irregularidades, responder no seu âmbito a consultas sobre assuntos pertinentes às ações e aos serviços de saúde, bem como apreciar recursos a respeito de deliberações do Conselho nas suas respectivas instâncias;

XIX - estabelecer a periodicidade de convocação e organizar as Conferências de Saúde, propor sua convocação ordinária ou extraordinária e estruturar a comissão organizadora, submeter o respectivo regimento e programa ao Pleno do Conselho de Saúde correspondente, convocar a sociedade para a participação nas pré-conferências e conferências de saúde;

XX - estimular articulação e intercâmbio entre os Conselhos de Saúde, entidades, movimentos populares, instituições públicas e privadas para a promoção da Saúde;

XXI - estimular, apoiar e promover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas na área de saúde pertinente ao desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS);

XXII - acompanhar o processo de desenvolvimento e incorporação científica e tecnológica, observados os padrões éticos compatíveis com o desenvolvimento sociocultural do País;

XXIII - estabelecer ações de informação, educação e comunicação em saúde, divulgar as funções e competências do Conselho de Saúde, seus trabalhos e decisões nos meios de comunicação, incluindo informações sobre as agendas, datas e local das reuniões e dos eventos;

XXIV - deliberar, elaborar, apoiar e promover a educação permanente para o controle social, de acordo com as Diretrizes e a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social do SUS;

XXV - incrementar e aperfeiçoar o relacionamento sistemático com os poderes constituídos, Ministério Público, Judiciário e Legislativo, meios de comunicação, bem como setores relevantes não representados nos conselhos;

XXVI - acompanhar a aplicação das normas sobre ética em pesquisas aprovadas pelo CNS;

XXVII - deliberar, encaminhar e avaliar a Política de Gestão do Trabalho e Educação para a Saúde no SUS;

XXVIII - acompanhar a implementação das propostas constantes do relatório das plenárias dos Conselhos de Saúde; e

XXIX - atualizar periodicamente as informações sobre o Conselho de Saúde no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS).

Fica revogada a Resolução do CNS nº 333, de 4 de novembro de 2003.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA  
Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução CNS nº 453, de 10 de maio de 2012, nos termos do Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA  
Ministro de Estado da Saúde

Republicada por ter saído com incorreção no original, publicado no Diário Oficial da União nº 109,  
Seção 1, página 138

Setor Protocolo Legislativo  
PL Nº 1865 / 17  
Folha Nº 63 MC

PCL XL error

Warning: IllegalMediaSize

Setor Protocolo Legislativo  
PL Nº 1865 / 17  
Folha Nº 64 mc

## Lei Federal 8.080 1990 Artigos 12 a 14

Art. 12. Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.

Parágrafo único. As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 13. A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades:

- I - alimentação e nutrição;
- II - saneamento e meio ambiente;
- III - vigilância sanitária e farmacoepidemiologia;
- IV - recursos humanos;
- V - ciência e tecnologia; e
- VI - saúde do trabalhador.

Art. 14. Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

Parágrafo único. Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS), na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

Art. 14-A. As Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite são reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS). (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

Parágrafo único. A atuação das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite terá por objetivo: (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

I - decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde; (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

II - definir diretrizes, de âmbito nacional, regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde, principalmente no tocante à sua governança institucional e à integração das ações e serviços dos entes federados; (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

III - fixar diretrizes sobre as regiões de saúde, distrito sanitário, integração de territórios, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados. (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

Art. 14-B. O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) são reconhecidos como entidades

representativas dos entes estaduais e municipais para tratar de matérias referentes à saúde e declarados de utilidade pública e de relevante função social, na forma do regulamento. (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

§ 1º O Conass e o Conasems receberão recursos do orçamento geral da União por meio do Fundo Nacional de Saúde, para auxiliar no custeio de suas despesas institucionais, podendo ainda celebrar convênios com a União. (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

§ 2º Os Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) são reconhecidos como entidades que representam os entes municipais, no âmbito estadual, para tratar de matérias referentes à saúde, desde que vinculados institucionalmente ao Conasems, na forma que dispuserem seus estatutos. (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

## LEI COMPLEMENTAR Nº 64, DE 18 DE MAIO DE 1990

Estabelece, de acordo com o art. 14, § 9º da Constituição Federal, casos de inelegibilidade, prazos de cessação, e determina outras providências.

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

Art. 1º São inelegíveis:

I - para qualquer cargo:

a) os inalistáveis e os analfabetos;

~~b) os membros do Congresso Nacional, das assembleias Legislativas, da Câmara Legislativa e das Câmaras Municipais que hajam perdido os respectivos mandatos por infringência do disposto no art. 55, I e II, da Constituição Federal, dos dispositivos equivalentes sobre perda de mandato das Constituições Estaduais e Leis Orgânicas dos Municípios e do Distrito Federal, para as eleições que se realizarem durante o período remanescente do mandato para o qual foram eleitos e nos 3 (três) anos subsequentes ao término da legislatura;~~

b) os membros do Congresso Nacional, das Assembleias Legislativas, da Câmara Legislativa e das Câmaras Municipais, que hajam perdido os respectivos mandatos por infringência do disposto nos incisos I e II do art. 55 da Constituição Federal, dos dispositivos equivalentes sobre perda de mandato das Constituições Estaduais e Leis Orgânicas dos Municípios e do Distrito Federal, para as eleições que se realizarem durante o período remanescente do mandato para o qual foram eleitos e nos oito anos subsequentes ao término da legislatura; (Redação dada pela LCP 81, de 13/04/94)

~~c) o Governador e o Vice-Governador de Estado e do Distrito Federal, o Prefeito e o Vice-Prefeito que perderem seus cargos eletivos por infringência a dispositivo da Constituição Estadual da Lei Orgânica do Distrito Federal ou da Lei Orgânica do Município, para as eleições que se realizarem durante o período remanescente e nos 3 (três) anos subsequentes ao término do mandato para o qual tenham sido eleitos;~~

c) o Governador e o Vice-Governador de Estado e do Distrito Federal e o Prefeito e o Vice-Prefeito que perderem seus cargos eletivos por infringência a dispositivo da Constituição Estadual, da Lei Orgânica do Distrito Federal ou da Lei Orgânica do Município, para as eleições que se realizarem durante o período remanescente e nos 8 (oito) anos subsequentes ao término do mandato para o qual tenham sido eleitos; (Redação dada pela Lei Complementar nº 135, de 2010)

~~d) os que tenham contra sua pessoa representação julgada procedente pela Justiça Eleitoral, transitada em julgado, em processo de apuração de abuso do poder econômico ou político, para a eleição na qual concorrem ou tenham sido diplomados, bem como para as que se realizarem 3 (três) anos seguintes;~~

d) os que tenham contra sua pessoa representação julgada procedente pela Justiça Eleitoral, em decisão transitada em julgado ou proferida por órgão colegiado, em processo de apuração de abuso do poder econômico ou político, para a eleição na qual concorrem ou tenham sido diplomados, bem como para as que se realizarem nos 8 (oito) anos seguintes; (Redação dada pela Lei Complementar nº 135, de 2010)

Setor Protocolo Legislativo

PL Nº 1865 / 17

Folha Nº 67 m.c

~~e) os que forem condenados criminalmente, com sentença transitada em julgado, pela prática de crime contra a economia popular, a fé pública, a administração pública, o patrimônio público, o mercado financeiro, pelo tráfico de entorpecentes e por crimes eleitorais, pelo prazo de 3 (três) anos, após o cumprimento da pena;~~

e) os que forem condenados, em decisão transitada em julgado ou proferida por órgão judicial colegiado, desde a condenação até o transcurso do prazo de 8 (oito) anos após o cumprimento da pena, pelos crimes: (Redação dada pela Lei Complementar nº 135, de 2010)

1. contra a economia popular, a fé pública, a administração pública e o patrimônio público; (Incluído pela Lei Complementar nº 135, de 2010)

2. contra o patrimônio privado, o sistema financeiro, o mercado de capitais e os previstos na lei que regula a falência; (Incluído pela Lei Complementar nº 135, de 2010)

3. contra o meio ambiente e a saúde pública; (Incluído pela Lei Complementar nº 135, de 2010)

4. eleitorais, para os quais a lei comine pena privativa de liberdade; (Incluído pela Lei Complementar nº 135, de 2010)

5. de abuso de autoridade, nos casos em que houver condenação à perda do cargo ou à inabilitação para o exercício de função pública; (Incluído pela Lei Complementar nº 135, de 2010)

6. de lavagem ou ocultação de bens, direitos e valores; (Incluído pela Lei Complementar nº 135, de 2010)

7. de tráfico de entorpecentes e drogas afins, racismo, tortura, terrorismo e hediondos; (Incluído pela Lei Complementar nº 135, de 2010)

8. de redução à condição análoga à de escravo; (Incluído pela Lei Complementar nº 135, de 2010)

9. contra a vida e a dignidade sexual; e (Incluído pela Lei Complementar nº 135, de 2010)

10. praticados por organização criminosa, quadrilha ou bando; (Incluído pela Lei Complementar nº 135, de 2010)

~~f) os que forem declarados indignos do oficialato, ou com ele incompatíveis, pelo prazo de 4 (quatro) anos;~~

f) os que forem declarados indignos do oficialato, ou com ele incompatíveis, pelo prazo de 8 (oito) anos; (Redação dada pela Lei Complementar nº 135, de 2010)

~~g) os que tiverem suas contas relativas ao exercício de cargos ou funções públicas rejeitadas por irregularidade insanável e por decisão irrecorrível de órgão competente, salvo se a questão houver sido ou estiver sendo submetida à apreciação do Poder Judiciário, para as eleições que se realizarem nos 5 (cinco) anos seguintes, contados a partir da data da decisão;~~

g) os que tiverem suas contas relativas ao exercício de cargos ou funções públicas rejeitadas por irregularidade insanável que configure ato doloso de improbidade administrativa, e por decisão irrecorrível do órgão competente, salvo se esta houver sido

suspensa ou anulada pelo Poder Judiciário, para as eleições que se realizarem nos 8 (oito) anos seguintes, contados a partir da data da decisão, aplicando-se o disposto no inciso II do art. 71 da Constituição Federal, a todos os ordenadores de despesa, sem exclusão de mandatários que houverem agido nessa condição; (Redação dada pela Lei Complementar nº 135, de 2010)

~~h) os detentores de cargo na administração pública direta, indireta ou fundacional, que beneficiarem a si ou a terceiros, pelo abuso do poder econômico ou político apurado em processo, com sentença transitada em julgado, para as eleições que se realizarem nos 3 (três) anos seguintes ao término do seu mandato ou do período de sua permanência no cargo;~~

h) os detentores de cargo na administração pública direta, indireta ou fundacional, que beneficiarem a si ou a terceiros, pelo abuso do poder econômico ou político, que forem condenados em decisão transitada em julgado ou proferida por órgão judicial colegiado, para a eleição na qual concorrem ou tenham sido diplomados, bem como para as que se realizarem nos 8 (oito) anos seguintes; (Redação dada pela Lei Complementar nº 135, de 2010)

i) os que, em estabelecimentos de crédito, financiamento ou seguro, que tenham sido ou estejam sendo objeto de processo de liquidação judicial ou extrajudicial, hajam exercido, nos 12 (doze) meses anteriores à respectiva decretação, cargo ou função de direção, administração ou representação, enquanto não forem exonerados de qualquer responsabilidade;

j) os que forem condenados, em decisão transitada em julgado ou proferida por órgão colegiado da Justiça Eleitoral, por corrupção eleitoral, por captação ilícita de sufrágio, por doação, captação ou gastos ilícitos de recursos de campanha ou por conduta vedada aos agentes públicos em campanhas eleitorais que impliquem cassação do registro ou do diploma, pelo prazo de 8 (oito) anos a contar da eleição; (Incluído pela Lei Complementar nº 135, de 2010)

k) o Presidente da República, o Governador de Estado e do Distrito Federal, o Prefeito, os membros do Congresso Nacional, das Assembleias Legislativas, da Câmara Legislativa, das Câmaras Municipais, que renunciarem a seus mandatos desde o oferecimento de representação ou petição capaz de autorizar a abertura de processo por infringência a dispositivo da Constituição Federal, da Constituição Estadual, da Lei Orgânica do Distrito Federal ou da Lei Orgânica do Município, para as eleições que se realizarem durante o período remanescente do mandato para o qual foram eleitos e nos 8 (oito) anos subsequentes ao término da legislatura; (Incluído pela Lei Complementar nº 135, de 2010)

l) os que forem condenados à suspensão dos direitos políticos, em decisão transitada em julgado ou proferida por órgão judicial colegiado, por ato doloso de improbidade administrativa que importe lesão ao patrimônio público e enriquecimento ilícito, desde a condenação ou o trânsito em julgado até o transcurso do prazo de 8 (oito) anos após o cumprimento da pena; (Incluído pela Lei Complementar nº 135, de 2010)

m) os que forem excluídos do exercício da profissão, por decisão sancionatória do órgão profissional competente, em decorrência de infração ético-profissional, pelo prazo de 8 (oito) anos, salvo se o ato houver sido anulado ou suspenso pelo Poder Judiciário; (Incluído pela Lei Complementar nº 135, de 2010)

n) os que forem condenados, em decisão transitada em julgado ou proferida por órgão judicial colegiado, em razão de terem desfeito ou simulado desfazer vínculo conjugal ou de união estável para evitar caracterização de inelegibilidade, pelo prazo de 8 (oito) anos após a decisão que reconhecer a fraude; (Incluído pela Lei Complementar nº 135, de 2010)

o) os que forem demitidos do serviço público em decorrência de processo administrativo ou judicial, pelo prazo de 8 (oito) anos, contado da decisão, salvo se o ato houver sido

suspenso ou anulado pelo Poder Judiciário; (Incluído pela Lei Complementar nº 135, de 2010)

p) a pessoa física e os dirigentes de pessoas jurídicas responsáveis por doações eleitorais tidas por ilegais por decisão transitada em julgado ou proferida por órgão colegiado da Justiça Eleitoral, pelo prazo de 8 (oito) anos após a decisão, observando-se o procedimento previsto no art. 22; (Incluído pela Lei Complementar nº 135, de 2010)

q) os magistrados e os membros do Ministério Público que forem aposentados compulsoriamente por decisão sancionatória, que tenham perdido o cargo por sentença ou que tenham pedido exoneração ou aposentadoria voluntária na pendência de processo administrativo disciplinar, pelo prazo de 8 (oito) anos; (Incluído pela Lei Complementar nº 135, de 2010)

II - para Presidente e Vice-Presidente da República:

a) até 6 (seis) meses depois de afastados definitivamente de seus cargos e funções:

1. os Ministros de Estado;

2. os chefes dos órgãos de assessoramento direto, civil e militar, da Presidência da República;

3. o chefe do órgão de assessoramento de informações da Presidência da República;

4. o chefe do Estado-Maior das Forças Armadas;

5. o Advogado-Geral da União e o Consultor-Geral da República;

6. os chefes do Estado-Maior da Marinha, do Exército e da Aeronáutica;

7. os Comandantes do Exército, Marinha e Aeronáutica;

8. os Magistrados;

9. os Presidentes, Diretores e Superintendentes de autarquias, empresas públicas, sociedades de economia mista e fundações públicas e as mantidas pelo poder público;

10. os Governadores de Estado, do Distrito Federal e de Territórios;

11. os Interventores Federais;

12. os Secretários de Estado;

13. os Prefeitos Municipais;

14. os membros do Tribunal de Contas da União, dos Estados e do Distrito Federal;

15. o Diretor-Geral do Departamento de Polícia Federal;

16. os Secretários-Gerais, os Secretários-Executivos, os Secretários Nacionais, os Secretários Federais dos Ministérios e as pessoas que ocupem cargos equivalentes;

Setor Protocolo Legislativo

PL Nº 1865 / 17

Folha Nº 70 MC

b) os que tenham exercido, nos 6 (seis) meses anteriores à eleição, nos Estados, no Distrito Federal, Territórios e em qualquer dos poderes da União, cargo ou função, de nomeação pelo Presidente da República, sujeito à aprovação prévia do Senado Federal;

c) (Vetado);

d) os que, até 6 (seis) meses antes da eleição, tiverem competência ou interesse, direta, indireta ou eventual, no lançamento, arrecadação ou fiscalização de impostos, taxas e contribuições de caráter obrigatório, inclusive parafiscais, ou para aplicar multas relacionadas com essas atividades;

e) os que, até 6 (seis) meses antes da eleição, tenham exercido cargo ou função de direção, administração ou representação nas empresas de que tratam os arts. 3º e 5º da Lei nº 4.137, de 10 de setembro de 1962, quando, pelo âmbito e natureza de suas atividades, possam tais empresas influir na economia nacional;

f) os que, detendo o controle de empresas ou grupo de empresas que atuem no Brasil, nas condições monopolísticas previstas no parágrafo único do art. 5º da lei citada na alínea anterior, não apresentarem à Justiça Eleitoral, até 6 (seis) meses antes do pleito, a prova de que fizeram cessar o abuso apurado, do poder econômico, ou de que transferiram, por força regular, o controle de referidas empresas ou grupo de empresas;

g) os que tenham, dentro dos 4 (quatro) meses anteriores ao pleito, ocupado cargo ou função de direção, administração ou representação em entidades representativas de classe, mantidas, total ou parcialmente, por contribuições impostas pelo poder Público ou com recursos arrecadados e repassados pela Previdência Social;

h) os que, até 6 (seis) meses depois de afastados das funções, tenham exercido cargo de Presidente, Diretor ou Superintendente de sociedades com objetivos exclusivos de operações financeiras e façam publicamente apelo à poupança e ao crédito, inclusive através de cooperativas e da empresa ou estabelecimentos que gozem, sob qualquer forma, de vantagens asseguradas pelo poder público, salvo se decorrentes de contratos que obedeçam a cláusulas uniformes;

i) os que, dentro de 6 (seis) meses anteriores ao pleito, hajam exercido cargo ou função de direção, administração ou representação em pessoa jurídica ou em empresa que mantenha contrato de execução de obras, de prestação de serviços ou de fornecimento de bens com órgão do Poder Público ou sob seu controle, salvo no caso de contrato que obedeça a cláusulas uniformes;

j) os que, membros do Ministério Público, não se tenham afastado das suas funções até 6 (seis) meses anteriores ao pleito;

l) os que, servidores públicos, estatutários ou não, dos órgãos ou entidades da Administração direta ou indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal, dos Municípios e dos Territórios, inclusive das fundações mantidas pelo Poder Público, não se afastarem até 3 (três) meses anteriores ao pleito, garantido o direito à percepção dos seus vencimentos integrais;

III - para Governador e Vice-Governador de Estado e do Distrito Federal;

a) os inelegíveis para os cargos de Presidente e Vice-Presidente da República especificados na alínea a do inciso II deste artigo e, no tocante às demais alíneas, quando se tratar de repartição pública, associação ou empresas que operem no território do Estado ou do Distrito Federal, observados os mesmos prazos;

b) até 6 (seis) meses depois de afastados definitivamente de seus cargos ou funções:

1. os chefes dos Gabinetes Civil e Militar do Governador do Estado ou do Distrito Federal;
2. os comandantes do Distrito Naval, Região Militar e Zona Aérea;
3. os diretores de órgãos estaduais ou sociedades de assistência aos Municípios;
4. os secretários da administração municipal ou membros de órgãos congêneres;

IV - para Prefeito e Vice-Prefeito:

a) no que lhes for aplicável, por identidade de situações, os inelegíveis para os cargos de Presidente e Vice-Presidente da República, Governador e Vice-Governador de Estado e do Distrito Federal, observado o prazo de 4 (quatro) meses para a desincompatibilização;

b) os membros do Ministério Público e Defensoria Pública em exercício na Comarca, nos 4 (quatro) meses anteriores ao pleito, sem prejuízo dos vencimentos integrais;

c) as autoridades policiais, civis ou militares, com exercício no Município, nos 4 (quatro) meses anteriores ao pleito;

V - para o Senado Federal:

a) os inelegíveis para os cargos de Presidente e Vice-Presidente da República especificados na alínea a do inciso II deste artigo e, no tocante às demais alíneas, quando se tratar de repartição pública, associação ou empresa que opere no território do Estado, observados os mesmos prazos;

b) em cada Estado e no Distrito Federal, os inelegíveis para os cargos de Governador e Vice-Governador, nas mesmas condições estabelecidas, observados os mesmos prazos;

VI - para a Câmara dos Deputados, Assembléia Legislativa e Câmara Legislativa, no que lhes for aplicável, por identidade de situações, os inelegíveis para o Senado Federal, nas mesmas condições estabelecidas, observados os mesmos prazos;

VII - para a Câmara Municipal:

a) no que lhes for aplicável, por identidade de situações, os inelegíveis para o Senado Federal e para a Câmara dos Deputados, observado o prazo de 6 (seis) meses para a desincompatibilização;

b) em cada Município, os inelegíveis para os cargos de Prefeito e Vice-Prefeito, observado o prazo de 6 (seis) meses para a desincompatibilização .

§ 1º Para concorrência a outros cargos, o Presidente da República, os Governadores de Estado e do Distrito Federal e os Prefeitos devem renunciar aos respectivos mandatos até 6 (seis) meses antes do pleito.

§ 2º O Vice-Presidente, o Vice-Governador e o Vice-Prefeito poderão candidatar-se a outros cargos, preservando os seus mandatos respectivos, desde que, nos últimos 6 (seis) meses anteriores ao pleito, não tenham sucedido ou substituído o titular.

§ 3º São inelegíveis, no território de jurisdição do titular, o cônjuge e os parentes, consangüíneos ou afins, até o segundo grau ou por adoção, do Presidente da República, de Governador de Estado ou Território, do Distrito Federal, de Prefeito ou de quem os haja substituído dentro dos 6 (seis) meses anteriores ao pleito, salvo se já titular de mandato eletivo e candidato à reeleição.

§ 4º A inelegibilidade prevista na alínea *e* do inciso I deste artigo não se aplica aos crimes culposos e àqueles definidos em lei como de menor potencial ofensivo, nem aos crimes de ação penal privada. (Incluído pela Lei Complementar nº 135, de 2010)

§ 5º A renúncia para atender à desincompatibilização com vistas a candidatura a cargo eletivo ou para assunção de mandato não gerará a inelegibilidade prevista na alínea *k*, a menos que a Justiça Eleitoral reconheça fraude ao disposto nesta Lei Complementar. (Incluído pela Lei Complementar nº 135, de 2010)

Setor Protocolo Legislativo

PL Nº 1865 / 17

Folha Nº 73 mc



# CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL

Texto atualizado apenas para consulta.  
**LEI COMPLEMENTAR Nº 840, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011**  
(Autoria do Projeto: Poder Executivo)

**Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis do Distrito Federal, das autarquias e das fundações públicas distritais.**

O GOVERNADOR DO DISTRITO FEDERAL,  
Faço saber que a Câmara Legislativa do Distrito Federal decreta e eu sanciono a seguinte Lei Complementar:  
[...]

**TÍTULO VII**  
**DOS PROCESSOS DE APURAÇÃO DE INFRAÇÃO DISCIPLINAR**  
**CAPÍTULO I**  
**DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**  
**Seção I**

**Das Disposições Comuns**

**Art. 211.** Diante de indícios de infração disciplinar, ou diante de representação, a autoridade administrativa competente deve determinar a instauração de sindicância ou processo disciplinar para apurar os fatos e, se for o caso, aplicar a sanção disciplinar.

§ 1º São competentes para instaurar sindicância ou processo disciplinar as autoridades definidas no art. 255, em relação às infrações disciplinares ocorridas em seus respectivos órgãos, autarquias ou fundações, independentemente da sanção cominada.

§ 2º A competência para instaurar processo disciplinar para apurar infração cometida por servidor efetivo no exercício de cargo em comissão ou função de confiança do qual foi exonerado ou dispensado é da autoridade do órgão, autarquia ou fundação onde a infração disciplinar foi cometida.

§ 3º Por solicitação ou determinação da autoridade competente, a apuração da infração disciplinar pode ser feita pelo órgão central do sistema de correição, preservada a competência para o julgamento.

§ 4º Os conflitos entre servidores podem ser tratados em mesa de comissão de mediação, a ser disciplinada em lei específica.

**Art. 212.** A infração disciplinar cometida por servidor é apurada mediante:

I – sindicância;

II – processo disciplinar.

§ 1º A representação sobre infração disciplinar cometida por servidor deve ser formulada por escrito e conter a identificação e o endereço do denunciante.

§ 2º No caso de denúncias anônimas, a administração pública pode iniciar reservadamente investigações para coleta de outros meios de prova necessários para a instauração de sindicância ou processo disciplinar.

§ 3º Em caso de infração disciplinar noticiada pela imprensa, nas redes sociais ou em correspondências escritas, a autoridade competente, antes de instaurar sindicância ou processo disciplinar, deve verificar se há indícios mínimos de sua ocorrência.

§ 4º Na hipótese do § 3º, no caso de não comprovação dos fatos, a autoridade competente deve se pronunciar por escrito sobre o motivo do arquivamento da verificação.

§ 5º Se houver indícios suficientes quanto à autoria e à materialidade da infração disciplinar, a autoridade administrativa pode instaurar imediatamente o processo disciplinar, dispensada a instauração de sindicância.

**Art. 213.** Não é objeto de apuração em sindicância ou processo disciplinar o fato que:

I – não configure infração disciplinar prevista nesta Lei Complementar ou em legislação específica;

II – já tenha sido objeto de julgamento pelo Poder Judiciário em sentença penal transitada em julgado que reconheceu a inexistência do fato ou a negativa da autoria, salvo se existente infração disciplinar residual.

§ 1º O servidor não responde:

I – por ato praticado com fundamento em lei ou regulamento posteriormente considerado inconstitucional pelo Poder Judiciário;

II – quando a punibilidade estiver extinta.

§ 2º Deve ser arquivada eventual denúncia ou representação que se refira a qualquer das hipóteses previstas neste artigo.

**Seção II**  
**Da Sindicância**

**Art. 214.** A sindicância é o procedimento investigativo destinado a:

I – identificar a autoria de infração disciplinar, quando desconhecida;

II – apurar a materialidade de infração disciplinar sobre a qual haja apenas indícios ou que tenha sido apenas noticiada.

§ 1º O ato de instauração da sindicância deve ser publicado no Diário Oficial do Distrito Federal.

§ 2º O prazo para conclusão da sindicância é de até trinta dias, prorrogável por igual período, a critério da autoridade competente.

**Art. 215.** Da sindicância pode resultar:

I – o arquivamento do processo;

II – instauração de processo disciplinar;

III – aplicação de sanção de advertência ou suspensão de até trinta dias.

§ 1º Constatado na sindicância que a infração classifica-se como leve ou média do grupo I, a comissão de sindicância deve citar o servidor acusado para acompanhar o prosseguimento da apuração nos mesmos autos.

§ 2º Aplicam-se, a partir do ato processual de que trata o § 1º, as normas do processo disciplinar, incluídas as garantias ao contraditório e à ampla defesa e as normas relativas à comissão processante.

Setor Protocolo Legislativo

PL Nº 1865 / 17

Folha Nº 74 m C



**Seção III**  
**Da Sindicância Patrimonial**

**Art. 216.** Diante de fundados indícios de enriquecimento ilícito de servidor ou de evolução patrimonial incompatível com a remuneração ou subsídio por ele percebido, pode ser determinada a instauração de sindicância patrimonial.

§ 1º São competentes para determinar a instauração de sindicância patrimonial:

I – o Presidente da Câmara Legislativa ou do Tribunal de Contas, nos respectivos órgãos;

II – o Governador ou o titular do órgão central de sistema de correição, no Poder Executivo.

§ 2º A sindicância patrimonial constitui-se de procedimento sigiloso com caráter exclusivamente investigativo.

§ 3º O procedimento de sindicância patrimonial é conduzido por comissão composta por três servidores estáveis.

§ 4º O prazo para conclusão do procedimento de sindicância patrimonial é de trinta dias, prorrogável por igual período.

§ 5º Concluídos os trabalhos da sindicância patrimonial, a comissão responsável por sua condução deve elaborar relatório sobre os fatos apurados, concluindo pelo arquivamento ou pela instauração de processo disciplinar.

**Seção IV**  
**Do Processo Disciplinar**

**Art. 217.** O processo disciplinar é o instrumento destinado a apurar responsabilidade do servidor por infração disciplinar.

*Parágrafo único.* O prazo para a conclusão do processo disciplinar é de até sessenta dias, prorrogável por igual período.

**Art. 218.** Os autos da sindicância, se houver, são apensados aos do processo disciplinar, como peça informativa da instrução.

**Art. 219.** O processo disciplinar obedece aos princípios da legalidade, moralidade, impessoalidade, publicidade, eficiência, interesse público, contraditório, ampla defesa, proporcionalidade, razoabilidade, motivação, segurança jurídica, informalismo moderado, justiça, verdade material e indisponibilidade.

§ 1º Os atos do processo disciplinar não dependem de forma determinada senão quando a lei expressamente o exigir, reputando-se válidos os que, realizados de outro modo, preenchem sua finalidade essencial.

§ 2º É permitida:

I – a notificação ou a intimação do servidor acusado ou indiciado ou de seu procurador em audiência;

II – a comunicação, via postal, entre a comissão processante e o servidor acusado ou indiciado;

III – a utilização de meio eletrônico, se confirmado o recebimento pelo destinatário ou mediante certificação digital, para:

a) a entrega de petição à comissão processante, salvo a defesa escrita prevista no art. 245, desde que o meio utilizado pelo remetente seja previamente cadastrado na comissão processante;

b) a notificação ou a intimação sobre atos do processo disciplinar, salvo os previstos nos arts. 243 e 245, desde que o meio eletrônico tenha sido previamente cadastrado pelo servidor acusado ou indiciado na comissão processante.

§ 3º Se a comissão notificar ou intimar o servidor por meio eletrônico, deve, sempre que possível, avisá-lo por meio telefônico de que a comunicação foi enviada.

§ 4º O uso dos meios permitidos nos §§ 2º e 3º deve ser certificado nos autos, juntando-se cópia das correspondências recebidas ou enviadas.

§ 5º Não é causa de nulidade do ato processual a ausência:

I – do servidor acusado ou de seu procurador na oitiva de testemunha, quando o servidor tenha sido previamente notificado;

II – do procurador no interrogatório do servidor acusado.

**Art. 220.** Os autos do processo disciplinar, as reuniões da comissão e os atos processuais têm caráter reservado.

§ 1º Os autos do processo disciplinar não podem ser retirados da repartição onde se encontram.

§ 2º É lícito o fornecimento de cópia de peças dos autos ao servidor ou ao seu procurador, observado o disposto no art. 168, §§ 2º e 3º.

**Art. 221.** Salvo quando autorizado pela autoridade instauradora, é vedado deferir ao servidor acusado, desde a instauração do processo disciplinar até a conclusão do prazo para defesa escrita:

I – gozo de férias;

II – licença ou afastamento voluntários;

III – exoneração a pedido;

IV – aposentadoria voluntária.

**CAPÍTULO II**  
**DO AFASTAMENTO PREVENTIVO**

**Art. 222.** Como medida cautelar e a fim de que o servidor não venha a influir na apuração da infração disciplinar, a autoridade instauradora do processo disciplinar pode determinar o seu afastamento do exercício do cargo, pelo prazo de até sessenta dias, sem prejuízo da remuneração.

§ 1º O afastamento preventivo pode:

I – ser prorrogado por igual prazo, findo o qual cessam os seus efeitos, ainda que não concluído o processo disciplinar;

II – cessar por determinação da autoridade competente.

§ 2º Salvo motivo de caso fortuito ou força maior, o servidor afastado não pode comparecer à repartição de onde foi afastado, exceto quando autorizado pela autoridade competente ou pela comissão processante.

**Art. 223.** Em substituição ao afastamento preventivo, a autoridade instauradora pode, no prazo do art. 222, determinar que o servidor tenha exercício provisório em outra unidade administrativa do mesmo órgão, autarquia ou fundação de sua lotação.

**CAPÍTULO III**  
**DA AMPLA DEFESA E DO CONTRADITÓRIO**

Setor Protocolo Legislativo

PL Nº 1865 / 17

Folha Nº 75 mc



**Art. 224.** No processo disciplinar, é sempre assegurado ao servidor acusado o direito ao contraditório e à ampla defesa.

**Art. 225.** O servidor acusado deve ser:

I – citado sobre a instauração de processo disciplinar contra sua pessoa;

II – intimado ou notificado dos atos processuais;

III – intimado, pessoalmente, para apresentação de defesa escrita, na forma do art. 245;

IV – intimado da decisão proferida em sindicância ou processo disciplinar, sem suspensão dos efeitos decorrentes da publicação no Diário Oficial do Distrito Federal.

*Parágrafo único.* A intimação de que trata o inciso II deve ser feita com antecedência mínima de três dias da data de comparecimento.

**Art. 226.** Ao servidor acusado é facultado:

I – arguir a incompetência, o impedimento ou a suspeição:

a) da autoridade instauradora ou julgadora da sindicância ou processo disciplinar;

b) de qualquer membro da comissão processante;

II – constituir procurador;

III – acompanhar depoimento de testemunha, pessoalmente ou por seu procurador;

IV – arrolar testemunha;

V – reinquirir testemunha, por intermédio do presidente da comissão processante;

VI – contraditar testemunha;

VII – produzir provas e contraprovas;

VIII – formular quesitos, no caso de prova pericial;

IX – ter acesso às peças dos autos, observadas as regras de sigilo;

X – apresentar pedido de reconsideração, recurso ou revisão do julgamento.

§ 1º A arguição de que trata o inciso I do *caput* deve ser resolvida:

I – pela autoridade imediatamente superior, no caso do inciso I, a, ou pelo substituto legal, se exaurida a via hierárquica;

II – pela autoridade que instaurou o processo disciplinar, no caso do inciso I, b.

§ 2º É do servidor acusado o custo de perícias ou exames por ele requeridos, se não houver técnico habilitado nos quadros da administração pública distrital.

**Art. 227.** Quando houver dúvida sobre a sanidade mental do servidor acusado, a comissão processante deve propor à autoridade competente que ele seja submetido a exame por junta médica oficial, da qual participe pelo menos um médico psiquiatra.

*Parágrafo único.* O incidente de sanidade mental deve ser processado em autos apartados e apenso ao processo principal, após a expedição do laudo pericial.

**Art. 228.** Estando preso o servidor acusado, aplica-se o seguinte:

I – a citação inicial e a intimação para defesa escrita são promovidas onde ele estiver recolhido;

II – o acompanhamento do processo disciplinar é promovido por procurador por ele designado ou, na ausência, por defensor dativo;

III – o interrogatório é realizado em local apropriado, na forma previamente acordada com a autoridade competente.

#### CAPÍTULO IV DA COMISSÃO PROCESSANTE

**Art. 229.** A sindicância ou o processo disciplinar é conduzido por comissão processante, de caráter permanente ou especial.

§ 1º A comissão é composta de três servidores estáveis designados pela autoridade competente.

§ 2º Os membros da comissão processante são escolhidos pela autoridade competente entre os ocupantes de cargo para o qual se exija escolaridade igual ou superior à do servidor acusado.

§ 3º Nos casos de carreira organizada em nível hierárquico, os membros da comissão devem ser ocupantes de cargo efetivo superior ou do mesmo nível do servidor acusado.

§ 4º Compete ao presidente da comissão manter a ordem e a segurança das audiências, podendo requisitar força policial, se necessária.

§ 5º A Comissão tem como secretário servidor designado pelo seu presidente, podendo a indicação recair em um de seus membros.

§ 6º A comissão processante, quando permanente, deve ser renovada, no mínimo, a cada dois anos, vedado ao mesmo membro servir por mais de quatro anos consecutivos.

§ 7º Nas licenças, afastamentos, férias e demais ausências de membro da comissão processante, a autoridade competente pode designar substituto eventual.

§ 8º O local e os recursos materiais para o funcionamento dos trabalhos da comissão processante devem ser fornecidos pela autoridade instauradora da sindicância ou do processo disciplinar.

§ 9º Podem participar como membros da comissão processante servidores integrantes de outros órgãos da administração pública, distintos daquele onde ocorreram as infrações disciplinares, se conveniente para o interesse público.

§ 10. A comissão funciona com a presença de todos os seus membros.

**Art. 230.** O servidor não pode participar de comissão processante quando o servidor acusado for pessoa de sua família, seu padrasto, madrasta, enteado ou parente, na forma da lei civil.

§ 1º Também não pode participar de comissão processante o servidor que:

I – seja amigo íntimo ou inimigo capital, credor ou devedor, tutor ou curador do servidor acusado;

II – seja testemunha ou perito no processo disciplinar;

III – tenha sido autor de representação objeto da apuração;

IV – tenha atuado em sindicância, auditoria ou investigação da qual resultou a sindicância ou o processo disciplinar;

Setor Protocolo Legislativo

PL Nº 1865 / 17

Folha Nº 76 mc



## CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL

- V – atue ou tenha atuado como procurador do servidor acusado;
- VI – tenha interesse em decisão administrativa a ser tomada pelo servidor acusado;
- VII – tenha interesse no assunto que resultou na instauração da sindicância ou do processo disciplinar;
- VIII – esteja litigando, judicial ou administrativamente, com o servidor sindicado, acusado ou indiciado, ou com o respectivo cônjuge ou companheiro;
- IX – responda a sindicância ou processo disciplinar;
- X – tenha sido punido por qualquer infração disciplinar, ressalvado o disposto no art. 201;
- XI – seja cônjuge, companheiro, padrasto, madrastra, enteado ou parente, na forma da lei civil, de outro membro da mesma comissão processante.

**Art. 231.** A comissão processante exerce suas atividades com independência e imparcialidade, assegurado o acesso, nas repartições públicas, a informações, documentos e audiências necessários à elucidação do fato em apuração.

*Parágrafo único.* O presidente da comissão de sindicância ou de processo disciplinar pode requisitar apoio, inclusive policial, dos órgãos da administração pública para realização de diligência, segurança ou locomoção até o local de coleta de prova ou de realização de ato processual.

**Art. 232.** As reuniões da comissão processante têm de ser registradas em ata, da qual deve constar o detalhamento das deliberações adotadas.

**Art. 233.** Sempre que necessário, a comissão processante deve dedicar tempo integral aos seus trabalhos, ficando seus membros dispensados dos trabalhos na repartição de origem, até a entrega do relatório final.

**Art. 234.** São asseguradas passagens e diárias aos membros da comissão e ao servidor acusado, nos casos de atos processuais serem praticados fora do território da RIDE.

### CAPÍTULO V DAS FASES PROCESSUAIS

#### Seção I

##### Das Disposições Gerais

**Art. 235.** O processo disciplinar desenvolve-se nas seguintes fases:

- I – instauração;
- II – instrução;
- III – defesa;
- IV – relatório;
- V – julgamento.

#### Seção II

##### Da Instauração

**Art. 236.** O processo disciplinar é instaurado pela autoridade competente.

**Art. 237.** Para a instauração de processo disciplinar, deve constar dos autos:

- I – a indicação da autoria, com nome, matrícula e cargo do servidor;
- II – a materialidade da infração disciplinar.

*Parágrafo único.* A instauração de processo disciplinar depende de ato publicado no Diário Oficial do Distrito Federal, do qual conste:

- I – a comissão processante;
- II – o número do processo que contém as informações previstas no *caput*, I e II.

**Art. 238.** Instaurado o processo disciplinar, o servidor acusado deve ser citado para, se quiser, acompanhar o processo pessoalmente ou por intermédio de procurador.

§ 1º A citação deve ser acompanhada de cópia, eletrônica ou em papel, das peças processuais previstas no art. 237 e conter número do telefone, meio eletrônico para comunicação, endereço, horário e dias de funcionamento da comissão processante.

§ 2º O servidor acusado que mudar de residência fica obrigado a comunicar à comissão processante o lugar onde pode ser encontrado.

§ 3º Estando o servidor acusado em local incerto ou não sabido, a citação de que trata este artigo é feita por edital publicado no Diário Oficial do Distrito Federal e em jornal de grande circulação no Distrito Federal.

§ 4º Se, no prazo de quinze dias contados da publicação de que trata o § 3º, o servidor acusado não se apresentar à comissão processante, a autoridade instauradora deve designar defensor dativo, para acompanhar o processo disciplinar enquanto o servidor acusado não se apresentar.

#### Seção III Da Instrução

**Art. 239.** Na fase da instrução, a comissão processante deve promover tomada de depoimentos, acareações, investigações e diligências cabíveis, objetivando a coleta de prova, recorrendo, quando necessário, a técnicos e peritos, de modo a permitir a completa elucidação dos fatos.

**Art. 240.** Para a produção de provas, a comissão processante pode, de ofício ou a requerimento do servidor acusado:

- I – tomar depoimentos de testemunhas;
- II – fazer acareações;
- III – colher provas documentais;
- IV – colher provas emprestadas de processos administrativos ou judiciais;
- V – proceder à reconstituição simulada dos fatos, desde que não ofenda a moral ou os bons costumes;
- VI – solicitar, por intermédio da autoridade competente:
  - a) realização de buscas e apreensões;
  - b) informações à Fazenda Pública, na forma autorizada na legislação;
  - c) quebra do sigilo bancário ou telefônico;

Setor Protocolo Legislativo  
PL Nº 1865/17  
Folha Nº 77 mc



d) acesso aos relatórios de uso feito pelo servidor acusado em sistema informatizado ou a atos que ele tenha praticado;

e) exame de sanidade mental do servidor acusado ou indiciado;

VII – determinar a realização de perícias;

VIII – proceder ao interrogatório do servidor acusado.

§ 1º O presidente da comissão processante, por despacho fundamentado, pode indeferir:

I – pedidos considerados impertinentes, meramente protelatórios, ou de nenhum interesse para o esclarecimento dos fatos;

II – pedido de prova pericial, quando a comprovação do fato independer de conhecimento especial.

§ 2º São classificados como confidenciais, identificados pela comissão processante e autuados em autos apartados, os documentos:

I – de caráter sigiloso requeridos pela comissão processante ou a ela entregues pelo servidor acusado ou indiciado;

II – sobre a situação econômica, financeira ou patrimonial do servidor acusado ou indiciado;

III – sobre as fontes de renda do servidor acusado ou indiciado;

IV – sobre os relacionamentos pessoais do servidor acusado ou indiciado.

§ 3º Os documentos de que trata o § 2º são de acesso restrito:

I – aos membros da comissão processante;

II – ao servidor acusado ou ao seu procurador;

III – aos agentes públicos que devam atuar no processo.

§ 4º Os documentos em idioma estrangeiro trazidos aos autos pela comissão processante devem ser traduzidos para a língua portuguesa, dispensada a tradução juramentada, se não houver controvérsia relevante para o julgamento da infração disciplinar.

**Art. 241.** As testemunhas são intimadas a depor mediante mandado expedido pelo presidente da comissão processante, devendo a segunda via, com o ciente do interessado, ser anexada aos autos.

§ 1º Se a testemunha for servidor público, a expedição do mandado deve ser comunicada ao chefe da repartição onde tem exercício, com a indicação do dia e da hora marcados para inquirição.

§ 2º A ausência injustificada de servidor público devidamente intimado como testemunha deve ser comunicada à autoridade competente, para apuração de responsabilidade.

**Art. 242.** O depoimento de testemunha é feito oralmente, sob compromisso, e reduzido a termo, não sendo lícito à testemunha trazê-lo por escrito.

§ 1º As testemunhas são inquiridas separadamente.

§ 2º Na hipótese de depoimentos contraditórios ou que se infirmem, pode-se proceder à acareação entre os depoentes.

§ 3º O servidor acusado, seu procurador ou ambos podem assistir à inquirição das testemunhas, sendo-lhes:

I – vedado interferir nas perguntas e nas respostas;

II – facultado reinquiri-las, por intermédio do presidente da comissão processante.

**Art. 243.** Concluída a inquirição das testemunhas e a coleta das demais provas, a comissão processante deve promover o interrogatório do servidor acusado, observados os procedimentos previstos nos arts. 241 e 242.

§ 1º No caso de mais de um servidor acusado, o interrogatório é feito em separado e, havendo divergência entre suas declarações sobre fatos ou circunstâncias, pode ser promovida a acareação entre eles.

§ 2º O não comparecimento do servidor acusado ao interrogatório ou a sua recusa em ser interrogado não obsta o prosseguimento do processo, nem é causa de nulidade.

§ 3º O procurador do servidor acusado pode assistir ao interrogatório, sendo-lhe vedado interferir nas perguntas e nas respostas, facultando-se-lhe, porém, propor perguntas, por intermédio do presidente da comissão processante, após a inquirição oficial.

**Art. 244.** Encerrada a instrução e tipificada a infração disciplinar, deve ser formulada a indicição do servidor, com a especificação dos fatos a ele imputados e das respectivas provas.

§ 1º Não cabe a indicição do servidor se, com as provas colhidas, ficar comprovado que:

I – não houve a infração disciplinar;

II – o servidor acusado não foi o autor da infração disciplinar;

III – a punibilidade esteja extinta.

§ 2º Ocorrendo a hipótese do § 1º, a comissão processante deve elaborar o seu relatório, concluindo pelo arquivamento dos autos.

#### Seção IV Da Defesa

**Art. 245.** O servidor, uma vez indiciado, deve ser intimado pessoalmente por mandado expedido pelo presidente da comissão processante para apresentar defesa escrita, no prazo do art. 250.

§ 1º A citação de que trata o art. 238, § 1º, não exclui o cumprimento do disposto neste artigo.

§ 2º No caso de recusa do servidor indiciado em apor o ciente na cópia da intimação, o prazo para defesa conta-se da data declarada, em termo próprio, pelo membro ou secretário da comissão processante que fez a intimação, com a assinatura de duas testemunhas.

**Art. 246.** Quando, por duas vezes, o membro ou o secretário da comissão processante houver procurado o servidor indiciado, em seu domicílio, residência, ou repartição de exercício, sem o encontrar, deve, havendo suspeita de ocultação, intimar a qualquer pessoa da família ou, em sua falta, a qualquer vizinho, que voltará em dia e hora designados, a fim de efetuar a intimação.

§ 1º No dia e hora designados, o membro ou o secretário da comissão processante deve comparecer ao domicílio ou à residência do servidor indiciado, a fim de intimá-lo.

§ 2º Se o servidor indiciado não estiver presente, o membro ou o secretário da comissão processante deve:

I – informar-se das razões da ausência e dar por feita a citação, lavrando de tudo a respectiva certidão;



## CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL

II – deixar cópia do mandado de intimação com pessoa da família do servidor indiciado ou com qualquer vizinho, conforme o caso, declarando-lhe o nome.

**Art. 247.** Junto à intimação para apresentar a defesa escrita, deve ser apresentada ao servidor acusado cópia da indicição.

**Art. 248.** O servidor indiciado que se encontrar em lugar incerto e não sabido deve ser intimado por edital para apresentar defesa.

§ 1º O edital de citação deve ser publicado no Diário Oficial do Distrito Federal e em jornal de grande circulação no Distrito Federal.

§ 2º Na hipótese deste artigo, o prazo para defesa é de quinze dias, contados da última publicação do edital.

**Art. 249.** Considera-se revel o servidor indiciado que, regularmente intimado, não apresentar defesa no prazo legal.

§ 1º A revelia deve ser declarada em termo subscrito pelos integrantes da comissão processante nos autos do processo disciplinar.

§ 2º Para defender o servidor revel, a autoridade instauradora do processo deve designar um servidor estável como defensor dativo, ocupante de cargo de nível igual ou superior ao do servidor indiciado, preferencialmente com formação em Direito.

**Art. 250.** O prazo para apresentar defesa escrita é de dez dias.

§ 1º Havendo dois ou mais servidores indiciados, o prazo é comum e de vinte dias.

§ 2º O prazo de defesa pode ser prorrogado pelo dobro, para diligências reputadas indispensáveis.

**Art. 251.** Cumpridas eventuais diligências requeridas na defesa escrita, a comissão processante deve declarar encerradas as fases de instrução e defesa.

*Parágrafo único.* A comissão pode alterar a indicição formalizada ou propor a absolvição do servidor acusado em função dos fatos havidos das diligências realizadas.

### Seção V Do Relatório

**Art. 252.** Concluída a instrução e apresentada a defesa, a comissão processante deve elaborar relatório circunstanciado, do qual constem:

I – as informações sobre a instauração do processo;

II – o resumo das peças principais dos autos, com especificação objetiva dos fatos apurados, das provas colhidas e dos fundamentos jurídicos de sua convicção;

III – a conclusão sobre a inocência ou responsabilidade do servidor indiciado, com a indicação do dispositivo legal ou regulamentar infringido, bem como as circunstâncias agravantes ou atenuantes;

IV – a indicação da sanção a ser aplicada e do dispositivo desta Lei Complementar em que ela se encontra.

**Art. 253.** A comissão processante deve remeter à autoridade instauradora os autos do processo disciplinar, com o respectivo relatório.

**Art. 254.** Na hipótese de o relatório concluir que a infração disciplinar apresenta indícios de infração penal, a autoridade competente deve encaminhar cópia dos autos ao Ministério Público.

### Seção VI Do Julgamento

**Art. 255.** Salvo disposição legal em contrário, o julgamento do processo disciplinar e a aplicação da sanção disciplinar, observada a subordinação hierárquica ou a vinculação do servidor, são da competência:

I – no Poder Legislativo, do Presidente da Câmara Legislativa ou do Tribunal de Contas;

II – no Poder Executivo:

a) do Governador, quando se tratar de demissão, destituição de cargo em comissão ou cassação de aposentadoria ou disponibilidade;

b) de Secretário de Estado ou autoridade equivalente, quando se tratar de suspensão superior a trinta dias ou, ressalvado o disposto na alínea *a*, das demais sanções a servidor que a ele esteja imediatamente subordinado;

c) de administrador regional, dirigente de órgão relativamente autônomo, subsecretário, diretor regional ou autoridade equivalente a que o servidor esteja mediata ou imediatamente subordinado, quando se tratar de sanção não compreendida nas alíneas *a* e *b*.

§ 1º No caso de servidor de autarquia ou fundação do Poder Executivo, o julgamento do processo disciplinar e a aplicação da sanção disciplinar são da competência:

I – do Governador, quando se tratar de demissão, destituição de cargo em comissão ou cassação de aposentadoria ou disponibilidade;

II – do respectivo dirigente máximo, quando se tratar de sanção disciplinar não compreendida no inciso I deste parágrafo.

§ 2º No caso de servidor de conselho ou outro órgão de deliberação coletiva instituído no Poder Executivo, o julgamento do processo disciplinar e a aplicação da sanção disciplinar são da competência:

I – do Governador, quando se tratar de demissão, destituição de cargo em comissão ou cassação de aposentadoria ou disponibilidade;

II – de Secretário de Estado ou autoridade equivalente a cuja Secretaria de Estado o conselho ou o órgão esteja vinculado, quando se tratar de suspensão;

III – do respectivo presidente, quando se tratar de advertência.

§ 3º A competência para julgar o processo disciplinar regula-se pela subordinação hierárquica existente na data do julgamento.

§ 4º Da decisão que aplicar sanção de advertência ou suspensão cabe recurso hierárquico, na forma do art. 171, vedado o agravamento da sanção.

**Art. 256.** No prazo de vinte dias, contados do recebimento dos autos do processo disciplinar, a autoridade competente deve proferir sua decisão.



## CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL

§ 1º Se a sanção a ser aplicada exceder a alçada da autoridade instauradora do processo disciplinar, este deve ser encaminhado à autoridade competente para decidir no mesmo prazo deste artigo.

§ 2º Havendo mais de um servidor indiciado e diversidade de sanções propostas no relatório da comissão processante, o julgamento e a aplicação das sanções cabe à autoridade competente para a imposição da sanção mais grave.

§ 3º O julgamento fora do prazo legal não implica nulidade do processo, observada a prescrição.

§ 4º A autoridade que der causa à prescrição de que trata o art. 208 pode ser responsabilizada na forma do Capítulo I do Título VI.

**Art. 257.** A autoridade julgadora deve decidir, motivadamente, conforme as provas dos autos.

§ 1º A autoridade julgadora pode converter o julgamento em diligência para repetição de atos processuais ou coleta de novas provas, caso seja necessário para a elucidação completa dos fatos.

§ 2º Em caso de divergência com as conclusões do relatório da comissão processante, a autoridade julgadora pode agravar a sanção disciplinar proposta, abrandá-la ou isentar o servidor de responsabilidade.

§ 3º A autoridade competente para aplicar a sanção disciplinar mais grave é também competente para aplicar sanção disciplinar mais branda ou isentar o servidor de responsabilidade, nas hipóteses previstas no § 2º.

§ 4º Se discordar da proposta de absolvição ou da inocência do servidor acusado não anteriormente indiciado, a autoridade julgadora deve designar nova comissão processante para elaborar a indicição e praticar os demais atos processuais posteriores.

§ 5º Verificada a existência de vício insanável, a autoridade julgadora deve declarar a nulidade total ou parcial do processo disciplinar e ordenar, conforme o caso:

I – a realização de diligência;

II – a reabertura da instrução processual;

III – a constituição de outra comissão processante, para instauração de novo processo.

§ 6º Os atos não contaminados pelo vício devem ser reaproveitados.

§ 7º Nenhum ato é declarado nulo, se da nulidade não resultar prejuízo para a apuração dos fatos, para a defesa ou para a conclusão do processo.

§ 8º O vício a que o servidor acusado ou indiciado tenha dado causa não obsta o julgamento do processo.

**Art. 258.** O ato de julgamento do processo disciplinar deve:

I – mencionar sempre o fundamento legal para imposição da penalidade;

II – indicar a causa da sanção disciplinar;

III – ser publicado no Diário Oficial do Distrito Federal.

### CAPÍTULO VI

#### DA REVISÃO DO PROCESSO

**Art. 259.** O processo disciplinar pode ser revisto, a qualquer tempo, a pedido ou de ofício, quando forem aduzidos fatos novos ou circunstâncias não apreciadas no processo originário, suscetíveis de justificar a inocência do servidor punido ou a inadequação da sanção disciplinar aplicada, observado o disposto no art. 175, II.

§ 1º Em caso de falecimento, ausência ou desaparecimento do servidor, qualquer pessoa da família pode requerer a revisão do processo.

§ 2º No caso de incapacidade mental do servidor, a revisão pode ser requerida pelo respectivo curador.

§ 3º A simples alegação de injustiça da sanção disciplinar aplicada não constitui fundamento para a revisão.

§ 4º Não é admitido pedido de revisão quando a perda do cargo público ou a cassação de aposentadoria decorrer de decisão judicial.

**Art. 260.** No processo revisional, o ônus da prova cabe ao requerente.

*Parágrafo único.* Na petição inicial, o requerente deve pedir dia e hora para produção de provas e inquirição das testemunhas que arrolar.

**Art. 261.** O requerimento de revisão do processo deve ser dirigido, conforme o caso, à autoridade administrativa que julgou, originariamente, o processo disciplinar.

§ 1º Autorizada a revisão, o pedido deve ser encaminhado ao dirigente do órgão, autarquia ou fundação onde se originou o processo disciplinar, para providenciar a constituição de comissão revisora, observadas, no que couber, as disposições dos arts. 229 a 234.

§ 2º Não pode integrar a comissão revisora o servidor que tenha atuado na sindicância ou no processo disciplinar cujo julgamento se pretenda revisar.

**Art. 262.** A revisão corre em apenso ao processo originário.

**Art. 263.** A comissão revisora tem o prazo de sessenta dias para a conclusão dos trabalhos.

**Art. 264.** Aplicam-se aos trabalhos da comissão revisora, no que couber, as normas e procedimentos do Capítulo V.

**Art. 265.** A competência para julgamento do pedido de revisão é da autoridade administrativa que aplicou, originariamente, a sanção disciplinar.

*Parágrafo único.* O prazo para julgamento é de vinte dias, contados do recebimento dos autos do processo disciplinar, durante o qual a autoridade julgadora pode determinar diligências.

**Art. 266.** Julgada procedente a revisão, será declarada sem efeito a penalidade aplicada.

§ 1º Se a conclusão sobre o pedido de revisão for pela inocência do servidor punido, deve ser declarada sem efeito a sanção disciplinar aplicada, restabelecendo-se todos os direitos do servidor, exceto em relação à destituição de cargo em comissão, que deve ser convertida em exoneração.

§ 2º Se a conclusão sobre o pedido de revisão for pela inadequação da sanção disciplinar aplicada, deve-se proceder à nova adequação, restabelecendo-se todos os direitos do servidor naquilo que a sanção disciplinar aplicada tenha excedido.

**Art. 267.** Da revisão do processo não pode resultar agravamento de sanção disciplinar.

[...]

**Art. 293.** Esta Lei Complementar entra em vigor no dia 1º de janeiro de 2012.

Setor Protocolo Legislativo

PL Nº 1865 / 17

Folha Nº 80 MC



## CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL

**Art. 294.** Ficam revogadas as disposições em contrário, deixando de ser aplicadas, no Distrito Federal, a Lei federal nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, e a Lei federal nº 8.647, de 13 de abril de 1993.

**Art. 295.** Salvo as disposições aplicáveis aos empregados das empresas públicas ou sociedades de economia mista, ficam expressamente revogados:

- I – art. 4º da Lei nº 39, de 6 de setembro de 1989;
- II – art. 12 da Lei nº 51, de 13 de novembro de 1989;
- III – art. 5º da Lei nº 64, de 14 de dezembro de 1989;
- IV – art. 13 da Lei nº 68, de 22 de dezembro de 1989;
- V – art. 11 da Lei nº 88, de 29 de dezembro de 1989;
- VI – art. 1º da Lei nº 119, de 16 de agosto de 1990;
- VII – art. 4º da Lei nº 125, de 29 de outubro de 1990;
- VIII – arts. 12, 13 e 19 da Lei nº 159, de 16 de agosto de 1991;
- IX – arts. 4º e 5º da Lei nº 197, de 4 de dezembro de 1991;
- X – art. 4º da Lei nº 211, de 19 de dezembro de 1991;
- XI – art. 3º da Lei nº 948, de 30 de outubro de 1995;
- XII – arts. 3º e 4º da Lei nº 1.141, de 10 de julho de 1996;
- XIII – arts. 1º, 2º, 3º, 5º e 6º da Lei nº 1.864, de 19 de janeiro de 1998;
- XIV – art. 4º da Lei nº 2.911, de 5 de fevereiro de 2002;
- XV – art. 4º da Lei nº 4.381, de 28 de julho de 2009;
- XVI – Lei nº 34, de 13 de julho de 1989;
- XVII – Lei nº 160, de 2 de setembro de 1991;
- XVIII – Lei nº 221, de 27 de dezembro de 1991;
- XIX – Lei nº 237, de 20 de janeiro de 1992;
- XX – Lei nº 463, de 22 de junho de 1993;
- XXI – Lei nº 786, de 7 de novembro de 1994;
- XXII – Lei nº 921, de 19 de setembro de 1995;
- XXIII – Lei nº 988, de 18 de dezembro de 1995;
- XXIV – Lei nº 1.004, de 9 de janeiro de 1996;
- XXV – Lei nº 1.136, de 10 de julho de 1996;
- XXVI – Lei nº 1.139 de 10 de julho de 1996;
- XXVII – Lei nº 1.303, de 16 de dezembro de 1996;
- XXVIII – Lei nº 1.370, de 6 de janeiro de 1997;
- XXIX – Lei nº 1.448, de 30 de maio de 1997;
- XXX – Lei nº 1.569, de 15 de julho de 1997;
- XXXI – Lei nº 1.752, de 4 de novembro de 1997;
- XXXII – Lei nº 1.784, de 24 de novembro de 1997;
- XXXIII – Lei nº 1.799, de 23 de dezembro de 1997;
- XXXIV – Lei nº 1.836, de 14 de janeiro de 1998;
- XXXV – Lei nº 2.107, de 13 de outubro de 1998;
- XXXVI – Lei nº 2.122, de 12 de novembro de 1998;
- XXXVII – Lei nº 2.226, de 31 de dezembro de 1998;
- XXXVIII – Lei nº 2.469, de 21 de outubro de 1999;
- XXXIX – Lei nº 2.663, de 4 de janeiro de 2001;
- XL – Lei nº 2.671, de 11 de janeiro de 2001;
- XLI – Lei nº 2.895, de 23 de janeiro de 2002;
- XLII – Lei nº 2.944, de 17 de abril de 2002;
- XLIII – Lei nº 2.963, de 26 de abril de 2002;
- XLIV – Lei nº 2.966, de 7 de maio de 2002;
- XLV – Lei nº 2.971, de 7 de maio de 2002;
- XLVI – Lei nº 2.992, de 11 de junho de 2002;
- XLVII – Lei nº 3.279, de 31 de dezembro de 2003;
- XLVIII – Lei nº 3.289, de 15 de janeiro de 2004;
- XLIX – Lei nº 3.389, de 6 de julho de 2004;
- L – Lei nº 3.494, de 8 de dezembro de 2004;
- LI – Lei nº 3.558, de 18 de janeiro de 2005;
- LII – Lei nº 3.577, de 12 de abril de 2005;
- LIII – Lei nº 3.648, de 4 de agosto de 2005;
- LIV – Lei nº 3.692, de 8 de novembro de 2005;
- LV – Lei nº 3.855, de 22 de maio de 2006;
- LVI – Lei nº 3.894, de 12 de julho de 2006;
- LVII – Lei nº 4.477, de 1º de junho de 2010.

Brasília, 23 de dezembro de 2011  
124º da República e 52º de Brasília

**AGNELO QUEIROZ**

Este texto não substitui o publicado no *Diário Oficial do Distrito Federal*, de 26/12/2011.

Setor Protocolo Legislativo

PL Nº 1865 / 17

Folha Nº 81 mc



## CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL

Texto atualizado apenas para consulta.  
LEI Nº 70, DE 22 DE DEZEMBRO DE 1989

Altera as atribuições e a composição do Conselho de Saúde do Distrito Federal, dispõe sobre vários colegiados da estrutura administrativa do Governo do Distrito Federal e dá outras providências.

O GOVERNADOR DO DISTRITO FEDERAL,

Faço saber que o Senado Federal decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

**Art. 1º** (Artigo revogado pela Lei nº 4.604, de 15/7/2011.)<sup>1</sup>

[...]

**Art. 3º** (Artigo revogado pela Lei nº 4.604, de 15/7/2011.)<sup>2</sup>

[...]

**Art. 10.** Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

**Art. 11.** Revogam-se as disposições em contrário.

Distrito Federal, 22 de dezembro de 1989

101º da República e 30º de Brasília

**JOAQUIM DOMINGOS RORIZ**

Setor Protocolo Legislativo  
PL Nº 1865 / 17  
Folha Nº 82 MC

<sup>1</sup> Ver também Lei nº 469, de 1993.

**Texto revogado:** **Art. 1º** Ao Conselho de Saúde do Distrito Federal, órgão de deliberação coletiva integrante da estrutura administrativa da Secretaria de Saúde, criado através do Decreto nº 2.225, de 28 de março de 1973, compete:<sup>1</sup>

I – definir a política e as diretrizes gerais a serem adotadas no setor de saúde;

II – aprovar os planos e programas de saúde;

III – opinar sobre projetos de lei a serem encaminhados à Casa Legislativa do Distrito Federal, quando a matéria lhe for encaminhada;

IV – definir a inter-relação que deve existir entre os diversos serviços de saúde, incluindo os dos setores público e privado;

V – deliberar sobre quaisquer outros assuntos que interessem ao setor de saúde, desde que submetidos à sua apreciação, na forma regimental.

<sup>2</sup> **Texto revogado:** **Art. 3º** As reuniões do Conselho de Saúde do Distrito Federal somente se realizarão com a presença de pelo menos dez membros.



## CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL

Texto atualizado apenas para consulta.  
LEI Nº 70, DE 22 DE DEZEMBRO DE 1989

Altera as atribuições e a composição do Conselho de Saúde do Distrito Federal, dispõe sobre vários colegiados da estrutura administrativa do Governo do Distrito Federal e dá outras providências.

O GOVERNADOR DO DISTRITO FEDERAL,

Faço saber que o Senado Federal decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

**Art. 1º** (Artigo revogado pela Lei nº 4.604, de 15/7/2011.)<sup>1</sup>

[...]

**Art. 3º** (Artigo revogado pela Lei nº 4.604, de 15/7/2011.)<sup>2</sup>

[...]

**Art. 10.** Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

**Art. 11.** Revogam-se as disposições em contrário.

Distrito Federal, 22 de dezembro de 1989

101º da República e 30º de Brasília

**JOAQUIM DOMINGOS RORIZ**

Setor Protocolo Legislativo  
PL Nº 1865 / 17  
Folha Nº 83 m.c

<sup>1</sup> Ver também Lei nº 469, de 1993.

**Texto revogado: Art. 1º** Ao Conselho de Saúde do Distrito Federal, órgão de deliberação coletiva integrante da estrutura administrativa da Secretaria de Saúde, criado através do Decreto nº 2.225, de 28 de março de 1973, compete:<sup>1</sup>

I – definir a política e as diretrizes gerais a serem adotadas no setor de saúde;

II – aprovar os planos e programas de saúde;

III – opinar sobre projetos de lei a serem encaminhados à Casa Legislativa do Distrito Federal, quando a matéria lhe for encaminhada;

IV – definir a inter-relação que deve existir entre os diversos serviços de saúde, incluindo os dos setores público e privado;

V – deliberar sobre quaisquer outros assuntos que interessem ao setor de saúde, desde que submetidos à sua apreciação, na forma regimental.

<sup>2</sup> **Texto revogado: Art. 3º** As reuniões do Conselho de Saúde do Distrito Federal somente se realizarão com a presença de pelo menos dez membros.



Texto atualizado apenas para consulta.  
Esta Lei foi revogada pela Lei nº 4.604, de 2011.  
LEI Nº 469, DE 25 DE JUNHO DE 1993

Altera as atribuições e a composição do Conselho de Saúde do Distrito Federal, modificando a Lei nº 70, de 22 de dezembro de 1989, com o propósito de implantar as recomendações da Resolução nº 33, de 22 de dezembro de 1992, do Conselho Nacional de Saúde.

O GOVERNADOR DO DISTRITO FEDERAL,

Faço saber que a Câmara Legislativa do Distrito Federal decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

**Art. 1º** O Conselho de Saúde do Distrito Federal – CSDF é órgão permanente de deliberação coletiva, integrante da estrutura administrativa da Secretaria de Saúde.

**Art. 2º** O Conselho de Saúde do Distrito Federal – CSDF será integrado por dez conselheiros, sendo três representantes dos prestadores de serviços, dois representantes dos trabalhadores de saúde e cinco representantes dos usuários, a saber: *(Artigo com a redação da Lei nº 2.413, de 29/6/1999.)*<sup>1</sup>

I – representantes dos prestadores de serviço:

a) um representante da Secretaria de Saúde;

b) um representante do Hospital Universitário de Brasília ou do Hospital das Forças Armadas;

c) um representante da Fundação Hemocentro de Brasília ou da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde; *(Inciso com a redação da Lei nº 2.413, de 29/6/1999, alterada pela Lei nº 3.245, de 11/12/2003.)*<sup>2</sup>

II – representantes dos trabalhadores de saúde: dois trabalhadores do Sistema Único de Saúde, indicados pelas entidades e sindicatos de classe representativas do setor; cada entidade ou sindicato indicará um nome para escolha do Governador;

III – representantes dos usuários:

a) um representante de associações de portadores de necessidades especiais;

b) um representante de associações de portadores de patologia;

c) um representante de entidade de defesa do consumidor;

d) dois representantes escolhidos pelo Governador do Distrito Federal entre os membros dos conselhos comunitários, associações de moradores ou entidades equivalentes.

§ 1º O Conselho será presidido pelo Secretário de Saúde do Distrito Federal, na condição de membro nato, com direito a voto de quantidade e qualidade.

§ 2º Para cada membro efetivo será indicado um suplente.

§ 3º O Governador do Distrito Federal designará os membros efetivos e suplentes do Conselho, uma vez concretizadas suas indicações pelos órgãos ou entidades correspondentes.

**Art. 3º** Ao Conselho de Saúde do Distrito Federal compete:

I – definir e controlar a execução das diretrizes gerais e da política de saúde do DF;

II – estabelecer estratégias e mecanismos de coordenação e gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados em níveis nacional e regional de saúde;

III – traçar diretrizes de elaboração e aprovar os planos de saúde, adequando-se às diversas realidades epidemiológicas e à capacidade organizacional dos serviços;

IV – propor a adoção de critérios que definam qualidade e melhor resolutividade, verificando o processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos na área;

V – propor medidas para o aperfeiçoamento da organização e do funcionamento do Sistema Único de Saúde – SUS;

<sup>1</sup> **Texto original:** *Art. 2º O CSDF será integrado por 17 (dezessete) conselheiros, sendo 4 (quatro) representantes dos prestadores de serviços, 4 (quatro) representantes dos trabalhadores de saúde, 8 (oito) representantes dos usuários, além do Secretário de Saúde, conforme as especificações seguintes:*

*I – representantes dos prestadores de serviços:*

*a) um representante do Hospital Universitário de Brasília;*

*b) um representante da Secretaria de Saúde do Distrito Federal;*

*c) o Presidente da Fundação Hospitalar do Distrito Federal ou seu indicado;*

*d) um representante dos prestadores privados de serviços de saúde do Distrito Federal;*

*II – representantes dos trabalhadores de saúde:*

*a) quatro trabalhadores de saúde do Sistema Único de Saúde, escolhidos pelas entidades de classe representativas do Setor, através de eleição em fórum ampliado, sendo pelo menos dois do setor público;*

*III – representantes dos usuários:*

*a) um representante indicado pelas entidades congregadas de sindicatos de trabalhadores urbanos;*

*b) um representante indicado pelas entidades congregadas de sindicatos de trabalhadores rurais;*

*c) um representante indicado pelos movimentos comunitários organizados na área de saúde;*

*d) dois representantes indicados pelos Conselhos Comunitários, Associação de Moradores ou entidades equivalentes;*

*e) um representante de entidade de defesa do consumidor;*

*f) um representante de associações de portadores de deficiências;*

*g) um representante de associações de portadores de patologias.*

*§ 1º O Conselho será presidido pelo Secretário de Saúde do DF, na condição de membro nato, com direito a voto de qualidade.*

*§ 2º Para cada membro efetivo será indicado um suplente.*

*§ 3º O Governador do Distrito Federal designará os membros efetivos e suplentes do Conselho, uma vez concretizadas suas indicações pelos órgãos ou entidades correspondentes.*

<sup>2</sup> **Texto alterado:** *c) um representante da Fundação Hospitalar do Distrito Federal;*



## CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL

VI – opinar sobre projetos de leis a serem encaminhados à Câmara Legislativa do Distrito Federal relativos ao setor saúde;

VII – fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e serviços de saúde;

VIII – propor a convocação e estruturar a comissão organizadora das Conferências Distritais de Saúde;

IX – examinar propostas e denúncias, responder a consultas sobre assuntos pertinentes a ações e serviços de saúde, bem como apreciar recursos relativos a deliberações dos Conselhos Regionais de Saúde;

X – fiscalizar a adequação do fluxo de desembolso dos recursos repassados à Secretaria de Saúde e/ou do Fundo de Saúde, às políticas e planos de saúde aprovados;

XI – estimular a participação comunitária no controle da administração do Sistema de Saúde;

XII – propor critérios para a programação e para as execuções financeira e orçamentária dos Fundos de Saúde, acompanhando a movimentação e destinação de recursos;

XIII – estabelecer critérios e diretrizes quanto à localização e ao tipo de unidades prestadoras de serviços de saúde públicos e privados, no âmbito do SUS;

XIV – elaborar e alterar, quando necessário, o Regimento Interno do Conselho e suas normas de funcionamento;

XV – estimular, apoiar ou promover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas na área de saúde e de interesse para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde.

**Art. 4º** A participação do Conselho, como membro efetivo ou suplente, é voluntária e honorífica, não gerando direito a qualquer remuneração.

**Art. 5º** O Conselho de Saúde do DF reunir-se-á mensalmente em caráter ordinário e extraordinário, quando convocado por seu Presidente ou por um terço de seus membros.

*Parágrafo único.* As reuniões do Conselho serão realizadas com a presença de, no mínimo, cinco de seus membros e serão deliberativas na presença de 51% (cinquenta e um por cento) de seus integrantes. (Artigo com a redação da Lei nº 2.413, de 29/6/1999.)<sup>3</sup>

**Art. 6º** A duração do mandato de cada integrante do Conselho, assim como de seu suplente, será de dois anos, podendo haver recondução por mais um mandato.

§ 1º As renomeações dos membros integrantes do Conselho e as de seus suplentes serão feitas pelo Governador do Distrito Federal, após as respectivas indicações pelos órgãos ou entidades correspondentes.

§ 2º Em caso de renúncia, desligamento ou desaparecimento de um dos membros do Conselho e de seu suplente, sua substituição será feita por indicação da entidade ou segmento que representavam os integrantes em questão.

§ 3º Dois meses antes do término do mandato de cada Conselheiro, o Secretário do Conselho encaminhará, à entidade que representa, ofício solicitando a indicação de um novo representante, no prazo de 30 (trinta) dias, a contar da data do recebimento do ofício.

**Art. 7º** Perderá o mandato o conselheiro que, no período de um ano, faltar a mais de três reuniões consecutivas ou cinco alternadas, sem justificativa.

**Art. 8º** O Conselho de Saúde do DF contará com uma Secretaria Executiva, com atribuições especificadas no Regimento Interno e subordinada ao plenário do Conselho.

**Art. 9º** A proposta orçamentária necessária ao funcionamento do Conselho deverá ser anualmente encaminhada à Câmara Legislativa pelo Secretário de Saúde, seu Presidente.

*Parágrafo único.* Os funcionários designados para apoio técnico e administrativo deverão ser requisitados à Secretaria de Administração do Distrito Federal.

**Art. 10.** Uma vez instalado, o Conselho de Saúde do DF terá o prazo de 90 (noventa) dias para, através de Resolução própria, estabelecer as diretrizes para a constituição e estruturação dos Conselhos Regionais de Saúde.

**Art. 11.** Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

**Art. 12.** Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 25 de junho de 1993  
105º da República e 34º de Brasília  
**JOAQUIM DOMINGOS RORIZ**

Este texto não substitui o publicado no *Diário Oficial do Distrito Federal*, de 28/6/1993, e republicado em 19/8/1993.

Setor Protocolo Legislativo  
PL Nº 1865 / 17  
Folha Nº 85 m.c.

<sup>3</sup> **Texto original:** Parágrafo único. As reuniões do Conselho dar-se-ão apenas com a presença de pelo menos 8 (oito) de seus membros e serão deliberativas na presença de 51% (cinquenta e um por cento) de seus integrantes.



**Texto atualizado apenas para consulta.**  
**Esta Lei foi revogada pela Lei nº 4.604, de 2011.**  
**LEI Nº 2.413, DE 29 DE JUNHO DE 1999**

(Autoria do Projeto: Poder Executivo)

**Altera dispositivo da Lei nº 469, de 25 de junho de 1993.**

O GOVERNADOR DO DISTRITO FEDERAL,

Faço saber que a Câmara Legislativa do Distrito Federal decreta e eu sanciono a seguinte

Lei:

**Art. 1º** O art. 2º da Lei nº 469, de 25 de junho de 1993, passa a vigorar com a seguinte redação:

Art. 2º O Conselho de Saúde do Distrito Federal – CSDF será integrado por dez conselheiros, sendo três representantes dos prestadores de serviços, dois representantes dos trabalhadores de saúde e cinco representantes dos usuários, a saber:

I – representantes dos prestadores de serviço:

a) um representante da Secretaria de Saúde;

b) um representante do Hospital Universitário de Brasília ou do Hospital das Forças Armadas;

c) um representante da Fundação Hemocentro de Brasília ou da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde; *(Alínea com a redação da Lei nº 3.245, de 11/12/2003.)*<sup>1</sup>

II – representantes dos trabalhadores de saúde: dois trabalhadores do Sistema Único de Saúde, indicados pelas entidades e sindicatos de classe representativas do setor; cada entidade ou sindicato indicará um nome para escolha do Governador;

III – representantes dos usuários:

a) um representante de associações de portadores de necessidades especiais;

b) um representante de associações de portadores de patologia;

c) um representante de entidade de defesa do consumidor;

d) dois representantes escolhidos pelo Governador do Distrito Federal entre os membros dos conselhos comunitários, associações de moradores ou entidades equivalentes.

§ 1º O Conselho será presidido pelo Secretário de Saúde do Distrito Federal, na condição de membro nato, com direito a voto de quantidade e qualidade.

§ 2º Para cada membro efetivo será indicado um suplente.

§ 3º O Governador do Distrito Federal designará os membros efetivos e suplentes do Conselho, uma vez concretizadas suas indicações pelos órgãos ou entidades correspondentes.

**Art. 2º** O parágrafo único do art. 5º da Lei nº 469, de 25 de junho de 1993, passa a vigorar com a seguinte redação:

*Parágrafo único.* As reuniões do Conselho serão realizadas com a presença de, no mínimo, cinco de seus membros e serão deliberativas na presença de 51% (cinquenta e um por cento) de seus integrantes.

**Art. 3º** Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

**Art. 4º** Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 29 de junho de 1999

111º da República e 40º de Brasília

**JOAQUIM DOMINGOS RORIZ**

Este texto não substitui o publicado no *Diário Oficial do Distrito Federal*, de 30/6/1999.

<sup>1</sup> Texto original: c) um representante da Fundação Hospitalar do Distrito Federal;



## CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL

---

**Texto atualizado apenas para consulta.**  
**Esta Lei foi revogada pela Lei nº 4.604, de 2011.**  
**LEI Nº 3.245, DE 11 DE DEZEMBRO DE 2003**

(Autoria do Projeto: Poder Executivo)

**Altera dispositivo da Lei nº 2.413, de 29 de junho de 1999.**

O GOVERNADOR DO DISTRITO FEDERAL,

Faço saber que a Câmara Legislativa do Distrito Federal decreta e eu sanciono a seguinte

Lei:

**Art. 1º** O art. 2º, inciso I, letra c, da Lei nº 2.413, de 29 de junho de 1999, passa a vigorar a seguinte redação:

c) um representante da Fundação Hemocentro de Brasília ou da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde;

**Art. 2º** Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

**Art. 3º** Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 11 de dezembro de 2003  
116º da República e 44º de Brasília

**JOAQUIM DOMINGOS RORIZ**

Este texto não substitui o publicado no *Diário Oficial do Distrito Federal*, de 12/12/2003.

Setor Protocolo Legislativo

PL Nº 1865 / 17

Folha Nº 87 mc

## LEI Nº 4.577, DE 16 DE JUNHO DE 2011

### (Autoria do Projeto: Poder Executivo)

Dispõe sobre o Conselho de Saúde do Distrito Federal, em conformidade com as diretrizes dispostas na Resolução/CNS nº 333, de 4 de novembro de 2003, e na Lei Orgânica do Distrito Federal.

O PRESIDENTE DA CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL promulga, nos termos do § 6º do art. 74 da Lei Orgânica do Distrito Federal, a seguinte Lei, oriunda de Projeto vetado pelo Governador do Distrito Federal e mantido parcialmente pela Câmara Legislativa do Distrito Federal:

Art. 1º O Conselho de Saúde do Distrito Federal – CSDF e os Conselhos Regionais de Saúde do Distrito Federal são órgãos colegiados, deliberativos e permanentes, de controle social, integrantes, respectivamente, da estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES/DF e das Regionais de Saúde, sem qualquer vínculo de subordinação.

*Parágrafo único.* O Conselho de Saúde do Distrito Federal e os Conselhos Regionais de Saúde do Distrito Federal na instância de sua atuação, conforme a competência disposta na Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, atuam na formulação e na proposição de estratégias, e no controle da execução das políticas de saúde no âmbito do Distrito Federal, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros, e nas estratégias para a sua aplicação aos setores público e privado.

Art. 2º (VETADO).

Art. 3º A participação no Conselho de Saúde do Distrito Federal, na qualidade de conselheiro, é de caráter voluntário e de relevância pública e não gera qualquer direito a vantagem ou remuneração.

*Parágrafo único.* Os conselheiros do Conselho de Saúde do Distrito Federal são dispensados do trabalho sem perda de vencimentos ou vantagens, mediante declaração de comparecimento emitida pela Secretaria Executiva do Conselho, durante o período de realização de:

- I – reuniões ordinárias e extraordinárias do Conselho;
- II – atividades de capacitação e outros eventos promovidos pelo Conselho;
- III – eventos e reuniões de trabalho de que participem na qualidade de representantes do Conselho ou por eles designados.

Art. 4º O presidente do Conselho de Saúde do Distrito Federal será eleito dentre os membros titulares do seu Plenário, na primeira reunião plenária a se realizar após a posse, permitida a recondução uma única vez.

*Parágrafo único.* O presidente poderá ser substituído a qualquer tempo pelo Plenário do Conselho de Saúde do Distrito Federal.

Art. 5º O Conselho de Saúde do Distrito Federal contará com os seguintes órgãos:

- I – Secretaria Executiva, com atribuições especificadas no seu Regimento Interno;
- II – Mesa Diretora, composta por representante de cada segmento, com mandato coincidente ao da Presidência.

Art. 6º O Conselho de Saúde do Distrito Federal poderá criar comissões intersetoriais, nos termos dos arts. 12 a 14 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, bem como instalar comissões internas e grupos de trabalho de caráter temporário ou permanente, para o estudo de problemas que estejam no âmbito de suas competências legais e regimentais e para a proposição da atuação do conselho em relação a essas matérias.

Art. 7º O Governo do Distrito Federal garante, por meio da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, autonomia, instalações físicas, condições materiais, quadro de pessoal e dotação orçamentária própria, para o funcionamento do Conselho de Saúde do Distrito Federal.

Setor Protocolo Legislativo

PL Nº 1865 / 17

Folha Nº 88 MC

Art. 8º (VETADO).

Art. 9º O Conselho de Saúde do Distrito Federal se reunirá mensalmente em caráter ordinário e, extraordinariamente, quando necessário.

Art. 10. O Conselho de Saúde do Distrito Federal exerce suas atribuições mediante o funcionamento de seu Plenário e delibera por meio de resoluções, recomendações e moções.

Art. 11. As resoluções do Conselho de Saúde do Distrito Federal são homologadas pelo Secretário de Saúde do Distrito Federal, por meio de publicação no Diário Oficial do Distrito Federal, no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da data de sua adoção.

*Parágrafo único.* Decorrido o prazo de que trata o *caput* sem que tenha sido homologada a resolução nem enviada, pelo Secretário de Saúde do Distrito Federal, proposta de alteração ou rejeição justificada, o Conselho de Saúde do Distrito Federal proporá os encaminhamentos necessários.

Art. 12. As sessões do Conselho de Saúde do Distrito Federal são abertas ao público.

Art. 13. As decisões do Conselho de Saúde serão adotadas mediante quorum mínimo de metade mais um de seus integrantes.

Art. 14. O mandato dos conselheiros será de três anos, podendo ser reconduzidos, a critério dos respectivos segmentos de representação.

Art. 15. Perderá o mandato o conselheiro que, no período de um ano, faltar a mais de 3 (três) reuniões consecutivas ou 5 (cinco) alternadas, sem justificativa, ou cujo procedimento for declarado incompatível com o decoro da função pelo Plenário do Conselho.

Art. 16. Uma vez reformulado e reestruturado, o Conselho de Saúde do Distrito Federal terá o prazo de 60 (sessenta) dias para que, por intermédio de resolução própria, estabeleça as diretrizes para a constituição e estruturação dos Conselhos Regionais de Saúde.

§ 1º (VETADO).

§ 2º (VETADO).

Art. 17. Compete ao Conselho de Saúde do Distrito Federal:

I – elaborar o seu Regimento Interno;

II – (VETADO);

III – implementar, em caráter complementar, a mobilização e a articulação da sociedade, na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o Sistema Único de Saúde – SUS, para controle social da saúde;

IV – (VETADO);

V – (VETADO);

VI – (VETADO);

VII – deliberar sobre os programas e aprovar projetos de saúde a serem encaminhados à Câmara Legislativa do Distrito Federal;

VIII – avaliar contratos e convênios e sobre eles deliberar, conforme as diretrizes dos Planos de Saúde Nacional e do Distrito Federal;

IX – (VETADO);

X – (VETADO);

XI – (VETADO);

XII – (VETADO);

XIII – apreciar e aprovar os planos anuais e plurianuais de saúde e suas respectivas propostas orçamentárias, bem como as alterações neles promovidas, segundo dispõem o art. 36 da Lei

federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e o art. 4º, III, da Lei federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990;

XIV – (VETADO);

XV – (VETADO);

XVI – (VETADO);

XVII – fiscalizar e controlar gastos e deliberar sobre critérios de movimentação de recursos da Saúde, incluindo os do Fundo de Saúde e os transferidos e próprios do Distrito Federal e da União;

XVIII – (VETADO);

XIX – articular-se com os Comitês de Ética em Pesquisa – CEP instalados no Distrito Federal indicando representantes de usuários nesses comitês e acompanhando sua atuação;

XX – (VETADO);

XXI – (VETADO);

XXII – estimular, apoiar e promover estudos e pesquisas sobre assuntos da área de saúde de interesse para o desenvolvimento do SUS no Distrito Federal;

XXIII – (VETADO);

XXIV – convocar extraordinariamente, nos termos do art. 215, § 1º, da Lei Orgânica do Distrito Federal, as conferências de saúde do Distrito Federal;

XXV – apoiar e orientar o processo eleitoral dos Conselhos Regionais de Saúde;

XXVI – (VETADO);

XXVII – (VETADO);

XXVIII – discutir, elaborar e aprovar proposta de operacionalização das diretrizes aprovadas pelas conferências de saúde;

XXIX – aprovar, encaminhar e avaliar a política para os recursos humanos do SUS.

§ 1º (VETADO).

§ 2º (VETADO).

§ 3º O Conselho, em seu parecer sobre os planos de saúde, manifestar-se-á, no mínimo, sobre:

I – a implementação das diretrizes de política de saúde e demais recomendações das conferências de saúde;

II – o cumprimento das disposições do art. 198, § 2º, da Constituição Federal, relativas à aplicação dos recursos determinados;

III – a suficiência das ações programadas no plano de saúde e suas respectivas metas frente à situação epidemiológica e à oferta de serviços assistenciais.

§ 4º O Secretário de Estado de Saúde do Distrito Federal manifestar-se-á em 30 (trinta) dias sobre as considerações do Conselho, explicitando acatamento ou justificativa item a item.

§ 5º Para dar cumprimento ao estabelecido no inciso XIII, o Secretário de Estado de Saúde do Distrito Federal enviará o relatório de gestão à Secretaria Executiva do CSDF até o dia 31 de março do ano seguinte ao da execução orçamentária.

§ 6º Na hipótese de não execução de ações programadas, de descumprimento de metas ou de não execução de recursos conforme previsto no plano de saúde, o relatório de gestão será instruído com notas explicativas em que constem:

I – as razões da não realização dos gastos previstos ou das ações programadas ou do não atingimento ou da alteração das metas estabelecidas;

Setor Protocolo Legislativo  
PL Nº 1865 / 17  
Folha Nº 90 M.C.

II – o plano de ações remediadoras, com cronograma e orçamento definidos.

§ 7º O Conselho emitirá seu parecer sobre os relatórios de gestão submetidos a sua apreciação nos termos do inciso XIII no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da data de seu recebimento pela Secretaria Executiva.

§ 8º O Conselho, em seu parecer sobre os relatórios de gestão, manifestar-se-á, no mínimo, sobre:

I – o cumprimento das disposições do art. 198, § 2º, da Constituição Federal, relativas à aplicação dos recursos determinados;

II – o grau de execução das ações programadas no plano de saúde e de atingimento das respectivas metas;

III – os balanços financeiros, orçamentários, patrimoniais e demonstrativos de variações patrimoniais do fundo de saúde, elaborados na forma da Lei federal nº 4.320, de 17 de março de 1964.

§ 9º (VETADO).

§ 10. (VETADO).

Art. 18. (VETADO).

Art. 19. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 20. Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 28 de junho de 2011

**DEPUTADO PATRÍCIO**

*Presidente*

Setor Protocolo Legislativo

PL Nº 1865 / 17

Folha Nº 91 mc



**LEI Nº 4.604, de 15 DE JULHO DE 2011**

(Autoria do Projeto: Poder Executivo)

**Dispõe sobre a organização, a composição e as atribuições do Conselho de Saúde do Distrito Federal, em conformidade com o art. 198, III, da Constituição Federal; o art. 7º, VIII, da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; a Lei federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; o art. 215 da Lei Orgânica do Distrito Federal; e as diretrizes da Resolução nº 333 do Conselho Nacional de Saúde, de 4 de novembro de 2003.**

O GOVERNADOR DO DISTRITO FEDERAL,

Faço saber que a Câmara Legislativa do Distrito Federal decreta e eu sanciono a seguinte

Lei:

**Art. 1º** O Conselho de Saúde do Distrito Federal – CSDF, órgão colegiado, de caráter permanente e deliberativo, integrante da estrutura regimental da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, é composto por representantes do governo e prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, cujas decisões, consubstanciadas em resoluções, são homologadas pelo Secretário de Saúde do Distrito Federal.

*Parágrafo único.* O CSDF atua na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, no âmbito do Distrito Federal, inclusive em seus aspectos econômico-financeiros e nas estratégias para a sua aplicação aos setores públicos e privados.

**Art. 2º** O CSDF é composto por vinte e oito membros conselheiros titulares, distribuídos de forma paritária, sendo quatorze representantes dos usuários, sete representantes dos trabalhadores de saúde e sete representantes dos gestores e prestadores de serviços públicos e privados de saúde, com a seguinte distribuição de vagas:

I – as quatorze vagas de usuários deverão ser compostas por representantes de:

- a) associações de doentes renais crônicos;
- b) associações de portadores de deficiência física;
- c) associações de portadores de doenças raras;
- d) associações de diabéticos;
- e) associações de hemofílicos;
- f) associações do segmento de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBT;
- g) associações de apoio aos pacientes com câncer;
- h) organizações religiosas;
- i) associações de alunos da área de saúde;
- j) associações de trabalhadores rurais;
- k) associações ou entidades de defesa do consumidor;
- l) associações de aposentados, pensionistas ou idosos;
- m) associações de pessoas com deficiência mental;
- n) associações ou entidades ambientais;

II – as sete vagas de trabalhadores em saúde deverão ser compostas, dentre as representações de trabalhadores das seguintes áreas ou segmentos, por:

- a) dois representantes do sindicato ou associação dos médicos;
- b) um representante do sindicato ou associação dos enfermeiros;
- c) um representante das demais carreiras de saúde de nível superior;
- d) um representante dos farmacêuticos;
- e) um representante dos trabalhadores das atividades-meio;
- f) um representante do Sindicato dos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem;

III – as sete vagas de gestores públicos e privados deverão ser compostas pelas seguintes representações:

- a) um representante dos hospitais privados;
- b) um representante da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde – FEPECS;
- c) um representante do Hospital Universitário de Brasília – HUB/FUB ou dos Hospitais Militares das Forças Armadas;

Setor Protocolo Legislativo

PL Nº 1865 / 17

Folha Nº 92 m c



## CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL

- d) três representantes da SES/DF;
- e) um representante da Fundação Hemocentro de Brasília.

§ 1º Para cada titular haverá um suplente.

§ 2º O Secretário de Estado de Saúde do Distrito Federal é membro nato do Conselho de Saúde do Distrito Federal.

§ 3º A ocupação de cargo efetivo ou comissionado do quadro de pessoal da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e a vinculação a entidades de classe de profissionais de saúde constituem impedimentos para a participação no Conselho de Saúde do Distrito Federal como conselheiro no segmento de usuários.

§ 4º A ocupação de cargo comissionado na SES/DF constitui impedimento para representar o segmento de trabalhadores no Conselho de Saúde do Distrito Federal.

§ 5º Os Conselheiros de Saúde do DF lotados na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal têm garantida a estabilidade e a inamovibilidade, pelo período de um ano após o término dos respectivos mandatos.

§ 6º O Governador do Distrito Federal determinará a publicação, no *Diário Oficial do Distrito Federal*, dos nomes dos membros titulares e suplentes do Conselho de Saúde do Distrito Federal, após as devidas indicações pelos órgãos ou entidades correspondentes.

**Art. 3º** A participação no Conselho de Saúde do Distrito Federal, na qualidade de conselheiro, é de caráter voluntário, de relevância pública, e não gera qualquer direito a vantagem ou remuneração.

*Parágrafo único.* Os conselheiros do Conselho de Saúde do Distrito Federal, quando participarem de atividades do Conselho de Saúde, são dispensados do trabalho, sem perda de vencimentos ou vantagens, mediante declaração de comparecimento emitida pela Secretaria Executiva do Conselho de Saúde do Distrito Federal.

**Art. 4º** O Presidente do Conselho de Saúde do Distrito Federal será eleito entre os membros titulares do Plenário, na primeira reunião Plenária a se realizar após a posse, permitida a recondução uma única vez.

*Parágrafo único.* Na ausência do Presidente, este será substituído por um conselheiro aprovado por maioria de votos entre os conselheiros titulares do Conselho de Saúde do Distrito Federal.

**Art. 5º** O Presidente poderá ser destituído, mediante cometimento de falta grave, definida no Regimento Interno do Conselho, após apuração e julgamento transitado em julgado, realizado por dois terços dos conselheiros titulares do Conselho de Saúde do Distrito Federal.

**Art. 6º** O Conselho de Saúde do Distrito Federal contará com as seguintes estruturas:

I – Plenário;

II – Mesa Diretora, composta por representantes de cada segmento, respeitando-se a paridade de que trata o art. 2º, com mandato coincidente ao do Presidente;

III – Secretaria Executiva, com atribuições especificadas no seu Regimento Interno.

*Parágrafo único.* O Secretário Executivo será indicado pelo Secretário de Saúde do Distrito Federal e subordinado ao Plenário do Conselho de Saúde do Distrito Federal.

**Art. 7º** O Conselho de Saúde do Distrito Federal criará comissões intersetoriais, nos termos dos arts. 12 a 14 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, bem como instalará comissões internas, comissões técnicas e grupos de trabalho de caráter temporário ou permanente, para o estudo de problemas que estejam no âmbito de suas competências legais e regimentais e para a proposição da atuação do conselho em relação a essas matérias.

**Art. 8º** O Governo do Distrito Federal garante, por meio da SES, autonomia, instalação física, condições materiais, quadro de pessoal, dotação orçamentária própria e capacitação dos conselheiros para o funcionamento do CSDF.

**Art. 9º** O orçamento do CSDF será executado pela Secretaria Executiva do Conselho de Saúde do Distrito Federal, gerenciado pela Mesa Diretora e fiscalizado pelo Plenário.

**Art. 10.** O Conselho de Saúde do Distrito Federal se reunirá mensalmente em caráter ordinário e, extraordinariamente, quando necessário.

**Art. 11.** As sessões do Conselho de Saúde do Distrito Federal são abertas ao público.

**Art. 12.** As decisões do Conselho de Saúde serão adotadas mediante quórum mínimo da metade mais um de seus integrantes.

Setor Protocolo Legislativo

PL Nº 1865 / 17

Folha Nº 93 m.c.



## CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL

**Art. 13.** O mandato dos Conselheiros será definido no Regimento Interno, de modo a não coincidir com o mandato do Governador do Distrito Federal.

**Art. 14.** Perderá o mandato o Conselheiro que, no período de um ano, faltar a mais de três reuniões ordinárias consecutivas ou cinco alternadas, sem justificativa, ou cujo procedimento for declarado, pelo Plenário do Conselho, incompatível com o decoro da função

**Art. 15.** Uma vez reformulado e reestruturado, o Conselho de Saúde do Distrito Federal terá o prazo de sessenta dias, após a posse de seus membros, para que, por intermédio de Resolução própria, sejam estabelecidas as diretrizes para a organização e estruturação dos Conselhos Regionais de Saúde.

**Art. 16.** Compete ao Conselho de Saúde do Distrito Federal:

I – elaborar o seu Regimento Interno;

II – aprovar as diretrizes gerais da Política de Saúde do Distrito Federal e acompanhar a sua execução;

III – programar, em caráter complementar, a mobilização e a articulação da sociedade na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o Sistema Único de Saúde – SUS, para o controle social da saúde;

IV – deliberar sobre os programas e projetos de saúde a serem encaminhados à Câmara Legislativa do Distrito Federal;

V – avaliar e deliberar sobre contratos e convênios, conforme as diretrizes do Plano de Saúde do Distrito Federal;

VI – estabelecer diretrizes e critérios operacionais relativos à localização e ao tipo de unidades prestadoras de serviços de saúde públicos e privados, segundo os critérios epidemiológicos, respeitando os princípios do SUS;

VII – acompanhar a execução financeira e a destinação dos recursos do Fundo de Saúde do Distrito Federal;

VIII – fiscalizar e controlar a execução orçamentária e deliberar sobre critérios de movimentação de recursos da Saúde, incluindo os do Fundo de Saúde do Distrito Federal, os transferidos e próprios do Distrito Federal e da União;

IX – apreciar, emitindo parecer sobre os planos anuais e plurianuais de saúde e relatórios de gestão, no prazo de noventa dias, prorrogável por trinta dias, a contar da data de recebimento dos documentos correspondentes pela Secretaria do Conselho de Saúde do Distrito Federal, bem como emitir parecer sobre matérias que forem encaminhadas para apreciação do Colegiado;

X – representar, junto aos órgãos de controle externo e interno – Ministério Público do Distrito Federal e Territórios, Tribunal de Contas do Distrito Federal, Controladoria Geral da União e Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde, conforme couber – no caso de não encaminhamento dos relatórios de instrumentos de gestão ao Conselho de Saúde do Distrito Federal, pelo Secretário de Saúde, no cumprimento dos prazos regimentais;

XI – propor diretrizes para a elaboração dos planos de saúde, em função das diversas situações epidemiológicas e da capacidade organizacional dos serviços;

XII – articular com os Comitês de Ética em Pesquisa – CEP instalados no Distrito Federal, indicando representantes de usuários nesses comitês e acompanhando sua atuação;

XIII – requerer, estimular e apoiar os estudos e pesquisas sobre assuntos da área de saúde, de interesse para o desenvolvimento do SUS no Distrito Federal;

XIV – convocar extraordinariamente, nos termos do art. 215, § 1º, da Lei Orgânica do Distrito Federal, as Conferências de Saúde do Distrito Federal;

XV – apoiar o processo eleitoral dos Conselhos Regionais de Saúde.

XVI – emitir Aviso Público de convocação de eleição e constituir comissão eleitoral em até sessenta dias anteriores à data de encerramento de cada mandato;

XVII – aprovar, acompanhar e avaliar a Política de Gestão de Trabalho do SUS;

XVIII – requisitar aos órgãos da SES/DF informações ou documentos para o cumprimento de suas atribuições;

XIX – promover diligências para fiscalizar, quando necessário, nas unidades da SES/DF.

§ 1º O Conselho, em seu parecer sobre os planos de saúde, manifestar-se-á, no mínimo, sobre:

Setor Protocolo Legislativo

PL Nº 1865 / 17

Folha Nº 94 mc



**Assunto:** Distribuição do Projeto de Lei nº 1.865/17 que “Dispõe sobre a Gestão Democrática do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal”.

**Autoria:** Deputado(a) Bispo Renato Andrade (PR)

Ao SPL para indexações, em seguida ao SACP, para conhecimento e providências protocolares, informando que a matéria tramitará em análise de mérito, na CESC (RICL, art. 69, I, “a”) e, em análise de admissibilidade, na CEOF (RICL, art. 64, § 1º, I) e CCJ (RICL, art. 63, I).

Em 15/12/17



MARCELO FREDERICO M. BASTOS

Matrícula 13.821

Assessor Especial

Setor Protocolo Legislativo

PL Nº 1865 / 17

Folha Nº 96 m.c