



## Errata nº 04

O Prefeito do Município de Itabira/MG, no uso de suas atribuições, torna pública a Errata nº 04 do Processo Seletivo Público - Edital nº 001/2024, conforme a seguir:

**Art. 01º** - Retifica-se o subitem 11.5 g) que passam a ter a seguinte redação:

11.5 g) comprovante de residência com data ou mês referente a dezembro/2024 (considerando a data de publicação do edital – 20/12/2024)

**Art. 02º** - Retifica-se o subitem 11.9 que passam a ter a seguinte redação:

11.9 Para candidato aprovado para o cargo de Agente Comunitário de Saúde (ACS), deverá comprovar seu local de residência na área da comunidade em que atuar, desde a data da publicação do Edital do Processo Seletivo Público, através do preenchimento do ANEXO IX, juntamente com uma cópia do comprovante de residência com data ou mês referente a dezembro/2024 (considerando a data de publicação do edital – 20/12/2024) e uma cópia do documento comprobatório de residência dos dois últimos meses anteriores à data da contratação por meio de uma conta de luz, água ou conta de telefone fixo/internet/TV a cabo" que conste do nome do candidato ou através do preenchimento do ANEXO X, juntamente com uma cópia do comprovante de residência com data ou mês referente a dezembro/2024 (considerando a data de publicação do edital – 20/12/2024) e uma cópia do documento comprobatório de residência dos dois últimos meses anteriores à data da contratação por meio de uma conta de luz, água ou conta de telefone fixo/internet/TV a cabo" que conste do nome do terceiro.

**Art. 03º** - Retifica-se o ANEXO IX, que passam a ter a seguinte redação:

### ANEXO IX – MODELO DE DECLARAÇÃO DE ENDEREÇO DECLARAÇÃO DE ENDEREÇO

Eu, \_\_\_\_\_,

portador(a) do RG nº \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_,

residente e domiciliado(a) no endereço abaixo:

**Endereço completo:**

Rua/Av. \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_,

Bairro \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_, Estado: \_\_\_\_\_

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

Declaro, sob as penas da lei, que resido no endereço acima mencionado desde \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Declaro ainda que as informações prestadas nesta declaração são verdadeiras e me responsabilizo por qualquer inveracidade.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração para os devidos fins.

Itabira/MG, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura  
[Nome completo do declarante]



## Errata nº 04

Assinaturas de testemunhas vizinhas ao candidato(a), que residem em domicílios distintos:

### **TESTEMUNHA 1:**

Nome completo: \_\_\_\_\_

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

Telefone: \_\_\_\_\_

Endereço Completo: (rua, avenida, travessa, beco/número/bairro/CEP/complemento)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Itabira/MG, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

### **TESTEMUNHA 2:**

Nome completo: \_\_\_\_\_

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

Telefone: \_\_\_\_\_

Endereço Completo: (rua, avenida, travessa, beco/número/bairro/CEP/complemento)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Itabira/MG, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

### **TESTEMUNHA 3:**

Nome completo: \_\_\_\_\_

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

Telefone: \_\_\_\_\_

Endereço Completo: (rua, avenida, travessa, beco/número/bairro/CEP/complemento)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Itabira/MG, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura



## Errata nº 04

**Art. 04º** - Retifica-se o ANEXO X, que passam a ter a seguinte redação:

### **ANEXO X – DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA EM NOME DE TERCEIROS SOMENTE PARA AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS) ATENÇÃO:**

O candidato a este cargo/função pública deverá residir, desde a data da publicação do Edital, na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde da Família, para a qual pretende concorrer. Esta declaração deverá ser entregue na Prefeitura do Município de Itabira/MG no ato de sua contratação e deverá ser preenchida de próprio punho (com sua própria letra)

EU \_\_\_\_\_, inscrito com o nº \_\_\_\_\_ no PROCESSO SELETIVO PÚBLICO DO MUNICÍPIO DE ITABIRA/MG para o cargo/função pública de AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS), declaro para fins de comprovação de endereço domiciliar junto à Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Itabira/MG, que resido juntamente com

\_\_\_\_\_, (nome completo do titular da conta), meu/minha \_\_\_\_\_ (tipo de parentesco do candidato com o titular da conta), desde \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ na \_\_\_\_\_ (endereço residencial completo).

Declaro ainda estar ciente do art. 6º, §2º da Lei Federal nº 11.350, de 05 de outubro de 2006, no qual prevê que o Agente Comunitário de Saúde (ACS) deve residir na área da comunidade em que atuar, desde a data da publicação do Edital do Processo Seletivo Público e, caso assim não proceda, poderá haver o desligamento na hipótese de não-atendimento ao disposto no inciso I do caput do art. 6º da referida Lei, quando deixar de residir na área de atuação ou em função de apresentação de declaração falsa de residência. Por ser verdade, firmo a presente.

Itabira/MG, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Candidato

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Titular da Conta

Assinaturas de testemunhas vizinhas ao candidato(a), que residem em domicílios distintos:

#### **TESTEMUNHA 1:**

Nome completo: \_\_\_\_\_

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

Telefone: \_\_\_\_\_

Endereço Completo: (rua, avenida, travessa, beco/número/bairro/CEP/complemento)

\_\_\_\_\_  
Itabira/MG, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura



## Errata nº 04

### TESTEMUNHA 2:

Nome completo: \_\_\_\_\_

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

Telefone: \_\_\_\_\_

Endereço Completo: (rua, avenida, travessa, beco/número/bairro/CEP/complemento)

\_\_\_\_\_  
Itabira/MG, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

### TESTEMUNHA 3:

Nome completo: \_\_\_\_\_

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

Telefone: \_\_\_\_\_

Endereço Completo: (rua, avenida, travessa, beco/número/bairro/CEP/complemento)

\_\_\_\_\_  
Itabira/MG, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

**Art. 05º** - Mantém-se os demais itens que não foram alterados por essa Errata.

Itabira/MG, 16 de dezembro de 2025.

**PAULO HENRIQUE GOMES DE FIGUEIREDO**  
Secretário Municipal de Administração e Governança